

OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Jak pielęgniarka może pomóc pacjentowi z NTM?**

LEGISLACJA

**Wyroby medyczne na nowo?**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**KOBIETA I MĘŻCZYZNA 65+  
Jak leczyć i pomagać?**



WYWIAD

**Problem NTM w gabinecie ginekologa**



LECZENIE

**Nowotwór prostaty przed i po chemioterapii**

# Wyroby medyczne po polsku

Ostatni rok upłynął w Ministerstwie Zdrowia na przygotowywaniu szeregu legislacyjnych zmian, które od 1 stycznia 2018 roku mają diametralnie zmienić system ochrony zdrowia w Polsce. Jedną z nich ma być nowelizacja ustawy refundacyjnej wyrobów medycznych, zarówno tych nabywanych przez przeciętnego Kowalskiego w aptece, jak też w specjalistycznych sklepach zaopatrzenia medycznego oraz nabywanych przez szpital drogich aparatów. Minister Łanda, odpowiedzialny

w resorcie za przygotowanie projektu zmian oraz ich przeprowadzenie przez parlament, zapowiada wiele korzyści dla pacjentów i dla budżetu państwa. Zakłada uzyskanie wielomilionowych oszczędności, które pozwolą powiększyć limity w ramach tych samych środków. O ile można zrozumieć konieczność bardziej racjonalnego gospodarowania środkami inwestycyjnymi szpitali, gdzie niejednokrotnie cena nabycia tych samych urządzeń diametralnie się różniła między kupującymi je szpitalami, o tyle pojawiają się wątpliwości, gdy rzecz dotyczy wyrobów medycznych, zwanych wcześniej przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.

Trudno sobie wyobrazić poprawę z punktu widzenia pacjenta, jeżeli już teraz wielkość refundacji na tę grupę wyrobów jest porównywalna z rocznym budżetem Węgier (prawie 4 razy mniej mieszkańców) czy Słowacji (prawie 8 razy mniej mieszkańców). Do Czech chyba już powinniśmy przestać się porównywać, bo to jest gigantyczna przepaść. Przy prawie 4-krotnie mniejszej populacji nasi południowi sąsiedzi refundują wyroby medyczne za kwotę 5-krotnie wyższą niż to ma miejsce w Polsce!

Czy zatem jest jeszcze przestrzeń, aby obniżać ceny w Polsce? Minister twierdzi, że tak, wskazując jako przykład refun-

dację leków. Faktycznie, tam zdołano zaoszczędzić rocznie ok. 2 mld złotych. Co prawda staliśmy się krajem najtańszych leków w Europie, ale nie dla pacjentów. Zaoszczędził na tym głównie NFZ, a same leki zaczęły hurtowo wyjeżdżać z kraju i jak dotąd nic nie jest ich w stanie zatrzymać w Polsce. W efekcie pacjenci szukają po aptekach leków, a apteki szukają ich po hurtowniach. Leków permanentnie brak. Nie to jednak martwi najbardziej. Zaoszczędzone

2 mld zł miały być przecież pierwotnie przeznaczone na refundację leków innowacyjnych. Jak wskazują doświadczenia, chociażby stowarzyszenia UroConti, które od lat bezskutecznie domaga się poszerzenia listy terapii refundowanych, oszczędności poszły na inne cele.

Czy to samo czeka nas w wyrobach medycznych? Niestety, istnieje takie ryzyko patrząc na potrzeby niedoinwestowanej od lat służby zdrowia. Trzeba się liczyć z tym, że zapowiedziane oszczędności mogą spowodować obniżenie jakości pieluchomajtek, worków stomijnych, aparatów słuchowych, wózków inwalidzkich itd. Bo jak najprościej producentowi lub dystrybutorowi obniżyć cenę?

Niestety, wczytując się w poszczególne paragrafy, nie jesteśmy w stanie znaleźć odpowiedzi na rodzące się pytania i przez to nie możemy rozwiązać naszych wątpliwości. Zapewne byłoby wszystkim łatwiej przyjąć zapowiedź zmian, gdyby była ona połączona z zapowiedzią wzrostu nakładów na refundację. A potrzeby naprawdę są ogromne. Wystarczy spojrzeć gdzie jest Polska, a gdzie pozostałe kraje Grupy Wyszehradzkiej.



Tomasz Michatek

## SPIS TREŚCI

## OPIEKA I PIELĘGNACJA

W Tokio o inkontynencji. Relacja z Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji .....	4
Jak pielęgniarka może pomóc pacjentowi z NTM? .....	6

## LECZENIE

Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB .....	9
Leczenie nowotworu prostaty przed i po chemioterapii w Polsce .....	11
Pracownie urodynamiczne w woj. zachodniopomorskim .....	12

## WYWIAD

Problem NTM w gabinecie ginekologa .....	13
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne .....	15

## LEGISLACJA

Wyroby medyczne na nowo? .....	16
Operacje z użyciem taśm w woj. podkarpackim .....	17

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Międzynarodowy Kongres Medyczny KOBIEȚA i MĘŻCZYŻNA 65+. Jak leczyć i pomagać? .....	18
Festiwal KultUro, czyli łamanie urologicznego tabu .....	20
Program pilotażowy w Irlandii - powikłania w leczeniu raka prostaty .....	21

## ORGANIZACJE

Fundacja Force Feminite - innowacyjna kobiecość .....	22
---	----

Szanowni Państwo,

Oddając w Państwa ręce ostatni tegoroczny numer *Kwartalnika NTM*, zastanawiałam się nad tym, co ten rok nam przyniósł, czym nas zaskoczył, a czym zawiodł. Na pewno jedną z pozytywnych zmian było zniesienie badania urodynamicznego w refundacji leku na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB). Tym samym zakończyła się pięcioletnia batalia organizacji pacjenckich o możliwość leczenia bez konieczności wykonywania niepotrzebnego i stresogennego badania. Kolejna zmiana, to nowa ustawa o wyrobach medycznych, która obecnie jest w trakcie procedowania. Liczę, że zapowiadane przeobrażenia będą dotyczyły korzyści również dla pacjentów, nie tylko dla budżetu państwa. O tym dowiemy się zapewne w połowie przyszłego roku. Z kolei, wielkim zawodem obecnego roku, jest przede wszystkim ciągły brak decyzji odnośnie umieszczenia w katalogu świadczeń refundowanych procedury neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów cierpiących na ciężkie postaci NTM.

Jednym z kluczowych zagadnień bieżącego wydania jest problematyka opieki nad pacjentem z NTM. W tekście pt. „Jak pielęgniarka może skutecznie pomóc osobie z NTM?” (str. 6), dr Elżbieta Szwałkiewicz opisuje m.in., jak istotne jest dokonanie wyboru produktu chłonnego lub sprzętu odpowiedniego do sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta. Jak zauważono podczas tegorocznych obrad ICS odbywających się w Tokio, w systemach opieki zdrowotnych, w których funkcjonują pielęgniarki specjalizujące się w temacie kontynencji, ich rola jest kluczowa i zasadnicza w interdyscyplinarnym zespole, który opiekuje się osobą z NTM. Szczegółową relację z Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji znajdują Państwo na str. 4. Aktualne wydanie obfituje również w szereg artykułów poświęconych leczeniu NTM. Szczególnie zachęcam do lektury artykułu nt. wytycznych zespołu ekspertów z dziedziny urologii i ginekologii, powstały w związku z pojawieniem się nowych leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego (str. 9). Polecam Państwu również wywiad z prof. Erwą Barcz z I Katedry i Kliniki Późnictwa i Ginekologii WUM. Jaką pomoc ginekolog, może Pani zaoferować osobom z NTM? Czy każdy ginekolog w Polsce może to samo zaoferować pacjentkom z NTM? Odpowiedzi na te i inne pytania znajdują Państwo na str. 13.

Na zakończenie w imieniu całej redakcji *Kwartalnika NTM* chciałabym życzyć Państwu szczęśliwych, radosnych i wyjątkowych Świąt Bożego Narodzenia w gronie rodziny i przyjaciół oraz wszelkiej pomyślności i sukcesów w Nowym Roku. Liczę, że rok 2017 będzie rokiem pełnym pozytywnych zmian w systemie ochrony zdrowia.

Zapraszam do 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, Agnieszka Dokowicz, 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:** GREG Drukarnia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 3000 egzemplarzy.

# W Tokio o inkontynencji.

## Relacja z Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji

Natalia Klein, Tomasz Michałek

**N**ietrzymanie moczu i kału oraz dysfunkcje dna miednicy, w związku z zauważalnym zarówno na europejskim, jak i globalnym poziomie zjawiskiem starzenia się populacji, stanowią bardzo istotny problem zdrowotny wielu społeczeństw, a tym samym pole debaty wielu specjalistów z całego świata. Wyjątkową okazją do pochylenia się nad tym tematem był kongres ICS (International Continence Society) - Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji, który odbył się we wrześniu bieżącego roku, w dniach 13-16 września br. w Tokio.

Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji jest ekspercką organizacją non-profit, skupiającą ponad 2500 członków z ponad 80 krajów. Głównym celem działania

ICS jest poprawa jakości życia osób dotkniętych problemem nietrzymania moczu oraz kału oraz dysfunkcjami mięśni dna miednicy. Członkowie ICS reprezentują różne dyscypliny medyczne i naukowe: w tym lekarzy urologów, ginekologów, geriatrów, neurologów, chirurgów, pielęgniarki, fizjoterapeutów oraz przedstawicieli organizacji pacjenckich.



kunastu tematów warsztatów, znalazły się na przykład ścieżki postępowania w przypadku nietrzymania moczu po radykalnej prostatektomii, holistyczne podejście do pacjentów cierpiących na zespół bolesnego pęcherza, zastosowanie badania urodynamicznego w postępowaniu przedklinicznym, zastosowanie e-technologii w dysfunkcjach mięśni dna miednicy czy też nadreaktywności pęcherza wynikającej z chorób neurologicznych.

Bloki warsztatowe podczas pierwszego dnia ICS obejmowały, oprócz prelekcji specjalistów, również dyskusje, służące wymianie doświadczeń uczestników z różnych krajów oraz wypracowywanie praktycznych rozwiązań, przydatnych w postępowaniu z pacjentem z nietrzymaniem

moczu. Tematy wystąpień naukowych obejmowały niezwykle szerokie spektrum tematów powiązanych z diagnostyką i leczeniem dysfunkcji dna miednicy, nietrzymania moczu i kału, a także z pielęgnacją pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu. Jednym z wielu istotnych tematów, poruszonych podczas kongresu ICS, była rola pielęgniarek specjalizujących się w dziedzinie nietrzymania moczu w opiece nad pacjentami z NTM.

### Rola pielęgniarek specjalizujących się w NTM

Jak zauważono podczas obrad ICS, w systemach opieki zdrowotnych, w których funkcjonują pielęgniarki specjalizujące się w temacie kontynencji, w interdyscyplinarnym zespole zajmującym się pacjentem z nietrzymaniem moczu, ich rola jest kluczowa. Pielęgniarki te powinny uczestniczyć zarówno w procesie diagnozy i pierwotnej oceny stanu pacjenta, jak i w dalszych etapach leczenia i pielęgnacji. Ich miejscami pracy powinny być zarówno kliniki i oddziały urologii, ginekologii i geriatry, jak i różnego rodzaju placówki opieki długoterminowej.

