

## Poradnik dla pacjentów z OAB

Zdiagnozowana choroba  
- co dalej?



## W trosce o dobro seniorów

Senator Mieczysław Augustyn i prof. Piotr Błędowski  
Wielkimi Osobowościami Uniwersytetów Trzeciego  
Wieku



## Zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej

Telemedycyna i teleopieka w geriatric

Fot. #60432730 © Robert Kneschke - Fotolia.com

## Finansowanie wyrobów medycznych a potrzeby pacjentów



#51914083 © Magdziak Marcin - Fotolia.com



## Nowoczesna uroginekologia

Pessar na nietrzymanie moczu

# Czas na zmiany!

Trzy miesiące temu, pisząc felieton pod tytułem „Nadchodzą pozytywne zmiany?” nie sądziłem, że mogą one przybrać tak niespodziewany obrót. Okazało się, nie po raz pierwszy, że w naszym kraju łatwiej o zmiany w polityce niż w ochronie zdrowia.

W maju zwyciężyła dewiza „Czas na zmiany”. Z takim też hasłem zaczęła się w naszej politycznej rzeczywistości era zmian, o których nie myśleliśmy, że mogą nastąpić tak szybko. Pisząc ten tekst słucham jak Polska żyje ponownie aferą „podstuchową” i jej konsekwencjami. Z Ministerstwa Zdrowia odchodzi, po prawie 4 latach, Bartosz Artukowicz – osoba odpowiedzialna za wdrożenie ustawy refundacyjnej, która przyniosła olbrzymie oszczędności NFZ i wiele problemów pacjentom, lekarzom czy aptekom. Bartosz Artukowicz to także, a nawet przede wszystkim, autor pakietu onkologicznego, kontrowersyjnego projektu, który w systemie ochrony zdrowia do dzisiaj odbija się wielu czkawką. To jednak za jego rządów wydarzyła się rzecz, w którą po wielu latach oczekiwań, mało kto już wierzył. Po raz pierwszy, od 14 lat, Minister Zdrowia zdecydował się gruntownie znowelizować rozporządzenie dot. zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne. Podejrzewam, że zastuga samego ministra Artukowicza w tym jest niewielka, bo z tą skomplikowaną materią mie-

rzył się zespół młodych urzędników kierowany przez wiceministra Radziejewicza-Winnickiego. Tym niemniej, bez woli politycznej, zmiany jakie zaszły, nie byłyby możliwe. Odrębną kwestią jest na ile wprowadzone zmiany rozwiązały narastające od lat problemy. Tutaj zdania są podzielone. Zapewne wartość tych zmian będzie rosła wprost proporcjonalnie do długości obowiązywania tego dokumentu. Zobaczymy czy nowy rząd wykaże się równie dużą odwagą polityczną, a przede wszystkim wrażliwością społeczną i zdecyduje się poprawić to, co ewidentnie wymaga jeszcze w tym zakresie zmian.

Skoro czas na zmiany, jak głosi prezydent elekt, to nie ma co zwlekać. Do wyborów parlamentarnych, podczas których rozliczymy koalicję PO – PSL, z tego co zrobiła przez ostatnie osiem lat w ochronie zdrowia, zostały nadal 4 miesiące. To dużo czasu aby np. zakończyć proces objęcia refundacją nowych terapii w OAB, które Agencja Oceny Technologii Medycznych oceniła w ubiegłym roku pozytywnie. To również nadal wystarczająco dużo czasu, aby jeszcze przez ten parlament przeprowadzić projekt gotowej, po 6 latach prac, ustawy „czekowej”. Czekamy na dobre wieści już teraz, świętując kolejny Światoowy Tydzień Kontynencji.

Tomasz Michatek



## SPIS TREŚCI

## OPIEKA I PIELEGNACJA

W trosce o dobro seniorów: senator Mieczysław Augustyn i prof. Piotr Błędowski Wielkimi Osobowościami UTW.....	4-5
Telemedycyna i teleopieka w geriatrici - opieka na dziś, wyzwania na jutro.....	6-7
Profesjonalny opiekun dla seniora.....	8-9
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne.....	9

## WYWIAD

W walce z wysiłkowym nietrzymaniem moczu - wywiad z dr med. Jackiem Tulimowskim, specjalistą w dziedzinie ginekologii i położnictwa.....	10-11
Zdrowie w parze z przyjemnością - wywiad z Marzeną Biernacką, współtwórczynią marki produkującej terapeutyczne kulki dopochwowe.....	12-13

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Finansowanie wyrobów medycznych a potrzeby pacjentów.....	14-15
---	-------

## LECZENIE NTM

Pessar na nietrzymanie moczu. Na czym polega terapia?.....	16-17
Operacje z użyciem taśm w woj. lubelskim.....	17
Nowoczesność i doświadczenie w leczeniu NTM.....	18
Poradnik dla pacjentów z OAB. Zdiagnozowana choroba - co dalej?.....	19

## DIAGNOSTYKA

Diagnostyka fizjoterapeutyczna zaburzeń kontynencji - rola wywiadu.....	20-21
Pracownie urodynamiczne w woj. świętokrzyskim.....	21

## ORGANIZACJE

Razem możemy być silne.....	22
-----------------------------	----

Szanowni Państwo,

Oddając w Państwa ręce kolejny numer Kwartalnika NTM, chcemy na wstępie złożyć serdeczne gratulacje senatorowi Mieczysławowi Augustynowi oraz prof. Piotrowi Błędowskiemu - laureatom tytułu „Wielka Osobowość Uniwersytetów Trzeciego Wieku”, którzy swoją działalnością szczególnie przyczynili się do poprawy statusu osób starszych, nie zapominając przy tym o pacjentach zmagających się z NTM. Mamy nadzieję, że dalsze działania na rzecz seniorów przyczynią się do kolejnych sukcesów w ich życiu zawodowym.

Aktualne wydanie obfituje w szereg artykułów poświęconych tematyce opieki i pielęgnacji osób starszych. Szczególnie zachęcam do lektury artykułu dr Elżbiety Szwałkiewicz (str. 6), poświęconego telemedycynie i teleopiece - innowacyjnym formom świadczenia usług medycznych i opiekuńczych, łączących w sobie elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny. Dzięki wykorzystaniu nowych technologii mamy realną szansę na poprawę opieki i bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, szczególnie seniorów.

W bieżącym wydaniu nie zabrakło również miejsca na problematykę leczenia NTM. Z artykułu dr n. med. Edyty Wlazlak oraz dr hab. n. med. Grzegorza Surkonta „Pessar na nietrzymanie moczu. Na czym polega terapia?” (str. 16) dowiemy się czym są pessary, jak je stosować oraz jaki rodzaj pessara najlepiej dobrać do prowadzonego trybu życia oraz rodzaju nietrzymania moczu. Pessary często zmniejszają również objawy OAB. Dlatego też w artykule (str. 19) powstałym w oparciu o poradnik dla pacjentów z OAB, przygotowany przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” opisany został rekomendowany schemat leczenia chorych na OAB, którzy mogliby liczyć w przyszłości na szerszy wachlarz refundowanych terapii.

Z kolei, usiłując określić koszty ponoszone przez pacjentów, cierpiących na NTM, którzy do normalnego funkcjonowania potrzebują zazwyczaj środków absorpcyjnych, warto prześledzić zmiany i tendencje w finansowaniu w tej grupie wyrobów medycznych, co zostało ukazane w artykule „Finansowanie wyrobów medycznych a potrzeby pacjentów” (str. 14).

Polecam Państwu również ciekawy wywiad (str. 12) ze współtwórczynią marki Plum Bum, produkującej pierwsze w Polsce progresywne kulki terapeutyczne do ćwiczenia mięśni dna miednicy, opatrzone certyfikatem FDA (ang. Food and Drug Administration).

Życzę miłej lektury!  
Monika Gackiewicz

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;  
**Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;  
**Zespół redakcyjny:** Anna Ciepiela, Natalia Klein, Magdalena Kowalewska, Marzena Michalek, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska, Alexandra Wesolowska;  
**Komentatorzy:** Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;  
**Korekta:** Marzena Michalek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;  
**Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

**Adres redakcji:** ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: (22) 279 49 07, 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: 3000 egzemplarzy.



# W trosce o dobro seniorów: senator Mieczysław Augustyn i prof. Piotr Błędowski Wielkimi Osobowościami UTW

Monika Gackiewicz

**P**owołując do życia w 1975 roku, na warszawskich Bielanach, pierwszy w Polsce i trzeci na świecie Uniwersytet Trzeciego Wieku, jego założycielka, prof. Halina Szwarc, nie miała zapewne nawet śmiałości marzyć, że dziecko jej życia tak wspaniale rozwinie się w przyszłości. Dzięki idei prof. Szwarc nastąpił dynamiczny rozwój ruchu Uniwersytetów Trzeciego Wieku

- wybitnym postaciom, które swoją działalnością szczególnie przyczyniły się do rozwoju ruchu Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz poprawy statusu osób starszych. W gronie laureatów znalazła się także prezydent Warszawy - Hanna Gronkiewicz-Waltz. *Laureatami zostały osoby bardzo zasłużone w różnorodnej działalności zawodowej i społecznej, których aktywność przyniosła wiele do-*



Kapituła konkursu wraz z laureatami oraz parą prezydencką

Fot. Przemysław Pokrycki

w skali niespotykanej w żadnym innym kraju na świecie. Obecnie w Polsce funkcjonuje ponad 300 Uniwersytetów Trzeciego Wieku, w których aktywnie działa ponad 150 tys. członków.

## Wybitni laureaci

W tym roku Ruch Uniwersytetów Trzeciego Wieku obchodził swoje czterdziestolecie. Podczas uroczystości, które miały miejsce 30 marca w Teatrze Wielkim Opery Narodowej w Warszawie, kapituła konkursu „Wielka Osobowość Uniwersytetów Trzeciego Wieku” wręczyła tytuł i dyplom inicjatorom projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, senatorowi Mieczysławowi Augustynowi oraz profesorowi Piotrowi Błędowskiemu

*brege środowisku seniorów i miała znaczenie dla rozwoju polskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku - podkreśla Elżbieta Szwałkiewicz, przewodnicząca Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.*

## Na rzecz osób starszych i niesamodzielnych

Laudację Senatora RP Mieczysława Augustyna podczas uroczystości przedstawił Minister Pracy i Polityki Społecznej - Władysław Kosiniak-Kamysz. Senator Augustyn swoją działalność w Senacie od początku opierał na potrzebie pomocy osobom starszym oraz niepełnosprawnym. Szczególnym polem zaangażowania Senatora Augustyna jest sytuacja osób niesamodzielnych. Z kolei drugiego laureata konkursu przedstawił poseł Michał

Szczerba, przewodniczący sejmowej Komisji Polityki Senioralnej. Profesor Błędowski związany jest od wielu lat ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie jako wybitny gerontolog, polityk społeczny, znawca problematyki osób starszych, propagator kształcenia ustawicznego osób starszych.

Wspólnym przedsięwzięciem obydwu laureatów jest projekt ustawy, dotyczący systemowych zmian w opiece nad osobami niesamodzielnymi oraz wsparcia dla ich opiekunów. Od 2007 roku, pod kierownictwem senatora Augustyna, eksperci tworzący tzw. Grupę Roboczą pracowali nad ustawą o pomocy osobom niesamodzielnym, która w tym roku, wraz z oceną skutków finansowych tej regulacji, została przekazana Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej.

### Nowe zmiany systemowe

Ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym ma na celu wzmocnienie autonomii osób niesamodzielnych w różnym wieku, podniesienie poziomu dofinansowania i dostępności usług opiekuńczych, m.in. poprzez dofinansowanie świadczeń kwalifikowanych, pokrycie kosztów ubezpieczenia oraz zapewnienie opieki zastępczej w pełnym albo niepełnym wymiarze. Przyznawany na realizację określonych świadczeń czek opiekuńczy, będzie dedykowany osobie niesamodzielnej lub jej bliskim w wysokości określonej wg trzystopniowego stopnia niesamodzielnosci. Zapewni on gwarancję wiarygodności świadczeniodawców, jakość usług oraz równą konkurencję.

