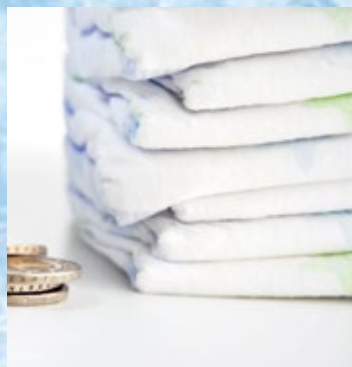


Festiwal KultUro:

Sławy polskiej urologii grają rocka na rzecz pacjentów



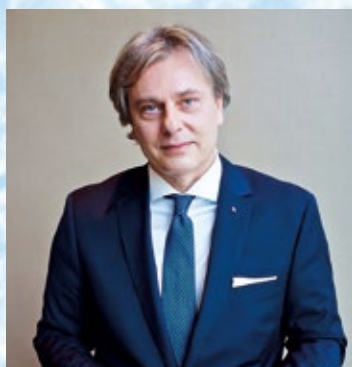
Opieka nad pacjentem z NTM. Czego oczekujemy od nowego rządu?



Stwardnienie rozsiane a NTM

Dlaczego w Ministerstwie Zdrowia 180 równa się 60?

Badanie urodynamiczne. Koszmar, przez który nie chcę więcej przechodzić...



Urologia jest jedna

Wywiad z prof. Piotrem L. Chłostą, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego

W oczekiwaniu na dobrą zmianę

A więc stało się. Wybory do parlamentu bardzo głęboko prze-modelowały naszą scenę polityczną. Wraz z końcem epoki rządów PO-PSL, kończy się era rządów Kopacz-Artukowicz w Ministerstwie Zdrowia. Celowo nie wspominam prof. Zembali, bo posługując się parafrazą piłkarską, zbyt krótko przebywał na boisku, aby go oceniać. Pomimo krytycznej oceny rządów obydwu Ministrów Zdrowia, co niejednokrotnie czyniłem na łamach Kwartalnika, należy zauważyć kilka pozytywnych akcentów, które miały miejsce przez ostatnie 8 lat.

1. Wprowadzenie do refundacji pierwszych leków w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB),
2. Odblokowanie procesu wnioskowania o refundację nowych leków, w tym, w szczególności innowacyjnych (ustawa refundacyjna),
3. Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia dot. refundacji środków pomocniczych w tym środków absorpcyjnych.

Niestety, obok tych zmian, pojawiają się następujące zarzuty: Ad 1. Wraz z pierwszymi lekami na OAB pojawił się nie zgłaszany przez jakiegokolwiek środowisko pacjenckie, czy też medyczne, wymóg wykonywania badania urodynamicznego. Ten pierwotny grzech do dzisiaj nie został zmasany.

Ad 2. Co z tego, że wróciliśmy do cywilizowanego procesu składania wniosków i ich opiniowania, skoro nowych leków pojawiło się na liście niewiele, a urzędnicy Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialni za politykę lekową niejednokrotnie

udowodnili, jak można dobre prawo przełożyć na złą praktykę.

Ad 3. Była to pierwsza prawdziwa a nie pozorowana nowelizacja od 1999 roku. Rezultat był jednak daleki od oczekiwań, zwłaszcza pacjentów. Bo jak nazwać poszerzenie listy lekarzy uprawnionych do wypisywania refundowanych zleceń o kilka oczywistych specjalizacji lekarskich (m.in. geriatrę i ginekologa onkologicznego), skoro zapis o możliwości kontynuacji wypisywania zleceń przez pielęgniarki pozostał przepisem martwym, a zmiana kryteriów chorobowych nadal pozostawiła większość chorych z NTM poza uprawnieniami. Z perspektywy osób z NTM przez 8 lat można było dla tej grupy pacjentów zrobić zdecydowanie więcej. Nie mam co do tego wątpliwości. Trudno jednak było o dobre rozwiązania, skoro Ministerstwo Zdrowia Ewy Kopacz i Bartosza Artukowicza zamieniono w twierdzę, gdzie głosy z zewnątrz były rozpatrywane rzadko i niechętnie.

Tym bardziej duże nadzieje budzą pierwsze zapowiedzi zarówno wypowiedziane przez Ministra Konstantego Radziwiłła, jak i jednego z jego zastępców - Krzysztofa Łandę. Większa transparentność, gotowość do spotkań i dyskusji z różnymi środowiskami, wreszcie zapowiedź zmiany filozofii kierowania tym resortem brzmią obiecująco. Obydwaj panowie przez wiele lat byli zagorzałymi krytykami Ministerstwa Zdrowia. Oby, zajmując miejsca po swoich poprzednikach, byli równie krytyczni wobec siebie i swoich decyzji.

Tomasz Michałek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Opieka nad pacjentem z NTM. Czego oczekujemy od nowego rządu?.....	4-5
Stwardnienie rozsiane a NTM. Dlaczego w Ministerstwie Zdrowia 180 równa się 60?.....	6-7
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne.....	7
Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług dla osób starszych. II Kongres Gospodarki Senioralnej.....	8

WYWIAD

Urologia jest jedna	9-12
---------------------------	------

LECZENIE NTM

Neuromodulacja krzyżowa czyli „rozzrusznik” pęcherza. Innowacyjna i rewolucyjna metoda leczenia zaburzeń mikcji	13-14
Zastosowanie protez uroginologicznych w świetle stanowiska FDA.....	15-17
Operacje z użyciem taśm w woj. łódzkim	17

LEGISLACJA

Podsumowanie kadencji Sejmu i Senatu. Działania parlamentarzystów na rzecz pacjentów z NTM.....	18
---	----

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Badanie urodynamiczne. Koszmar, przez który nie chcę więcej przechodzić	19
Festiwal KultUro: Sławy polskiej urologii grają rocka na rzecz pacjentów	20-21
Badanie urodynamiczne w woj. śląskim	21

ORGANIZACJE

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” dotarło do Krakowa	22
---	----

Szanowni Państwo,

Kolejny rok dobiega końca. Ostatnie dwanaście miesięcy minęły niezmiernie szybko, niemniej jednak na zmiany w polskim systemie zdrowia trzeba czekać bardzo długo, nawet latami. Dlatego też, w ostatnim tegorocznym numerze Kwartalnika NTM, pozwołam sobie umieścić artykuły, które będą podsumowaniem tematów, odzwierciedlających wydarzenia oraz problemy pacjentów z NTM mijającego roku.

Wraz ze zmianą rządu, pojawiają się pytania co nowa władza może zrobić w celu polepszenia milionowej grupy osób przewlekle chorych, w której znajduje się również duża liczba osób z nietrzymaniem moczu. Z artykułu dr Elżbiety Szwałkiewicz (str. 4) dowiemy się o najistotniejszych zmianach, jakie powinny mieć miejsce w nowej kadencji rządu, m.in. o wytyczeniu wspólnej ponadsektorowej polityki ukierunkowanej na bezpieczeństwo zdrowotne, socjalne i funkcjonalne osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

Kolejnym problemem, przed którym stanie nowy rząd, jest nierozwiązana od wielu lat kwestia dotycząca ograniczenia środków absorpcyjnych. Obecne regulacje na środki absorpcyjne w Polsce nie zmieniły się praktycznie od 1999 roku. Podczas spotkania organizacji pacjenckich stwierdzono, że reglamentacja tak podstawowych środków pomocniczych nie powinna mieć miejsca w żadnym kraju, o czym więcej w artykule Natalii Klein (str. 6).

Zachęcam Państwa również do przeczytania wywiadu z prof. Piotrem L. Chłostą – nowym prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU). O tym m.in. co polski urolog ma do zaoferowania pacjentowi z pęcherzem nadaktywnym, gdy farmakologia nie zadziała oraz co chciałby zaoferować swoim pacjentom w Polsce, ale jeszcze nie może, dowiedzą się Państwo z artykułu na str. 9. Zachęcam także, do przeczytania krótkiego fotoreportażu (str. 19) z Festiwalu KultUro – wydarzenia, którego pomysłodawcą są członkowie zespołu EndoPower, wspomniany wcześniej prof. Chłosta, a także dwaj inni znakomici profesorowie urologii: Marcin Słojewski i Tomasz Szydetko.

Na zakończenie w imieniu całej redakcji Kwartalnika NTM chciałabym życzyć Państwu wszelkiej pomyślności i sukcesów w Nowym Roku. Wierzę, że 2016 rok przyniesie szereg pozytywnych zmian w systemie ochrony zdrowia, które wpłyną na standard leczenia i opieki nad pacjentem z NTM.

*Życzę miłej lektury,
Monika Gackiewicz*

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepela;
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 Ciepela, Natalia Klein, Magdalena Kowalewska, Marzena Michałek, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: 22 279 49 07 (Monika Gackiewicz), 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:
OI&O 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.

Opieka nad pacjentem z NTM. Czego oczekujemy od nowego rządu?

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Pojedyncze sytuacje w jakich znajdują się osoby przewlekle chore i ich opiekunowie składają się na losy około 10 mln Polaków. W tej grupie jest też duża liczba osób z nietrzymaniem moczu (NTM). Ta skala powoduje uzasadnione obawy, że nasze niezbyt bogate państwo nie zdoła zabezpieczyć potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych osób zależnych od opieki i tych, którzy się nimi opiekują. Oczywiście staje się więc, że gospodarowanie tak niedużymi zasobami wymaga dobrej strategii. Dotąd o losie osób zależnych od opieki i ich opiekunów decydowały głównie dwa ministerstwa - Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej - działając odrębnie i wycinkowo. Czy zarządzających tymi resortami można nazwać strategami w obszarze opieki długoterminowej? Raczej nie. W ostatnich latach w polityce i administracji nie było żadnych działań, które przelożyłyby się na rzeczywistą poprawę sytuacji i to mimo wyraźne artykułowanych oczekiwań społecznych. Jedyne na co zdobyła się władza i administracja centralna to tworzenie kolejnych zespołów angażujących liderów społecznych w niekończące się dyskusje, które nie przyniosły oczekiwanej zmiany na lepsze.

Kolejne wybory wyłoniły nowych polityków i nowy rząd. Z tego powodu ja, podobnie jak wielu innych, których aktywność zawodowa i społeczna związana jest z osobami niesamodzielnymi, mamy nadzieję na dobre zmiany.

Jakie nadzieje wiążemy z nowym rządem?

Stworzenie podstaw do wspólnego działania zakładów leczniczych i jednostek pomocy społecznej, tak żeby osoba wymagająca wsparcia nie krążyła od drzwi do drzwi, wszędzie zaczynając swą historię od nowa, zagubiona w gąszczu przepisów, nieświadoma swoich praw.

Wprowadzenie zasady, że pomoc dobiera się do potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych osoby niepełnosprawnej oraz jej opiekuna.

Wprowadzenie diagnoz funkcjonalnych (wdrożenie obok klasyfikacji chorób ICD 10, klasyfikacji ICF tj. funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia), co pomoże w ustalaniu kompleksowej pomocy, zawierającej elementy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Ustalenie koncepcji opieki długoterminowej

Przyjęcie paradygmatu, że opieka długoterminowa doty-

czy kompensowania deficytów funkcjonalnych i jest świadczeniem terapeutycznym i opiekuńczym, uzupełniającym działania lecznicze, a nie świadczeniem zastępującym opiekę szpitalną nad obłożnie chorymi. Wprowadzenie zasady, że celem opieki długoterminowej jest kompensowanie utraconej sprawności i stwarzanie warunków do samoopieki i samopielęgnacji.

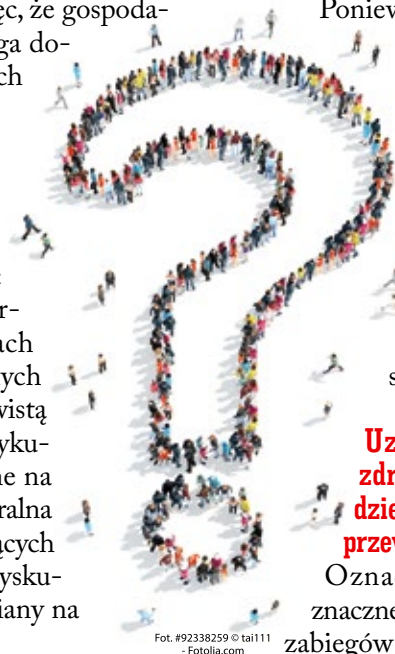
Ponieważ tak rozumiana opieka długoterminowa obejmuje świadczenia lecznicze, w tym rehabilitację odtworzeniową, zabiegi pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz kompensowanie utraconej sprawności, to niezbędne jest nie tylko zdefiniowanie profesjonalnych pojęć, ale także precyzyjne określenie kompetencji i ustalenie źródeł finansowania. Obecnie jest to finansowane z pomocy społecznej, ochrony zdrowia, PFRON-u, budżetów samorządowych i środków prywatnych.