Jako przykłady państw europejskich, w których jest realizowana funkcja pielęgniarki specjalizującej się w kontynencji (ang. *continence advisor*), przywołane zostały Anglia oraz Holandia. Zgodnie z wynikami badań, które zostały zaprezentowane podczas sesji, działalność pielęgniarek dedykowanych pacjentom z NTM w Anglii przyczyniła się do wzrostu jakości życia pacjentów.

### Spotkanie International Consultations on Incontinence

Bardzo istotnym wydarzeniem kongresu ICS w Tokio było VI spotkanie grona ekspertów ICI - International



Spotkanie warsztatowe w ramach ICS

Fot. Materiały ICS

### Warsztaty i program naukowy

Podczas tegorocznego spotkania ICS w Tokio, podobnie jak w latach poprzednich, w pierwszym dniu kongresu odbyły się warsztaty, poświęcone różnym zagadnieniom medycznym i terapeutycznym. Kolejne trzy dni kongresu obejmowały natomiast wystąpienia naukowe specjalistów z branży medycznej z całego świata. Wśród kil-

Consultations on Incontinence (Międzynarodowe Konsultacje nt. Inkontynencji - grupa doradcza Światowej Organizacji Zdrowia). Ostatnie tego typu spotkanie miało miejsce 5 lat temu. ICI jest międzynarodowym gronem ekspertów, którzy w grupach tematycznych, wypracowują standardy postępowania z pacjentem z nietrzymaniem moczu lub kału. Łącznie obradowało kilkanaście grup roboczych, między innymi zajmujących się tematami takimi, jak: neurourologia, fizjoterapia, pielęgniarstwo, wyroby medyczne, metody chirurgiczne w nietrzymaniu moczu u kobiet i mężczyzn, farmakoterapia czy diagnoza i leczenie nietrzymania moczu u dzieci. Przewodniczącymi Międzynarodowych Konsultacji ds. Kontynencji są Paul Abrams, profesor urologii z Uniwersytetu w Bristolu, Linda Cardozo, profesor uroginiekologii z King's College Hospital w Londynie, Alan Wein, profesor urologii z Penn University w Filadelfii oraz Adrian Wagg, profesor geriatry z Alberta University w Kanadzie.



Adrian Wagg, Sekretarz Generalny ICS w latach 2014-2016, przyznaje nagrodę za osiągnięcia życia prof. Kari Bø

Fot. Materiały ICS

Efektom pracy Międzynarodowych Konsultacji ds. Kontynencji są publikacje - tzw. Incontinence books, aktualizowane przy okazji każdego ze spotkań ICI, zawierające rozdziały przygotowywane przez poszczególne grupy robocze. Publikacje te stanowią kompendium wiedzy na temat aktualnych wytycznych w postępowaniu z pacjentami z problemem nietrzymania moczu na

etapie diagnostyki oraz wszystkich poziomach leczenia i są wykorzystywane przez lekarzy na całym świecie. Także po tegorocznym spotkaniu ICI w Tokio ukaże się w połowie 2017 roku najnowsza (szósta) edycja takiej publikacji.



Panel tematyczny w ramach Kongresu ICS

Fot. Materiały ICS

### Coraz większa rola fizjoterapii

Ważnym tematem, analizowanym podczas czterech dni kongresu ICS, była rola fizjoterapii w leczeniu nietrzymania moczu. Podczas spotkania Komisji ds. Fizjoterapii Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji, podkreślono między innymi, że odpowiednio prowadzona i konsekwentna fizjoterapia może mieć kluczowe znaczenie dla opanowania dysfunkcji dna miednicy i znacznej poprawy jakości życia pacjentów. Omawiano także, bazując na opisywanych doświadczeniach fizjoterapeutów z różnych krajów, praktyczne metody fizjoterapii, które mogą być stosowane w przypadku nietrzymania moczu. Dowodem uznania dla roli fizjoterapii było przyznanie nagrody za całokształt osiągnięć dla Kari Bø, profesor z Norweskiego Kolegium Nauk Sportu w Oslo, uważanej za międzynarodowy autorytet w dziedzinie fizjoterapii mięśni dna miednicy.

### Polski akcent podczas ICS

Tegoroczny kongres ICS zakończył kadencję sekretarza Adriana Wagga, profesora geriatry z University of Alberta w Kanadzie, który spełniał tę funkcję od roku 2014. Na funkcję nowego sekretarza generalnego Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji został wybrany Sherif Mourad, profesor urologii z Ain Shams University w Kairze. Z kolei polskim akcentem podczas obrad kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji, było powołanie do zarządu ICS profesora Jerzego Gajewskiego, wybitnego polskiego profesora urologii, specjalizującego się w neuromodulacji. Prof. Gajewski od ponad 20 lat pracuje w Kanadzie, obecnie w Departamencie Urologii Uniwersytetu Dalhousie w Halifax.

# Jak pielęgniarka może pomóc pacjentowi z NTM?

dr Elżbieta Szwalkiewicz

Osoby doświadczające kłopotów z wydalaniem starają się ten problem zdrowotny utrzymać w tajemnicy i z reguły próbują swoje kłopoty rozwiązywać samodzielnie, bez angażowania innych. Ze skutkami nietrzymania moczu (NTM) lub stolca najczęściej radzą sobie intuicyjnie, opierając się jednak na fragmentarycznej wiedzy. Pacjenci zazwyczaj unikają rozmowy na ten temat, zarówno z profesjonalistami (lekarz, pielęgniarka), jak i najbliższymi członkami rodziny, aż do momentu zdecydowanego pogorszenia stanu zdrowia. Leczenie i pielęgnację tych osób utrudniają: poczucie wstydu,

że każda pielęgniarka kliniczna lub środowiskowa stykając się z problemami wywołanymi przez NTM, wielokrotnie udzielała, udziela i udzielać będzie pomocy w przypadkach upośledzenia funkcji wydalania moczu czy stolca. To oznacza również, że każda pielęgniarka diagnozując pacjenta nie może pominąć pytania o jego zdolność do kontrolowanego wydalania.

## Jak ta pomoc powinna wyglądać w praktyce?

Współczesne standardy opieki medycznej nad pacjentami z NTM opierają się na przekonaniu, że celem lekarzy jest taka poprawa funkcji organizmu, by uzyskać efekt kontrolowanego wydalania, a jeżeli to jest niemożliwe, to zaleca się kompensowanie utraconej sprawności środkami umożliwiającymi względnie normalne funkcjonowanie. Tak się dzieje w przypadku bardzo dużej grupy chorych, szczególnie w podeszłym wieku, u których z powodów psycho-fizycznych nie można przywrócić kontroli nad zwieraczami (około 50% osób powyżej 70. roku życia doświadcza niezależnego od woli wycieku moczu przez cewkę moczową). W NTM, podobnie jak w innych zaburzeniach funkcji ciała, bez odpowiedniego zabezpieczenia osób chorych w środki i produk-



Fot. #116229730 © WavebreakmediaMicro - Fotolia.com

brak szybkiej diagnozy, ogólny stan zdrowia i społeczna skala problemu, gdyż NTM dotyczy znaczącej części populacji, jest kosztowne i zdecydowanie obniża jakość życia.

Częstotliwość występowania nadaje nietrzymaniu moczu charakter choroby społecznej i wymusza na wszystkich zainteresowanych obowiązek racjonalnego zarządzania ograniczonymi zasobami ludzkimi i rzeczowymi. Na ten aspekt NTM powinny zwracać uwagę szczególnie pielęgniarki, które nie tylko uczestniczą w diagnozowaniu i leczeniu, ale także ustalają dalsze postępowanie pielęgnacyjne, zalecając pacjentom środki pielęgnacyjne i produkty chłonne. Ten zakres kompetencji powoduje,

ty kompensujące utraconą sprawność, żaden system wsparcia społecznego nie może prawidłowo funkcjonować. Dlatego wiele środowisk i organizacji pacjenckich zabiega o zmiany w zasadach refundacji, a Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od problematyki NTM rozpoczęła opracowywanie rekomendacji i zaleceń dla pielęgniarek, zwiększających ich kompetencje w zakresie pomocy pacjentom z zaburzeniami funkcji ciała.

## Co może pielęgniarka już teraz zrobić, by skutecznie pomóc osobie z NTM?

Kluczem do sukcesu jest dopasowanie do siebie parametrów użytkownika i produktu. Oceniając sytuację

użytkownika, pielęgniarka bierze pod uwagę rodzaj i nasilenie problemów z niekontrolowaniem czynności fizjologicznych, sprawność i samodzielność w utrzymaniu higieny osobistej, dostępność do niezbędnej pomocy, aktywność fizyczną, sprawność intelektualną, posiadanie niezbędnego zakresu wiedzy na temat dolegliwości i zapobiegania jej skutkom.

Oceniając parametry produktu, pielęgniarka zwraca uwagę na jego rozmiar, chłonność, zabezpieczenie przed przeciekaniem, pochłanianie zapachu, możliwość oddychania skóry, komfort i dopasowanie, dyskrecję, sposób mocowania i możliwość samodzielnego założenia. W przypadku osób niesamodzielnych pielęgniarka powinna uwzględniać także sytuację opiekuna i dobrać środki pomocnicze tak, by zmniejszyć jego przeciążenia fizyczne związane ze sprawowaniem opieki.

Jeżeli niesamodzielność w kontrolowaniu wydalania wywołana jest demencją, pielęgniarka zalecając opiekunowi sposób postępowania uwzględnia takie stany, jak:

- afazja, która powoduje niezdolność do poproszenia o pomoc,
- otępienie starcze, gdy opróżnianie pęcherza następuje bez zastanowienia gdzie i kiedy powinno się tę czynność wykonać,
- amnezja, gdy występuje niezdolność do zapamiętania gdzie znajduje się toaleta,
- apraksja, gdy występuje niezdolność do precyzyjnych ruchów rąk i zdjęcia spodni czy majtek,
- agnozja, gdy jest zaburzona zdolność rozpoznania znanych elementów otoczenia poprzez przypisaną

im funkcję, osoba widzi sedes czy papier toaletowy, ale nie wie, co to jest i do czego służy.

## Czy są różnice w postępowaniu, gdy NTM towarzyszy nietrzymanie kału?

Jeżeli zaburzenie wydalania obejmuje również defekację, to pielęgniarka ocenia natężenie problemu także w odniesieniu do fizjologii. Norma to 5-7 wypróżnień w tygodniu. Gdy występują one rzadziej niż 3 razy w tygodniu, to wskazuje to na zaparcia. Fizjologicznie pasaż jelitowy, czyli czas w jakim zjedzony pokarm przemieszcza się przez przewód pokarmowy, trwa u osoby dorosłej do 72 godzin. U kobiet jest nieco dłuższy niż u mężczyzn i z wiekiem się wydłuża. Badania wskazują, że co 2. kobieta i co 4. mężczyzna ma kłopoty z regularnym wypróżnianiem. Tak więc z zaburzeniami defekacji pielęgniarka styka się równie często, jak z zaburzeniami w wydalaniu moczu.