Wraz z wprowadzeniem nowej ustawy powstanie, wg szacunku prof. Błędowskiego, ok. 200 tys. nowych miejsc pracy. Nowy rynek usług zapewni szansę na pracę dla osób w wieku okołoemerytalnym oraz przyczyni się do zdecydowanie mniejszego odpływu wykwalifikowanych opiekunów z zawodu lub do innych krajów Unii Europejskiej.

### Założenia na najbliższe lata

Dużym wsparciem polityki senioralnej są Uniwersytety Trzeciego Wieku. Za najważniejsze cele i kierunki strategii rozwoju ruchu Uniwersytetów Trzeciego Wieku na lata 2015-2020, uczestnicy II Kongresu UTW uznali ukonstytuowanie się Obywatelskiego Parlamentu Seniorów. Do priorytetowych działań Obywatelskiego Parlamentu Seniorów będzie należeć m.in.: wspieranie procesu legislacyjnego systemowych rozwiązań na rzecz osób niesamodzielnych i ich opiekunów, wspieranie lokalnych działań oraz zgłaszanie inicjatyw na rzecz powoływania gminnych rad seniorów, a także współpraca z sejmową Komisją Polityki Senioralnej oraz senacką Komisją Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej w przedmiocie

opiniowania i prowadzenia konsultacji społecznych projektów aktów prawnych dotyczących osób starszych oraz monitorowania działań na rzecz seniorów.

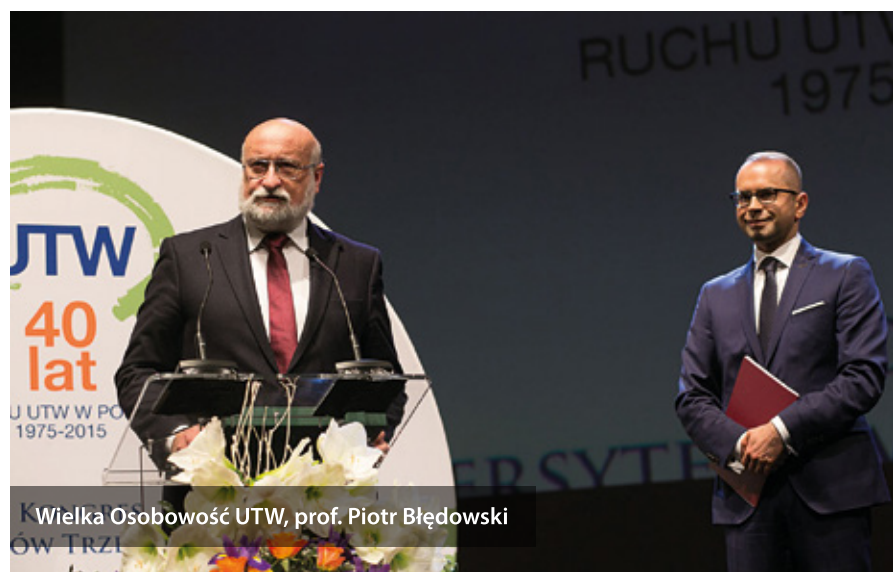
Okres ostatnich lat charakteryzował się bezprecedensowo-



Wielka Osobowość UTW, senator Mieczysław Augustyn

Fot. Przemysław Pokrycki

wym otwarciem organów państwa na problemy senioralne. Na tym tle wyróżniały się inicjatywy Sejmu i Senatu, a zwłaszcza Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Obecnie Uniwersytety Trzeciego Wieku odgrywają olbrzymią rolę zarówno na płaszczyźnie współpracy z rządem, parla-



Wielka Osobowość UTW, prof. Piotr Błędowski

Fot. Przemysław Pokrycki

mentem, w tworzeniu polityki senioralnej, jak i w bezpośrednich kontaktach z osobami starszymi, stwarzając im możliwości kształcenia, samorealizacji, aktywności obywatelskiej, rozwoju zainteresowań, a przede wszystkim tworząc miejsca, gdzie reaktywowane są więzi społeczne, nawiązywane nowe znajomości, przyjaźni i grupy wsparcia - podsumowuje Krystyna Lewkowicz, prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku.



# Telemedycyna i teleopieka w geriatricy - opieka na dziś, wyzwanie na jutro

dr Elżbieta Szwałkiewicz

**T**elemedycyna, popularnie zwana medycyną na odległość, to nowa forma świadczenia opieki zdrowotnej, wykorzystująca współczesne możliwości telekomunikacji i informatyki oraz techniczny postęp diagnostyki medycznej. W efekcie, lekarze specjaliści, na podstawie przesyłanych wyników badań laboratoryjnych oraz obrazów statycznych i dynamicznych, mogą dokonać diagnozy bez osobistego kontaktu z pacjentem. Telemedycyna rozwija się wraz z rozwojem mediów. Powszechną praktyką stało się konsultowanie

stycznych, bez konieczności zwalniania się z pracy i dojeżdżania do odległych miejsc,

- poprawi komunikację pomiędzy placówkami leczniczymi i ułatwi planowanie oraz koordynację w leczeniu seniorów cierpiących jednocześnie na wiele schorzeń przewlekłych.

Telemedycyna będzie miała także wpływ na publiczne oraz indywidualne koszty leczenia i opieki zdrowotnej, w tym na koszty administracyjne oraz koszty bezpośredniego udzielania świadczeń związanych z kontynuacją leczenia chorób przewlekłych.

W Polsce działa Polskie Towarzystwo Telemedycyny i e-zdrowia, które promuje rozwój tej formy opieki w naszym kraju.

Z reguły usługi telemedycyny dostępne są w formie abonamentu (koszt kilkadziesiąt złotych miesięcznie), a niezbędny sprzęt, czyli aparat

do przesyłania badań EKG przez telefon, jest używany nieodpłatnie na czas trwania umowy.

**Teleopieka to system opieki oparty na telekomunikacji i informatyce**, mający zastosowanie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi, którym z powodu choroby, urazu lub podeszłego wieku trzeba zapewnić bezpieczeństwo. Istotą teleopieki jest sygnalizowanie potrzeby pomocy i uzyskanie szybkiej reakcji na zagrożenie. To możliwość skomunikowania się w sytuacji zagrożenia czy zgłoszenia problemów za pomocą prostego w obsłudze przycisku alarmowego współdziałającego z czułym głośnikiem, co pozwala osobom w starszym wieku zrezygnować z ciągłej obecności opiekuna, który dzięki temu może uwzględnić swoje potrzeby w organizacji dnia bez towarzyszącej temu obawy o bezpieczeństwo podopiecznego. Tym samym, seniorzy i ich opiekunowie, zyskują szansę na poprawę jakości swego życia. Nawet osoby całkowicie sparaliżowane mogą z tego korzystać, jeżeli mają do dyspozycji sprzęt sterowany głosem. Teleopieka jest doskonałym rozwiązaniem dla samotnych seniorów obawiających się braku dostępu do podstawowej opieki w nagłej potrzebie. Szczególnie dla tych, którzy nie chcą zamieszkać w domu pomocy spo-



Fot. #77550533 © Hugo Félix - Fotolia.com

trudnych przypadków z wiodącymi ośrodkami medycznymi. Specjaliści zdrowia publicznego i świadczeniodawcy w opiece zdrowotnej są zdania, że rozwój telemedycyny poprawi stan zdrowia społeczeństwa, gdyż:

- ułatwi dostęp do specjalistycznej diagnozy osobom, które mają trudność w osobistym dotarciu do lekarza specjalisty, szczególnie tym przebywającym na odizolowanych lub odległych obszarach,
- umożliwi dostęp do pomocy medycznej w poważnych, nagłych przypadkach lub katastrofach naturalnych i uzyskanie szybkiej diagnozy oraz pomocy medycznej w akcjach ratowniczych,
- zmniejszy liczbę hospitalizacji diagnostycznych, a tym samym zredukuje zagrożenia i stres, na jaki wiele osób, szczególnie starszych, narażonych jest w trakcie pobytu w szpitalu,
- zwiększy wiedzę i kompetencje personelu medycznego poprzez możliwość konsultowania się z ośrodkami specjalistycznymi i korzystania z dostępnych w Internecie wyników badań, łącznie z możliwością oglądania zabiegów leczniczych i procedur diagno-

łecznej. Niestety, w Polsce teleopieka jest w początkowej fazie rozwoju, mimo, że systematycznie rośnie liczba osób niesamodzielnych, a maleje wydolność opiekunów w wymiarze systemowym, państwowym oraz indywidualnym - rodzinnym.

Jak funkcjonuje teleopieka na świecie? W zależności od specyficznych uregulowań w poszczególnych krajach, użytkownik otrzymuje nieodpłatne użytkowanie, wypożycza lub kupuje odpowiednie urządzenie, które umożliwia mu łączność z systemem teleopieki. Za pomocą tego urządzenia pacjent przekazuje sygnały lub informacje o stanie zdrowia, a zwrótnie otrzymuje adekwatną do sytuacji pomoc. W uzasadnionych przypadkach teleopieka łączy się z telemedycyną i użytkownik otrzymuje urządzenie przesyłające sygnały o zaburzeniu parametrów fizjologicznych, takich jak ciśnienie krwi, tętno, temperatura ciała itp. Urządzenia i systemy wsparcia stosowane w teleopiece są zróżnicowane w zależności od rodzaju deficytów zdrowia, sprawności fizycznej i intelektualnej użytkownika.

W teleopiece angażuje się do pomocy przeszkolonych opiekunów, którzy obsługują całodobową centralę telefoniczną oraz najbliższe otoczenie osób niesamodzielnych - rodzinę, sąsiadów, znajomych i wolontariuszy. W podstawowej wersji pacjent wyposażony jest w terminal telefoniczny oraz breloczek, wisior lub bransoletkę z przyciskiem SOS, który po naciśnięciu automatycznie uruchamia połączenie terminalu w trybie głośnomówiącym z centrum monitoringu, gdzie operator może zarządzić stosowną pomoc. Oprócz przycisku SOS możliwe jest umieszczenie w domu pacjenta dodatkowych czujników reagujących na różne zagrożenia. Każdy z czujników, w razie potrzeby, może wywołać połączenie alarmowe z centralą. Tak więc teleopieka może mieć formę:

- Systemu obejmującego dużą grupę osób niepełnosprawnych, zamieszkałych w rejonie z centralą obsługiwaną przez profesjonalistów, którzy po odebraniu sygnału na podstawie informacji uzyskanych od użytkownika, dobierają formę pomocy. Jeżeli osoba wysyłająca sygnał alarmowy nie jest w stanie rozmawiać, to centrala wysyła do jego mieszkania pracownika, który podejmuje interwencję na miejscu.
- Opieki rodzinnej w sytuacji nagłej, np. upadku. Osoba taka, naciskając guzik sygnalizatora, wysyła sygnał do telefonu zapisanego w pamięci sygnalizatora i uzyskuje połączenie z osobą wpisaną w sygna-

lizator. W pamięci sygnalizatora można wpisać kilka osób które zadeklarowały opiekę. Jeżeli pierwsza z wybranych osób, nie odbierze sygnału, to sygnalizator automatycznie wysyła sygnał do kolejnej osoby. Do pamięci sygnalizatora można także wpisać



Fot. #60432730 © Robert Kneschke - Fotolia.com

numer pogotowia ratunkowego. Sygnalizator działa w połączeniu z tak czułym głośnikiem, że gdy osoba odbierająca sygnał zadaje pytania, to słyszy odpowiedź potrzebującego pomocy, nawet gdy jest on w innym pomieszczeniu, np. w łazience.

System teleopieki może być wyposażony m.in. w: czujnik upadku, matę nałóżkową sygnalizującą np. że podopieczny w godzinach nocnych wyszedł z łóżka i do niego nie powrócił, urządzenie umożliwiające włączenie alarmu przez osobę sparaliżowaną dmuchnięciem w ustnik rurki, czujnik głosowy, dzięki któremu osoba sparaliżowana może głosem wywołać alarm, czujnik sygnalizujący otwieranie drzwi wejściowych, czujniki monitorujące parametry biologiczne - tętno, temperaturę, ciśnienie krwi itd.