Uznanie za jeden z priorytetów w systemie zdrowia publicznego: zapobieganie niesamodzielnoci będącej skutkiem urazów czy chorób przewlekłych

Oznacza to zlikwidowanie lub przynajmniej znaczne skrócenie kolejek i poprawę dostępności do zabiegów leczniczych, które mogą usunąć przyczynę niepełnosprawności i zapobiec niesamodzielnoci, np. zabieg endoprotezoplastyki, operacje urologiczne czy usunięcie zaćmy oka. Ważne jest tu również zniesienie limitów w refundacji indywidualnego zaopatrzenia, co jest warunkiem zapobiegania wielu groźnym dla zdrowia powikłaniom i pogłębiania się zależności od opieki zewnętrznej.

Rozwój opieki domowej medycznej i opiekuńczej

Opieka domowa w formie usług opiekuńczych jest finansowana w ramach systemu pomocy społecznej ze środków gminy, budżetu państwa i środków prywatnych. Natomiast, pielęgniarstwa długoterminowa opieka domowa finansowana jest ze środków NFZ. Ta ostatnia, wymieniona forma wsparcia jest drastycznie limitowana i wymaga weryfikacji co do rzeczywistego zakresu świadczeń pielęgniarstkich. Nie ma żadnej koordynacji i podziału kompetencji między ochroną zdrowia a pomocą społeczną. Osoba przewlekle chora i niesamodzielną otrzymuje wycinkową pomoc adekwatnie do swojej wiedzy o przysługujących prawach i poziomie zdeterminowania w poszukiwaniu pomocy. W szpitalach i innych placówkach czy instytucjach obowiązuje zasada: jakie pytanie taka odpowiedź. Osoby nie poinformowane i bezradne nie mają szansy na otrzymanie



Fot. #92338259 © tai111 - Fotolia.com

szybkiej i adekwatnej pomocy. Nawet gdy opuszczają szpital, nie otrzymują pełnej informacji i tzw. „mapy wsparcia” z wytyczoną drogą do miejsc, gdzie uzyskają pomoc. Dostęp do pielęgniarskiej opieki domowej jest utrudniony poprzez wprowadzone drastyczne kryteria kwalifikacyjne. Dodatkowym utrudnieniem jest zupełny brak koordynacji między działaniami pracowników pomocy społecznej a pracownikami ochrony zdrowia.

Poprawa jakości i rozwój pielęgniarskiej opieki środowiskowej i domowej

Niewydolne pielęgniarstwo środowiskowe i postępujące ograniczanie dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, i nie tylko, jest przyczyną istotnego generowania kosztów w ochronie zdrowia np. rosnąca liczba powtarzających się hospitalizacji z powodu zaniedbań pielęgnacyjnych.

Związane jest to m.in. z tym, że opieka domowa realizowana w formie usług opiekuńczych nie jest standaryzowana, a ponadto jest najczęściej świadczona przez osoby nie mające kwalifikacji.

Pielęgniarki środowiskowe powinny zyskać prawo ustalania procesów pielęgnacyjnych, wydawania zaleceń pielęgnacyjnych i ich nadzorowania bez względu na to kto jest opiekunem i w jakim trybie został zatrudniony. Działanie to powinno być obwarowane prawem funkcjonariusza publicznego, najwyżej promowane i finansowane spośród wszystkich działań pielęgniarek środowiskowych.

Głęboka weryfikacja przepisów regulujących zasady refundacji

Przy ustalaniu zasad refundacji zaopatrzenia indywidualnego obejmującego sprzęt wspomagający, produkty medyczne, środki pomocnicze i likwidację barier komunikacyjnych i architektonicznych, niezbędne jest wprowadzenie zasady globalnego liczenia kosztów. Co oznacza, że z jednej strony liczy się koszt nieodpłatnego udostępnienia produktu, a z drugiej koszt jego nieudostępnienia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym.

Ponieważ w zaopatrzeniu indywidualnym znaczna część sprzętu może być wielokrotnego użytku należy uznać za priorytetowy rozwój sieci wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego funkcjonowanie osób niepełnosprawnych. Koszt wypożyczenia będzie mniejszy niż koszt zakupu, a to, co się zaoszczędzi, pozwoli na zwiększenie środków na refundację jednorazowych środków pomocniczych (np. pieluchomajtek), materiałów medycznych (np. opatrunków) i indywidualnie dopasowanego sprzętu ortopedycznego, tak niezbędnych osobom niepełnosprawnym. Być może nawet pozwoli (wzorem innych państw Unii) na zniesienie limitów.

Koordinowanie świadczeń ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Z uwagi na komplementarny charakter potrzeb życiowych osób przewlekle chorych i niezdolnych do samodzielnej

egzystencji bardzo dużym utrudnieniem w organizowaniu adekwatnej, racjonalnej pomocy jest resortowy podział świadczeń. Brak współpracy i koordynacji spowodował tworzenie w obu resortach alternatywnych form pomocy stacjonarnej, dziennej i domowej. W obu resortach udzielanie pomocy jest obwarowane gąszczem trudnych do zrozumienia przepisów i w obu obowiązują kryteria ograniczające dostępność do świadczeń tylko dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. A co z resztą, która bezwzględnie wymaga wsparcia, by móc funkcjonować w swoim środowisku mimo choroby i niepełnosprawności? Nasz obecny system wymusza ucieczkę w chorobę i niesamodzielność, gdyż tylko to jest premiowane wsparciem.



Fot. #96381496 © highwaystarz - Fotolia.com

Standaryzacja świadczeń

Niezbędne jest opracowanie standardu kontroli z wyznaczeniem kryteriów oceny jakości, w tym ewaluacji efektów poszczególnych form opieki oraz wdrożenie systemu akredytacji świadczeniodawców w opiece długoterminowej. Wszystkie usługi społeczne (zdrowotne, pomocy społecznej i edukacji kadr) finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych powinny być standaryzowane i mieć na względzie poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej.

Teleopieka

Rozwój systemu pomocy opartego na telekomunikacji i informatyce może istotnie pomóc w organizowaniu opieki nad osobami niepełnosprawnymi, którym z powodu choroby, urazu lub podeszłego wieku trzeba zapewnić bezpieczeństwo. Pozwoli to tym osobom, jak również osobom w starszym wieku, zrezygnować z ciągłej obecności opiekuna. Tym samym, jest to szansa na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.

Podsumowując, oczekujemy od nowego rządu wytyczenia wspólnej ponadsektorowej (ochrona zdrowia, pomoc społeczna, edukacja) polityki ukierunkowanej na bezpieczeństwo zdrowotne, socjalne i funkcjonalne osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

Stwardnienie rozsiane a NTM.

Dlaczego w Ministerstwie Zdrowia 180 równa się 60?

Natalia Klein

Zaburzenia pęcherza moczowego jednym z objawów stwardnienia rozsianego

Stwardnienie rozsiane (łac. sclerosis multiplex, SM) jest najczęściej na świecie spotykanym schorzeniem ośrodkowego układu nerwowego, polegającym na wieloogniskowym uszkodzeniu tkanki nerwowej. Mimo że stwardnienie rozsiane nie zagraża bezpośrednio życiu chorych, jest schorzeniem nieuleczalnym, które wywołuje szereg bardzo poważnych objawów, uzależnionych od miejsc występowania ognisk choroby. Do często wy-



Fot. #56647346 © adrian_ille825 - Fotolia.com

stępujących u chorych objawów, należą między wieloma innymi: męczliwość, zaburzenia wzroku, problemy z utrzymaniem równowagi i koordynacją ruchów, zaburzenia mowy. Problemem towarzyszącym wielu pacjentom ze stwardnieniem rozsianym są także nieprawidłowości funkcji jelit oraz pęcherza moczowego. Ocenia się, że problem zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych może dotyczyć od 52% do nawet 96% osób ze stwardnieniem rozsianym - zatem bardzo licznej grupy chorych.

Nietrzymanie i nadmierne gromadzenie się moczu

Zaburzenia mikcji w SM występują ze względu na zachodzące zmiany w rdzeniu kręgowym, upośledzające przenoszenie sygnałów wzdłuż szlaków nerwowych prowadzących do pęcherza moczowego. Występują dwa główne rodzaje zaburzeń czynności dróg moczowych przy SM. Pierwszym z nich jest zaburzenie opróżnienia pęcherza, drugim natomiast - zaburzenie trzymania moczu. Objawy te mogą wystąpić lub wzmoczyć się podczas nawrotu choroby, zwłaszcza przy jednoczesnych proble-

mach z poruszaniem się.

Zaburzenie opróżniania pęcherza wiąże się z brakiem rozluźniania się mięśnia zwieracza, które powoduje, że u pacjenta występuje słaby, przerywany strumień moczu, a pęcherz moczowy nie opróżnia się w pełni. Mocz, który pozostaje w pęcherzu (tzw. „mocz zalegający”), jest przyczyną następnych skurczy pęcherza i powoduje problemy związane z tzw. parciem nagłym - nagłą potrzebą oddania moczu oraz częstomoczem. Z kolei drugie z zaburzeń - zaburzenie w gromadzeniu moczu - polega na nadreaktywności mięśnia wypieracza, który kurczy się nawet przy niewielkiej ilości moczu, połączonej z parciem nagłym, czyli niemożnością powstrzymania moczu.

Podobnie jak dla innych pacjentów zmagających się z problemem nietrzymania moczu, także dla chorych na stwardnienie rozsiane, jest to krępująca dolegliwość, która wymaga zarówno podjęcia leczenia, jak i możliwości skorzystania z zabezpieczających środków absorpcyjnych.

Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym o limitach na środki chłonne

Ze względu na wymienione zaburzenia mikcji, które w przebiegu choroby mogą się pogłębiać, pacjenci ze stwardnieniem rozsianym często zmuszeni są do korzystania ze środków absorpcyjnych. Stwardnienie rozsiane stanowi jednostkę chorobową uprawniającą pacjentów do otrzymania zlecenia na refundowane środki pomocnicze. Podobnie, jak w przypadku innych chorób będących wskazaniem refundacyjnym, limit ilościowy na refundowane środki absorpcyjne (pieluchomajtki, wkłady anatomiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne), także dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, wynosi 60 sztuk miesięcznie, a więc 2 sztuki na dobę.

Zgodnie ze stanowiskiem przedstawicieli środowiska chorych na SM, obecny limit ilościowy na środki absorpcyjne jest zdecydowanie niewystarczający i nieadekwatny dla potrzeb chorych. Ze względu na ograniczenia w dostępie do refundowanych środków absorpcyjnych, komfort życia pacjentów obniża się, a możliwość godnego życia, biorąc pod uwagę również inne dolegliwości towarzyszące chorym na SM, jest w znaczny sposób ograniczona. Jak zauważył pan Tomasz Połec, Przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, *reglamentacja tak podstawowych środków pomocniczych, jak pielucho-*

majtki, jest upokorzeniem godności człowieka. Nie powinniśmy nawet rozmawiać o limitach tych środków. Jest to rzecz podstawowa, która nie powinna podlegać dyskusji. Opinia Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego jest zbieżna ze stanowiskiem Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jak mówi Prezes Zarządu Głównego „UroConti”, Anna Sarbak, biorąc pod uwagę ilość moczu wydalanego przez osobę dorosłą w ciągu doby oraz rzeczywistą chłonność produktów absorpcyjnych, dwie sztuki na dobę są zdecydowanie niewystarczające. Zbyt mała ilość środków znacznie zwiększa ryzyko powikłań, między innymi odleżyn i ran.