W praktyce, do zabezpieczania osób z nietrzymaniem kału zaleca się te same produkty, co w NTM, mimo że konsystencja wydaliny jest różna, a drogi superabsorbent może wchłonąć tylko płyny. Oznacza to, że koszty opieki nad osobą, która jednocześnie nie kontroluje wydalania moczu i kału, są znacznie podwyższone. Pielęgniarka może tu pomóc zalecając stosowanie dodatkowych niedrogich wkładek chłonnych, które wkłada się do pieluchomajtek przed wypróżnieniem i usuwa bezpośrednio po zabrudzeniu ich powierzchni kałem. W ten sposób oszczędza się na zużyciu pieluchomajtek, których konstrukcja pozwala na wchłanianie kolejnych

## Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z bielizną



Pielucha anatomiczna



Pielucha anatomiczna



Wkładka dla kobiet



Wkładka dla mężczyzn



Wkładka dla kobiet

## Wyroby chłonne nie wymagające odrębnego mocowania



Pieluchomajtki



Majtki chłonne



Pieluchomajtki

mikcji, aż do zużycia zawartego w nich superabsorbentu. Użycie tych dodatkowych wkładów może mieć zastosowanie tylko w sytuacji, gdy znany jest rytm wypróżnień i tylko na czas defekacji, w przeciwnym razie skóra będzie narażona na długi kontakt z wilgocią i poddawana drażniącemu działaniu moczu i kału.

## **Czy produkty chłonne skutecznie zastępują toaletę?**

Niezwykle ważne jest, by każda pielęgniarka stykająca się z osobami niekontrolującymi wydalanie moczu czy kału, zwracała uwagę, czy pacjent i jego opiekun są świadomi, jakie znaczenie dla ich zdrowia ma wydalanie w pozycji siedzącej i oczyszczanie skóry wokół genitaliów bezpośrednio po mikcji lub wypróżnieniu. W każdym przypadku, gdy pacjent może przyjąć pozycję siedzącą, powinien on wypróżnić się poza łóżkiem. Czynność ta może być wykonana na sedesie lub krzesle sanitarnym, gdy dotarcie do toalety jest trudne lub niemożliwe.

Obowiązkiem pielęgniarki jest zapobieganie szkodliwym dla zdrowia skutkom wydalania w pozycji leżącej do basenu lub pieluchomajtek i przekonywanie pacjentów oraz ich opiekunów do korzystania ze sprzętu wspomagającego wydalanie w pozycji siedzącej. Jest to bardzo ważne, gdyż na funkcjonowanie naszego organizmu istotny wpływ ma grawitacja, która m.in. wspomaga pasaż jelit i umożliwia pełne opróżnienie pęcherza. To powoduje, że osoba niekontrolująca wydalania, która może siedzieć, powinna korzystać z toalety z częstotliwością odpowiadającą jej biorytmowi zanim zachorowała, a produkty chłonne powinny traktować tylko jako zabezpieczenie w czasie, gdy nie korzysta z toalety.

## **Standardowy zakres pielęgniarskiej pomocy to edukacja i zalecenie pielęgniacyjne**

Podstawowym problemem osób z nietrzymaniem zwieraczy jest skuteczne zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu i kału. Nie można jednak tu pominąć takich ważnych kwestii jak: zabezpieczenie bielizny, ograniczenie przykrego zapachu i utrzymanie codziennej aktywności fizycznej. Odpowiedzią na te potrzeby są jednorazowe produkty chłonne, których podstawową funkcją jest zbieranie wydalonego moczu, a pośrednią - zabezpieczenie bielizny osobistej i pościelowej przed zabrudzeniem. W miarę postępu technologicznego środki te zyskały jeszcze funkcję ochrony skóry przed drażniącym działaniem moczu co zapewnił zawarty w nich superabsorbent i zastosowane tzw. materiały oddychające. One decydują o wysokiej jakości produktu i cenie. Poszczególne produkty różnią się między sobą nie tylko z uwagi na materiał z jakiego zostały wykonane, ale także wielkość, kształt i sposób mocowania. Wiodący producenci stale poprawiają jakość

swoich wyrobów, co bezpośrednio wpływa na poprawę jakości życia ich użytkowników.

Pielęgniarka powinna orientować się w różnorodności produktów chłonnych i znać ich parametry odpowiadające konkretnym potrzebom osoby z NTM, co jest podstawą wydania właściwego zlecenia. Środki absorpcyjne chroniące skórę dzielą się na dwie podstawowe kategorie: wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z bielizną oraz wyroby nie wymagające odrębnego mocowania. Oprócz tego jest jeszcze odrębna grupa obejmująca podkłady chłonne chroniące podłóże, na którym pacjent leży bądź siedzi. Produkty w obu kategoriach cechują się różnym rozmiarem i chłonnością. By zapobiec przeciekaniu, wyroby chłonne, nie wymagające odrębnego mocowania, muszą być dobrze dopasowywane do rozmiaru ciała i tak jak odzież są oznakowane symbolami XS, S, M, L, XL.

Pielęgniarka, przy doborze produktu, bierze pod uwagę ten parametr i weryfikuje go poprzez zmierzenie obwodu bioder pacjenta. Przy zastosowaniu nieodpowiedniego rozmiaru będą występować wycieki moczu. Przy wszystkich rodzajach produktów należy zwracać uwagę na ich chłonność.

By zapewnić optymalną ochronę osoby ze średnim lub ciężkim NTM i względnie normalne funkcjonowanie, należy umożliwić pacjentowi co najmniej 3-4 zmiany produktów absorpcyjnych w ciągu doby. Zaleca się, by pieluchomajtki z dużą chłonnością stosować tylko u osób leżących. U osób aktywnych powinno się stosować w ciągu dnia produkty o mniejszej chłonności i zmieniać je po każdej mikcji. Spośród wszystkich produktów chłonnych tylko jeden wymaga pomocy opiekuna przy zakładaniu - są to pieluchomajtki zapinane na rzepy lub przyklepcorzepy. Wszystkie pozostałe produkty użytkownik może założyć samodzielnie - oczywiście zależy to od jego stanu zdrowia i sprawności. Należy tu podkreślić, że prawidłowe założenie i dopasowanie produktu do ciała zadecyduje o pełnym zabezpieczeniu przed przeciekaniem. Z tego powodu pielęgniarka powinna pokazać jak prawidłowo zakłada się zalecony produkt chłonny.

## **Podsumowanie**

Reasumując, pielęgniarka może skutecznie pomóc osobie z NTM dokonując wyboru produktu chłonnego lub sprzętu odpowiedniego do sytuacji zdrowotnej i życiowej tej osoby. Zebranie wywołującego bezwiednie moczu, wyeliminowanie nieprzyjemnego zapachu, utrzymanie produktu w miejscu, dyskrecja, możliwość i umiejętność samodzielnego zakładania, brak uszkodzeń skóry i zakażeń dróg moczowych, komfort i suchość skóry oraz utrzymanie normalnej aktywności życiowej - to kryteria oceny jakości pomocy pielęgniarskiej nad pacjentem z NTM.



# Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB

Obecne wytyczne zespołu ekspertów z dziedziny urologii i ginekologii powstały w związku z pojawieniem się nowych leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB). Przy opracowaniu wzięto pod uwagę nie tylko najlepszą aktualną wiedzę medyczną, ale również aktualne uwarunkowania prawne i ekonomiczne w systemie opieki zdrowotnej. Zaproponowany sposób postępowania ma na celu maksymalizację efektu klinicznego, przy jak najlepszym wykorzystaniu dostępnych środków, z uwzględnieniem aspektów farmakoekonomicznych. Istotnie ograniczono dostęp pacjentów do farmakoterapii II rzutu, racjonalizując jej zastosowanie.

## Definicja pęcherza nadreaktywnego

Na zespół chorobowy nazywany nadreaktywnością pęcherza moczowego składają się parcia naglące, którym może, ale nie musi towarzyszyć częstomocz, nokturia i nietrzymanie moczu spowodowane parciem nagłym.

rodowe wskazują na występowanie pęcherza nadreaktywnego u około 16% społeczeństwa, co pozwala przyjąć, że w Polsce pęcherz nadreaktywny może dotyczyć nawet 6 milionów osób. Zapadalność szacuje się na około 10-15 tysięcy na rok i rośnie ona wraz z wiekiem (po 44. roku życia u kobiet i 65. roku życia u mężczyzn).

## Jakość życia

Największy wpływ na obniżenie jakości życia mają objawy nadreaktywności pęcherza moczowego oraz nietrzymania moczu z powodu parć. Jakość życia kobiet z objawami nietrzymania moczu z powodu parć jest niższa niż grupy chorych z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Jako przyczynę takich wyników podaje się fakt, że kobiety z objawami parć nagłych nigdy nie wiedzą, kiedy pojawi się epizod parcia z wyciekaniem moczu, ich życiu nieustannie towarzyszy ryzyko zaskoczenia, niepewności, poczucie mniejszej kontroli nad własnym ciałem. U osób z objawami nadreaktywności pęcherza



Fot. #127461295 © sayuri\_k - Fotolia.com

Konieczne jest też wykluczenie innych schorzeń dróg moczowych, w przebiegu których dochodzi do pojawienia się podobnych objawów.

## Epidemiologia

Wg szacunkowych danych, w Europie z powodu pęcherza nadreaktywnego cierpi około 50 milionów osób, ale leczonych jest jedynie 5 milionów. Badania międzyna-

moczowego z epizodami nietrzymania moczu jakoś życia jest znacznie niższa niż u osób z innymi przewlekłymi chorobami, takimi jak cukrzyca czy astma.

## Diagnostyka

Pęcherz nadreaktywny to schorzenie, na które składa się szereg objawów klinicznych podawanych przez pacjentów. Objawy te mogą współistnieć ze sobą lub występo-

wać pojedynczo, jednak w każdym przypadku konieczne jest pojawienie się parcia naglącego. Różni się ono od fizjologicznego odczucia, jakim jest parcie na mocz, głównie dyskomfortem, oraz poczuciem braku kontroli nad nim. Ponieważ objawy są subiektywnymi odczuciami podawanymi przez pacjenta, trzeba je zobiektywizować. Najlepszym narzędziem służącym do tego celu, cechującym się dużą powtarzalnością i korelacją z objawami klinicznymi, jest dzienniczek mikcji. Jego czułość w odniesieniu do diagnostyki pęcherza nadreaktywnego wynosi 75 procent, a swoistość 85 procent. Dzienniczek mikcji nie tylko pozwala na zobiektywizowanie danych z wywiadu, ale też umożliwia diagnostykę różnicową czynnościowych zaburzeń mikcji. Na potrzeby dzienniczka mikcji należy określić następujące parametry: liczbę mikcji w ciągu dnia, liczbę mikcji w nocy, 24-godzinną objętość wydalanego moczu, nocną objętość wydalanego moczu, średnią objętość mikcyjną, całkowitą częstość incydentów nietrzymania moczu (oraz liczbę incydentów nietrzymania moczu wysiłkowego i z parcia) w ciągu 24 godzin, liczbę parć naglących w ciągu 24 godzin oraz ich nasilenie, wskaźnik zużycia wkładek/podpasek na 24 godziny (z podaniem rodzaju - chłonności wkładki). Pacjent powinien prowadzić rejestr przez 3 dni, przy czym jeden z tych dni powinien być wolny od pracy. Warto pamiętać, by wypełniać dzienniczek mikcji w chwili zdarzenia/po zdarzeniu, ponieważ retrospektywne uzupełnianie, później niż 12 godzin po zdarzeniu, powoduje istotne zafałszowanie wyników.