Teleopieka to nie tylko telefoniczny system wzywania natychmiastowej pomocy w nagłych wypadkach, takich jak: upadek, zasłabnięcie, pożar czy włamanie, ale także pomoc w codziennym funkcjonowaniu. Może to być zamówienie usługi typu usunięcie awarii domowej, uzyskanie ważnych, dla bezpieczeństwa zdrowotnego, informacji np. o dyżurach szpitali, całodobowych przychodniach czy aptekach lub wsparcie psychologiczne dla osób samotnych. Obecny poziom rozwoju telekomunikacji i techniki komputerowej w Polsce umożliwia szybki rozwój teleopieki i telemedycyny. Daje to nadzieję na poprawę opieki nad pacjentem i zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej.

# Profesjonalny opiekun dla seniora

Marzena Michalek

Wg danych Eurostatu, za sześć lat, w Polsce będzie ponad 25% osób po 60. roku życia. To grupa wiekowa bardzo zróżnicowana jeśli chodzi o potrzeby opieki zdrowotnej i opiekuńczej. Przygotowując się na nadchodzące wyzwania, Rząd uchwalił założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 - pierwszy ogólnopolski program dla osób starszych. Wśród przyjętych priorytetów jest również rozwój wysokiej jakości certyfikowanych usług opiekuńczych dedykowanych osobom niesamodzielnym, niepełnosprawnym i chorym.

## Zawód: opiekun medyczny

W Polsce infrastruktura opiekuńcza jest dalece niewystarczająca, co powoduje pilną potrzebę kształcenia dużej ilości personelu opiekuńczego, który w opiece stacjonarnej, a szczególnie w warunkach domowych, będzie mógł zabezpieczyć podstawowe potrzeby życiowe osób chorych i niesamodzielnych. Jest to bardzo istotny problem społeczny, zwłaszcza w kontekście stale zmniejszającej się liczby pielęgniarek, które są w naszym kraju kształcone na poziomie wyższym zawodowym i uniwersyteckim. Zawód opiekuna medycznego zaistniał w polskim systemie prawnym w lipcu 2007 roku. W klasyfikacji zawodów, na potrzeby rynku pracy, jest zaliczany do medycznego personelu pomocniczego, a w strukturze klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, do średniego personelu do spraw zdrowia. Ponieważ zmieniła się pozycja i rola pielęgniarki, wyraźnie odczuwa się brak personelu opiekuńczego, który mógłby wykonywać proste czynności pielęgnacyjne, nie wymagające wyższych kwalifikacji. W polskich szpitalach i zakładach opieki długoterminowej zatrudnia się coraz więcej opiekunów medycznych i specjaliści tej profesji są już na rynku mocno poszukiwani. Opiekun medyczny jako partner pielęgniarki i członków rodziny, którzy opiekują się chorymi krewnymi, byłby nieoceniony także w opiece domowej. Dlatego obecnie zawód opiekuna medycznego należy do najbardziej poszukiwanych zarówno w Europie, jak i w Polsce. Można go zdobyć tylko poprzez kształcenie w szkole policealnej i na kwalifikacyjnych kursach zawodowych, prowadzonych przez szkoły kształcące w tym zawodzie. Nauka powinna zakończyć się zdaniem egzaminem państwowym.

## Czym zajmuje się opiekun medyczny?

Do kompetencji zawodowych opiekuna medycznego należy podstawowa pielęgnacja i opieka. Świadczy on usługi

pielęgnacyjne na podstawowym poziomie w zakresie odżywiania, wydalania, higieny ciała czy mobilności i to różni go od pielęgniarki, która posiada wyższe kwalifikacje i szersze kompetencje, w tym do pielęgnacji specjalistycznej. Opiekun medyczny pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu codziennej aktywności życiowej.

## Gdzie i w jaki sposób można zdobyć kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego?

Na rynku jest wiele ofert dla osób chcących zdobyć kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego. Na chętnych czekają zarówno kwalifikacyjne kursy zawodowe, jak i szkoły policealne, które podjęły się przygotowania do wykonywania tego zawodu.

Wśród wielu tego typu propozycji edukacyjnych, na uwagę zasługuje oferta olsztyńskiej szkoły opiekunów medycznych, w której można zdobyć kwalifikacje na zajęciach w szkole policealnej oraz kwalifikacyjnych kursach zawodowych.

## Nowoczesna jakość kształcenia

*Origin Academy jest szkołą kształcąca opiekunów medycznych, która do procesu nauczania tego zawodu podchodzi w sposób progresywny, kładąc nacisk przede wszystkim na podmiotowe traktowanie osoby chorej i niesamodzielnej, w tym osób z głęboką demencją - mówi Agnieszka Walentynowicz, dyrektor Polskiej Szkoły Opiekunów Medycznych w Olsztynie, działającej pod egidą Origin Academy. Nasi absolwenci, po ukończeniu kursu, mogą profesjonalnie zaplanować czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze, właściwie komunikując się z seniorem w różnym stanie zdrowia i sprawności. Jako jedyni w Polsce, wprowadziliśmy program przygotowujący opiekunów medycznych do pracy z seniorem demencyjnym - dodaje.*

Origin Academy działa zgodnie z zasadami filozofii wypracowanymi przez kanadyjską firmę Origin Active Lifestyle Communities - lidera na rynku usług geriatrycznych w Kanadzie. Z szerokiej oferty rynkowej wyróżnia nas przede wszystkim jakość nauczania i wzbogacenie programu stosowanego w Polsce o zagadnienia, materiały i metody wykorzystywane w Kanadzie - mówi Agnieszka Walentynowicz.

Doświadczenia kanadyjskie są wynikiem procesów demograficznych i socjologicznych, które w krajach Ameryki Północnej pojawiły się wcześniej o kilka, a nawet o kilkanaście lat wcześniej, niż w Europie. Te społeczeństwa wcześniej przeżyły to, co zaczyna się dziać w Polsce - przejście największej w historii grupy społecznej z wieku produk-





cyjnego w wiek postprodukcyjny. Na tamtym kontynencie niemal wszyscy seniorzy żyją dłużej w zdrowiu, mają swoje dochody i często mieszkają samodzielnie, w związku z czym diametralnie zmieniły się oczekiwania wobec opiekunów. Na taką potrzebę rynku, od 25 lat w Kanadzie, stara się odpowiadać właśnie Origin Academy. *Podobnego zjawiska należy spodziewać się także w Polsce i dlatego, korzystając z tych doświadczeń, kształcimy z myślą o przyszłości. Posiadamy własny ośrodek egzaminacyjny, w którym sprawdzano wiedzę także słuchaczy z innych placówek prowadzących kształcenie zawodowe. Dzięki temu, kadra wykładowców Origin Academy mogła porównać jaki poziom reprezentują absolwenci tzw. „szkół sieciowych”, w których kształcenie opiekuna medycznego jest tylko jednym z kilkunastu kierunków - konstatuje dyrektor Polskiej Szkoły Opiekunów Medycznych.*

**Ścieżka kariery w zawodzie opiekuna medycznego**

Edukacyjny i zawodowy model kariery w Origin Academy of Poland jest traktowany spójnie i kompleksowo. *Już na początku kształcenia kreujemy indywidualny szkielet ścieżki kariery zawodowej dla każdego słuchacza - mówi Walentynowicz. Przy Origin Academy działa Biuro Karier, oferujące absolwentom asystę i pomoc prawną w poszukiwaniu zatrudnienia, współpracujące z polskimi i zagranicznymi pracodawcami. Nasi absolwenci mogą także w każdej chwili uzupełniać i poszerzać wcześniej nabytą wiedzę, kompetencje i umiejętności, dzięki licznym szkoleniom i dodatkowym kursom prowadzonym przez szkołę - dodaje.*

Profesjonalni opiekunowie medyczni nie tylko zastąpią pielęgniarki w wykonywaniu prostych czynności pielęgnacyjnych, ale przede wszystkim, w tym zakresie działania



Fot. Materiały Origin Academy

zniwelują skutki braku pielęgniarek, co znacznie poprawi jakość życia i bezpieczeństwo pacjentów niesamodzielnych. Biorąc pod uwagę zachodzące procesy demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa, zawód ten powinien należeć do tak zwanych zawodów zamawianych (pełne finansowanie kosztów z budżetu państwa), objętych szczególną troską władz państwowych.

**DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.05.2015**

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,

⊖ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu  
⊕ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

# W walce z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Współczesne metody terapeutyczne

z dr med. Jackiem Tulimowskim, specjalistą w dziedzinie ginekologii i położnictwa, rozmawia Magdalena Kowalewska

**Wysiłkowe nietrzymanie moczu to jeden z częstych problemów współczesnego społeczeństwa. Czy to również wciąż problem wstydlivy, do którego nietłatwo przyznać się pacjentce podczas wizyty u lekarza?**

Według statystyk w Polsce objawy nietrzymania moczu wymagające terapii występują u 4 milionów osób, a co czwarta kobieta ma problemy z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Warto zaznaczyć, że w nasilonym stadium wyciek moczu może pojawiać się nawet w trakcie chodzenia, przy zmianie pozycji ciała, czy w spoczynku. Niestety, w większości przypadków, pojawienie się objawów nietrzymania moczu nie skłania do wizyty u specjalisty. Około 75% kobiet z wysiłkowym NTM nigdy nie konsultowało się z lekarzem, a te panie, które zdecydowały się na wizytę, zwlekały około 3 lat od pojawienia się pierwszych klinicznych objawów.

**Jakie znamy najczęstsze przyczyny występowania wysiłkowego nietrzymania moczu?**

Choć wysiłkowe NTM jest objawem o wieloczynnikowej etiologii, to za główną przyczynę uważa się znaczne osłabienie mięśni oraz więzadeł dna miednicy. Tylko w pojedynczych przypadkach patologia dotyczy osłabienia mięśni zwieraczy cewki moczowej. Wysiłkowe nietrzymanie moczu najczęściej pojawia się u kobiet, u których stwierdzono otyłość (bardzo istotny czynnik), po licznych ciążach, przebytych porodach (spowodowane głównie osłabieniem mięśni dna miednicy), jako powikłanie po porodzie, a także po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej. Występuje również u pań wyczynowo uprawiających sport, ciężko pracujących fizycznie, palących papierosy (nikotynizm), a także u kobiet o niskim statusie socjoekonomicznym. Analizując dalsze przyczyny pojawienia się wysiłkowego NTM nie sposób pominąć analizy wywiadu rodzinnego: ryzyko pojawienia się tej patologii wzrasta, jeśli występowała ona u matki i (lub) siostry.



Wysiłkowe NTM towarzyszy także takim chorobom jak cukrzyca, niedoczynność tarczycy, często pojawiając się u osób z niskim poziomem aktywności fizycznej.

**Na czym polega diagnostyka wysiłkowego NTM? Przez jakie etapy diagnozy musi przejść pacjentka, by zostać poddana najskuteczniejszej dla niej terapii leczenia?**

W diagnostyce wysiłkowego NTM należy zawsze pamiętać o wykluczeniu odwracalnych przyczyn nietrzymania

moczu, najlepiej opierając się na schemacie DIAPPER, gdzie D oznacza stany zaburzonej świadomości, I-zakażenia układu moczowego, A-zanikowe zapalenie pochwy, P-działanie niepożądane przyjmowanych leków, P-czynniki psychologiczne, E-nadmierną diurezę, R-ograniczoną ruchomość.