Potrzeby pacjentów a postawa decydentów

Przedstawiciele obu organizacji - Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego oraz Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” - wielokrotnie poruszali problem niewystarczających limitów ilościowych na produkty chłonne w korespondencji i podczas spotkań z decydentami - między innymi podczas posiedzeń Dialogu dla Zdrowia, a także w ramach obrad Parlamentarnego Zespołu ds. Stwardnienia Rozsianego. *O kwestii pieluchomajtek, jako kluczowej dla chorych na stwardnienie rozsiane, rozmawiamy z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia od wielu lat. Niestety, sprawa ta nie została rozwiązana, mimo deklaracji decydentów o chęci pomocy - mówi Helena Kładko, Wiceprzewodnicząca Rady Głównej i Wiceprezes Rady Oddziału Radomskiego*

Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Jak dodaje Helena Kładko, *limity na środki pomocnicze nie są traktowane przez Ministerstwo Zdrowia równolegle. Dla przykładu, limit na cewniki urologiczne, które również są stosowane przez chorych na stwardnienie rozsiane, wynosi 180 sztuk, a na środki absorpcyjne - 60 sztuk. Przecież i jedne, i drugie środki dotyczą zaburzeń w oddawaniu moczu. Nie powinno być takiej dysproporcji.*

Dostęp do nowoczesnych metod leczenia nietrzymania moczu

Mimo nierozwiązanego od wielu lat problemu z ograniczeniami środków absorpcyjnych, we wrześniu br., pacjenci ze stwardnieniem rozsianym uzyskali możliwość leczenia nadreaktywności pęcherza za pomocą toksyny botulinowej typu A, w ramach nowego programu lekowego. *Z pewnością jest to dla pacjentów z SM dobra wiadomość. Mamy nadzieję, że większa ilość pacjentów dowie się o tej metodzie i będzie mogła z niej skorzystać - zaznacza Tomasz Połec z PTSR. Jak dodaje Anna Sarbak, prezes UroConti, mamy nadzieję, że ta pozytywna decyzja zainspiruje decydentów do wprowadzenia kolejnych pozytywnych zmian dla pacjentów z nietrzymaniem moczu w Polsce. Mamy także nadzieję, że wspólny głos pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu z powodu stwardnienia rozsianego i innych przyczyn, stanie się przez nowe władze słyszalny, co poskutkuje zmianami w zakresie dostępu do środków absorpcyjnych.*

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.11.2015

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

Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług dla osób starszych. II Kongres Gospodarki Senioralnej

Monika Gackiewicz

Według danych Komisji Europejskiej, Polska jest najszybciej starzejącym się krajem w Unii Europejskiej, a w 2030 roku będzie jednym z najstarszych społeczeństw w Europie. W jaki sposób zwiększyć dostępność i poprawić jakość usług dla osób starszych, jaką rolę będą odgrywały nowe technologie w srebrnej gospodarce i jaką rolę odgrywa Polska w rozwoju gospodarki senioralnej w Europie? Na te tematy dyskutowano podczas II Kongresu Gospodarki Senioralnej, który miał miejsce 6 października br. w siedzibie Ministerstwa Gospodarki.



Fot. Materiały Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej

Tegoroczny Kongres odbył się pod hasłem: „Gospodarka senioralna nową gałęzią gospodarki narodowej - potencjał rynku usług przyjaznych wiekowi oraz pozycja i rola Polski w rozwoju srebrnej gospodarki w Europie”. Prof. Bolesław Samoliński, podczas rozpoczęcia Kongresu, zwrócił uwagę, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa to nie tylko problem demograficzny, ale przede wszystkim gospodarczy. *W momencie, kiedy przybędzie nam duża liczba osób w wieku poprodukcyjnym, a nie będzie za tym szła odpowiednia liczba osób w wieku produkcyjnym, to grozi nam załamanie gospodarcze w perspektywie najbliższych kilkunastu lat* - ostrzegł.

Gospodarka i polityka senioralna jest częścią polityki społecznej i zdrowotnej. - *Cechą charakterystyczną osób w wieku podeszłym jest ogromnie duża różnorodność. Np. od pełnej samodzielności i zdrowia do pełnej niesamodzielności* - podkreślił prof. Samoliński. - *Dlatego uważam, że w nieodległej perspektywie gospodarka senioralna będzie trzecią pod względem wielkości częścią gospodarki Polski* - przekonywał.

Obecna, niełatwa sytuacja demograficzna stwarza siłą rzeczy ogromne możliwości rozwoju nowych rynków i miejsc pracy, ponieważ wymusza zmianę - rynku pracy, usług i systemu opieki społecznej, a także modeli finansowania. Zmiany demograficzne będą powodować powstawanie nowych rynków i nowych miejsc pracy dla osób starszych. Wyzwaniem jest więc też zbudowanie odpowiedniego otoczenia zapewniającego jakość życia. - *W tym celu przygotowujemy głos przedsiębiorców i lokalnych samorządów do rządu - Deklarację Programową Rozwoju Srebrnej Gospodarki w Polsce - którą każdy może współtworzyć i przedstawić własne postulaty* - poinformowała Marzena Rudnicka, prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej.

Zgodnie z Deklaracją należy m.in. tworzyć i wspierać nowe obszary gospodarki senioralnej, przygotować strategię rozwoju gospodarki senioralnej w Polsce, wspierać rynek pracy osób 50+, starać się poprawiać jakość życia seniorów na wsi i w mieście, przeciwdziałać wykluczeniu cyfrowemu. Należy też promować nowe i stare usługi przeznaczone dla seniorów oraz działać na rzecz zmiany systemu finansowania usług w ramach NFZ.

Zdaniem Roberta Gwiazdowskiego, ekonomisty i przewodniczącego Rady Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, trzeba pokazywać przedsiębiorcom i administracji możliwości współpracy w procesie budowania w Polsce tzw. gospodarki senioralnej. - *Obecnie samorządy nie potrafią zająć się starszymi i w związku z tym potrzebna jest im pomoc sektora prywatnego. Stąd nasza nadzieja, że między sektorem publicznym i prywatnym zostaną wykorzystane wszystkie zdarzające się możliwości współpracy i kooperacji* - podkreślił Gwiazdowski.

Starzejące się społeczeństwa w Polsce i Europie to ogromne możliwości rozwoju nowych rynków i miejsc pracy. Współcześni seniorzy to grupa bardzo zróżnicowana jeśli chodzi o potrzeby i cechy demograficzne, tym samym potrzebują dużego spektrum różnych usług opiekuńczych.

Na otwarciu Kongresu Gospodarki Senioralnej organizatorzy przedstawili również nowy system certyfikowania jakości usług i usług przeznaczonych dla seniorów. Pierwsze honorowe certyfikaty jakości OK SENIOR otrzymały przedstawicielki środowisk Uniwersytetów Trzeciego Wieku: Wiesława Borczyk - prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW oraz Krystyna Lewkowicz - prezes Ogólnopolskiego Porozumienia UTW.

Urologia jest jedna

z prof. dr hab. med. Piotrem L. Chłostą, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, rozmawia Tomasz Michalek

Panie profesorze, proszę przyjąć gratulacje z okazji wyboru Pana na prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Zaczniemy od pytań najprostszych. Co urolog może zaoferować Polkom i Polakom?

Urologia, co należy podkreślić, jest dyscypliną chirurgiczną, u podstaw której leży diagnostyka i operacyjne leczenie chorób układu moczowego u obu płci i chorób układu moczowo-płciowego męskiego. Dominującą częścią leczenia w tej specjalizacji jest uroonkologia, gdyż przeważająca grupa pacjentów poddawana leczeniu operacyjnemu, to chorzy z nowotworami w różnym stopniu zaawansowania. Urologia zajmuje się również korekcją nieprawidłowości i wad układu moczowo-płciowego, w tym leczeniem czynnościowym, które obejmuje diagnostykę i leczenie, również farmakologiczne, chorób z różnymi postaciami nietrzymania moczu.

Pana osoba kojarzy się wielu pacjentom przede wszystkim z innowacyjnymi zabiegami wykonywanymi techniką endoskopową.

To stanowi pewną odrębność w urologii, jeśli chodzi o dyscyplinę chirurgiczną, gdyż posiada ona szeroki wachlarz technik chirurgicznych, w tym technik małoinwazyjnych. Urolodzy od początku są z nimi zapoznawani, dlatego też bardzo szybko zaadoptowali małoinwazyjne techniki endoskopowe pozwalające dotrzeć do każdego narządu, który jest przedmiotem zainteresowania urologa, skutecznie przeprowadzając operację o zakresie i bezpieczeństwie dorównywalnym operacjom otwartym. Endoskopia charakteryzuje się zmniejszoną inwazyjnością i zmniejszonym odsetkiem powikłań, co przekłada się na szybszą rehabilitację, szybszą rekonwalescencję i szybszy powrót do normalnej aktywności życiowej, a poza tym stwarza też podstawy do mniejszego używania leków przeciwbólowych. Urologia endoskopowa w sposób zdecydowany przewyższa, z punktu widzenia ekonomicznego, klasyczny, operacyjny sposób leczenia, co jednocześnie, przy dużo mniejszym nakładzie inwestycyjnym, daje zwrot kosztów, które w klasycznym leczeniu są przeznaczone na rehabilitację.

skich urologów jest znakomity, nie tylko dlatego, że wprowadziliśmy do systemu egzamin specjalizacyjny, który jest przeprowadzany pod auspicjami Europejskiej Rady Urologii (EBU), co jest fantastycznym osiągnięciem Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Należy mieć na uwadze fakt, że w Polsce do tego egzaminu przystępują adepci, wówczas gdy w Europie przystępują do niego już certyfikowani urolodzy. Wyniki osiągane przez Polaków nie tylko dorównują, ale często też przewyższają noty osiągane przez certyfikowanych urologów europejskich. Dysponując wykształceniem i wiedzą potwierdzoną takim egzaminem posiadamy taki sam potencjał intelektualny i kliniczny, co nasi europejscy koledzy. Taka fuzja doskonałego przygotowania merytorycznego z polskim temperamentem pozwala zaoferować naszym podopiecznym jak najlepszy serwis. Kłopoty pojawiają się wówczas, kiedy polscy urolodzy muszą pokonywać trudności nieistniejące w pozostałych krajach. Niestety dzieje się tak, że wiele leków, mówię tu głównie o uroonkologii, które są już refundowane i powszechnie dostępne za granicą, u nas nie zyskały jeszcze tego statusu, choć mamy nadzieję, że jest to tylko kwestia czasu. Druga sprawa to leki, które powinny być podawane w pakiecie medycznym oferowanym przez urologię, a są podawane wyłącznie przez onkologów. To co urolodzy podają na Zachodzie w swoich klinikach, u nas

„By zrównać nasze świadczenia z tymi na Zachodzie, należy również uzyskać refundację tych procedur, które są refundowane za granicą, co wiąże się np. z zakupem odpowiedniego sprzętu.”

Co zatem chciałby zaoferować polski urolog swoim pacjentom w Polsce, ale jeszcze nie może?

Zaczniemy od kompetencji. Poziom wykształcenia pol-

musi uzyskać aprobatę grupy zawodowej, z którą świetnie współpracujemy, a mianowicie onkologów. W celu wyrównania zarówno poziomu, jak i charakteru świadczeń, powinno być to w moim przekonaniu, jako prezesa PTU i jako reprezentanta naszej społeczności, w rękach urologów. By zrównać nasze świadczenia z tymi na Zachodzie, należy również uzyskać refundację tych procedur, które są refundowane za granicą, co wiąże się np. z zakupem odpowiedniego sprzętu. Myślę tu np. o robocie da Vinci. Nie będę oceniał, dlaczego w Polsce nie możemy wykorzystać jego możliwości i potencjału, jaki miałby do zaoferowania społeczności uroonkologicznej. W Rosji jest kilkadziesiąt robotów da Vinci, ponad 10 robotów jest w Rumunii, a w Czechach niedawno obchodzono dziesięciolecie chirurgii robotycznej. Uważam, że brak powszechnego dostępu do tego sprzętu jest istotną porażką systemu ochrony zdrowia w Polsce. Techniki chirurgiczne wykonywane przy użyciu tego sprzętu, to nie są już techniki ekspery-

u nas nie zyskały jeszcze tego statusu, choć mamy nadzieję, że jest to tylko kwestia czasu. Druga sprawa to leki, które powinny być podawane w pakiecie medycznym oferowanym przez urologię, a są podawane wyłącznie przez onkologów. To co urolodzy podają na Zachodzie w swoich klinikach, u nas

.....

mentalne, lecz uznane techniki operacyjne. Robot, czyli telemanipulator, umożliwia, dzięki trójwymiarowemu obrazowi oraz unikalnej możliwości operowania w wielu płaszczyznach wyeliminowanie pewnych niedoskonałości, które zdarzają się przy technikach laparoskopowych. W USA od lat 90. ubiegłego wieku tylko 1 % operacji z powodu raka stercza (prostaty) było wykonanych techniką laparoskopową lub otwartą. Pozostałe 99% operacji z powodu raka gruczołu krokowego jest wykonywanych techniką laparoskopową z asystą robota. Spowalnianie zatem wprowadzania tych technik w Polsce stawia nasz kraj w dziedzinie uroonkologii, w przedsiönku medycyny, co zauważamy na dużych europejskich kongresach.