### Terapie behawioralna

Wśród opcji terapeutycznych pęcherza nadreaktywnego mamy zarówno postępowanie behawioralne (zmiana stylu życia i trening pęcherza), leczenie farmakologiczne, jak i leczenie inwazyjne. Zmiana nawyków żywieniowych i stylu życia może w znacznym stopniu złagodzić dolegliwości. Warto więc pamiętać o redukcji masy ciała, rzuceniu palenia, ograniczeniu kofeiny, czy w ogóle spożywania płynów, a także o ćwiczeniach rehabilitacyjnych mięśni dna miednicy.

### Farmakoterapia

Farmakoterapia stanowi podstawową formę leczenia nadreaktywności pęcherza. Schorzenie to można kontrolować za pomocą leków antycholinergicznymi lub adrenomimetycznymi. Obecnie nie jest znany lek, który pozwoliłby całkowicie wyleczyć pęcherz nadreaktywny, dlatego farmakoterapia jest przewlekłą. Pacjenci przyjmujący dłuższy czas leki antycholinergiczne, często rezygnują z leczenia bądź na skutek niewystarczających

efektów, bądź z uwagi na niemożliwe do zaakceptowania objawy niepożądane. Należą do nich: suchość w ustach, zparcia, zaburzenia rytmu serca, widzenia i procesów poznawczych, zaleganie moczu, bóle głowy i nasilenia objawów choroby wrzodowej przewodu pokarmowego. Nie ma obecnie badań porównawczych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leków antycholinergicznymi, ale z wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego wynika, że jeśli chodzi o rezygnację z leczenia, to najmniej pacjentów podejmuje taką decyzję po leczeniu solifenacyną, tolterodyną i darifenacyną, zaś najlepszy stosunek skuteczności do tolerancji ma solifenacyna.

Leki beta-adrenomimetyczne stymulują rozkurcz pęcherza moczowego. Ich profil działania jest zupełnie inny niż leków antycholinergicznymi. Jedynym przedstawicielem tej nowej klasy leków zarejestrowanym we wskazaniu pęcherz nadreaktywny, jest mirabegron. Ma on dobrze udowodniony profil skuteczności i bezpieczeństwa. W sposób istotnie lepszy od placebo wpływa na wszystkie objawy pęcherza nadreaktywnego, ponadto jest skuteczny u osób, które były uprzednio leczone lekami antycholinergicznymi i nie odpowiedziały na leczenie w sposób satysfakcjonujący, ewentualnie musiały zrezygnować z dalszej terapii z powodu nasilonych objawów niepożądanych. Bardzo ważne jest, że mirabegron można stosować u osób, u których podawanie leków antycholinergicznymi jest przeciwwskazane, czyli na przykład jaskra z wąskim kątem przesączania - około 30-40 tys. osób w Polsce!

### Leczenie zabiegowe

Jeśli chodzi o leczenie inwazyjne, to jedyną refundowaną obecnie w Polsce metodą leczenia inwazyjnego pęcherza nadreaktywnego jest dopęcherzowe wstrzyknięcia toksyny botulinowej. Przed podaniem toksyny botulinowej konieczne jest wykonanie kompleksowego badania urodynamicznego, wykonanie badania endoskopowego, w celu wykluczenia nowotworu pęcherza czy uzyskanie zgody na samocewnikowanie.

U pacjentów opornych na leczenie farmakologiczne i zabiegowe, zalecana jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. U pacjentów poddawanych neuromodulacji krzyżowej obserwuje się poprawę w oddawaniu moczu, zmniejszenie dolegliwości bólowych, powrót do życia zawodowego i społecznego. Niemniej terapia ta wciąż nie jest w Polsce refundowana.

Leczenie inwazyjne jest zarezerwowane dla niewielkiego odsetka chorych z pęcherzem nadreaktywnym, którzy nie odpowiedzieli na leczenie zachowawcze.

Źródło:

1. „Zalecenia zespołu ekspertów odnośnie leczenia pęcherza nadreaktywnego z wykorzystaniem nowych technologii medycznych” pod redakcją prof. Włodzimierza Baranowskiego, prof. Stanisława Radowickiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Tomasza Rechbergera, prof. Marka Sosnowskiego i prof. Zbigniewa Wolskiego.
2. „Neuromodulacja nerwów krzyżowych w leczeniu chorych z zaburzeniami czynności pęcherza moczowego” pod redakcją profesorów: Tomasza Dreyu, Jerzego Gajewskiego, Marka Sosnowskiego oraz Zbigniewa Wolskiego.

# Leczenie nowotworu prostaty przed i po chemioterapii w Polsce

Natalia Klein

**N**owotwór prostaty, zaraz po raku płuc, jest typem nowotworu, na który mężczyźni w Polsce zapadają najczęściej. Pod względem przyczyn zgonu, stanowi on trzeci najczęstszy nowotwór. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, w ciągu ostatnich 30 lat, zachorowalność na ten rodzaj nowotworu zwiększyła się niemal czterokrotnie. Co roku, w Polsce ok. 9 tys. osób dowiaduje się, iż cierpi na raka prostaty, natomiast aż 4 tys. osób rocznie umiera z powodu tego nowotworu. Obecnie w Polsce stosuje się kilka metod leczenia raka gruczołu krokowego, często łączących ze sobą różne schematy leczenia. Należą do nich: leczenie chirurgiczne (prostatektomia), leczenie hormonalne, radioterapia oraz chemioterapia. Leczenie często prowadzone jest także przez lekarzy różnych specjalności: urologów, onkologów i radiologów. Wybór ścieżki terapii zależy od wielu czynników, między innymi wieku pacjenta oraz ogólnego stanu zdrowia - najważniejszym jest jednak stopień zaawansowania nowotworu, który po pierwszych badaniach diagnostycznych oraz przeprowadzeniu wywiadu, ustala się na podstawie wyników badań obrazowych i histopatologicznych.

## Wykrycie w zaawansowanym stadium a dostępne metody leczenia

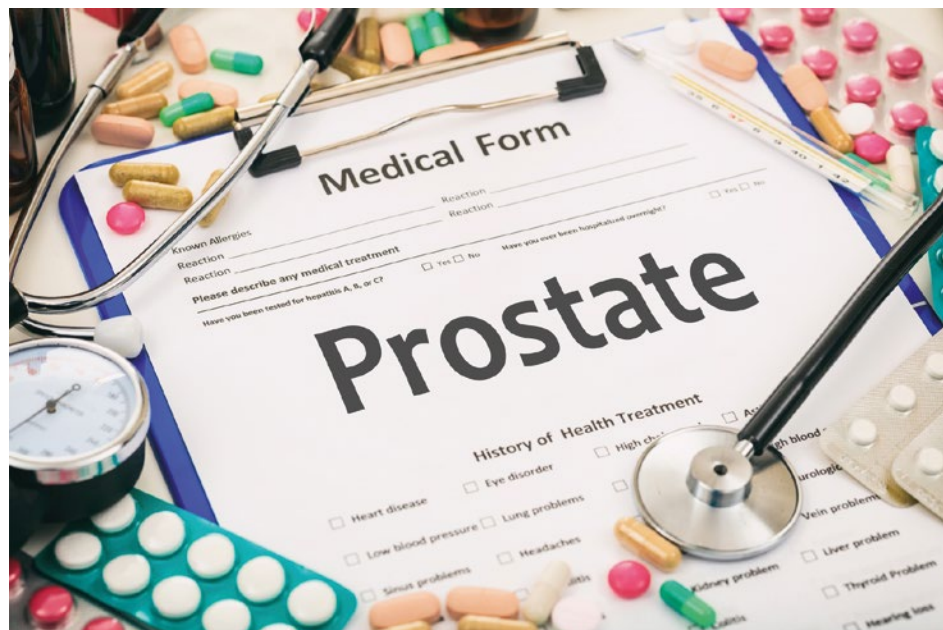
Ze względu na fakt, że w początkowych fazach rak prostaty najczęściej rozwija się bezobjawowo, a od pojawienia się w organizmie pacjenta komórek nowotworowych do wystąpienia odczuwalnych objawów mogą minąć lata, niejednokrotnie nowotwór gruczołu krokowego jest wykrywany dopiero w fazie zaawansowanej. Jak podkreśla Tadeusz Włodarczyk, Prezes Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty Gladiator, dzieje się tak również z tego powodu, że wśród mężczyzn w Polsce wciąż obecny jest wstyd i zażenowanie, które powodują unikanie badań, a w rezultacie późne wykrywanie choroby.

O zaawansowanym stadium raka stercza mówimy wówczas, gdy nowotwór rozsiał się z pierwotnego ogniska i występują przerzuty - w tym typie nowotworu, są to najczęściej przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych oraz kości: kręgosłupa, miednicy, żeber, kości ramion oraz kości udowych. Niejednokrotnie, już zaawansowany rak gruczołu krokowego, zostaje wykryty u pacjentów dopiero wskutek nasilających się dolegliwości bólowych wynikających z przerzutów. W takiej sytuacji, częstym

wybozem terapeutycznym jest wdrożenie radioterapii, ograniczającej dolegliwości bólowe. Razem z radioterapią, bardzo często wdrażana jest również hormonoterapia, polegająca na usunięciu lub obniżeniu poziomu męskich hormonów płciowych. Alternatywą dla kastracji chirurgicznej, jest tzw. kastracja farmakologiczna, która może spowolnić postęp choroby. W klasycznym leczeniu hormonalnym pierwszego rzutu, polscy pacjenci mają dostęp do kilku substancji leczniczych, m.in. leuprorelina, goserelina, triptolerina.

## Ograniczony dostęp do leczenia pre- i post-chemo

W sytuacji, gdy mimo stosowania klasycznego leczenia hormonalnego, choroba postępuje i rak prostaty staje się oporny na kastrację farmakologiczną, leczeniem z wyboru jest chemioterapia. W ramach chemioterapii raka



Fot. #131022504 © gjoiak2 - Fotolia.com

gruczołu krokowego, podaje się między innymi takie cytostatyki, jak: mitoksantron, prednizon czy docetaksel. Zgodnie z wytycznymi towarzystw medycznych, chemioterapia powinna być kojarzona z leczeniem hormonalnym zarówno przed, w trakcie, jak i po wdrożeniu tej formy leczenia.