Kolejne etapy to, po pierwsze, dokładnie zebrany wywiad dotyczący: ilości i objętości spożywanych płynów, liczby mikcji w ciągu dnia i w nocy (dzienniczek mikcji), epizodów nietrzymania moczu (ilość), liczby zużytych wkładek (podpasek), pieluch, określenie nasilenia nietrzymania moczu, pojawienia się (ilości) i nasilenia objawów parcia naglącego. W trakcie zbierania wywiadu dodatkowe pytania

powinny dotyczyć: ewentualnych trudności w oddawaniu moczu, stolca, krwiomoczu, nawracających zakażeń układu moczowego, epizodów bólu, przebytych zabiegów operacyjnych, a także rodzaju przyjmowanych leków. W diagnostyce nietrzymania moczu ważna staje się diagnostyka laboratoryjna: badanie ogólne moczu, posiew moczu, cytologia moczu, cystoskopia (celem wykluczenia innych schorzeń pęcherza), a także badanie ginekologiczne wraz z oceną cytologiczną wymazu z szyjki macicy oraz badaniem USG dopochwowym. Zalecana jest również diagnostyka ultrasonograficzna układu moczowego z oceną pęcherza moczowego i zalegania moczu po mikcji. W niektórych przypadkach wskazane jest wykonanie badania urodynamicznego.

## Wysiłkowe nietrzymanie moczu na szczęście można i należy leczyć. Współczesne możliwości leczenia tej choroby są dość zróżnicowane. Co ma wpływ na dobór tej właściwej terapii?

Po pierwsze, leczenie ustalamy indywidualnie, a przed jego rozpoczęciem zawsze należy rozważyć wszystkie możliwe i aspekty leczenia od: zachowawczego poprzez farmakologiczne do zabiegowego o minimalnej inwazyjności, skończywszy na leczeniu zabiegowym operacyjnym. Należy dodać, że sukces terapeutyczny w leczeniu wysiłkowego NTM w dużej mierze zależy od zdyscyplinowania pacjentki oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Dlatego tak ważnym staje się wypracowanie indywidualnych metod terapeutycznych o jak najmniejszej ilości działań niepożądanych, a także wysokim stopniu skuteczności.

## W pierwszej kolejności najczęściej stosowanymi metodami leczenia wysiłkowego NTM są, jak Pan wspominał, metody zachowawcze oraz farmakoterapia. Czym się one charakteryzują?

Oprócz zmiany stylu życia, najczęściej stosowaną metodą są ćwiczenia mięśni dna miednicy, tzw. ćwiczenia mięśni Kegla. Wymagają one ze strony pacjentki dużej dyscypliny w regularnym wykonywaniu ćwiczeń, minimum przez okres 3 miesięcy. Doskonalszą metodą jest zastosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy wraz z metodą biofeedback. U niektórych kobiet jako metodę alternatywną stosuje się elektrostymulację zewnętrzną lub pole elektromagnetyczne. Można też rozważyć użycie stożków pochwowych, wkładek - pesarów lub kulek dopochwowych, a także systemów zamykających światło cewki moczowej lub jej ujście zewnętrzne.

Kiedy metody zachowawcze nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, konieczne jest przyjmowanie leków. W leczeniu wysiłkowego NTM środkami farmakologicznymi wyróżnić możemy: estrogenoterapię miejscową polegającą na dopochwowym podawaniu preparatów zawierających estrogeny w postaci globulek, kremów, tabletek, terapię lekami alfaadrenomimetycznymi, terapię duloksetyną - działającą okresowo i niepowodującą całkowitego wyleczenia, a jedynie złagodzenie dolegliwości i dodatkowo - niestety - działania niepożądane - terapię lekami antycholinergicznymi.

## Jakie metody leczenia wysiłkowego NTM, oprócz metod zachowawczych i farmakoterapii, oferuje współczesna medycyna?

Kolejne metody leczenia wysiłkowego NTM to metody chirurgiczne. Są one bardzo powszechne (stosowane prawie od 100 lat) i skuteczne, niestety, w niektórych przypadkach, obarczone komplikacjami i koniecznością kilkutygodniowego okresu rekonwalescencji, poprzedzającym powrót pacjentki do codziennej aktywności. Obec-

nie dzisiejszy brak jest wystarczającej ilości dowodów, by porównać zabiegi chirurgiczne z innymi zabiegami o małej inwazyjności. Wielu ekspertów zaleca jednak, przed rozpoczęciem terapii inwazyjnej, wykorzystanie procedur nieinwazyjnych lub mało inwazyjnych. Użycie beznapięciowej taśmy pochwowej jest nadal najczęściej stosowaną i skuteczną procedurą, mimo że istnieją doniesienia kliniczne o występujących czasem komplikacjach. W leczeniu chirurgicznym wysiłkowego NTM najczęściej wykonywane zabiegi to: TVT - dostęp załonowy, TOT - dostęp przez otwory załonowe, sling łonowo-pochwowy z powięzi własnej, kolposuspensja Burcha, podwieszenie szyi pęcherza moczowego metodą Marshall-Marchatti-Krantz oraz metoda Mini Sling.

## Jakie zatem inne, minimalnie inwazyjne techniki zabiegowe, wykonywane są najczęściej?

Obecnie coraz częściej w terapii wysiłkowego NTM stosuje się zabiegi o minimalnym stopniu inwazyjności, takie jak: laseroterapia, przezcewkowe ostrzykiwanie tkanek okołocewkowych materiałami niewchłanialnymi takimi jak: bydlęcy kolagen GAX, teflon, silikon, a także tkanek autologicznych (tkanka tłuszczowa), czy elektrostymulacja lub magnetostymulacja.

## Jakie znaczenie w leczeniu wysiłkowego NTM ma laseroterapia? Na czym polega ta terapia?

Laseroterapia w wysiłkowym NTM obejmuje zastosowanie lasera Erbowo-Yagowego według procedury FOTONA INTIMA, a także lasera CO2. W laseroterapii nietrzymania moczu wykorzystuje się wpływ światła laserowego na tkanki organizmu żywego poprzez efekty: fotochemiczne, fototermiczne, fotoablacyjne, fotomechaniczne. Metoda FOTONA INTIMA uwzględnia specyficzne właściwości fizyczne promienia laserowego, a obserwowane zmiany w różnych rodzajach tkanek, możemy określić jako tzw. efekty wtórne działania promieniowania laserowego, bardzo dla pacjentki korzystne. Zaliczamy do nich: efekty biostymulacyjne, przeciwbólowe, przeciwzapalne. Warto dodać, że w trakcie zabiegu, naświetlanie ścian pochwy powoduje fototermiczne napięcie i obkurczenie okolicy przedniej ściany pochwy/tylnej pęcherza moczowego oraz cewki moczowej, a tym samym przywrócenie funkcji trzymania moczu.

## Podsumowując: w terapii wysiłkowego nietrzymania moczu najważniejsze jest...

...po pierwsze - indywidualnie dobrana metoda leczenia. Po drugie, przed każdą decyzją dotyczącą zastosowania metod operacyjnych, wspólne z pacjentką omówienie możliwości leczenia zachowawczego lub zastosowania metod o niewielkim stopniu inwazyjności. Po trzecie, pamiętanie o tym, że wysiłkowe NTM można skutecznie leczyć.



# Zdrowie w parze z przyjemnością

Z Marzeną Biernacką, współtwórczynią marki Plum Bum produkującej terapeutyczne kulki dopochwowe, rozmawia Marzena Michalek

**Z** Marzeną Biernacką spotykam się w centrum Warszawy. Wbiega zdyszana i radosna. Emanuje z niej niezwykła energia. Przy stolikach wokół nas siedzi wiele kobiet. Młodych, dojrzałych, z dziećmi, z laptopami, pijących kawę i sok z brzozy. O nich właśnie będziemy rozmawiać...

## Historia jakich wiele

Pytam o genezę pomysłu. *Moja historia to historia wielu kobiet* – mówi Marzena Biernacka. *Byłam osobą niezwykle aktywną, uprawiającą wiele sportów. Urodziłam dziecko. I nagle poczułam wielki dyskomfort w okolicach intymnych. Pojawiło się nietrzymanie moczu i brak przyjemności z seksu. Zaczęłam szukać sposobu, by przywrócić swoje mięśnie do dawnej sprawności. Przyjaciółka poleciła, bym spróbowała kulek Kegla. I tak trafiłam do ponurego seks shopu, w którym, wśród akcesoriów erotycznych, znalazłam kilka różnych kulek. Niestety, sprzedawca potraktował mnie z dużym przekąsem i nie*

*w Hiszpanii, natknęłam się na nie w aptece. Były estetyczne i kolorowe. Miały różny ciężar i wielkość. Hiszpańska farmaceutka wyczerpująco i profesjonalnie wytłumaczyła mi jak je stosować. Wiedziałam, że tego właśnie szukałam!*

## Zróbmy kulki dla Polek

*Pomyślałam – dlaczego Polki nie mogą mieć takich kulek? – kontynuuje Marzena. Takiej informacji i dostępu do produktu, który można kupić w miejscu, które je nie krępuje, w kontakcie z inną kobietą? Wiedziałam jedno – produkt, który stworzymy, musi być naprawdę profesjonalny. Dlatego też przeprowadziłyśmy wiele badań wśród kobiet w różnych grupach wiekowych i z różnymi schorzeniami. Były to młode kobiety planujące ciążę, kobiety po porodach, z tytożgięciem macicy, w wieku menopauzalnym i po menopauzie, z różnym nasileniem NTM. Badania pokazały, jak wiele uprzedzeń i lęków jest w Polkach, jak bardzo są „odcięte” od swojej miednicy, jak bardzo nas krępuje dbanie o okolice intymne.*

*Rozmowa z hiszpańską farmaceutką zainspirowała mnie do jeszcze jednego pomysłu – mówi Marzena. Wiedziałam, że najistotniejsza jest dokładna informacja o tym po co i jak, krok po kroku, stosować kulki. I tak powstała pierwsza, i jak dotąd chyba jedyna, polska instrukcja aplikacji kulek. Nie byłoby jej, gdyby nie ogromne zaangażowanie i pomoc pani Elżbiety Kaden, magister położnictwa i rehabilitantki krocza, z którą do tej pory ściśle współpracujemy i która jest naszym ekspertem w sprawach mięśni dna miednicy.*

## Małe hantle

*Kulki Plum Bum to pierwsze w Polsce progresywne kulki terapeutyczne do ćwiczenia mięśni dna miednicy. Powstają w Polsce, choć część komponentów sprowadzamy z zagranicy – mówi Marzena Biernacka. Są estetyczne, bardzo kobiece, wykonane z hypoalergicznego silikonu. Posiadamy testy dermatologiczne, poparte certyfikatem FDA (ang. Food and*

*Drug Administration). Dlaczego są progresywne? – pyta i natychmiast odpowiada właścicielka Plum Bum. Ponieważ są przeznaczone dla kobiet z różnymi potrzebami i problemami. W zestawie są dwa typy kulek. Mniejsze i cięższe (85g) oraz większe i lżejsze (55g). Wskazane jest korzystanie w pierwszej kolejności z kulek większych, a następnie tych*



Fot. Materiały prasowe Plum Bum

*byłam w stanie dowiedzieć się niczego poza tym, co było napisane na opakowaniach. Wyszłam zażenowana i postanowiłam kupić kulki w sieci. Nie miałam wtedy pojęcia, że kulki powinny mieć odpowiedni ciężar i wielkość, że powinny być progresywne. Te, które kupiłam, były za małe i za lekkie. Dopiero przez przypadek, podczas urlopu*

o mniejszym rozmiarze, ponieważ mięśnie stopniowo się przyzwyczajają i wzmacniają i można im stawiać kolejne wyzwania. Optymalne stosowanie to 15 minut co drugi dzień – ważne, by odbywało się to w ruchu, nawet podczas uprawiania sportu. Chcemy pokazać Polkom, że kobiety świadome swojej kobiecości mogą w torebce również nosić taką intymną biżuterię. W końcu nasze hasło pozycjonujące: „Oh! My pleasure!” odwołuje się do przyjemności – śmieje się Marzena. Jednak tak naprawdę – poważnie – przede wszystkim zależy nam na tym, by Polki otworzyły się na swoje zdrowie intymne. Nasze kulki to taka mała intymna siłownia, która wzmacnia mięśnie dna miednicy i dlatego chcemy dotrzeć do wszystkich kobiet, którym zależy na zdrowiu.