Krążą anegdoty, że polscy urolodzy czy uroonkolodzy są tak świetnie wyszkoleni jak polscy piloci, o których słynna jest opinia, że polecą nawet na „drzwiach od stoły”?

Entuzjazm polskiego chirurga - urologa, jest wielki, ale musimy mieć świadomość, że bez nakładu inwestycyjnego w tym względzie będziemy tracić pacjentów. Już teraz istnieje wiele firm, zajmujących się promowaniem technik chirurgii robotycznych, które od dawna są dostępne w Niemczech, w Czechach i wielu polskich pacjentów decyduje się na operacje za granicę. Polskę stawia to w nie najlepszym świetle. Jesteśmy postrzegani jako kraj, w którym powszechnie uznana technologia nie jest dostępna i wydaje mi się, że najwyższy czas coś z tym zrobić. Polski pacjent, dzięki powszechnemu dostępowi do internetu i z powodu systematycznie wzrastającej kultury sanitarnej, jest coraz bardziej odczytany.

Na potwierdzenie Pańskich słów warto w tym miejscu przytoczyć przykład działań edukacyjnych podjętych przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne. Na stronie internetowej tego Towarzystwa rozwijany jest projekt portalu dla pacjentów. Druga co do popularności wersja językowa, pośród dostępnych czternastu, to wersja polskojęzyczna, przygotowana przez krakowską klinikę, którą Pan kieruje.

Z dumą i satysfakcją muszę powiedzieć, że współpracuję ze wspaniałymi ludźmi. Edukowanie społeczeństwa, współpraca z organizacjami pacjenckimi, to jedna z części naszej wizji. Współpraca z organizacjami pacjenckimi stwarza podstawę do jednoczenia się tych grup, do promowania kultury opieki zdrowotnej, bo intencją naszej działalności jest, oprócz leczenia ludzi chorych, zapobieganie pewnym chorobom. Zdrowsze społeczeństwo

to społeczeństwo zasobniejsze i spokojniejsze. Rozwój naszego kraju powinien być oparty na zdrowym systemie opieki zdrowotnej, co leży u podstaw działalności każdego lekarza, a także - mam nadzieję - również polityków.

W Polsce tak czy inaczej, mamy bardzo dobrze rozwiniętą uroonkologię. Czy wprowadzony przez poprzedni rząd pakiet onkologiczny okazał się pomocny?

Jeżeli ideą pakietu było zniesienie kolejek i usprawnienia dostępu do systemu świadczeń onkologicznych, to nie zaobserwowaliśmy specjalnych zmian. Osobiście uważam, że nie do końca jest to realne. Są centra, do których zawsze były kolejki i są ośrodki, do których nie było i nie ma kolejek. Nakreślanie zatem na papierze pewnych założeń i strategii, a nie przyjrzenia się deficytom najbardziej potrzebujących ośrodków, które trzeba doposażyć i rozbudować, będzie zawsze generować system kolejkowy, bo ludzie wiedzą gdzie można leczyć się dobrze.

Pakiet onkologiczny ułatwia zatem dostęp do elementów diagnostycznych, ale z punktu widzenia skrócenia kolejek jest to sprawa dyskusyjna.

Gorzej na tle uroonkologii wygląda leczenie nietrzymania moczu, które jest często powikłaniem po wyleczeniu nowotworu. Pacjenci zauważają, że co prawda nowotwór został

wyleczony, ale pojawiło się nietrzymanie moczu jako jedno z powikłań.

W XXI wieku bezwiednie gubienie moczu, w wyniku leczenia chirurgicznego, trudno traktować jako powikłanie. Dysponując nowoczesnymi metodami leczenia i lepszym zrozumieniem samego mechanizmu nietrzymania moczu przy tak rozległej technice i wiedzy chirurgicznej, nie można nietrzymania moczu traktować jako powikłania, bo jesteśmy już przygotowani, by temu zapobiec. W dzisiejszych czasach, trzeba to traktować jak kalectwo, którego można i należy się pozbyć. Co tak naprawdę powoduje nietrzymanie moczu? Trzeba na to spojrzeć w trzech aspektach: medycznym, psychospołecznym i ekonomicznym. Z medycznego punktu widzenia bezwiedne gubienie moczu sprzyja zakażeniom układom moczowego i wszystkim powikłaniom z tym związanym, powoduje zmiany na skórze krocza i jest to - ogólnie rzecz biorąc dla każdego pacjenta - bardzo przykre. Z punktu widzenia psychospołecznego choroba ta spycha człowieka na margines społeczeństwa, stwarzając ogromne poczucie niepełnosprawności. Z punktu widzenia ekonomicznego, nakład inwestycyjny państwa, by takiego pacjenta zabezpieczyć w różnego rodzaju urządzenia i materiały opatrunkowe, ułatwiając mu względ-

ne funkcjonowanie w Polsce jest większy, niż nakłady w krajach zachodnich przeznaczone na zapobieganie chorobom układu krążenia i profilaktykę niewydolności nerek. Skala tego zjawiska jest zatem olbrzymia. Problem NTM zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia jest problemem urologa. Warto wspomnieć, że wiele osób korzysta też z usług innych specjalistów w różnego rodzaju nietrzymania moczu. Zatem nie najlepsze wyniki z leczeniem tej przypadłości mogą być związane również z tym, że urolodzy oglądają coraz mniej chorych, a przecież problem bezwiednego gubienia moczu, z punktu widzenia i dyscypliny i zrozumienia problemu, jest czymś co leży w gestii urologa.

Jedna z klinik urologicznych w Warszawie wywieściła swego czasu kartkę, że czas oczekiwania na leczenie nietrzymania moczu wynosi 2 lata. Czy to oznacza, że mamy za mało urologów?

Nie, nie mamy. Liczba i dystrybucja urologów w Polsce jest teraz wystarczająca i systematycznie się zwiększa, co będzie istotne w przyszłości. Młoda kadra jest bardzo dobrze zmotywowana, cechuje się wysoką etyką zawodową, w czym duża rola ich nauczycieli.

Czy widzi Pan profesor takie możliwości, by ci młodzi urolodzy chcieli się specjalizować w urologii czynnościowej?

Tego właściwie nie można oddzielić. Urologia jest jedna. Jej rozczłonkowanie pomiędzy pewne subtelności tej dyscypliny, pomiędzy urologię onkologiczną, czynnościową, endourologię może budzić skojarzenia, że urologiem przyszłości będzie urolog od pewnej określonej choroby. Myślę, że nie można być dobrym urologiem „czynnościowym” jeśli nie czuje się istoty urologii jako przedmiotu w całości. Nie można być dobrym urologiem onkologicznym, jeśli nie rozumie się czynności układu, który jest przedmiotem akcji chirurgicznej. Przede wszystkim jednak nie możemy zapominać o tym, że podmiotem działania urologii, tak jak każdej innej dyscypliny medycznej, jest człowiek. Jednym słowem jej celem jest leczenie

człowieka, a nie wyłącznie wyeliminowanie narządu bądź części układu. Urologia musi być zatem postrzegana jako całość, nie możemy jej uprzedmiotawiać. To właśnie człowiek jest podmiotem naszego działania, stąd konieczność holistycznego podejścia do organizmu.

Mam pytanie, które muszę panu, jako prezesowi PTU, zadać. Od ponad 4 lat pacjenci z nadaktywnością pęcherza (OAB) zmagają się z absurdem administracyjnym, jakim jest badanie urodynamiczne, niezbędne do uzyskania refundacji leków.

W ostatnich latach najważniejsze organizacje urologiczne, w tym Europejskie Towarzystwo Urologiczne, w którego strukturach jest PTU, jako równorzędny partner, przedstawiło kryteria, wg których dla chorych z nadczynnym wypieraczem przeprowadzanie badania urodynamicznego nie jest konieczne. Ponieważ decyzje w tej sprawie już zapadły, czekamy tylko na ich implementację na gruncie polskim, co może przynieść wszystkim korzyści, nie upośledzając ani działalności lekarzy w tej kwestii, ani dostępu pacjentów do tego badania. Oczywiście przeprowadzenie badania urodynamicznego musi leżeć w rękach lekarza urologa, bo istnieje wiele objawów i chorób, które takiego badania wymagają. Badanie urodynamiczne jest bardzo potrzebne,

jednak dobór badania musi być dedykowany do człowieka, a nie człowiek do badania.

Pozostajemy w obszarze leczenia farmakologicznego OAB. Czy ograniczenie się polskiego systemu refundacji tylko do dwóch leków jakimi są solifenacyna i tolterodyna umożliwi polskim urologom osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego? Na zachodzie Europy oferuje się od 4-8 refundowanych substancji medycznych, również w ramach leczenia skojarzonego. To niestety jest kolejny wynik, być może, mało donośnego głosu urologów w tym zakresie w poprzednich latach.



prof. Piotr L. Chłosta

Brak możliwości zaoferowania refundowanego, bądź też częściowo refundowanego leczenia w ramach OAB stawia nie tylko polską urologię, ale też polską medycynę, polski system ochrony zdrowia, na gorszej pozycji. Nie widzę powodu, dla którego polski pacjent miałby otrzymać gorsze świadczenia niż pacjent niemiecki, francuski czy hiszpański. Ograniczenie dostępu polskiego pacjenta do pewnego rodzaju świadczeń, jest z mojego punktu widzenia, jeśli chodzi o wizerunek Polski w tym obszarze, niekorzystne. Oczywiście istnieje grupa pacjentów, której zaproponowanie leczenia nierefundowanego opartego na bardzo dobrych wynikach, na badaniach klinicznych, nie stanowi przeszkody, ale przeważająca większość ludzi wymagająca takiego leczenia nie jest w stanie go finansowo udźwignąć.

Co polski urolog ma do zaoferowania pacjentowi z pęcherzem nadaktywnym, gdy farmakologia nie zadziała?

Dysponujemy różnymi technikami leczenia chirurgicznego, począwszy od rozległego, agresywnego, poprzez endoskopowe, mniej inwazyjne, aż po farmakologiczne i podanie bezpośrednio do ściany pęcherza toksyny botulinowej. To leczenie jest już dostępne w ośrodkach krakowskim, warszawskim, a ostatnio dołączył do tej grupy też doskonały ośrodek urologii onkologicznej i czynnościowej - Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Ta metoda leczenia objawowego stwarza szansę uzyskania długotrwałej poprawy jakości życia. Zabieg jest oczywiście powtarzalny. Sukces zależy przede wszystkim od odpowiedniego doboru chorych i zrozumienia problemu nadaktywności mięśnia wypieracza. Postęp w tym względzie jest zauważalny, zarówno w kontekście zainteresowania tym problemem urologów, jak i w kontekście coraz szerszej wiedzy naszych podopiecznych. Tu muszę podkreślić rolę Stowarzyszenia „UroConti”, doskonałych materiałów edukacyjnych, działalności piśmienniczej, „żyjącej” strony internetowej, jak również rolę PTU. Chciałbym, aby rola naszego towarzystwa naukowego była jeszcze bardziej widoczna, dlatego pragnę zadeklarować

„Ograniczenie dostępu polskiego pacjenta do pewnego rodzaju świadczeń, jest z mojego punktu widzenia, jeśli chodzi o wizerunek Polski w tym obszarze niekorzystne.”

gotowość całej naszej organizacji do wsparcia projektów związanych z działalnością Stowarzyszenia „UroConti”, bo zasługuje ona na najwyższy szacunek.