Niestety, w Polsce brakuje refundacji leków, które lekarze mogą ordynować pacjentom jeszcze przed chemioterapią. Zarówno w krajach Europy Zachodniej, jak i Grupy Wyszehradzkiej, pacjenci mają dostęp przynajmniej do kilku różnych substancji. Z kolei w ramach leczenia w trakcie i po chemioterapii, polscy chorzy mają dostęp tylko do jednej refundowanej substancji leczniczej - octa-

nu abirateronu, dostępnego jedynie w ramach programu lekowego „Leczenie opornego za kastrację raka gruczołu krokowego”, przeznaczonego dla pacjentów z zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego, u których przestała działać standardowa hormonoterapia (tzw. rak prostaty oporny na kastrację), a choroba postępuje w trakcie lub po chemioterapii. Jednakże, lek ten nie u wszystkich pacjentów wywołuje oczekiwane skutki lecznicze. Jak komentuje Bogusław Olawski, Przewodniczący Zarządu Sekcji Prostaty „UroConti”, *w Polsce jesteśmy leczeni tylko tym jednym lekiem. Jednak z naszej wiedzy wynika, że są inne leki, które mogą wspomóc chorych na raka prostaty podczas chemioterapii.*

## Leki nowej generacji bez refundacji

Obecnie na rynku polskim zarejestrowane są substancje lecznicze nowej generacji, takie jak enzalutamid czy dwuchlorek radu-223, które - według badań klinicznych, wydłużają życie - jak wynika z badań, nawet o kilkanaście miesięcy - oraz obniżają dolegliwości bólowe wynikające z przerzutów. Substancje te zostały zarejestrowane w Unii Europejskiej już w 2013 roku. Niestety, polscy pacjenci wciąż nie mają do nich dostępu w ramach refundacji. Jedną z wymienionych substancji - enzalutamid - otrzymała dwie rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - z 24 listopada

2014 r. oraz z 11 sierpnia 2015 r., zaś dwuchlorek radu-223 - z dnia 30 marca 2015 r. Są to rekomendacje warunkowe, wiążące się z koniecznością obniżenia ceny leku przez producenta, zapewniającą opłacalność terapii. Środowiska pacjenckie, reprezentujące pacjentów cierpiących na nowotwór prostaty, między innymi Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, jak również Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty Gladiator, czynnie zabiegają o poszerzenie możliwości leczenia w zaawansowanym stadium tej choroby, między innymi poprzez spotkania z decydentami - przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, debaty medialne i edukowanie pacjentów. Jak zauważa Bogusław Olawski, *w polskiej rzeczywistości, pacjent wciąż nie ma dostępu do optymalnych metod leczenia, tak jak w innych krajach Europy. Chodzi nie tylko o brak nowoczesnych narzędzi chirurgicznych, które pomagają pacjentom szybciej dojść do siebie po ewentualnej operacji, ale też o brak leków, stosowanych przy chemioterapii. Uważamy, że chorzy na tym etapie choroby, gdy mówimy o poprawie jakości życia, powinni mieć dostęp do jak największej ilości leków. Warto też wspomnieć, że chorzy z powikłaniami po leczeniu raka prostaty często muszą korzystać ze środków absorpcyjnych. Nie może być tak, że w refundacji ciągle dostępne są tylko dwie sztuki tych środków na dobę, a nadużywa się cewnikowania chorych po operacji w szpitalach. Dążymy do zmiany obecnej sytuacji.*

## Badanie urodynamiczne w woj. zachodniopomorskim

Według zebranych danych (stan na 15 listopada 2016 r.), w województwie zachodniopomorskim badanie urodynamiczne można wykonać w siedmiu placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, wzrosła o jedną. Badanie urodynamiczne jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupienia usługi, koszt takiego badania to wydatek rzędu 300-350 zł. Badanie urodynamiczne może zostać wykonane odpłatnie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach prywatnych. Warto pamiętać, iż od 1 lipca br. badanie urodynamiczne nie jest już wymagane przy refundacji leku zawierającego substancję czynną o nazwie „solifenacyna”.

Zastrzegamy, że poniższa 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 pracowni

urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

### Lista placówek, które przeprowadzają badanie urodynamiczne w woj. zachodniopomorskim

#### DRAWSKO POMORSKIE

1. Szpitala Polskie S.A. Drawskie Centrum Specjalistyczne - Oddział Ginekologiczno-Położniczy, ul. B. Chrobrego 4, 78-500 Drawsko Pomorskie

#### GOLENIÓW

1. NZOZ "Lekarz" s.c., ul. Partyzantów 11, 72-100 Goleniów

#### KOSZALIN

1. NZOZ URO-MED - Poradnia Urologiczna, ul. Głowackiego 7, 75-400 Koszalin

#### POLICE

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 PUM im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie - Klinika Ginekologii i Uroginekologii, ul. Siedlecka 2, 71-422 Police

#### SZCZECIN

1. 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ, ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin
2. NZOZ "Lekarz" s.c., ul. Łokietka 32, 70-254 Szczecin
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie, al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

# Problem NTM w gabinecie ginekologa

Z prof. dr hab. med. Ewą Barcz z I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM, rozmawia Tomasz Michałek

**Często spotyka się Pani w swoim gabinecie z kobietami, które oprócz typowych schorzeń ginekologicznych cierpią na NTM?**

Bardzo często spotykam się z tym problemem, być może dlatego, że jest to zakres moich szczególnych zainteresowań.

**Czy na przestrzeni ostatnich 10-15 lat zaobserwowała Pani jakieś znaczące zmiany, np. w wieku pacjentek, rodzajach dolegliwości, z jakimi przychodzą do Pani?**

Takich zmian, szczególnie z punktu widzenia epidemiologicznego, się nie obserwuje. W dużych miastach obserwujemy na przestrzeni ostatnich kilku lat nieco młodsze pacjentki, które zgłaszają się po poradę w sprawie nietrzymania moczu, co najprawdopodobniej wynika z nieco większej świadomości problemu i tego, że jest on rozwiązywalny medycznie. Jest to jednak zdecydowanie zbyt wolna i zbyt mało wyraźnie widoczna zmiana i niestety nie dotyczy całego kraju.

**Jaką pomoc, jako ginekolog, może Pani zaoferować takim osobom?**

Wszelką. Większość postaci NTM podlega leczeniu i wachlarz potencjalnie dostępnych procedur jest tak duży, że właściwie w każdym przypadku możemy dobrać indywidualną metodę leczenia do potrzeb pacjentki oraz rodzaju i nasilenia problemu. Możemy zaproponować takim pacjentkom zarówno fizjoterapię, farmakoterapię, pessaroterapię jak i techniki operacyjne itp. Jesteśmy w stanie dobrać leczenie tak, by odpowiadała ona potrzebom chorej.

**Czy każdy ginekolog w Polsce może to samo zaoferować pacjentkom z NTM?**

Na pewno jest tak, że w ramach specjalizacji z ginekologii, każdy koncentruje się na nieco innym problemie, w związku z tym nie można powiedzieć, że każdy ginekolog oferuje tak szeroki wachlarz rozwiązań w tym zakresie. Jednak podstawową wiedzę na ten temat powinien mieć każdy ginekolog, a przynajmniej powinien mieć taką wiedzę, która upoważnia go do skierowania pacjentki do ośrodka, który się tym zajmuje.



prof. dr hab. med. Ewa Barcz

**Przyjmuje Pani kobiety z całej Polski. Dlaczego przyjeżdżają do Warszawy często przemierzając kilkaset kilometrów?**

Myszę, że to wynika z kilku rzeczy. Po pierwsze, należy podkreślić, że pacjentki spoza Warszawy to są kobiety często wcześniej leczone, u których z jakiegoś powodu nie osiągnięto zamierzonego efektu lub pacjentki z powikłaniami pozabiegowymi. Przyjeżdżają dlatego, że nasz ośrodek się takimi trudnymi przypadkami zajmuje w szczególności, jako jeden z niewielu w kraju. Inna przyczyna leży w tym, że jak już wcześniej powiedzieliśmy, nie każdy ginekolog się tym zajmuje, a pacjentki mając coraz większą wiedzę i świadomość szukają ośrodków, które specjalizują się w tym zakresie, stąd trafiają w dużej liczbie właśnie do między innymi do nas.

**A może zamiast szukać pomocy w dużym mieście powinny poszukać pomocy u najbliższego urologa?**

Z urologami jest podobnie, jak z ginekologami. Koledzy, w ramach swojej specjalizacji, również koncentrują się na różnych zagadnieniach i tak jak nie każdy ginekolog jest specjalistą w zakresie NTM, tak nie każdy urolog jest właśnie w tych sprawach biegły. W związku z tym, jeśli uda się znaleźć urologa, który się tym zajmuje, to jak najbardziej pacjentki powinny trafić do niego.

**Czy Pani zdaniem polscy ginekolodzy, którzy zajmują się leczeniem tego typu dolegliwości, powinni współpracować w zakresie jej leczenia z innymi lekarzami?**

Z całą pewnością tak. NTM to jedno ze schorzeń, które charakteryzuje całą grupę chorób związanych z dysfunkcją dna miednicy u kobiet i to są dysfunkcje bardzo różnego rodzaju. Nietrzymanie moczu może być problemem

izolowanym, ale w 90% jest to problem złożony, dotyczący nie tylko nietrzymania moczu, ale również zaburzeń statyki dna miednicy i to nie tylko w zakresie zaburzeń narządu płciowego, ale również np. przewodu pokarmowego. To są schorzenia, które powinno się leczyć kompleksowo, w odpowiedniej konfiguracji i w odpowiedniej kolejności, z zachowaniem zasad, które pozwolą na przejście pacjent-

**W ramach specjalizacji z ginekologii, każdy koncentruje się na nieco innym problemie, w związku z tym nie można powiedzieć, że każdy ginekolog oferuje tak szeroki wachlarz rozwiązań w tym zakresie.**

ce pełnej terapii w jak najlepszej kondycji, a to można osiągnąć tylko i wyłącznie na bazie współpracy między lekarzami różnych specjalności między innymi urologami i ginekologami. Najbardziej optymalnie byłoby stworzenie specjalizacji uroginekologicznej, czyli stworzenie grupy ludzi, czy umożliwienie kształcenia grupie ludzi, którzy chcą się tymi tematami zajmować, wywodzącymi się ze środowiska zarówno ginekologicznego, jak i urologicznego, którzy stworzyliby bazę do zorganizowania wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentami z NTM, a są to, należy podkreślić, bardzo trudni pacjenci. Tak widzę optymalną opiekę i optymalną współpracę. Oczywiście współpraca lekarzy innych specjalizacji czy to z zakresu geriatrici, czy medycyny rodzinnej jest również ważna dlatego, że nasi pacjenci często w pierwszej kolejności trafiają właśnie do lekarzy takich specjalności. I to oni powinni podejmować wstępne działania. Współpraca to przede wszystkim świadomość możliwości, tak by lekarze urolog, ginekolog, lekarz rodzinny czy geriatra miał rozeznanie całego panelu działań, które można skutecznie podjąć w tym zakresie.

**W tym roku prezydent RP podpisał ustawę o zawodzie fizjoterapeuty. Jest to grupa specjalistów, która coraz odważniej zaczyna oferować swoje usługi tego typu pacjentkom. Widzi Pani w tym więcej szans czy zagrożeń?**

To jest bardzo trudne pytanie. Na pewno fizjoterapia w Polsce to był rodzaj postępowania medycznego czy paramedycznego bardzo niedoceniany. Fizjoterapia ma znaczenie w leczeniu schorzeń dna miednicy i ma tu dobrze ugruntowane miejsce. Nie da się jednak ukryć, że to nie jest jedyna droga. Niebezpieczeństwo, które ja widzę, to pozostanie przy tego rodzaju leczeniu zachowawczym bez zrobienia kroku dalej w sytuacji, kiedy go należy podjąć. W chwili obecnej w większości zabiegów i poradnictwa w NTM udzielane przez fizjoterapeutów nie są objęte refundacją, w związku z tym trudno namawiać pacjentki na to, żeby pokrywały tego typu zabiegi z własnych środków. Wiele pacjentek na taką terapię po prostu nie stać i sam ten fakt powoduje, że rezygnują one również z innego leczenia. W leczeniu schorzeń dna miednicy

**NTM to jedno ze schorzeń, które charakteryzuje całą grupę chorób związanych z dysfunkcją dna miednicy u kobiet i to są dysfunkcje bardzo różnego rodzaju. Nietrzymanie moczu może być problemem izolowanym, ale w 90% jest to problem złożony, dotyczący nie tylko nietrzymania moczu.**

cy jest miejsce dla fizjoterapii, ale tylko w powiązaniu z pełnym kompleksowym leczeniem.