### Plany na przyszłość

Planujemy już wkrótce poszerzać wśród pań edukację dotyczącą mięśni dna miednicy, ponieważ to one w ogromnej mierze determinują nasze samopoczucie psychiczne i fizyczne. Chcemy dotrzeć do wszystkich grup wiekowych, a mamy świadomość, że część z kobiet nie posługuje się komputerem, nie używa Internetu, ani maila – wylicza Marzena. Dlatego już teraz pracujemy nad programem, dzięki któremu będziemy mogły dotrzeć do pań w wieku 55+. Nie mogę zdradzać zbyt wielu tajemnic, ale mogę powiedzieć, że już wkrótce o naszym produkcie będzie można się dowiedzieć w klubach seniora, uniwersytetach trzeciego wieku, klubach fitness, salonach rehabilitacyjnych, czy w sklepach z bielizną. Już teraz jesteśmy obecne na konferencjach poświęconych zdrowiu kobiety, w wybranych gabinetach ginekologicznych, czy w ekologicznych drogeriach. Pracujemy również nad stworzeniem nowego kanału dystrybucyjnego obejmującego całą Polskę,

który zapewni nie tylko większą sprzedaż naszych kulek, ale przede wszystkim będzie edukował Polki i poszerzy ich wiedzę na temat zdrowia intymnego. W dalszej perspektywie marzy nam się oczywiście sprzedaż i edukacja w aptekach, podobnie jak ma to miejsce w innych krajach europejskich, ale na to potrzebujemy nieco więcej czasu – dodaje Marzena.



Fot. Materiały prasowe Plum Bum

### Gdzie kupić?

W tej chwili najprostszym sposobem zamówienia kulek jest skorzystanie ze sklepu internetowego:

[www.plumbum.com.pl](http://www.plumbum.com.pl). Można to zrobić wypełniając formularz kontaktowy, wysyłając mail, czy po prostu wykręcając numer telefonu podany na stronie – dodaje właścicielka Plum Bum. Zamówione kulki można odebrać w stacjonarnym sklepie w Jankach.

## WYPOWIEDŹ EKSPERTA

### Elżbieta Kaden - magister położnictwa i rehabilitantka krocza, która pracuje w Poradni Wczesnej Rehabilitacji Poporodowej i Uroginekologicznej w Warszawie.

Kulki dopochwowe ułatwiają trening siłowy mięśni dna miednicy. Aplikowane do pochwy pobudzają, za pomocą drobnych drgań, włókna mięśniowe i jednocześnie polepszają ukrwienie tkanek. Ponadto, gdy kulki podczas normalnej aktywności wysuwają się z pochwy kobieta, kurcząc pochwę, stara się pobudzić mięśnie do pracy tak, by kulki wróciły na miejsce. Warto je stosować w ramach profilaktyki, by utrzymać mięśnie dna miednicy w dobrej kondycji, w ramach rehabilitacji poporodowej, przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, przy zaburzeniach statyki narządu płciowego (obniżenie ścian pochwy, uczucie ciężenia w kroczu, lub uczucie ciała obcego w pochwie).

Kulki nie znajdują zastosowania i nie należy ich polecać w leczeniu pęcherza nadreaktywnego, pochwy, vulvodynii, gdyż przyczyny tych dolegliwości są zupełnie inne.

Osobiście, podczas pracy terapeutycznej, nie używam kulek gejszy, jednak zalecam pacjentkom ich zakup dla uzupełnienia wcześniejszej terapii w celu utrwalenia efektów. Mogą z nich korzystać pacjentki w różnym wieku, również osoby starsze, po skonsultowaniu tej metody rehabilitacji z lekarzem lub terapeutą. Ważne, by kulki były dobrej jakości, posiadały odpowiednie atesty i najlepiej, by były to kulki progresywne. Na rynku jest bardzo wiele produktów nie spełniających tych wymogów.

# Finansowanie wyrobów medycznych a potrzeby pacjentów

Natalia Klein

Sytuacja pacjentów cierpiących na problem nietrzymania moczu w bezpośredni sposób zależy od działań państwa, które decyduje o wysokości i zakresie refundacji środków absorpcyjnych. Usiłując określić koszty ponoszone przez pacjentów, którzy cierpią na nietrzymanie moczu i do normalnego funkcjonowania potrzebują zaopatrzyć się w środki absorpcyjne, warto prześledzić zmiany i trendy w finansowaniu grupy wyrobów medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## Wzrost kwot refundacji - czy we wszystkich grupach produktów?

Na przestrzeni ostatnich trzynastu lat, wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na całą grupę wyrobów medycznych - do której obok szeregu innych przedmiotów (takich jak protezy, sprzęt stomijny, wózki inwalidzkie, soczewki okularowe czy aparaty słuchowe) należą środki absorpcyjne - ulegały systematycznemu zwiększeniu. Od 2002 do 2014 roku kwota przeznaczona przez NFZ na refundację wszystkich przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wzrosła z 329 milionów złotych do 790 milionów złotych, a więc ponad dwukrotnie.

Należy jednak zwrócić uwagę, że wzrosty wydatków NFZ, a więc dopłaty państwa do wyrobów medycznych potrzebnych pacjentom, nie są jednakowe dla wszystkich produktów wchodzących w skład wyrobów medycznych sprzedawanych indywidualnym pacjentom. Porównując wydatki NFZ na poszczególne wyroby medyczne w 2014 i 2013 roku, można zauważyć, że w przypadku niektórych pozycji, wydatki te wzrosły o połowę lub więcej (dla przykładu, kwota wydana przez NFZ na aparaty słuchowe wzrosła o 50%, na wózki inwalidzkie - o 45%, na ortezy kończyn

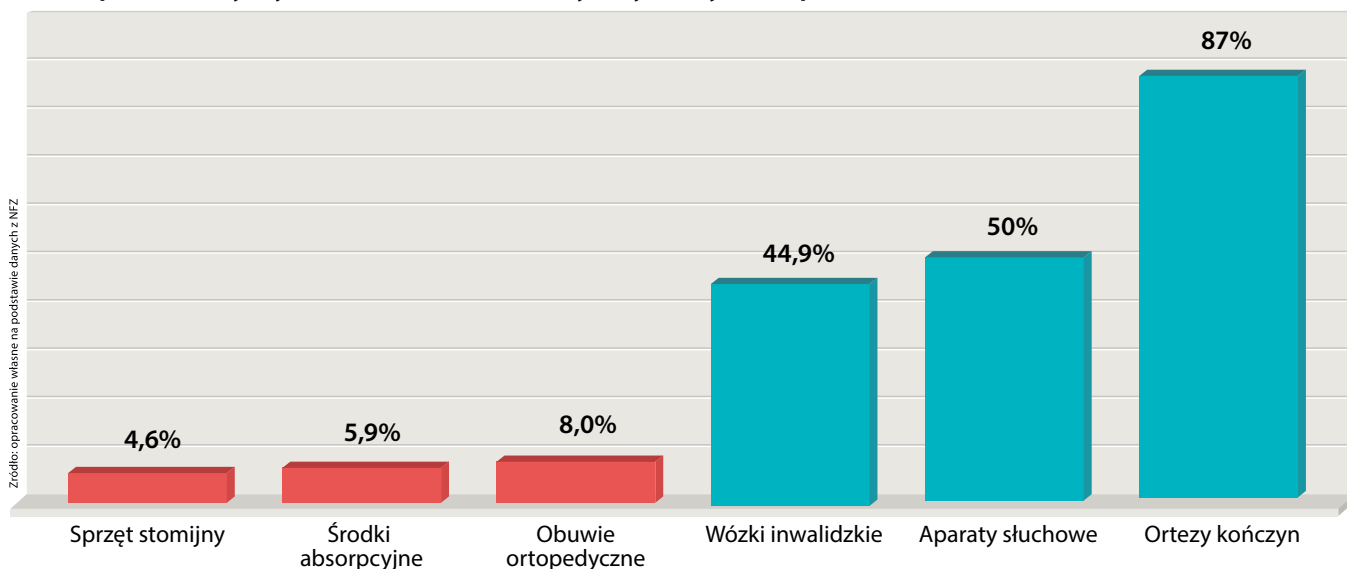
górných i dolnych - o 87%). W innych natomiast grupach - przede wszystkim w grupie przedmiotów wydawanych comiesięcznie - wzrosty wydatków wyniosły zaledwie kilka punktów procentowych (środki absorpcyjne - wzrost o 5,9%, sprzęt stomijny - wzrost o 4,6%, cewniki - wzrost o 4,3%). Głównym czynnikiem tak dużego zróżnicowania dynamiki wydatków NFZ były decyzje administracyjne.

## Dopłaty pacjenta

Różnice w wydatkach NFZ na poszczególne wyroby medyczne wynikają między innymi ze zmian limitów finansowania danych środków przez państwo, określanych rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Wskutek najnowszego rozporządzenia z grudnia 2013 roku, obowiązującego od 1 stycznia 2014 roku, zmniejszyły się kwoty dopłat pacjentów do zakupu wielu wyrobów medycznych. Dla przykładu, znacznie poprawiła się sytuacja pacjentów, którzy zaopatrują się w różnego typu protezy i ortezy kończyn górnych i dolnych, aparaty słuchowe czy wózki inwalidzkie, a także mniej liczne grupy produktów - na przykład nebulizatory przy mukowiscydozie czy protezy piersi. W przypadku wszystkich tych produktów, znacznie zwiększyły się limity finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia - a więc kwoty dopłat państwa do zakupu środków. Dla przykładu, dopłata NFZ do protezy tymczasowej podudzia wzrosła z 600 do 900 zł (+50%), do gorsetu do leczenia skoliozy - z 1100 do 1600 zł (+45%), do aparatu słuchowego - z 800 do 1000 zł (+25%), a do wózka inwalidzkiego specjalnego - z 1800 do 3000 zł (+66%).

Należy jednak podkreślić, że mimo zauważalnej poprawy sytuacji pacjentów w powyższych grupach, inne grupy produktów są wciąż pomijane, a limity, w tym limity ilościowe,

Wzrost procentowy wydatków NFZ na różne wyroby medyczne - porównanie roku 2014 do 2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ



nie zmieniają się od lat lub ulegają wręcz obniżeniu. Do tych produktów należą m.in. sprzęt stomijny, cewniki urologiczne, buty ortopedyczne, ale także środki absorpcyjne.