Gdy wiele lat temu przeprowadzałem podobny wywiad z ówczesnym prezesem PTU, prof. Andrzejem Borówką, poruszyliśmy kwestię produktów, które wydają się być podstawowe w opiece nad pacjentem z NTM. Mam tu na myśli środki pomocnicze, takie jak pieluchomajtki, majtki chłonne czy wkłady anatomiczne. Na zachodzie Europy dawno uznano, że jest to na tyle podstawowy produkt, że powinien zabezpieczyć pacjenta przed leczeniem, w trakcie leczenia lub po leczeniu, jeśli nie jest ono skuteczne, lub nie jest możliwe do przeprowadzenia z powodu ryzyka powikłań, które może ono generować.

Istnieje pewna grupa osób, która takiego serwisu wymaga. Nie ulega żadnej wątpliwości, że dostępność tego typu produktów powinna być powszechna i nieograniczona. Przecież działalność lekarzy będących w bezpośrednim

kontakcie ze swoimi podopiecznymi nie wynika z chęci „naciągnięcia” funduszu zdrowia, tylko z chęci poprawienia jakości ich życia i stworzenia im godziwych warunków do egzystencji.

Niestety w Polsce, o czym mówił już prof. Borówka, nie ma wypracowanego kompleksowego systemu pomocy pacjentom z NTM, a chorzy wciąż napotykają na wiele barier. Może środowisko urologiczne powinno opracować jakieś standardy, które obejmą całościowo te zagadnienia i staną się punktem odniesienia dla nowego Ministra Zdrowia.

Absolutnie tak. Wymaga to współpracy PTU z organizacjami pacjenckimi, tak aby przedstawić naszym władzom projekt odpowiedniego schematu postępowania, który będzie korzystny dla naszych podopiecznych. To jest jeden z priorytetów PTU.

Współpraca redakcyjna: Marzena Michałek

12 listopada br. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie prof. Piotr L. Chłosta z zespołem lekarzy pod nadzorem prof. Olivera Haillot (Francja) po raz pierwszy w Polsce wszczepili pacjentowi sztuczny zwieracz cewki moczowej najnowszej generacji. Choć sama operacja jest standardowo wykonywana w klinice urologii szpitala w Krakowie, po raz pierwszy został do niej wykorzystany model Aroyo, charakteryzujący się wyjątkową prostotą obsługi oraz zapewniający duży komfort pacjentom.

Dotychczas w Polsce nie przeprowadzano takich operacji, wymagających nie tylko zegarmistrzowskiej precyzji, ale również zastosowania wyjątkowej aparatury. Zwieracz tego typu po raz pierwszy wszczepiono w lutym w Nowej Zelandii. Tym samym Polska dołączyła do zaledwie 5 krajów na świecie, które mogą poszczycić się tym innowacyjnym zabiegiem.

Neuromodulacja krzyżowa czyli „rozzrusznik” pęcherza. Innowacyjna i rewolucyjna metoda leczenia zaburzeń mikcji

lek. Tadeusz Hessel

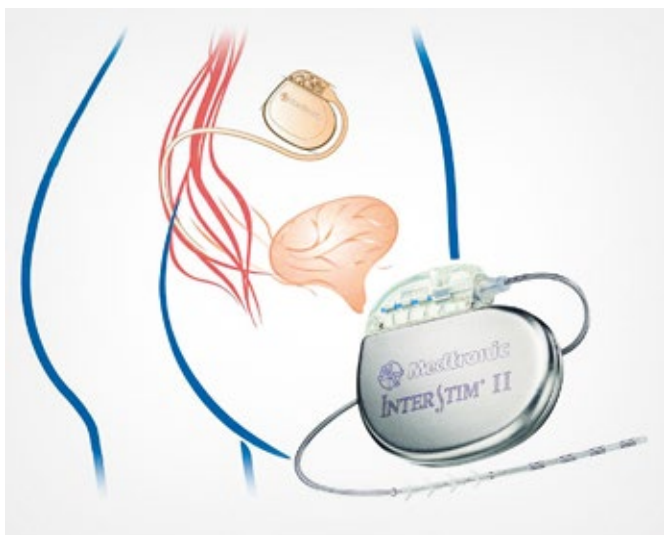
Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Historia

Neuromodulacja krzyżowa (NK) została wynaleziona w latach 60-tych. Udowodniono wtedy jej działanie na układ moczowy oraz na układ pokarmowy. Neuromodulacja polega na stymulacji nerwów krzyżowych poprzez elektrody wprowadzone w otwory krzyżowe. Po raz pierwszy u ludzi zabiegi stymulacji nerwów krzyżowych przeprowadzono w 1988 r. Do 2014 r. wszczepiono na całym świecie około 150 000 neuromodulatorów (w tym około 115 000 w USA).

Sposób wykonania zabiegu

Neuromodulacja krzyżowa jest zabiegiem operacyjnym, podczas którego implantuje się do otworu kości krzyżowej, po jednej stronie ciała specjalną elektrodę (najczęściej do otworu na poziomie S3). Procedurę wykonuje się pod kontrolą rentgenowską. Jest ona podzielona na dwa etapy. Wydzielenie etapu próbnego pozwala zweryfikować, czy dany pacjent zareaguje na neuromodulację, a jeśli tak, to czy w stopniu wystarczającym na podjęcie leczenia operacyjnego w drugim etapie. Istnieją zatem dwie możliwości



Fot. Materiały firmy Medtronic Poland

„spróbowania” NK. Pierwsza to neuromodulacja przezskórną elektrodą na okres 3 do 7 dni. Druga to implantacja elektrody próbnej operacyjnie, aby sprawdzić, czy dana pacjentka/ pacjent zareaguje na „rozzrusznik pęcherza”. W obydwóch wypadkach, gdy wynik działania jest zadowalający (np. zmniejszenie parć naglących o 80%), to po 2 tygodniach dokonuje się wszczepienia właściwej elektrody i baterii. Baterię dla urządzenia umieszcza się w tkance

podskórnej. Elektroda jest instalowana definitywnie po jednej stronie ciała w otworze krzyżowym. Urządzenie można programować, czyli dostosowywać dla każdego pacjenta, co w początkowym okresie po implantacji, oznacza konieczność częstszych wizyt u lekarza prowadzącego. Wraz z upływem czasu ilość wizyt, potrzebnych dla kontroli urządzenia, zmniejsza się. W przypadku wystąpienia nagłego problemu lub powikłania pacjent powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Mechanizm działania

Elektroda wszczepiona do otworu krzyżowego pobudza mięśnie dna miednicy oraz zwieracz zewnętrzny cewki moczowej. Zmniejsza to ilość impulsów docierających do mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, co wtórnie powoduje zmniejszenie ilości jego skurczy.

Wskazania

Neuromodulacja krzyżowa jest specjalistyczną metodą leczenia drugiego rzutu w przypadku następujących schorzeń w urologii:

1. nadaktywności pęcherza moczowego (duża siła zaleceń Europejskiego Towarzystwa Urologicznego):
 - z nietrzymaniem moczu z parcia,
 - bez nietrzymania moczu.
2. zespół bolesnego pęcherza/ zespół bólowy miednicy z częstomoczem i parciami nagłymi;
3. zatrzymanie moczu bez przeszkody podpęcherzowej wraz z zachowaną czynnością mięśnia wypieracza.

Neuromodulacja krzyżowa jest zalecana przede wszystkim dla pacjentów u których doszło do dużego obniżenia jakości życia i którzy nie mogą kontynuować leczenia farmakologicznego. Powinni oni wyczerpać inne możliwości leczenia zachowawczego przez co najmniej rok (farmakoterapię oraz fizjoterapię). Pacjent poddany temu zabiegowi wymaga co 7 lat wymiany baterii urządzenia.

Wyniki leczenia

Poprawa jest widoczna u 50 do 87% pacjentów.

Kwalifikacja

Przed wykonaniem tego typu zabiegu pacjent musi spełnić niektóre wymagania oraz przejść szereg badań. Ich najważniejszym celem jest wykluczenie m.in. choroby organicznej (np. guza pęcherza moczowego), który może dawać podobne objawy jak pęcherz nadaktywny.

Przed zabiegiem implantacji neuromodulatora pacjent powinien mieć wykonaną:

- urodynamikę (celem oceny funkcji dolnych dróg moczowych),
- cystografię (także celem oceny funkcji dolnych dróg moczowych),
- uretrocystoskopię (celem wykluczenia organicznej przyczyny choroby, ocena anatomii pęcherza i cewki moczowej),
- trzykrotną ocenę przepływu cewkowego (uroflowmetrię) oraz ocenę zalegania moczu po mikcji (wykluczenie m.in. przeszkody podpęcherzowej),
- trzydniowy dzienniczek mikcji, wypełniony trzykrotnie (wykluczenie m.in. bardzo dużej podaży płynów),
- skala nasilenia bólu wypełniona przez 14 dni dla pacjentów z zespołem bólowym miednicy.

Powikłania

W przypadku każdego leczenia zabiegowego należy liczyć się z możliwością wystąpienia zdarzeń niepożądanych. W przypadku neuromodulacji krzyżowej występują one u około 30% pacjentów i są to odpowiednio:

- ból w miejscu wszczepienia stymulatora (15,3%),
- nowa lokalizacja bólu (9%),
- migracja elektrody (8,4%),
- infekcja (6%),

- przemijające porażenie prądem niskich częstotliwości (5,5%),
- ból w miejscu implantacji elektrody (5,4%),
- zmiany w pracy jelit (3%).

Obecna sytuacja neuromodulacji w Polsce

Neuromodulacja krzyżowa wydaje się szczególnie ciekawa z punktu widzenia zdrowia publicznego. W wielu źródłach podnosi się fakt, iż wraz z upływem czasu, ten jednorazowy małoinwazyjny zabieg jest tańszy niż wieloletnie zażywanie leków czy też wielokrotne podawanie dopęcherzowo botoksu. W perspektywie, gdy około 12 do 17% polskiej populacji choruje na pęcherz nadaktywny, to dostępność neuromodulacji krzyżowej w naszym kraju wydaje się szczególnie ważna.

W Polsce istnieje konieczność wyboru około 5 ośrodków wykonujących tego typu zabieg. Szacunkowe zapotrzebowanie na tego typu zabiegi wynosi około 100 rocznie. W obecnej chwili ta nowoczesna terapia nie jest refundowana przez NFZ. Nieoceniona jest tutaj rola Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, które od lat walczy o dostępność tej formy leczenia w naszym kraju.

Środowisko urologów jest już gotowe, by leczyć pacjentów w ten sposób. Czekamy zatem z niecierpliwością na refundację!

Piśmiennictwo u autora

Najczęściej zadawane pytania odnośnie neuromodulacji nerwów krzyżowych

Czy po NK mogę prowadzić samochód?

Tak. Nie ma żadnych przeciwwskazań.

Czy ludzie będą widzieć i słyszeć moje urządzenie?

Nie, stymulator jest mały i schowany pod skórą powodując co najwyżej małe wybrzuszenie na pośladku. Nie wydaje żadnych odgłosów.

Czy będę mogła/ mógł sam programować swoje urządzenie?

Oczywiście, pacjent posiada swój własny kontroler NK który przypomina wyglądem myszkę komputerową.

Czy będę mogła/ mógł nurkować po implantacji NK?

Nie powinno się nurkować poniżej 10m głębokości z powodu ryzyka zniszczenia sprzętu.

Czy będę mogła/ mógł podróżować samolotem?

Oczywiście, podróże samolotem nie mają wpływu na stymulator.

Czy będę mogła/ mógł korzystać z sauny/ gorących kąpielii?

Tak. W momencie gdy jednak poczuje Pani/Pan ból w okolicy stymulatora należy opuścić kąpiel/saunę. Gorące temperatury mogą także obniżyć żywotność baterii.

Czy będę mogła/ mógł korzystać z komputera po zabiegu?

Tak. Nie ma żadnych przeciwwskazań.

Czy będę mógł używać elektronarzędzi?

Tak, ale w tyłko w momencie wyłączenia urządzenia. Praca z elektronarzędziami wraz z aktywną NK grozi uszkodzeniem neuromodulatora.

Czy bramki bezpieczeństwa stanowią potencjalne zagrożenie?