**Ostatnio, w jednej z podwarszawskich miejscowości, spotkałem się z ogłoszeniem, przez które prowadzony był nabór do grupy ćwiczącej mięśnie Kegla. Fizjoterapeutka, która miała te ćwiczenia prowadzić, była przedstawiana jako osoba realizująca program certyfikowany przez Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne - organizację, która została założona raptem 2 lata temu, a od której urodziny w zasadniczy sposób**

**się odcinają. Jakie jest stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wobec tego typu zjawisk?**

Trudno mi się w jakikolwiek sposób wypowiedzieć w sprawie kompetencji takich osób, nie wiem jakie są kryteria zawodowe stawiane tym specjalistom, nie wiem na czym polega ich certyfikowanie, w związku z czym myślę, że jeśli Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne wystawia świadectwo komukolwiek, to ponosi za to pełną odpowiedzialność. Ja nie jestem w stanie tego zweryfikować.

**Nie obawia się Pani o zdrowie polskich pacjentek, jeśli takich inicjatyw będziemy mieli więcej?**

Obawiam się o zdrowie polskich pacjentek nie z powodu tego typu inicjatyw, bo trudno mi je ocenić w sposób rzetelny. Bardziej obawiam się o ich zdrowie, ponieważ w absolutnie karygodny sposób brakuje kształcenia podyplomowego w dziedzinie uroginekologii i chorób dna miednicy u kobiet. Mamy absolutny niedobór wiedzy na ten temat, wiedzy społecznej, tzn. świadomości problemu

**W chwili obecnej w większości zabiegów i poradnictwa w NTM udzielane przez fizjoterapeutów nie są objęte refundacją, w związku z tym trudno namawiać pacjentki na to, żeby pokrywały tego typu zabiegi z własnych środków. Wiele pacjentek na taką terapię po prostu nie stać i sam ten fakt powoduje, że rezygnują one również z innego leczenia.**

wśród pacjentów, którzy nie wiedzą, że są to schorzenia, które można leczyć. Brakuje świadomości lekarzy, co do skali problemu i mam tu na myśli przede wszystkim internistów, lekarzy rodzinnych i geriatrów. Mam też na myśli brak adekwatnego kształcenia w tym zakresie zarówno urologów jak i ginekologów, co powoduje, że jakość i dostępność wykwalifikowanej opieki medycznej dla tych pacjentów jest mała. Jesteśmy jedynym krajem w nowoczesnym świecie, w którym ta grupa schorzeń jest potraktowana absolutnie po macoszemu i mój nie-

pokój o zdrowie polskich pacjentek wynika raczej z tego, że nie mamy systemowej opieki dla pacjentów z NTM.

**Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, razem z trzema innymi towarzystwami (od red. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne oraz Polskie Towarzystwo Urologiczne), zainicjowało działania mające na celu wypracowanie wytycznych w postępowanie z pacjentem z NTM. Dlaczego zdecydowali się państwo, jako ginekolodzy, uczestniczyć w tym projekcie?**

Dla nas jest to niezwykle ważna inicjatywa, z tych wszystkich względów, o których powiedziałam wcześniej. Schorzenia dna miednicy, w tym nietrzymanie moczu, to zagadnienia medyczne, którymi w naszym kraju zajmuje się niewielu specjalistów. Problemem NTM zajmują się niemalże tylko pasjonaci, ponieważ należy wykazać naprawdę niezwykle dużo chęci i dobrej woli samokształcenia oraz organizacji leczenia. W związku z tym, obecny poziom opieki nad na tym pacjentem jest niezwykle niski. Nie mówię tu o kilku znakomitych ośrodkach zajmujących się NTM, ale o poziomie ogólnej dostępności do procedur, do lekarza specjalisty, świadomości lekarzy i pacjentów, wreszcie dostępności do podstawowych materiałów pomocniczych takich jak środki absorpcyjne. W związku z tym każda taka inicjatywa jest cenna, ponieważ uświadamia zarówno środowiskom lekarskim i decydom,

jak istotny jest to problem w Polsce, a także porządkuje pewne sprawy. Bez stworzenia wytycznych, zarówno w temacie nietrzymania moczu jak i innych problemów, jesteśmy absolutnie pogubieni.

**Czy mając świadomość, że polskie środowisko medyczne było, jest i pewnie będzie podzielone, nie obawia się Pani, że będzie trudno porozumieć się chociażby w takim gronie z urologami?**

Nie spodziewam się, by było łatwo. Z drugiej strony, znając środowisko urologiczne, głęboko wierzę w to, że są to ludzie na tyle świadomi wagi problemu i na tyle otwarci i szeroko myślący, że jednak porozumiemy się, dojdziemy do wspólnych wniosków i podejmiemy wspólne działania. Osobiście zrobię wszystko, żeby tak było.

**Czy w obszarze zmian, które już następują w kwestii świadczeń, nie uważa Pani, że istnieje potrzeba rozszerzenia tej inicjatywy chociażby o fizjoterapeutów?**

Być może tak. Absolutnie nie stoję na stanowisku, że powinna być to inicjatywa ograniczona tylko i wyłącznie do środowiska lekarskiego, ale trzeba bardzo rozsądnie zważyć możliwość podejmowania wpływu tych środowisk na całość kształt później ustalonych zasad czy rekomendacji. Nie może być takiej sytuacji, że jedno środowisko zdominuje drugie. Trzeba znaleźć balans, który jest odzwierciedleniem możliwości terapeutycznych, by było to optymalne dla pacjenta, a nie dla środowiska.

## DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 20.11.2016

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

# Wyroby medyczne na nowo?

Zaczęło się jak u Hitchcocka - najpierw było trzęsienie ziemi wywołane publicznymi wypowiedziami przedstawicieli ministerstwa zdrowia, o tym że rewolucja w wycenach wyrobów medycznych przyniesie oszczędności, a pacjenci szybko odczują „dobrą zmianę”, wynikającą ze zmniejszenia lub likwidacji opłat oraz zredukowania kolejek. Potem napięcie rosnęło, bo entuzjazm urzędników, wysyłając swoje uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożyw-

zmian na poziomie ustawy, które w naszej ocenie rozmontowują dotychczasowy system refundacji wyrobów medycznych, nie dając jednak jakiegokolwiek gwarancji utrzymania dotychczasowej jakości i dostępności środków absorpcyjnych” - napisali w swoich uwagach do ministerstwa przedstawiciele Stowarzyszenia UroConti. Postulowali między innymi o zachowanie podstawowych kategorii środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, majtki chłonne, wkłady anatomiczne, pieluchy anatomiczne, podkłady), o wprowadzenie podziału na grupy produktów według rozmiaru oraz z uwagi na porę dnia ich użytkowania (dziennie i nocne), a także o rozdzielenie sztywnej marży na hurt i detal z obawy o przyszłość sklepów medycznych, co szczególnie głośno wyrażała Izba Gospodarcza POLMED. Takie rozwiązanie, według UroConti, pozwoliłoby uniknąć sytuacji, w której sklepy medyczne zaczęłyby być zamknięte, a apteki wycofałyby się ze sprzedaży refundowanych środków absorpcyjnych z powodu zwiększenia marży dla hurtowni.

Duży niepokój pacjentów z UroConti budziły również rozwiązania, które mogły spowodować, że zdrowie pacjentów zostanie narażone na szwank z powodu domi-

nacji na rynku tzw. wyrobów pieluchopodobnych o niskiej jakości. Przedstawiciele Stowarzyszenia zwracali uwagę, że kryterium niskiego limitu cenowego, stosowane obecnie w przypadku przetargów szpitalnych, skutkuje zaproponowaniem pacjentom produktów o bardzo niskiej jakości, zwiększających ryzyko powikłań oraz odleżyn, co w praktyce oznacza, że środki absorpcyjne najczęściej przynosi rodzina chorego, rezygnując z tego, co oferuje lub czego nie chce zaoferować szpital.

## Ograniczenia w dostępności w zakresie grupy środków absorpcyjnych, jak i przedmiotów ortopedycznych?

Swoje uwagi do projektu nowelizacji ustawy wysłali do resortu przedstawiciele Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. W imieniu ponad 500 organizacji, instytucji i jednostek działających na rzecz poprawy sytuacji osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych, zgłosili liczne wątpliwości odnośnie proponowanych zmian, które mogą grozić „ograniczeniem dostępności wyrobów medycznych i obniżeniem ich jakości”. I to zarówno w zakresie grupy środków absorpcyjnych, jak i przed-

czynych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zaczęli studzić nie tylko producenci wyrobów i właściciele sklepów ze sprzętem medycznym, ale również przedstawiciele organizacji pozarządowych i stowarzyszeń pacjenckich. Część z przesłanych uwag została uwzględniona przez resort zdrowia.

Czy Ministerstwo Zdrowia nie jest głuche na argumenty pacjentów? W projekcie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw zostały uwzględnione uwagi dotyczące wyrobów medycznych m.in. Stowarzyszenia UroConti, Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO czy Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych. Uchwalenie ustawy planowane jest na połowę 2017 r.

## Gwarancja utrzymania dotychczasowej jakości i dostępności środków absorpcyjnych?

„Nie ukrywamy zaskoczenia inicjatywą wprowadzenia



Fot. #94230025 © Plo Si - Fotolia.com



miotów ortopedycznych wykonywanych indywidualnie. Dlatego postulowali o przyjęcie, jako warunku refundacji, kryteriów jakościowo-funkcjonalnych, powiększenie dotychczasowego katalogu kategorii produktowych, na przykład o niestandardowe rozmiary pieluchomajtek czy majtek chłonnych, wprowadzenie oddzielnej marży dla hurtowni, sklepów specjalistycznego zaopatrzenia medycznego i aptek, gdyż sztywne marże mogłyby doprowadzić do wycofania z refundacji dużej ilości ważnych wyrobów medycznych oraz o wprowadzenie tzw. zakupów kontrolowanych.

Aby nie nadwyręzać wydatków publicznych, przedstawiciele Koalicji postulowali również o stworzenie refundowanych wypożyczalni, gdzie mogłyby trafić wyroby, których użytkowanie kończy się często po kilku miesiącach z powodu zmian w stanie zdrowia lub śmierci użytkownika (np. wózki inwalidzkie czy matrace przeciwoleżynowe). Resort uwzględnił część postulatów Koalicji, między innymi w zakresie przyjęcia kryteriów jakościowo-funkcjonalnych, gdzie objęcie produktu refundacją byłoby możliwe tylko w przypadku otrzymania pozytywnej oceny przez niezależny ośrodek weryfikujący kryteria jakościowe wyrobu medycznego.

### Wprowadzenie gwarancji na sprzedawane w refundacji wyroby medyczne

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych zgłosił z kolei inny postulat, aby wprowadzić gwarancję na sprzedawane w refundacji wyroby medyczne na czas identyczny z tym, po którym należy się ponowna refundacja na nowy wyrób. Wnioskowali także o okresowe badanie jakości wyrobów w celu porównania ich zgodności z deklarowanymi normami.