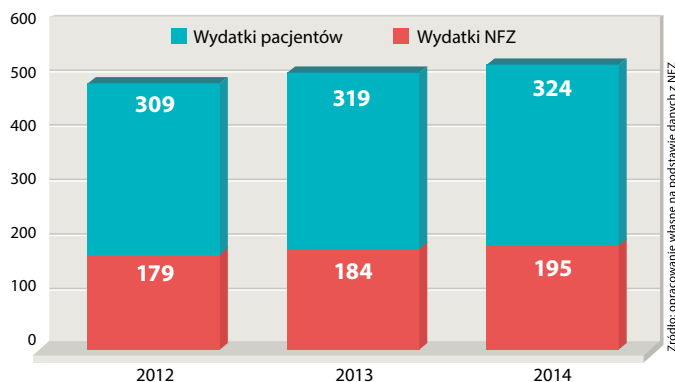
**Realne potrzeby pacjentów z nietrzymaniem moczu**

Limity ilościowe i cenowe na środki absorpcyjne w Polsce nie zmieniły się od 1999 roku, a więc od 16 lat. W 1999 roku limit cenowy zmniejszył się z 2,3 zł do 1,5 zł (-53%) za sztukę. Dopłata pacjenta wynosi natomiast minimum 30%. Pacjentom z nietrzymaniem moczu, którzy spełniają wymagane kryterium chorobowe (samo nietrzymanie moczu nie stanowi bowiem według przepisów wystarczającego kryterium dla refundacji pieluchomajtek czy majtek chłonnych), przysługuje 60 sztuk środków miesięcznie, a więc 2 sztuki dziennie. Tak niewielka liczba jest dla większości osób z NTM zdecydowanie niewystarczająca dla utrzymania higieny i zdrowia skóry. Biorąc pod uwagę realne potrzeby pacjentów, którzy do godnego i normalnego funkcjonowania potrzebują większej ilości środków absorpcyjnych, niż ta zapewniana przez państwo, chorzy są zmuszeni do ponoszenia zdecydowanie wyższych dopłat, niż te określone w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia. Uwzględniając aktualne ceny rynkowe oraz ilość zużywanych w ciągu doby środków, dopłaty pacjenta mogą sięgać nawet 60%, wartości środków, jak można przeczytać w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

**Czy obecny system wymaga zmian?**

Aktualny system refundacji środków absorpcyjnych w Polsce jest zaliczany do tzw. systemów otwartych - specjalista wypisuje zlecenie na dany rodzaj produktu (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne czy wkłady anatomiczne), ale to pacjent samodzielnie wybiera markę, która jest dla niego najbardziej odpowiednia i optymalna dla jego stylu życia i indywidualnych potrzeb. Przynajmniej raz na 12 miesięcy pacjent jest zobowiązany do potwierdzenia swojego uprawnienia do otrzymania dofinansowania do środków w tzw. punktach potwierdza-

**Podział realnych kosztów zaopatrzenia w środki absorpcyjne (w mln zł)**

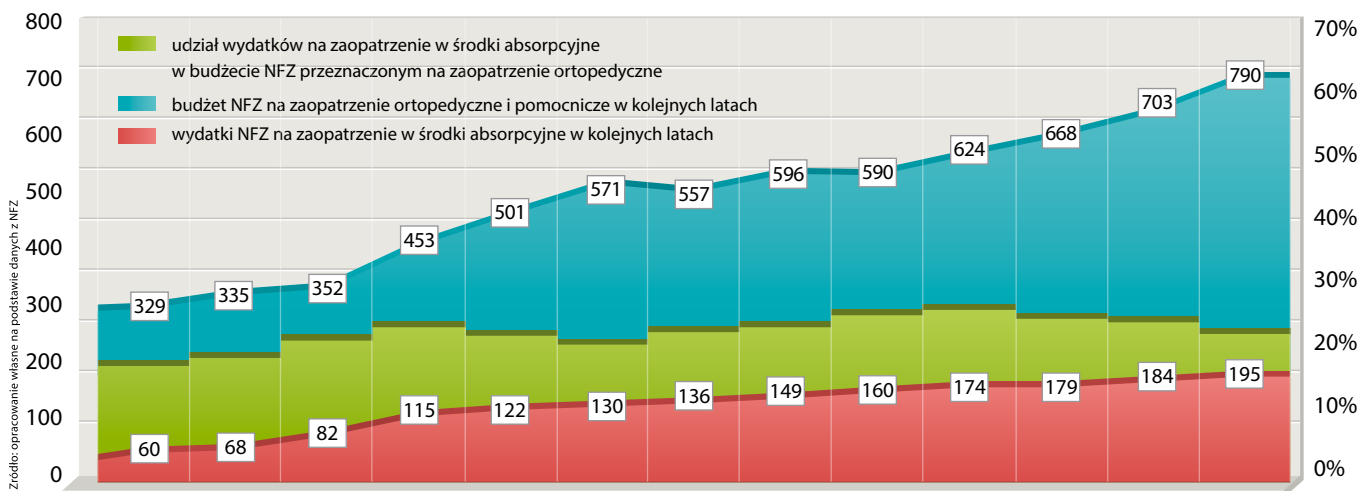


nia zleceń danego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkową szansą na zmniejszenie barier biurowych jest planowane wprowadzenie tzw. e-zleceń na wyroby medyczne, które umożliwią przyspieszenie całego procesu.

Obecny system posiada zalety zarówno dla pacjentów, jak i z punktu widzenia finansów państwa. Biorąc pod uwagę koszty ponoszone przez państwo, system potwierdzania zleceń umożliwia funkcjonowanie mechanizmów regulujących wydatki. Rozwiązanie to pozwala zatem na kontrolowanie i ochronę budżetu państwa. Co istotne, obecny system jest optymalny także dla pacjenta.

Pojawiające się od kilku miesięcy sygnały pochodzące z źródeł zbliżonych do Ministerstwa Zdrowia sugerują, że środki mogłyby być zapisywane na recepty, podobnie jak leki refundowane, czyli byłyby dostępne tylko w aptekach. Jak mówi prezes Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti Anna Sarbak, *obecny system, w którym każdy pacjent może samodzielnie wybrać środek absorpcyjny, który mu odpowiada, nie powinien ulegać zmianie. Jeżeli pacjenci będą musieli kupować produkty absorpcyjne tylko w aptekach, a nie, jak do tej pory, także w sklepach medycznych, gdzie wybór jest o wiele większy, ograniczy to dostęp do środków. Każdy pacjent powinien decydować, jaki produkt jest dla niego najlepszy.*

**Dynamika zmian budżetu NFZ na wyroby medyczne i środki absorpcyjne (w mln zł)**



# Pessar na nietrzymanie moczu

## Na czym polega terapia?

dr n. med. Edyta Wlazlak,

dr hab. n. med. Grzegorz Surkont

**P**essary to wkładki zakładane do pochwy w celu likwidacji wypadania pochwy i macicy oraz leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Czasami zmniejszają również objawy pęcherza nadreaktywnego. Znane są od czasów starożytnych. Pierwszym znanym pessarem był owoc granatu umoczony w winie. Następnie pessary były produkowane m.in. z wosku, porcelany czy z gumy.

Obecnie produkowane pessary zwykle wykonane są z miękkiego, elastycznego biokompatybilnego, niealergicznego silikonu, co znacznie poprawia tolerancję leczenia i zmniejsza ryzyko powikłań. Istotne jest, aby silikon był odpowiednio miękki, żeby zakładanie i wyjmowanie pessara było jak najbardziej komfortowe, bez uczucia bólu. Ze względu na elastyczną budowę mogą i powinny być z łatwością zginane, co ułatwia zakładanie i wyjmowanie. Niektóre, obecnie dostępne pessary produkowane są z PCV. Takie pessary muszą być wyrzucone po maksimum 6 miesiącach, ponieważ po tym czasie zaczynają się uwalniać toksyczne substancje.

W przeszłości twarde pessary zakładane były na stałe do pochwy. Ten sposób stosowania powodował czasami upławy oraz odleżyny. Znane są również pojedyncze przypadki przetok po stosowaniu pessarów.

Zgodnie z zaleceniami dr Arabin, obecnie pessary z odpowiedniego silikonu stosowane są tylko w razie potrzeby - jak okulary. Są pacjentki, które stosują pessar tylko podczas spacerów lub sportu, inne podczas przeziębienia lub większego wysiłku. Nierzadko, pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, noszą pessary tylko podczas aktywności fizycznej, na przykład podczas tańca czy aerobiku. Większość pacjentek zakłada pessar rano, przed wstaniem z łóżka, wyjmując wieczorem, przez północną ścianę. Przed stosunkiem zaleca się wyjęcie pessara. Odpowiedni rodzaj silikonu oraz stosowanie pessara przez wiele godzin, ale z przerwą na noc, powoduje, że nie występują upławy ani odleżyny. Podczas wizyty ginekologicznej przeprowadza się instruktaż, jak samodzielnie wyjmować i zakładać pessar oraz jak go pielęgnować. Okazuje się, że większość pacjentek, nawet starszych i schorowanych, bardzo szybko opanowuje technikę zakładania i wyjmowania pessara. Najczęstszą przyczyną niepowodzenia leczenia nieoperacyjnego za pomocą pessarów jest brak przekonania do tej metody oraz brak praktycznej wiedzy specjalisty.

Podobnie jak okuliści, obecnie ginekolodzy również dobierają pessary używając zestawu produktów. Po zbadaniu

podczas wizyty, zakładane są różne rodzaje i rozmiary pessarów po to, by dobrać ten najodpowiedniejszy. Czasami, po kilku dniach stosowania pessara w domu, okazuje się, że trzeba zastosować inny rodzaj lub rozmiar (jak okulary). Dlatego też, po kilku lub kilkunastu miesiącach zmienia się pessar na inny rodzaj i rozmiar.

U pacjentek z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu najczęściej stosowane są dwa rodzaje pessarów: cewkowy oraz cewkowy kołnierzowy.

Pessary cewkowe (pessary pierścieniowe z kulistym zgrubieniem na okolicę cewki moczowej i z aluminiowym rdzeniem) wykonane są ze specjalnego, elastycznego materiału. Nitka do trzymania, kupiona osobno, może zostać przymocowana z obu stron kulki, co stabilizuje pessar pod cewką i ułatwia jego wyjęcie.



Pessar cewkowy  
(materiały autorów)

Wskazane są one przede wszystkim u pacjentek z wysiłkowym lub mieszanym nietrzymaniem moczu, bez obniżenia pochwy lub z niewielkim obniżeniem ścian pochwy oraz wydolną przeponą miednicy. Podczas wkładania pessara cewkowego zgrubienie powinno być umieszczone tak,

by znalazło się pod cewką moczową. Powodzenie terapii z użyciem pessarów cewkowych zależy od ich prawidłowego dopasowania. Rozmiar powinien być tak dobrany, aby uzyskać jak najlepszy efekt w zakresie trzymania moczu podczas kaszlu w pozycji stojącej. Zmiany urodynamiczne obserwowane w czasie stosowania pessara są bardzo podobne do tych, które można zaobserwować po operacji. Zgrubienie pessara może również zapobiegać przedostawaniu się niewielkich ilości moczu do cewki moczowej, co może dawać korzystny efekt także w zakresie naglącego lub mieszanego nietrzymania moczu. Z kolei pessary cewkowe kołnierzowe (ze zgrubieniem na okolicę cewki), stosuje się u pacjentek z wysiłkowym lub mieszanym nietrzymaniem moczu oraz z współwystępującymi zaburzeniami statyki narządu płciowego.

Natomiast pessary kostkowe są samoutrzymujące się poprzez wytworzenie efektu podciśnienia (przyssania), co pozwala na ich lepszą stabilność, nawet jeśli mięśnie dna miednicy nie są wystarczająco silne, aby stosować inne pessary.

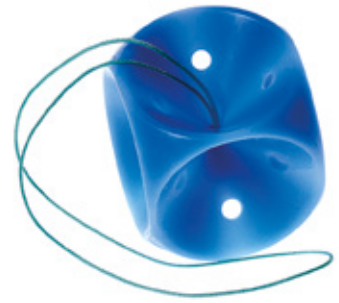


Pessar cewkowy kołnierzowy (materiały autorów)

Pomocny w leczeniu objawów pęcherza nadreaktywnego oraz nietrzymania moczu, współistniejących z wypadaniem pochwy i macicy. Jednak nie jest to typowy pessar do likwidacji objawów nietrzymania moczu.

Pessar kostkowy u kobiet z nietrzymaniem moczu przede wszystkim służy do wspomagania ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej. Często jest stosowany przy różnych stopniach obniżenia pochwy i macicy, również w całkowitym wypadaniu macicy i pochwy. Bywa, że jest

Pessary są obecnie jednym z najczęściej stosowanych sposobów leczenia zachowawczego zachowawczego nietrzymania moczu u kobiet. W przypadku, gdy leczenie nieoperacyjne nie działa, pacjentka kierowana jest na operację. Należy pamiętać, że obecnie, po odpowiedniej diagnostyce przedoperacyjnej i dzięki indywidualnie zaplanowanemu zabiegowi operacyjnemu, większość pacjentek można wyleczyć z wysiłkowego nietrzymania moczu.



Pessar kostkowy (materiały autorów)

## Operacje z użyciem taśm w woj. lubelskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa lubelskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych. Obecnie, na 67 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie, które dysponują 43 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi, 2 oddziałami ginekologii onkologicznej oraz 36 oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)), tego typu operacje przeprowadza się w 19 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM

wykonywane są zarówno na oddziałach ginekologiczno-położniczych, ginekologicznych, jak i urologicznych. Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2011 roku, sytuacja uległa nieznacznej zmianie. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano w 17 placówkach. Na terenie woj. lubelskiego w 2013 r. wykonano 675 zabiegów, z kolei w 2014 r. było ich 535 (-20,7%). Ze względu na nieudostępnienie danych przez oddział wojewódzki NFZ w Lublinie, poniższa lista nie zawiera liczby zabiegów zrealizowanych w poszczególnych placówkach.

### Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśmy w roku wykonane w placówkach województwa lubelskiego

LP	NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY
1	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBLINIE
2	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE
3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W LUBLINIE
4	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PUŁAWACH
5	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ
6	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHEŁMIE
7	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRASNYMSTAWIE
8	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE
9	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TOMASZOWIE LUBELSKIM
10	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZEBRZESZYNI
11	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU
12	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W HRUBIESZOWIE
13	CENTRUM MEDYCZNE MEDICOS S.A. W LUBLINIE
14	"KLINIKA" SP. Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W UPADŁOŚCI LIKWIDACYJNEJ W NAŁĘCZOWIE
15	CENTRUM MEDYCZNE "SANITAS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W LUBLINIE
16	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W BEŁŻYCACH
17	ARION SZPITAL SP. Z O.O. W BIŁGORAJU
18	AMG CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RYKACH
19	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W OPOLU LUBELSKIM



# Nowoczesność i doświadczenie

## Leczenie NTM w Szpitalu Praskim im. Przemienienia Pańskiego w Warszawie

Katarzyna Walewska

**N**iekontrolowany wyciek moczu podczas śmiechu, kaszlu czy kichania u niejednej z kobiet wywołuje dyskomfort i wprowadza w zakłopotanie. Dyskomfort, jaki wiąże się z nietrzymaniem moczu, nie dotyczy tylko osób starszych, nietrzymanie moczu to także problem młodych kobiet, po przebytych porodach, czy u osób z nadwagą. Na kłopoty z prawidłowym oddawa-



Fot. Materiały prasowe Szpitala Praskiego

niem moczu skarżyć się mogą także mężczyźni, najczęściej ci, którzy mają kłopoty z prostatą czy pęcherzem moczowym. Doskonale zdają sobie z tego sprawę specjaliści zajmujący na co dzień leczeniem nietrzymania moczu, którzy przekonują, że problem ten można pokonać. Jednak nie każdy oddział urologiczny czy ginekologiczny specjalizuje się w terapii NTM. Aby ułatwić osobom borykającym się z nietrzymaniem moczu poszukiwanie placówek, w których uzyskają pomoc, w bieżącym wydaniu Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu kolejny punkt na mapie Polski, w którym leczy się nietrzymanie moczu. Tym razem naszą uwagę skierowaliśmy na Szpital Praski w Warszawie, w którym pomoc osobom z nietrzymaniem moczu niosą specjaliści ginekologów z oddziału ginekologiczno-położniczego oraz specjaliści oddziału urologicznego.

Oddział ginekologiczno-położniczy Szpitala Praskiego, którym kieruje dr Piotr Czempiński, jest jednym z najstarszych Oddziałów w Warszawie. Aby zapewnić pomoc, radę i opiekę wszystkim potrzebującym kobietom, łączy doświadczenie z nowoczesnością. Oddział ginekologiczno-położniczy, wychodząc naprzeciw pacjentkom, których dotknął problem NTM, już od kilku lat przeprowadza zabiegi operacyjne stosowane w leczeniu nietrzymania

moczu. Są to głównie zabiegi polegające na wszczępieniu taśm syntetycznych, które stały się już standardem w terapii wysiłkowego i mieszanego rodzaju NTM u kobiet. Kobiety chcące poddać się tej metodzie leczenia NTM mogą z niej bez problemu skorzystać, bowiem wszystkie zabiegi są w pełni refundowane z budżetu NFZ.

Poza zabiegiem operacyjnym, w Szpitalu Praskim wykorzystywano również inną metodę leczenia nietrzymania moczu, polegającą na ostrzyknięciu cewki materiałem syntetycznym. *Jest to metoda bezpieczna i mało inwazyjna, ale o ograniczonej skuteczności i nieznanym efekcie długotrwałym* - tłumaczy dr Piotr Marczyński - ordynator oddziału urologii. *Metoda ta może być stosowana jako opcja u pacjentów z niewielkim stopniem wysiłkowego nietrzymania moczu, którzy nie decydują się na proponowane w pierwszej kolejności standardowe metody leczenia zabiegowego (np. zwieracz hydrauliczny czy sling)* - dodaje ordynator. Metoda ta była z powodzeniem przeprowadzana zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Niestety, z początkiem bieżącego roku, w chwilę po wejściu w życie pakietu onkologicznego, zakres usług oddziału urologicznego skoncentrował się przede wszystkim wokół schorzeń onkologicznych. W związku z tym, leczenie NTM, tą metodą zostało obecnie wstrzymane.

Specjaliści oddziału urologii Szpitala Praskiego mogą pochwalić się pionierskim zabiegiem wszczępienia nowego, mało inwazyjnego, mechanicznego zwieracza cewki moczowej - systemu Remeex MRS II. Przeprowadzony zabieg może okazać się przełomowym w leczeniu mężczyzn z nietrzymaniem moczu. Wszczępienie systemu MRS II niesie szereg korzyści dla pacjentów: jest to zabieg mało inwazyjny, obciążony niewielkim odsetkiem powikłań i możliwy do wykonania w czasie krótkiej hospitalizacji. *Należy podkreślić jednak, że system MRS II dedykowany jest pacjentom z częściowym, wysiłkowym nietrzymaniem moczu, jednak nie jest on w stanie zastąpić zwieracza hydraulicznego, który jest jedynym obecnie sposobem operacyjnego leczenia całkowitego nietrzymania moczu* - tłumaczy dr Piotr Marczyński. *Wszczępienie systemu MRS II jest rzeczywiście mniej inwazyjne od implantacji zwieracza hydraulicznego, stąd w wybranych ściśle wskazaniach mogłoby to być postępowanie z wyboru* - tłumaczy. *Nie jest to natomiast zabieg bardziej ekonomiczny w naszym systemie, ponieważ nie jest on refundowany. Brak refundacji jest powodem, dla którego zabiegi te nie są obecnie powszechnie wykonywane* - dodaje dr Marczyński.

# Poradnik dla pacjentów z OAB

## Zdiagnozowana choroba - co dalej?

Monika Gackiewicz

**S**zacuje się, że obecnie nawet ok. 4-5 milionów Polaków może cierpieć z powodu OAB (ang. overactive bladder). Do tej pory w naszym kraju nie funkcjonował żaden model leczenia tej jednostki chorobowej. Chorzy, u których terapia za pomocą refundowanych leków nie powiodła się lub wiązała się ze skutkami ubocznymi, nie mieli żadnej alternatywy, prócz wysoko inwazyjnych zabiegów operacyjnych. Obecnie, dzięki trzem nowym rekomendacjom Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), które pojawiły się w 2014 roku, zaczął nabierać kształtu modelowy schemat leczenia chorych na OAB, którzy mogliby liczyć na szerszy wachlarz refundowanych terapii.

### Terapia I rzutu - leki antycholinergiczne

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w ramach farmakologicznego leczenia OAB refunduje aktualnie dwie substancje (solifenacyne i tolterodyne) w postaci sześciu leków. Leki te są refundowane przy odpłatności pacjenta w wysokości 30% w ramach grupy terapeutycznej „zespoł pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Głównym ograniczeniem w stosowaniu preparatów antycholinergicznych w leczeniu OAB są ich częste objawy niepożądane. Dlatego cały czas trwają prace nad nowymi, bardziej skutecznymi i lepiej tolerowanymi przez chorych, substancjami leczniczymi.

### Terapia II rzutu - agoniści receptorów beta-3-adrenergicznych

W razie niepowodzenia terapii za pomocą leków antycholinergicznych, nowością w farmakologicznym leczeniu OAB i jedyną alternatywą jest mirabegron, będący antagonistą receptorów beta-3-adrenergicznych. Substancja ta nie jest obecnie refundowana w ramach NFZ, aczkolwiek dostępna na polskim rynku. W 2014 roku ukazała się rekomendacja AOTMiT w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego zawierającego mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. Jak czytamy w rekomendacji AOTMiT: „mirabegron jest skuteczną formą farmakoterapii w leczeniu objawów zespołu OAB, z korzystnym profilem bezpieczeństwa z uwagi na inny mechanizm działania leku niż leki antymuskarynowe. Badania kliniczne wykazały,

że lek ten ma stosunkowo wysoki profil bezpieczeństwa i umiarkowane objawy niepożądane”.

### Terapia III rzutu - iniekcje z toksyny botulinowej

Iniekcje z toksyny botulinowej to ogromna szansa na dostęp do leczenia dla pacjentów z OAB, u których zawiodło dotychczasowe leczenie farmakologiczne I i II rzutu, bądź takich, u których występują poważne objawy uboczne na skutek przyjmowania leków. Obecnie specjaliści stosują toksynę botulinową w ramach refundowanej procedury „wstrzyknięcie leku do ściany pęcherza lub szyi macicy” (ICD-9: 57.46). Terapia ta polega na wstrzyknięciu dopęcherzowo botuliny w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych. W ubiegłym roku terapia w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)” otrzymała pozytywną rekomendację AOTMiT. Decyzja Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie nie została jeszcze podjęta z uwagi na zawieszenie procedury przez producenta.



### Terapia IV rzutu - neuromodulacja korzeni krzyżowych

Stosowanie metody neuromodulacji korzeni krzyżowych zalecane jest osobom z pęcherzem nadreaktywnym, u których zawiodły wyżej wymienione metody leczenia. Zabieg ten polega na wszczepieniu pod skórę chorego, w pobliżu nerwów, w dolnej części pleców, cienkiej elektrody, która odpowiada za stymulację i prawidłową pracę nerwów kontrolujących pęcherz moczowy. Zabieg ten nie jest refundowany ani oferowany w Polsce. Jednak we wrześniu 2014 r. ukazała się pozytywna rekomendacja AOTMiT, która w dalszym ciągu czeka na decyzję Ministra Zdrowia. Jedyna możliwość skorzystania z tej terapii wiąże się z koniecznością wyjazdu do innego kraju Unii Europejskiej i uzyskanie zwrotu kosztów z NFZ (dyrektywa UE dot. transgranicznej opieki zdrowotnej).

### Środki absorpcyjne na każdym etapie terapii

Chorym na OAB, będących przed leczeniem, w trakcie leczenia oraz w przypadkach, gdy terapia nie przynosi pożądanego rezultatu, zaleca się stosowanie środków absorpcyjnych w celu zapewnienia higieny oraz uniknięcia niepożądanych powikłań. Obecnie w Polsce osobom cierpiącym na OAB w ramach refundacji przysługuje 60 sztuk środków absorpcyjnych miesięcznie.

Artykuł powstał w oparciu o poradnik dla pacjentów z OAB, przygotowany przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”.

# Diagnostyka fizjoterapeutyczna zaburzeń kontynencji - rola wywiadu

mgr Magdalena Potoczek

Fizjoterapeuta, NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

**D**iaagnostyka jest bardzo ważnym elementem w procesie programowania terapii w przypadku zaburzeń kontynencji i stanowi punkt wyjścia do podejmowania jakiegokolwiek działania leczniczego. Na podstawie wywiadu, testów i badań planowane jest leczenie (zachowawcze lub operacyjne). Proces diagnostyczny powinien opierać się na współpracy lekarza specjalisty (urologa, proktologa, ginekologa) z fizjoterapeutą.



Fot. #62833423 © Photographee.eu - Fotolia.com

Pierwszym krokiem w diagnozowaniu jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu z pacjentem. Powinien on obejmować zebranie informacji ogólnych, jak i szczegółowych. Na tej podstawie można postawić wstępne rozpoznanie, które jednak wymaga późniejszej weryfikacji w oparciu o specjalistyczne badania.