Trzeba bardzo ostrożnie przez nie przechodzić. Nowe modele stymulatorów nie powinny mieć z nimi problemów, jednak po pierwsze zawsze pokazuj ochronie swój „paszport” urządzenia a

w momencie poczucia dyskomfortu należy się wycofać i wyłączyć urządzenie.

Czy będę mógł otrzymywać radioterapię w okolicy NK?

Radioterapia może uszkodzić NK. Podczas naświetlania wymaga jest ochrona NK, ponieważ bardzo często uszkadza NK i pacjent może wymagać ponownej chirurgicznej interwencji w celu ponownego uruchomienia NK.

Czy mogę otrzymać defibrylację/ kardiowersję ?

Tak. Powinna Pani/ Pan nosić także opaskę ostrzegawczą dla personelu medycznego na nadgarstku. Po każdorazowej interwencji tego typu trzeba ocenić sprawność NK.

Czy mogę używać solarium?

Tak, ale w sytuacji gdy Pani/ Pan odczuje ciepło w okolicy stymulatora, należy wyjść z solarium.

Czy mogę korzystać z USG?

Nie powinno używać się USG w odległości poniżej 15 cm od neuromodulatora. Najlepiej przed każdym badaniem jest wyłączyć NK.

Czy mogę otrzymywać elektrokoagulację w trakcie innego zabiegu?

Tak, ale urządzenie powinno być wyłączone przed operacją. W trakcie zabiegu powinno stosować się elektrokoagulację bipolarną, uziemienie powinno znajdować się w jak najdalej od NK, ustawienia mocy powinny być możliwie najniższe. W przypadku konieczności stosowania elektrokoagulacji monopolarnej woltaż powinien być możliwie najniższy. Po każdorazowej interwencji tego typu trzeba ocenić sprawność NK.

Pytania i odpowiedzi na temat neuromodulacji nerwów krzyżowych opracowane zostały na podstawie:

www.medtronic-gastro-uro.com.au/faq-sacral-nerve-stimulation.html

Zastosowanie protez uroginekologicznych w świetle stanowiska FDA

dr n. med. Artur Rogowski

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Ryziko przebycia operacji uroginekologicznej dotyczy około 11% kobiet do 80 roku życia, a jedna trzecia z nich przechodzi ponowną operację naprawczą. Duży odsetek niepowodzeń po operacjach korekcyjnych zaburzeń statyki narządu płciowego miał wpływ na wprowadzenie do leczenia nowych technik operacyjnych, z użyciem materiałów protezujących, głównie siatek polipropylenowych. W ostatnim dziesięcioleciu nastąpił znaczny wzrost liczby zabiegów korekcyjnych zaburzeń statyki z wykorzystaniem siatek polipropylenowych drogą przezpochwową (ang. transvaginal mesh, TVM). Chirurgia z użyciem siatek zakłada naprawę defektu anatomicznego, funkcji narządu płciowego oraz poprawę jakości życia u pacjentek z zaburzeniami statyki. Stosowanie materiałów protezujących ma w założeniu zastąpić lub wzmocnić osłabione struktury powięziowe i więzadłowe miednicy. Cechami idealnego materiału protezującego są, między innymi: minimalne ryzyko odrzucenia, ekstruzji, infekcji, zaburzeń gojenia się rany, wystąpienia odczynów alergicznych. Obecnie stosowane są siatki makroporowe w klasyfikacji Amida o średnicy oczek większej niż 75 μm . Żadna z dostępnych na rynku siatek nie spełnia wszystkich kryteriów idealnego materiału protezującego.

Operacje z zastosowaniem siatek polipropylenowych

W 2011 roku, a następnie w 2014 roku, na podstawie dostępnego piśmiennictwa Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (ang. The Food and Drug Administration, FDA) opublikowała stanowisko, a właściwie ostrzeżenie, dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności siatek polipropylenowych w leczeniu zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet. W publikacji przedstawiono ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych po operacjach z zastosowaniem TVM tj. erozji, ekstruzji, krwawiaków, bólu pooperacyjnego, dyspareunii, uszkodzeń cewki moczowej, pęcherza moczowego i jelit, krwotoków, zaburzeń czynności dróg moczowych, objawów de novo wysiłkowego nietrzymania moczu, pęcherza nadreaktywnego, uszkodzeń nerwów miednicy mniejszej, możliwości „kurczenia się” siatek, zgonu. Autorzy raportu podkreślili, że operacje z zastosowaniem siatek polipropylenowych nie są, w wielu przypadkach, najlepszą metodą rekonstrukcji zaburzeń statyki na-

rzędu płciowego. Wykazano, między innymi, mniejsze występowanie powikłań i nawrotów zaburzeń statyki po sakrokolpopeksji w porównaniu z techniką TVM. W ocenie bezpieczeństwa siatek w raporcie wskazano wzrastającą liczbę powikłań po tych operacjach zgłaszanych do elektronicznej bazy zdarzeń niepożądanych. Na 300 tysięcy procedur operacyjnych w leczeniu zaburzeń statyki w 2010 roku - około 75 tysięcy to operacje z zastosowaniem siatek zakładanych przezpochwowo. Wg autorów raportu, na podstawie dostępnej literatury,



Fot. #93742402 © satyrenko - Fotolia.com

operacje TVM w zakresie ściany przedniej pochwy są bardziej skuteczne w naprawie defektu anatomicznego w porównaniu z plastyką klasyczną. W sprawozdaniu zwrócono jednak uwagę na niewielką liczbę publikacji dotyczących, tak zwanego, subiektywnego sukcesu operacyjnego oraz oceny jakości życia po operacjach TVM. Odnotowano relatywnie niewielką liczbę publikacji oceniających długoterminową skuteczność i bezpieczeństwo siatek. Wyniki badań dotyczących skuteczności TVM w leczeniu zaburzeń statyki w zakresie tylnej ściany pochwy i/ lub defektu szczytowego są kontrowersyjne. Według raportu, nie ma wystarczających danych z piśmiennictwa wskazujących na długoterminowy subiektywny i obiektywny sukces operacyjny z zastosowaniem siatek polipropylenowych w zakresie defektu szczytowego. Wg autorów sprawozdania wykazano, że siatki polipropyle-

nowe są skuteczne w naprawie defektu szczytowego, ale wnioski ten oparto na pojedynczych pracach randomizowanych z krótkim okresem follow-up. Podobnie niewielka ilość publikacji dotyczy oceny skuteczności TVM w naprawie defektu w zakresie tylnej ściany pochwy. Wg raportu nie wykazano różnic w skuteczności TVM w porównaniu z plastyką klasyczną w naprawie tylnej ściany pochwy.

Najczęstsze powikłania

W zakresie bezpieczeństwa siatek polipropylenowych, według cytowanej w raporcie bazy MAUDE (Manufacturer and User Facility Device Experience), najczęstszymi powikłaniami raportowanymi do 2011 roku były: ekspozycja siatki, ból i infekcje. Rzadziej dochodziło do krwawienia, krwinków oraz perforacji narządów. Autorzy raportu podkreślili, że wg piśmiennictwa, niektóre powikłania po TVM mogą nie ustąpić pomimo usunięcia implantu (np. ból). W raporcie z 2014 roku poruszono ponadto temat powikłań związanych ze stosowaniem narzędzi do zakładania siatek: występowania krwawienia, krwinków, perforacji narządów, zaburzeń neurologicznych. Biorąc pod uwagę ocenę bezpieczeństwa i skuteczności siatek polipropylenowych w leczeniu zaburzenia statyki narządu płciowego kobiet (ang. pelvic organ prolapse, POP) autorzy raportu rekomendowali zmianę klasyfikacji siatek polipropylenowych z klasy II do klasy III. Klasa II wyrobów medycznych wg FDA dotyczy urządzeń i preparatów, których wprowadzenie na rynek wymaga zawiadomienia przed wprowadzeniem do obrotu (ang. premarket notification). Dokument obejmuje informację na temat bezpieczeństwa i skuteczności produktu w porównaniu z podobnymi urządzeniami dostępnymi w sprzedaży na rynku USA. Klasa III urządzeń i wyrobów medycznych wg FDA dotyczy preparatów, których wprowadzenie na rynek wymaga przedstawienia wniosku PMA (ang. premarket approval) celem zatwierdzenia przez FDA przed wprowadzeniem produktu na rynek. Dokument powinien zawierać dowody naukowe na to, że urządzenie jest bezpieczne i skuteczne. Ze względu na zwiększenie liczby raportowanych powikłań potencjalnie związanych z zastosowaniem narzędzi do zakładania siatek, autorzy raportu FDA w 2014 roku, zaproponowali zmianę klasyfikacji narzędzi do zakładania siatek (igieł, prowadnic) z klasy I do klasy II. Ponadto w raporcie FDA w 2014 roku wskazano konieczność wprowadzenia dodatkowej kontroli narzędzi do zakładania siatek przed wprowadzeniem tych produktów na rynek, tj. badań na zwłokach, badań okresu trwałości i biokompatybilności.

Efektywność kliniczna siatek

Na podstawie danych dotyczących efektywności klinicznej siatek w leczeniu zaburzeń statyki oraz występowania

powikłań pooperacyjnych FDA rekomendowało lekarzom w postępowaniu przedoperacyjnym przedstawienie pacjentce pełnej informacji dotyczącej leczenia zabiegowego metodą TVM, poinformowania o możliwości wystąpienia powikłań oraz możliwości zastosowania metod alternatywnych bez stosowania implantów. W 2012 roku Murphy i wsp. opublikowali odpowiedź na ostrzeżenie FDA. Przedstawiono opracowanie wyników badań randomizowanych, z których wynikało, że operacje klasyczne i z zastosowaniem siatek polipropylenowych drogą pochwową wiązały się z występowaniem podobnych powikłań z wyjątkiem erozji. Ponadto, według autorów, ryzyko wystąpienia erozji ściśle wiązało się z zastosowaniem nieprawidłowej techniki operacyjnej związanej z preparatyką tkanek. W jednym z wielośrodkowych randomizowanych badań klinicznych, odsetek erozji wyniósł od 0 do 100%, jedynie około 1/3 przypadków erozji wymagała leczenia zabiegowego, głównie w warunkach ambulatoryjnych. W odniesieniu do danych dotyczących dużej skuteczności i mniejszego ryzyka powikłań sakrokolpopeksji brzusznej w porównaniu z TVM autorzy podkreślili, że w przypadku ASC dochodziło jednak, w 5% przypadków, do ciężkich powikłań żołądkowo-jelitowych. W badaniach klinicznych wykazano satysfakcjonujący efekt anatomiczny po korekcji przedniej ściany pochwy za pomocą siatek polipropylenowych drogą pochwową. Wykazano również wysoką skuteczność siatek polipropylenowych w naprawie kompartmentu szczytowego. Nie opublikowano jednak wyników badań długoterminowych. Wyniki badań dotyczących naprawy tylnej ściany pochwy z użyciem siatek w porównaniu z klasyczną plastyką nie są jednoznaczne.

Podsumowanie

Pomimo wprowadzenia do praktyki klinicznej wielu rodzajów siatek, żadna z nich nie spełnia wszystkich kryteriów idealnego materiału protezującego. Nie ma jednoznacznych zaleceń dotyczących wskazań do operacji TVM z powodu zaburzeń statyki. Ponadto, duża liczba technik operacyjnych możliwych do zastosowania w różnym typie i stopniu zaburzeń statyki, stanowi wyzwanie do dalszych badań. Wydaje się również, że stworzenie możliwości (obowiązku) standardowego, systemowego raportowania powikłań pooperacyjnych po operacjach uroginekologicznych ułatwiłoby ocenę bezpieczeństwa procedur zabiegowych. Takie postępowanie prawdopodobnie mogłoby pomóc w ustaleniu oficjalnej listy ośrodków uroginekologicznych, w których byłyby wykonywane wyskospecjalistyczne procedury uroginekologiczne, w tym z wykorzystaniem siatek polipropylenowych.