Wśród innych postulatów należy odnotować apel o poszerzenie listy lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane wyroby medyczne o lekarzy POZ, co ograniczyłoby „występującą obecnie korupcję przy wypisywaniu zleceń na wybrane wyroby medyczne (przykłady: aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie, worki stomijne)”, a także, by „w celu ograniczenia występujących obecnie zjawisk patologicznych przy realizacji zaopatrzenia, ponownie rozważyć zasadę powszechnego współpłacenia przez pacjenta określonego procenta refundacji”, co przełożyłoby się na ograniczenie beztroskiego korzystania z darmowych wyrobów medycznych. W tym zakresie - według resortu - postulat może zostać uwzględniony w nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia.

## Operacje z użyciem taśm w woj. podkarpackim

Według zebranych danych, obecnie na 41 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie podkarpackim, które dysponują 28 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz 9 oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)), tego typu operacje przeprowadza się w 11 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach ginekolo-

giczno-położniczych, jak i na urologicznych.

Porównując obecną sytuację ze statystykami opublikowanymi w Kwartalniku NTM w 2012 roku, liczba placówek uległa zmianie. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano tylko w 8 placówkach. Poniżej prezentujemy listę ośrodków, w których wykonano najwięcej zabiegów, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2014 oraz 2015 roku.

### Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśmy w 2014 oraz w 2015 roku w placówkach z woj. podkarpackiego.

Nazwa świadczeniodawcy	2014 r.	2015 r.
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina, Rzeszów	18	27
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1, Rzeszów	10	18
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ASKLEPIOS B. P., Rzeszów	0	18
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Leżajsk	0	14
Centrum Medyczne, Łańcut	6	11
Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej, Tarnobrzeg	10	9
Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego, Mielec	25	8
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Przeworsk	5	7
Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio, Przemyśl	0	6
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Sanok	11	4
Szpital Specjalistyczny Pro-Familia, Rzeszów	8	4

# KOBIETA i MĘŻCZYŻNA 65+

## Jak leczyć i pomagać?

Marzena Michałek

21 i 22 października 2016 r. w Józefowie odbył się Międzynarodowy Kongres Medyczny KOBIETA i MĘŻCZYŻNA 65+. Jak leczyć i pomagać? To już trzecia edycja tego interdyscyplinarnego wydarzenia, które w tym roku odbyło się pod patronatem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Towarzystwa Internistów Polskich, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu oraz Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

Naukowy, w skład którego weszli: prof. Barbara Bień, Kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prof. Piotr Błędowski, Kierownik Zakładu Polityki Społecznej SGH w Warszawie oraz prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej w Pracowni Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Cała trójka łączy swoją pracę naukową z pracą w zarządzie Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, na czele którego stoi obecnie prof. Wieczorowską-Tobis.



### Miejsce geriatrii w Europie

Prelegenci przyglądali się starości z wielu perspektyw. Poruszali problemy związane z pułapkami leczenia zaburzeń poznawczych charakterystycznych dla późnej starości, a także utrudniającą skuteczną leczenie i to nie tylko w chorobach neurologicznych, wielochorobowością, powodującą, w wyniku zastosowania leków na jedną chorobę, zespoły jatrogenne będące najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów geriatrycznych. Również kwestie związane z zaburzeniami ciśnienia tętniczego u pacjentów 65+, stosowania nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, czy suplementacji hormonalnej wymagają zupełnie odrębnego podejścia do pacjentów w tej grupie wiekowej i powinny się opierać przede wszystkim o obserwacje i własne (lekarzy) doświadczenia kliniczne. Nie-

prawidłowa farmakoterapia, polifarmakoterapia czy suplementacja, prowadzi bowiem często do zespołu jatrogennego, hospitalizacji i powstawania wielkich zespołów geriatrycznych, co nie tylko ma ujemny skutek ekonomiczny, ale przede wszystkim prowadzi do rozwoju wielu procesów patologicznych w tej grupie pacjentów i znacząco wpływa na ich jakość życia.

### Nowoczesne technologie w geriatrii - jak zarządzać pacjentem?

Pośród wielu głosów w dyskusji nad pacjentem geriatrycznym, wyłania się interdyscyplinarne, pełne wyzwania, pytanie: „Jaki powinien być zintegrowany system społeczny w Polsce, który zapewni pacjentom geriatrycznym jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w zdrowiu, z zachowaniem funkcji poznawczych?” Najpełniej służą przykładem wzory zachodnie, gdzie opiekę systemową nad pacjentem geriatrycznym realizuje się już na szczeblu samorządowym. W oparciu o system proaktywnej opieki socjalnej, zapewniający osobom starszym czynne uczest-

Wnioski zebrane podczas dotychczasowych odsłon Kongresu wskazały na potrzebę wielowymiarowej dyskusji, wymiany doświadczeń i kompleksowego spojrzenia na kwestie związane z opieką nad starzejącym się pacjentem. Dlatego też, do udziału w tegorocznym Kongresie zaproszeni zostali wybitni międzynarodowi specjaliści z obszaru geriatrii, gerontologii, interny, kardiologii, diabetologii czy neurologii. Wśród wykładowców znaleźli się m.in. prof. Desmond O'Neill z Trinity College w Dublinie, prof. Nele Van Den Noortgate z zakładu Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Gent w Belgii, prof. Dorota Religa z Instytutu Karolinska w Huddinge w Szwecji, prof. Maria Barcikowska z Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, prof. Monika Białecka z Katedry Farmakologii PUM ze Szczecina, prof. Tomasz Grodzicki z Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum UJ z Krakowa, prof. Józefa Hryniewicz z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych UW. Merytoryczną opiekę nad Kongresem objął Komitet

SESJA MIĘDZYNARODOWA:  
prof. Dorota Religa (Szwecja),  
prof. Nele Van Den Noortgate (Belgia),  
prof. Desmond O'Neill (Irlandia)

Fot. Kamil Mońka

nictwo zawodowe, społeczne i kulturalne, skutecznie redukuje się koszty leczenia. Szczególnie jest to widoczne, gdy prawidłowo umiejscawia się rolę geriatry w systemie, co znacząco zmniejsza ryzyko hospitalizacji, a wręcz staje się ona niepotrzebna. Realizacja potrzeb osób starszych w Polsce nie może być jednak zapewniona w obecnej sytuacji kompletnej dezintegracji usług zdrowotnych. Mapy potrzeb zdrowotnych wskazują, że np. już w 2029 roku będziemy potrzebowali 7700 łóżek geriatrycznych, co przy kompletnym braku pomysłu na zdobycie funduszy na ten cel, nie wróży dobrze starzejącemu się polskiemu społeczeństwu. Odrębną sprawą wydaje się stworzenie standardów postępowania w geriatric. Pozwoliłoby to wyłonić pacjenta geriatrycznego, gdyż jest to z pewnością mniejsza grupa pacjentów, niż ta, obecnie weryfikowana jedynie wiekowo. Nie wiek bowiem jest czynnikiem decydującym czy pacjent jest geriatryczny czy nie. W modelach zachodnich każdy pacjent w wieku 75+ trafiający do systemu opieki zdrowotnej przechodzi wstępne, proste testy przesiewowe oceniające funkcje poznawcze, dostępność opiekuna, samodzielność i lekibrane przez pacjenta. Dopiero pacjent ze złożoną wielochorobowością, z dużymi deficytami sprawności funkcjonalnej jest uznawany za pacjenta geriatrycznego, co nie zawsze przecież jest determinowane wiekiem. Takie badanie jest korzystne i dla samego pacjenta i dla systemu, ponieważ znacznie zmniejsza wydatki na opiekę długoterminową i pozwala skutecznie lokować środki.

### Nietrzymanie moczu - jak postępować z pacjentem 65+?

Dyskusja o pomocy i leczeniu seniorów nie byłaby pełna, gdyby nie poruszono w niej kwestii postępowania z pacjentami z nietrzymaniem moczu w tej grupie wiekowej. Podczas sesji okrągłego stołu pod tytułem „Nietrzymanie moczu - jak postępować z pacjentem 65+” wypowiedzieli się w tej kwestii ginekolog, prof. Tomasz Rechberger, urolog dr hab. Jakub Dobruch i lekarz medycyny rodzinnej, dr hab. Tomasz Tomasik. Dyskusję moderowała prof. Wiczorowska-Tobis. Mając na uwadze powstałą niedawno inicjatywę czterech towarzystw: Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego, paneliści dyskutowali na temat wypracowania spójnych standardów postępowania z pacjentem z NTM.

Wielkie zespoły geriatryczne, do których należy NTM, to problem co trzeciego pacjenta w całej populacji. Szacuje się, że 30% pacjentów starszych i nawet do 70% w instytucjach opiekuńczych cierpi na nietrzymanie moczu. A przecież, jak zauważył prof. Rechberger, nietrzymanie moczu nie jest atrybutem starości, choć często jest z nią związane. Ginekolodzy w swojej praktyce rozpoznają aż 28% przypadków nietrzymania moczu i często są one związane z zaburzeniami dna miednicy, nawracający-

mi stanami zapalnymi czy atrofią urogenitalną. Ważna, w kontekście postawienia diagnozy, jest również, jak zauważył doc. Jakub Dobruch, masa ciała, aktywność fizyczna pacjenta czy przebyte operacje chirurgiczne. Wszyscy ineterlokutorzy zwrócili również uwagę na zbyt małe wykorzystanie w diagnostyce dzienniczka mikcji, czy ankiet, pod warunkiem, że byłyby one odpowiednio zwalidowane w polskich warunkach. Dr Tomasik poruszył także kwestie występującej w tej grupie wiekowej współchorobowości i wielochorobowości, której często towarzyszy nietrzymanie moczu oraz ogromną wartość, jaką jest stworzenie



SESJA "OKRĄGŁEGO STOŁU"  
pt. Nietrzymanie moczu  
- jak postępować z pacjentem 65+?

Fot. Kamil Mońka

bliskiej relacji z pacjentem. Zauważył, że obecnie, podczas ograniczonej czasowo wizyty, nie jest ona możliwa do zbudowania, a co za tym idzie, pacjenci przyznają się do problemów z nietrzymaniem moczu średnio dopiero po 5 latach. Istotną kwestią jest również odpowiedni dobór środków pomocniczych, w tym środków absorpcyjnych. Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi osoby z nietrzymaniem moczu, podobnie jak reszta społeczeństwa, powinny mieć możliwość prowadzenia normalnego życia, być aktywne zawodowo, jak i społecznie, dlatego dobór środków absorpcyjnych powinien być dostosowany do ich potrzeb, stopnia mobilności czy samodzielności. Wiąże się to również z dostępnością, która w polskim systemie powinna ulec zdecydowanej poprawie.

### Podsumowanie

Kolejna edycja kongresu Kobieta i Mężczyzna. Jak leczyć i pomagać?, dobór międzynarodowych wykładowców i starannie wybrana tematyka poszczególnych sesji wskazała, jak niezmiernie ważna jest potrzeba pogłębionej dyskusji, wymiany doświadczeń w tematach związanych z opieką i leczeniem osób starszych. Taka interdyscyplinarna wymiana informacji pozwoli w przyszłości stworzyć jak najlepsze warunki ku temu, by pacjent geriatryczny w Polsce mógł jak najdłużej samodzielnie funkcjonować w jak najlepszym zdrowiu, zachowując funkcje poznawcze.