Na początku należy zadać pytania ogólne dotyczące: wieku, masy ciała i wzrostu (określenie BMI), trybu życia, aktywności fizycznej, wykonywanej pracy, sposobu odżywiania, stosowania używek (substancji psychoaktywnych), seksualności, chorób współistniejących (choroby nerek, układu krążenia, układu oddechowego, neurologiczne, ginekologiczne, onkologiczne). Należy w szczególności dowiedzieć się czy występują przewlekłe zaparcia, choroby przebiegające z chronicznym kaszlem oraz zaburzenia statyki narządu rodowego u kobiet (obniżenie lub wypadanie pochwy i/lub macicy), uwzględnić przebyte wypadki i urazy, wady postawy, zabiegi i operacje. W przypadku kobiet należy się dowiedzieć o przyjmowanych lekach, w tym ziołach, występującej menopauzie, dominujących objawach, do-

tychczasowym leczeniu i jego ewentualnych efektach. W przypadku kobiet ważna jest również kwestia przebytych porodów (ilość, rodzaj - porody siłami natury czy cięcia cesarskie, urazy śródporodowe, porody zabiegowe, masa urodzeniowa dzieci, powikłania w okresie połogu). Kolejny etap wywiadu dotyczyć powinien samego zaburzenia:

## 1. Jaki jest główny problem, z którym zgłasza się pacjent?

Należy w delikatny sposób zapytać o epizody nietrzymania moczu, stolca i gazów. Problemy te mogą ze sobą współistnieć dlatego bardzo ważne jest, aby już na początku dokładnie je określić.

## 2. Od jak dawna występuje problem?

Problem może trwać od tygodni, miesięcy, a nawet (najczęściej) lat.

## 3. Czy pojawienie się pierwszych objawów związane jest z jakimś konkretnym wydarzeniem?

Początek zaburzeń kontynencji może mieć związek z konkretną sytuacją np. porodem, wypadkiem lub operacją.

## 4. Czy występuje progresja zaburzenia?

Pacjent powinien potrafić określić czy problem ma tendencję do nasilania się czy może utrzymuje się na tym samym poziomie.

## 5. W jakich sytuacjach pojawia się problem?

Czy do inkontynencji dochodzi w trakcie: kaszlu, kichania, śmiechu, dźwignięcia cięższego przedmiotu, podbiegnięcia, podskoczenia, chodzenia po schodach, schylania się, kucaenia, zajęć sportowych - jeśli tak to jakich, w trakcie zmiany pozycji ciała, bez wyraźnej przyczyny. Czy utratę moczu poprzedza uczucie parcia na pęcherz moczowy czy też nie?

## 6. Czy są sytuacje, które zdecydowanie nasilają problem?

Czy pacjent zaobserwował wywołanie lub nasilenie objawów pod wpływem silnego stresu, spożycia niektórych potraw lub napojów, widoku płynącej wody, itd.

## 7. Jak często występuje problem?

Czy epizody występują raz/kilka razy w miesiącu, tygodniu czy codziennie?

## 8. Jak bardzo problem jest nasilony?

Jakie są ilości gubionego moczu - subiektywna ocena (mało, średnio, dużo, w zależności od sytuacji, stopnia wypełnienia pęcherza moczowego).

## 9. Czy stosowane są podkłady/wkładki urologiczne?

Czy pacjent stosuje zwykłe podpaski czy specjalistyczne zaopatrzenie? Ile dziennie zużywa podkładow, jakiego rozmiaru, w jakim stopniu są one zmoczone/zabrudzone?



**10. Na jakie sfery życia ma najbardziej negatywny wpływ?**

To bardzo istotny element wywiadu. Dobrze jest posłużyć się standaryzowanymi kwestionariuszami dotyczącymi jakości życia, które pokazują jak inkontynencja upośledza różne jego sfery (społeczną, rodzinną, seksualną). Warto również skierować pacjenta na konsultację psychologiczną. Kolejny etap wywiadu uwzględniać powinien zebranie informacji na temat samego sposobu oddawania czynności fizjologicznych przez pacjenta:

**1. Jaka jest pozycja do oddawania moczu na toalecie?**

**2. Jaka jest pozycja do oddawania stolca na toalecie?**

**3. Czy czynności fizjologiczne oddawane są w pośpiechu (np. w toaletach publicznych)?**

**4. Czy czynności fizjologiczne oddawane są na zapas (np. przed wyjściem z domu, itp.)?**

**5. Czy oddawanie czynności fizjologicznych wywołuje ból? Jeżeli tak, to o jakim charakterze i lokalizacji?**

**6. Czy w moczu lub kale pojawia się krew? Jaki jest kolor moczu? Jak wygląda stolec? Należy uwzględnić dietę pacjenta.**

**7. Czy są problemy z zainicjowaniem czynności fizjologicznych (potrzeba użycia tłoczni brzusznej, zmiany pozycji na toalecie, itd.)?**

**8. Czy są problemy z zakończeniem czynności fizjologicznej (uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza mo-**

czowego, niepełnego wypróżnienia)?

**9. Jaki ma charakter mikcja (strumień prawidłowy, kapanie, przerywany strumień)?**

Zebranie powyższych informacji pozwala na ustalenie pewnych nieprawidłowości w tym zakresie. Modyfikacji zachowań dotyczących mikcji i defekacji służy edukacja pacjenta oraz trening na toalecie.

W diagnostyce inkontynencji wykorzystywane są również standaryzowane kwestionariusze. Pozwalają one na szybką wstępną ocenę rodzaju i stopnia zaburzenia, a także jego wpływu na różne aspekty życia pacjentów. Wśród stosowanych w tym celu kwestionariuszy znajdują się między innymi:

**1. Kwestionariusz Gaudenza**

**2. UDI6-SF - Urogenital Distress Inventory**

**3. ICIQ-UI SF - International Consultation on Incontinence Questionnaire**

**4. MESA - Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Aging Questionnaire - służy ocenie medycznych, epidemiologicznych i społecznych aspektów starzenia się**

**5. IQOL - Incontinence Quality of Life - służący do oceny wpływu inkontynencji na jakość życia pacjenta**

**6. Kings Health Questionnaire - kwestionariusz dotyczący zdrowia Kingsa.**

*Piśmiennictwo u autora*

## Badanie urodynamiczne w województwie świętokrzyskim

**W**najnowszym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy Państwu wykaz placówek realizujących badanie urodynamiczne z województwa świętokrzyskiego. Według zebranych danych (stan na 26 maja 2015 r.), w województwie świętokrzyskim badanie urodynamiczne można wykonać w pięciu placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, wzrosła o dwie. Badanie urodynamiczne jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupu usługi, koszt takiego badania to wydatek rządu 300-350 zł. Badanie urodynamiczne może zostać wykonane odpłatnie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach prywatnych. Średni czas oczekiwania na badanie to okres ok. 2-4 tygodni.

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. świętokrzyskiego, 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.

Pełen wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl). W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracownicy urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

### KIELCE

1. NZOZ PROSTA-LITH, Poradnia Urologiczna w Kielcach; 25-838 Kielce, ul. Jagiellońska 13
2. NZOZ Uromedyk, Przychodnia Urologiczna; 25-310 Kielce, ul. Kościuszki 11
3. Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Poradnia Urologii; 25-734 Kielce, ul. Artwińskiego 3
4. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Władysława Buszkowskiego, Poradnia Urologii z Pracownią Urodynamiki i Manometrii; 25-381 Kielce, ul. Langiewicza 2 (dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia)
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna; 25-734 Kielce, Jagiellońska 72

# Razem możemy być silne

## Stowarzyszenie kobiet z problemami onkologiczno-ginekologicznymi „Magnolia”

Natalia Klein

**N**owotwory ginekologiczne są jednym z najczęściej występujących typów raka u kobiet w Polsce. Mimo, że regularne badania kontrolne pozwalają obniżyć ryzyko zachorowania, nowotwory te pozostają w Polsce wciąż nierozwiązanym problemem, dotykając coraz większą liczbę kobiet. Jednym z częstych powikłań związanych z nowotworami ginekologicznymi jest nietrzymanie moczu, które może wystąpić m.in. jako skutek uboczny radioterapii narządów rodnych. Aby odpowiedzieć na potrzebę pomocy kobietom zmagającym się z problemami onkologiczno-ginekologicznymi oraz ich powikłaniami, w 2009

roku zostało założone Stowarzyszenie Magnolia. *Stowarzyszenie powstało z inicjatywy osób po chorobie nowotworowej, przy pomocy osób wspierających taką inicjatywę. Celem, jaki postawiło sobie Stowarzyszenie, jest działanie na rzecz kobiet w trakcie i po leczeniu onkologiczno-ginekologicznym, a także uczestnictwo w akcjach promujących wczesne wykrywanie nowotworów w ginekologii kobiet* - mówi Alina Pulcer, prezes Stowarzyszenia.

Stowarzyszenie Magnolia zrzesza 24 członkinie, wśród których znajdują się również pacjentki zmagające się z problemem nietrzymania moczu wskutek powikłań ponowotworowych. *Wśród członkiń Stowarzyszenia są kobiety po leczeniu onkologicznym - radioterapii, chemioterapii, operacjach ginekologicznych, także posiadające problemy z nietrzymaniem moczu, ale również kobiety zdrowe* - mówi prezes Pulcer.

Jednym z priorytetów Stowarzyszenia Magnolia jest promowanie badań profilaktycznych i zachęcanie kobiet do regularnego poddawania się badaniom ginekologicznym. Magnolia uczestniczy w różnych akcjach promujących uczestnictwo kobiet w badaniach profilaktycznych.

Jak wymienia prezes Pulcer, *Stowarzyszenie brało udział w akcjach promujących badania cytologiczne i regularne badania ginekologiczne („Dbaj o siebie, wykonaj cytologię” oraz „HPV pod kontrolą”), a także w ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej „Dla niej. Możemy więcej” na rzecz kobiet chorych na nowotwory ginekologiczne i ich bliskich.*

Magnolia prowadzi swoje działania zarówno na szczeblu ogólnopolskim, jak i lokalnym. Bierze udział w ogólnopolskich wydarzeniach związanych z tematyką kobiecą i zdrowotną - m.in. w Światowym Dniu Walki z Rakiem czy Kongresie Kobiet. Na szczeblu lokalnym, w okolicach Konina, w którym mieści się siedzi-

ba Stowarzyszenia, organizuje m. in. wykłady lekarskie i uczestniczy w spotkaniach lokalnych społeczności. Magnolia walczy także o lepszy dostęp do nowoczesnych metod terapii dla polskich pacjentek zmagających się z nowotworami ginekologicznymi. Aktualnie Stowarzyszenie zbiera podpisy pod petycją do Ministerstwa Zdrowia, w której zwraca się do Ministerstwa z prośbą o pomoc w udostępnieniu kobietom z mięśniakami macicy refundowanej terapii nowoczesnym lekiem - octanem uliprystalu, w niektórych przypadkach zapobiegającym konieczności usunięcia macicy. Podobnie, jak w przypadku rekomendacji dla leczenia pęcherza nadreaktywnego nowoczesną substancją mirabegron, także w przypadku terapii mięśniaków macicy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w 2014 roku, wydała pozytywną rekomendację dla leczenia mięśniaków macicy octanem uliprystalu. W przypadku obydwu terapii nie zapadła dotąd decyzja Ministerstwa o refundacji.

Więcej informacji o Stowarzyszeniu można znaleźć na stronie [www.stowarzyszenie-magnolia.org](http://www.stowarzyszenie-magnolia.org)



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

**KWARTALNIK** 

**STUDIO PR**  
ul. Hajoty 49, 01-821 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

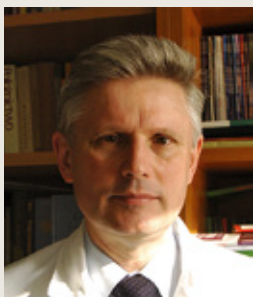
OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	
UL. HAJOTY 49, 01-821 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	<b>Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“</b>
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

## 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 Biń**

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**

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II 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.



# Chcesz wiedzieć więcej?

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



23,00 zł



19,90 zł

SEKS U LUDZI BIZNESU  
funkcje i dysfunkcje seksualne  
w nowej grupie pacjentów



10,00 zł

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)