Piśmiennictwo u autora

Komentarz

Autor przedstawił krótko, ale bardzo kompleksowo problematykę zastosowania protez uroginekologicznych w świetle stanowiska FDA. Moim zdaniem protezy uroginekologiczne, których dotyczy omawiane stanowisko FDA, stanowią ogromny postęp w leczeniu dolegliwości uroginekologicznych. Jednakże powinniśmy dążyć do tego, by operacje uroginekologiczne z zastosowaniem siatek przechodziły najpierw badania rejestracyjne, zanim będą dostępne dla lekarzy praktyków. Szalenie istotne jest stosowanie siatek drogą przezpochwą przez specjalistów odpowiednio wyszkolonych. Tymi zabiegami powinni zajmować się specjaliści kompleksowo wyszkoleni w zakresie diagnostyki, leczenia nieoperacyjnego i operacyjnego.

Należy dążyć do stworzenia systemu szkoleń uroginekologicznych, ponieważ nawet najlepiej wykonana operacja u źle zdiagnozowanej i zakwalifikowanej do zabiegu pacjentki, nie będzie sukcesem. Przed operacją istotne jest również uzgodnienie z pacjentką, czy woli zabieg obarczony większym ryzykiem niepowodzenia, ale bezpieczniejszy (bez siatki), czy też zabieg obarczony nieco większym ryzykiem powikłań, ale dający większe szanse powodzenia (z użyciem protezy). Ja w swojej praktyce od lat nie zmieniłem podejścia do roli siatek w leczeniu zaburzeń statyki u kobiet. Nie używam ich u wszystkich pacjentek, ale jednocześnie często je stosuję. Nadal uważam, że stanowią bardzo duży postęp w operacyjnym leczeniu zaburzeń statyki narządu rodowego u kobiet. Wskazania do ich zastosowania uzależniam od aktualnie dostępnych wyników badań. Protezy zakładam u pacjentek, które o to proszą, po przedstawieniu im zalet i wad obecnie dostępnych siatek.

dr hab. n. med. Grzegorz Surkont

Szerszy komentarz prof. Tomasza Rechbergera odnośnie zastosowania protez uroginekologicznych (siatek) w leczeniu zaburzeń statyki dna miednicy znajdują Państwa w kolejnym numerze Kwartalnika NTM.

Operacje z użyciem taśm w woj. łódzkim

Według zebranych danych, obecnie na 66 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie łódzkim, które dysponują 44 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz 20 oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: www.rpwdl.csioz.gov.pl), tego typu operacje przeprowadza się w 22 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach gineko-

logiczno-położniczych, jak i na urologicznych.

Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2011 roku, liczba placówek zwiększyła się o ponad 40%. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano jedynie w 15 placówkach.

Poniżej prezentujemy ich listę, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2013, 2014 oraz pierwszym kwartale 2015 roku.

Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśmy w roku 2013, 2014 oraz pierwszym półroczu 2015 w placówkach województwa łódzkiego

Nazwa świadczeniodawcy	2013 r.	2014 r.	I-VI 2015 r.
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	103	89	63
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	5	14	3
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	40	50	30
Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	4	2	2
Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	1	8	5
Szpital Powiatowy w Radomsku	10	5	11
Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	6	9	5
MEDEOR PLUS	2	1	2
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarze urodzicy - Marek Rożniecki i partnerzy"	13	9	10
Szpital Specjalista Sp. z o.o.	41	37	21
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kutnowski Szpital Samorządowy"	9	6	4

Podsumowanie kadencji Sejmu i Senatu.

Działania parlamentarzystów na rzecz pacjentów z NTM

Monika Gackiewicz

Kolejna kadencja Sejmu i Senatu dobiegła końca. To dobry czas, by podsumować ostatnie cztery lata działań parlamentarzystów na rzecz poprawy sytuacji ok. 6 milionowej grupy pacjentów w Polsce z problemem nietrzymaniem moczu (NTM) który, w dobie starzejącego się społeczeństwa, stał się ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia.

Badanie urodynamiczne - wymóg nie odpowiadający „aktualnej wiedzy medycznej”

W polskim systemie zdrowia od lat istnieje nierozwiązany problem badania urodynamicznego jako wymogu otrzymywania refundowanych leków w zespole pęcherza nadreaktywnego. Według głosów specjalistów, ginekologów i urologów, a także samych pacjentów, badanie urodynamiczne jest metodą inwazyjną i nie powinno być stosowane w ramach podstawowej diagnozy zespołu pęcherza nadreaktywnego, lecz dopiero wtedy, gdy jest naprawdę niezbędne w procesie diagnostycznym. Wykonywanie badania urodynamicznego w celu diagnozy OAB jest zaprzeczeniem obowiązujących w Polsce i na świecie medycznych standardów postępowania. Wystarczą bowiem mniej inwazyjne metody diagnostyczne, takie jak dzienniczek mikcji. W tej sprawie wpłynęły interpelacje, m.in. posła Tadeusza Tomaszewskiego, posła Alicji Dąbrowskiej, posła Jana Warzechy oraz posła Tomasz Latosa, który w swojej interpelacji podkreślił, iż *według wielu opinii ekspertów, lekarzy badanie to nie jest w pełni miarodajne.*

Temat badania urodynamicznego wypłynął również podczas sejmowej debaty zorganizowanej przez Parlamentarną Grupę Kobiet pod przewodnictwem posła Bożeny Szydłowskiej. Podczas spotkania okazało się, że jedyną możliwością zmiany zapisu o warunku wykonania badania jest zwrócenie się do podmiotu odpowiedzialnego, który jest jedynym władnym, by to zrobić. Kuriozum polega na tym, iż żaden podmiot odpowiedzialny nie przyznaje się do wnioskowania o wprowadzenie takich obostrzeń.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych - trwają obecnie prace analityczne i koncepcyjne

Neuromodulacja nerwów krzyżowych stanowi uznaną na całym świecie metodę leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego oraz ciężkich postaci NTM. Niestety, w dalszym ciągu, polscy pacjenci nie mogą poddać się tego typu terapii, gdyż nadal oczekują na decyzję Ministerstwa Zdrowia o włączenie tej procedury do katalogu świadczeń gwarantowanych. Pomimo reakcji m.in. posła Tomasza Latosa oraz posła Marka Hoka, Ministerstwo Zdrowia na interpelacje posłów odpowiada zdawkowo i wymijająco, iż trwają

obecnie prace analityczne i koncepcyjne w związku z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie zakwalifikowania świadczenia. Tymczasem neuromodulacja świętuje swoje 25-lecie stosowania na świecie.

Środki absorpcyjne - intencją wykazu jest zabezpieczenie w jak największym stopniu potrzeb świadczeniobiorców

Kryterium medyczne, limity ilościowe oraz cenowe - to bariery, z którymi spotykają się pacjenci z NTM w kwestii środków absorpcyjnych. Na tę sytuację zareagowali, m.in. wystosowując odpowiednie interpelacje do Ministra Zdrowia, parlamentarzyści, a wśród nich poseł Tadeusz Tomaszewski, poseł Barbara Bartuś, poseł Anna Bańkowska, poseł Beata Małecka-Libera czy poseł Marek Hok, który otrzymał odpowiedź od podsekretarza stanu Igora Radziejewicza-Winnickiego: (...) *odnosząc się do poruszonej kwestii nieadekwatnych do zapotrzebowania pacjentów limitów ilościowych na refundowane środki absorpcyjne pragnę zaznaczyć, że intencją wykazu jest zabezpieczenie w jak największym stopniu potrzeb świadczeniobiorców, przy uwzględnieniu możliwości finansowych NFZ.*

Z kolei na oświadczenie senatorskie Grażyny Sztark odnośnie limitów ilościowych na refundowane środki absorpcyjne oraz poszerzenie terapii na zespół pęcherza nadreaktywnego, Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało następująco: *Starając się wyjść naprzeciw oczekiwaniom pacjentów dotkniętych problemem nietrzymania moczu zostały podjęte działania analityczne i koncepcyjne, będące podstawą do opracowania nowych rozwiązań systemowych, które przyczynią się do poprawienia sytuacji społeczno-bytowej tej grupy społeczeństwa.*

Refundacja toksyny botulinowej - mały krok w dobrą stronę?

Od września pacjenci w Polsce mogą skorzystać z refundowanej terapii toksyną botulinową typu A. Niemniej jednak program lekowy objął stosunkowo niewielką grupę osób z pęcherzem nadreaktywnym. Grupa ta została ograniczona jedynie do pacjentów po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Mimo wielu aktywności parlamentarzystów, podczas 4-letniej kadencji Sejmu i Senatu zmiany, jakie zaszyły, były dalekie od oczekiwań pacjentów. W ciągu najbliższych 20 lat liczba osób w wieku powyżej 65 lat w Polsce wzrośnie do 8,5 mln. Czy nasz system ochrony zdrowia osób z NTM jest przygotowany na podjęcie tak poważnego wyzwania? Głos nowo wybranych parlamentarzystów z pewnością będzie bardzo pożądanym.

Badanie urodynamiczne. Koszmar, przez który nie chcę więcej przechodzić...

Natalia Klein

Badanie urodynamiczne - czym jest?

Badanie urodynamiczne jest procedurą diagnostyczną, stosowaną przy wykrywaniu zaburzeń związanych z oddawaniem moczu, polegającą na ocenie czynności narządów dolnych dróg moczowych. W ramach badania urodynamicznego, wykonywanych jest kilka testów, sprawdzających ilość oddawanego moczu, czas oddawania moczu, ciśnienie wewnątrz pęcherza i odbytnicy oraz napięcie mięśni zatrzymujących mocz (zwieraczy). Na początku badania do pęcherza wprowadzany jest cewnik, służący do wypełnienia pęcherza moczowego solą fizjologiczną lub wodą destylowaną, za pomocą którego rejestrowane są ciśnienia w pęcherzu. Po napełnieniu pęcherza moczowego oddaje się mocz do specjalnego urządzenia (uroflowmetru), mierzącego ilość oddanego moczu oraz szybkość jego oddawania.



#95577730 © Photographee.eu – Fotolia.com

Badanie urodynamiczne jest narzędziem diagnostycznym, które powinno być wykonywane przede wszystkim przed planowanym leczeniem operacyjnym. Niestety, zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami, rozpoznanie jednostki chorobowej „zespół pęcherza nadreaktywnego”, a tym samym uzyskanie prawa do skorzystania z refundowanej farmakoterapii, jest warunkowane wykonaniem przez pacjenta badania urodynamicznego, co w zgodnej opinii środowiska lekarskiego urologów i ginekologów jest zaprzeczeniem medycznych standardów postępowania. Niestety, badanie urodynamiczne jest także procedurą bardzo niekomfortową, krępującą i trudną dla samych pacjentów poddawanych badaniu. Pacjentki, które przeszły przez badanie urodynamiczne, opowiedziały o swoich doświadczeniach.

Powody wykonywania badania

Jak mówi jedna z naszych rozmówczyń, pani Teresa, ba-

danie urodynamiczne przeszłam dwa razy. Pierwszy raz było wykonane, aby stwierdzić, na jaki rodzaj nietrzymania moczu cierpię. Drugi raz było przeprowadzane przed samym zabiegiem operacyjnym. Trzeci raz – po tym zabiegu, natomiast czwartemu już się nie poddałam – miało być wykonane, żeby otrzymać leki. Trzeba uaktualniać co roku to badanie, aby otrzymywać leki refundowane. Z kolei u drugiej rozmówczynie, pani Wioletty z Poznania, badanie urodynamiczne było wykonane po nieudanej operacji wszczepienia taśmy, która nie przyniosła pożądanego rezultatu, aby sprawdzić, na jaki typ nietrzymania moczu cierpi pacjentka. Jak mówi pani Wioletta, na badaniu wyszło, że mam mieszane nietrzymanie moczu, a lekarz zaproponował terapię wkładkami domacicznymi. Jak świadczą zatem doświadczenia pacjentek, badanie urodynamiczne jest przeprowadzane z różnych przyczyn, ale nie zawsze wykonuje się je w uzasadnionych przypadkach.

Odczucia podczas wykonywania badania

Obie rozmówczynie przyznały, że badanie urodynamiczne nie jest komfortowe. Jak mówi pani Teresa, *w trakcie tego badania jest się obnażonym od pasa w dół, wykonuje się różne czynności z podłączonym do pęcherza cewnikiem – trzeba przysiąść, podskoczyć, kasać. Nie jest to przyjemne – jest to jakieś obnażenie godności oraz stres, spowodowany wstydem i obawą, że ktoś może wejść. Jak zauważyły pacjentki, wiele zależy od okoliczności, które panują w gabinecie podczas wykonywania badania. Niestety, w niektórych przypadkach nie zapewnia się odpowiednich warunków, które umożliwiają zachowanie intymności i poczucia prywatności. W przypadku pani Wioletty, badanie było wykonane w warunkach intymności, które w jakimś stopniu ułatwiły jego przeprowadzenie. Niestety, pani Teresa, która przechodziła badanie kilkakrotnie, spotkała się z bardzo niekomfortowymi warunkami. Jak mówi, *za drugim razem czułam się na widoku, każdy mógł wejść i wyjść do gabinetu. Było to bardzo stresujące. Przeprowadzanie badania urodynamicznego wywołało silny stres także u pani Wioletty, która zauważyła, że psychicznie bardzo się to przeżywa. Nastąpiła we mnie blokada, byłam tym skrupowana. Przeszkadzało mi też to, że lekarka wcześniej nie powiedziała mi, jakie kroki będzie wykonywać podczas badania. Nie byłam na to przygotowana – dla lekarki była to rutyna, ale dla nas to coś nowego.**

Doświadczenie pacjentek pokazuje zatem, że badanie urodynamiczne stanowi dla chorych silne, bardzo stresujące przeżycie psychiczne. Powinno zatem być wykonywane tylko w sytuacjach, w których jest to konieczne, a także w odpowiednich, umożliwiających jak największy komfort warunkach.

**Na prośbę jednej z bohaterek imię zostało zmienione*

Festiwal KultUro: Sławy polskiej urologii grają rocka na rzecz pacjentów

Monika Gackiewicz

Jak promować profilaktykę zdrowotną, unikając tak standardowych form, jak konferencje, wykłady dla studentów czy prelekcje? Jak przełamać tabu i przekonać pacjentów do profilaktyki układu moczowego? Odpowiedzią może być Festiwal KultUro, czyli niezwykle wydarzenie, którego głównym celem jest propagowanie profilaktyki badań układu moczowego oraz szerzenie wiedzy na temat chorób urologicznych.



Od lewej: prof. Piotr Chłosta, prof. Tomasz Szydelko, prof. Marcin Słojewski

Fot. Monika Gackiewicz

12 grudnia br. w Krakowie, w ramach Festiwalu KultUro, członkowie zespołu EndoPower w lekarskich kitlach, nie w szpitalu, a na scenie z instrumentami muzycznymi i w rockowym repertuarze, w przerwach między występami, promowali profilaktykę zdrowotną. Pomimo, że pochodzą z różnych stron Polski, na podstawie swoich do-



Od lewej: Wojciech Stec, prof. Piotr Chłosta, prof. Marcin Słojewski

Fot. Monika Gackiewicz

świadczeń i wiedzy chcą zachęcać środowisko do dyskusji na temat urologii i profilaktyki badań układu moczowego. W skład zespołu EndoPower - pomysłodawców Festi-



Publiczność zebrana podczas koncertu EndoPower

Fot. Monika Gackiewicz

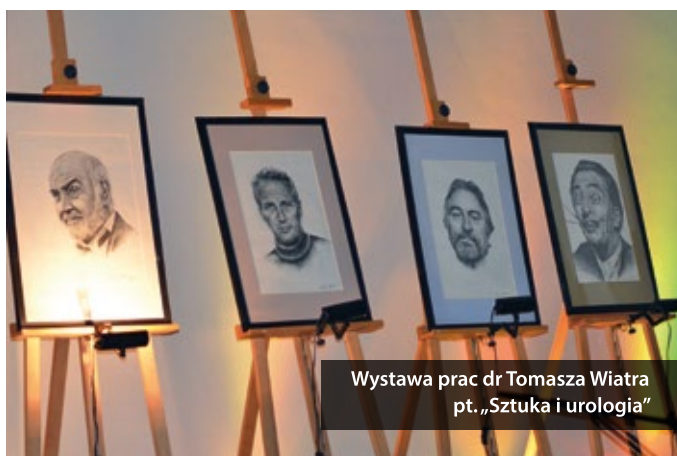
walu, wchodzą trzech profesorów urologii: Piotr Chłosta z Krakowa (prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego), Marcin Słojewski ze Szczecina i Tomasz Szydelko z Wrocławia oraz zawodowi muzycy: Wojciech Stec i Bartosz Gamracy. Z zespołem podczas Festiwalu gościnnie wystąpił Janusz Grzywacz.



Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, prof. Piotr Chłosta, Bogusław Ołowski (prezes małopolskiego oddziału UroConti)

Fot. Monika Gackiewicz

Gościem specjalnym Festiwalu był konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie urologii - dr Piotr Maciukiewicz. Podczas wydarzenia można było również obejrzeć wystawę rysunków autorstwa urologa dr Tomasa Wiatra pod tytułem: „Sztuka i urologia”, z których część, wraz z przedmiotami przekazanymi przez przyjaciół Polskiego Towarzystwa Urologicznego, została zlicytowana. Wszystkie środki pozyskane podczas festiwalu zasilą budżety stowarzyszeń UroConti oraz Gladiator, które niedawno uruchomiły swoje małopolskie oddziały.



Wystawa prac dr Tomasa Wiatra
pt. „Sztuka i urologia”

Fot. Monika Gackiewicz



Gitara z podpisami członków zespołu EndoPower
zlicytowana podczas aukcji

Fot. Monika Gackiewicz

Badanie urodynamiczne w woj. śląskim

W najnowszym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek realizujących badanie urodynamiczne z województwa śląskiego. Według zebranych danych (stan na 23 listopada 2015 r.), w województwie śląskim badanie urodynamiczne można wykonać w dziesięciu 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 rzędu 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. śląskiego, 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. W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

BIELSKO-BIAŁA

1. Centrum Medyczne Medur, gen. Grota-Roweckiego 6/2, 43-300 Bielsko-Biała

BYTOM

1. Szpital Specjalistyczny Nr 2 - Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, ul. Stefana Batorego 15, 41-902 Bytom

CHORZÓW

1. Śląskie Centrum Urologii "UROVITA", ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów

CZĘSTOCHOWA

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. L. Rydygiera, ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa

KATOWICE

1. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Medyków 16, 40-752 Katowice (tylko dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż.)

2. Szpital im. prof. E. Michałowskiego SP ZOZ, ul. Strzelecka 9, 40-073 Katowice

RYBNIK

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 3, Oddział Urologiczny, ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik

TARNOWSKIE GÓRY

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANIMED, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 9 A, 42-600 Tarnowskie Góry

ZABRZE

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze

ŻORY

1. NZOZ MED-ART Poradnie Specjalistyczne, os. ks. Władysława 27, 40-244 Żory

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” dotarło do Krakowa

Natalia Klein



Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” jest organizacją non-profit, która od 2007 roku działa na rzecz poprawy jakości życia osób zmagających się z problemem nietrzymania moczu. Stowarzyszenie, którego członkiem może zostać każda osoba borykająca się z problemem nietrzymania moczu, zrzesza około 1000 członków na terenie całej Polski. 25 września 2015 roku w Krakowie został powołany już dziewiąty regionalny oddział Stowarzyszenia. Obok oddziałów z siedzibami w Bydgoszczy, Kielcach, Lublinie, Gdańsku, Łodzi, Poznaniu, Wrocławiu oraz Warszawie, oddział w Krakowie jest kolejnym ośrodkiem zrzeszającym grupę aktywnych osób, które chcą pomóc sobie i innym pacjentom posiadającym problem nietrzymania moczu.

Siedziba nowego oddziału Stowarzyszenia „UroConti” znajduje się przy Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przy ulicy Grzegórzeckiej 18, będącej prężnym ośrodkiem leczenia schorzeń urologicznych pacjentów z terenu województwa małopolskiego. W skład Zarządu Oddziału Małopolskiego weszli: Bogusław Olawski - Prezes Oddziału, Kinga Religa - Wiceprezes Oddziału, Zbigniew Augustynek - Skarbnik, Józef Góralczyk - Sekretarz oraz Anna Filewicz-Rupp - Członek Zarządu Oddziału. Jak mówi Prezes Oddziału, Bogusław Olawski, *problem schorzeń urologicznych, w tym nietrzymania moczu, dotyczy obecnie coraz większej ilości osób – jak podają niektóre źródła, nawet do 20% populacji. Jest to problem społeczny i co najgorsze pokazuje utrwalony od wieków pogląd, że jest to sprawa wstydliwa i nie należy jej poruszać. Angażując się w działalność Stowarzyszenia „UroConti”, chcemy pokazać, że nie możemy wstydzić się tego problemu i że osoby zmagające się z nietrzymaniem moczu nie są z tym problemem same i mogą uzyskać pomoc na różne sposoby i wspierać się. Coraz większy problem należy pokonać, niwelować go poprzez wymianę doświadczeń i wiedzy.*



Funkcję konsultanta medycznego Małopolskiego „UroConti” pełni lekarz urologii w trakcie specjalizacji, doktor Tadeusz Hessel z Katedry i Kliniki Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Patronat nad oddziałem objął szef kliniki, prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta (od września br. prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego). Jak zauważył doktor Tadeusz Hessel, *stowarzyszenia pacjenckie są bardzo ważnym elementem społeczeństwa obywatelskiego, społeczeństwa zaangażowanego. Pacjenci upominają się o korekty w zakresie sektora ochrony zdrowia, zwracają uwagę na utrudniony lub ograniczony dostęp do terapii, lobbują za określonymi zmianami. Razem pacjenci oraz lekarze mogą bardzo wiele, nasz wspólny głos jest słyszalny. Jako doradca merytoryczny oraz medyczny dla Krakowskiego Oddziału „UroConti”, każdego tygodnia zachęcam minimum 3–4 osoby do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Oddział. Podczas spotkania inauguruje działalność małopolskiego oddziału „UroConti”, dr Tadeusz Hessel wygłosił prelekcję pod tytułem „Co lekarz urolog może zaproponować pacjentowi z nietrzymaniem moczu”, w ramach której zostały omówione możliwości leczenia oferowane są pacjentom z nietrzymaniem moczu w polskim systemie opieki zdrowotnej, a także rodzaje NTM, które dotyczą pacjentów.*

Podobnie, jak w innych oddziałach wojewódzkich, także w Krakowie członkowie Stowarzyszenia „UroConti” mogą korzystać z ćwiczeń gimnastycznych mięśni dna miednicy, wykładów i spotkań edukacyjnych z udziałem lekarzy specjalistów, pielęgniarek i fizjoterapeutów, a także porad i wsparcia innych członków Stowarzyszenia. Oddział małopolski Stowarzyszenia „UroConti” jest otwarty na nowe osoby, które w każdej chwili mogą dołączyć do grona członków „UroConti”. *Zachęcamy wszystkie osoby, które mają ten problem i krępują się, aby dołączyły do nas. Wspólnie, w grupie, przecieramy ścieżki i dlatego z nami łatwiej jest pokonać problem i uzyskać informacje dotyczące tej dolegliwości – podsumowuje Bogusław Olawski.*

Więcej informacji dotyczących zarówno oddziału małopolskiego, jak i całego Stowarzyszenia „UroConti”, można uzyskać na stronie internetowej www.uroconti.pl.




4 MIĘDZYNARODOWY KONGRES MEDYCZNY
KOBIETA I MĘŻCZYŻNA
ZDROWIE REPRODUKCYJNE I SEKSUALNE

22-23 kwietnia 2016
Gdynia-Rumia, ul. Grunwaldzka 7

Hotel Faltom
Gdynia-Rumia
★★★★
business & family

KOMITET NAUKOWY
prof. Romuald Dębski
prof. Marek Sosnowski
prof. Zbigniew Lew-Starowicz



GINEKOLOGIA
SEKSUOLOGIA
UROLOGIA

www.kobietaimieczyczna.info
www.facebook.com/kongresymedycznekobietaimieczyczna

ZAPRASZAMY



Nietrzymanie moczu może stać się również Twoim problemem, dlatego rozlicz swój PIT z nami!

POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAZUJĄC SWÓJ 1%

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”
numer KRS: 0000276415

Nasze oddziały:

Bydgoszcz · Gdańsk · Kielce · Kraków · Łódź ·
Lublin · Poznań · Warszawa · Wrocław

Więcej informacji o tym jak przekazać 1% na www.uroconti.pl