# Festiwal KultUro, czyli łamanie urologicznego tabu

Monika Gackiewicz

Tegoroczna edycja Festiwalu KultUro odbyła się w dniach 30 września i 1 października i została poprzedzona kampanią profilaktyczną pod hasłem #prawdziwyprzyjaciel, której celem jest podkreślenie, że urologa nie należy się obawiać, przeciwnie - na jego pomoc można liczyć w sytuacjach zagrożenia zdrowia, a nawet życia.

Tegoroczną edycję festiwalu podzielono na kilka bloków tematycznych. Pierwszy dzień Festiwalu skierowany był głównie do środowiska medycznego. W ramach sekcji „Nauka i technologia” zaplanowano XIII Spotkanie Sekcji Adeptów Urologii, debaty ekspertów z udziałem m.in. prof. Hendrika Van Poppela oraz prof. Louisa Denis z Holandii oraz czołówki polskich specjalistów. Ważnym punktem było również posiedzenie czterech towarzystw

naukowych: Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego - w celu wypracowania wspólnej strategii na rzecz pacjentów z problemem nietrzymania moczu.

W trosce o zdrowie pacjentów, 1 października zorganizowano sesję pacjencką, której celem było wspieranie dialogu między lekarzami a pacjentami. Na zakończenie drugiej edycji Festiwalu, odbył się wyjątkowy koncert pt. „EndoPower i Przyjaciele” połączony z wystawą rysunków polskich satyryków oraz „Studium ciała” autorstwa dr. Tomasza Wiatra, urologa i rysownika. Na scenie Muzeum Inżynierii Miejskiej wystąpili: EndoPower, Janusz Grzywacz, Frei Warschu i Kurtyna Siemiradzkiego.

## FOTORELACJA



Fot. Monika Gackiewicz

# Program pilotażowy w Irlandii - powikłania w leczeniu raka prostaty

Natalia Klein

**L**eczenie raka nowotworu krokowego obejmuje różne typy terapii, wiążące się z wieloma skutkami ubocznymi, co bardzo często wywołuje zarówno w samych chorych, jak i członkach ich rodzin, duży stres. Wszystkie stosowane w leczeniu nowotworu stercza metody lecznicze - metody chirurgiczne (prostatektomia), radioterapia, hormonoterapia oraz chemioterapia - mogą stać się przyczyną różnych, często bardzo uciążliwych skutków ubocznych, które w niektórych przypadkach, przy pożądanym rezultacie terapeutycznym, obniżają jednak komfort życia pacjentów zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu leczenia. W wielu krajach Europy, dla pacjentów znajdujących się na różnych etapach leczenia nowotworu gruczołu krokowego, jak również po zakończeniu terapii, prowadzone są różne działania i kampanie, których celem jest pomoc chorym i ich rodzinom. Jednym z krajów, w których realizowane są aktywne działania na rzecz pacjentów z rakiem prostaty cierpiących z powodu powikłań po leczeniu, jest Irlandia, gdzie rak prostaty, po nowotworze skóry, jest drugim najczęściej występującym typem raka.

## Działania Irish Cancer Society - Irlandzkiego Towarzystwa Onkologicznego

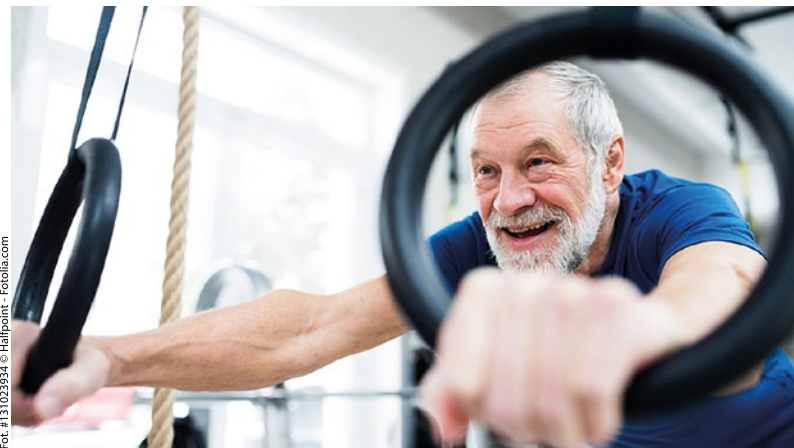
Irlandzkie Towarzystwo Onkologiczne jest działającą od 1963 roku organizacją zrzeszającą lekarzy, pielęgniarki, specjalistów z branży medycznej, a także wolontariuszy. Celem organizacji jest zapewnienie jak najwyższego poziomu opieki zdrowotnej dla pacjentów chorych na raka, wielopłaszczyznowe wsparcie pacjentów i ich rodzin, a także prowadzenie działalności badawczej nad nowoczesnymi terapiami w chorobach nowotworowych.

W ramach opieki nad pacjentami z rakiem prostaty w Irlandii, już na etapie podejmowania decyzji dotyczącej wyboru optymalnej metody terapeutycznej, pacjenci otrzymują tzw. formularz - „checklistę”, w ramach której umieszczone są pytania pozwalające ocenić możliwe plusy i minusy danej metody terapeutycznej. Ponadto, za pośrednictwem krajowej infolinii telefonicznej - tzw. National Cancer Helpline - obsługiwanej przez Irlandzkie Towarzystwo Onkologiczne, pacjenci mają możliwość skorzystania z rozmowy telefonicznej z innymi chorymi, którzy już przeszli przez wybór swojej drogi terapeutycznej i mogą posłużyć radą. Dzięki tym narzędziom, chorzy od początku są włączani w proces decyzyjny dotyczący swojej choroby.

## Wsparcie przed, w trakcie i po leczeniu

Przed rozpoczęciem leczenia, ale także po i w trakcie trwania terapii, chorzy na raka prostaty w Irlandii, mogą skorzystać z pomocy udzielanej w tzw. Daffodil Centres (ang. daffodil - żonkil), oznaczonych kolorem żółtym specjalnych punktów informacyjnych dla pacjentów i ich

rodzin, które są obsługiwane przez pielęgniarki o specjalizacji onkologicznej. Tego typu punkty znajdują się w 13 szpitalach na terenie Irlandii, zajmujących się leczeniem nowotworów - między innymi, w Dublinie (pięć punktów), Cork czy Waterford. W ramach Daffodil Centres, pacjenci mogą uzyskać porady oraz praktyczne informacje z zakresu możliwych metod terapeutycznych, skutków ubocznych, form wsparcia psychologicznego i finansowego, jak również form opieki nad pacjentem onkologicznym. W tego typu punktach, pacjenci mogą też zapoznać się z dostępnymi rodzajami środków absorpcyjnych, stanowiących podstawowy środek pomocniczy dla pacjentów cierpiących w związku z powikłaniami po leczeniu raka prostaty, między innymi po zabiegu prostatektomii.



## Program pilotażowy w szpitalach

W planowanych działaniach Irlandzkiego Towarzystwa Onkologicznego, znajduje się także wprowadzenie programu pilotażowego dla pacjentów cierpiących z powodu powikłań po leczeniu nowotworu prostaty, m.in. po radykalnej prostatektomii oraz radioterapii. Do najbardziej uciążliwych dla pacjentów powikłań, powstałych wskutek zastosowania tych metod terapeutycznych, należą nietrzymanie moczu, jak również zaburzenia erekcji. Oddziały udzielające pomocy pacjentom z powikłaniami po leczeniu, usytuowane mają być w ośrodkach referencyjnych na terenie Irlandii. Ich działalność ma być odpowiedzią na potrzeby pacjentów po zakończeniu leczenia, którzy, jak wynika z badań, często czują się zagubieni i odczuwają problemy w przystosowaniu się do nowej rzeczywistości „po leczeniu”. W ramach opieki nad takimi pacjentami, mają pracować interdyscyplinarne zespoły, składające się z lekarza onkologa, fizjoterapeuty oraz dietetyka. Pierwsza tego typu grupa rozpoczęła pracę w szpitalu St. Luke's Radiation Oncology Centre w Dublinie. Oprócz porad lekarzy onkologów, w ramach jej działalności pacjenci, którzy zakończyli terapię, mieli okazję skorzystać z pomocy dietetyków oraz psychologów. Tego typu programy mają być wdrażane w kolejnych szpitalach na terenie całej Irlandii.

# Fundacja Force Feminite - innowacyjna kobiecość

Monika Gackiewicz

**P**roblem nietrzymania moczu dotyczy przede wszystkim kobiet: w 50% po 50. roku życia oraz 10-15% w wieku 20-30 lat. Szczególnie młode kobiety wstydzą się pojawiających się dolegliwości. Jak wskazały badania Urszuli Wójtowicz, rehabilitantki, doktorantki na Uniwersytecie Jagiellońskim i prezeski Fundacji Force Feminite, świadomość problemu w Polsce jest bardzo niska. Dlatego celem fundacji jest edukowanie kobiet w obszarze profilaktyki zdrowia intymnego, upowszechnianie wiedzy na temat roli i wagi mięśni dna miednicy w życiu kobiet oraz promocja profilaktyki zdrowotnej w tym zakresie. Fundacja pomaga kobietom m.in. poprzez prowadzenie warsztatów, które edukują pokolenie innowacyjnych kobiet świadomych potęgą mięśni dna miednicy i ich wpływu na życie i zdrowie. *Chcemy stworzyć nowe pokolenie kobiet, które będą dbać o profilaktykę oraz odpowiednio wcześniej podejmować profesjonalne leczenie problemu nietrzymania moczu.* - mówi Urszula Herman, prezes Fundacji Force Feminite oraz pomysłodawczyni polskiego start-upu PelviFly - teledywnego systemu do profilaktyki i terapii dysfunkcji mięśni dna miednicy, który został zaprezentowany podczas World Health Summit w Berlinie, jako finalista wśród 10 start-upów, wyselekcjonowanych z 22 krajów.

Force Feminite to także wkład w rozwój teledywny szczególnie w obszarze profilaktyki zdrowia oraz nowoczesnych rozwiązań wspierających kobiety w treningu mięśni dna miednicy. Jak mówi Urszula Herman: *Fundacja popularyzuje wiedzę i doniesienia naukowe, współtworzy z ośrodkami krajowymi i zagranicznymi innowacyjne rozwiązania telerehabilitacyjne wspierające kobiety w treningu mięśni dna miednicy. W tym roku zorganizowaliśmy pierwszą ogólnopolską kampanię "Co trzecia" upowszechniającą wiedzę na temat mięśni dna miednicy, której celem jest podjęcie tematu tabu - problemu nietrzymania moczu. Podczas rekrutacji uczestniczek do programu profilaktycznego zgłosiło się wiele młodych kobiet. W kwestionariuszu twierdziły, że nie mają żadnych objawów nietrzymania moczu. Dopiero w trakcie rozmowy okazywało się, że podczas wysiłku, podskakiwania, kaszlu,*

*kichania, ten problem występował. Nie wiedziały, że już takie objawy świadczą o rozwijającym się problemie.*

Być może to wyjaśnia, dlaczego kobiety zgłaszają się do lekarza dopiero wtedy, gdy objawy są już naprawdę dokuczliwe i jedynym rozwiązaniem jest operacja. *Cztery lata temu przeprowadzałam badanie na temat barier w szukaniu pomocy przez kobiety. Okazało się, że najdłuższy czas, jaki upłynął od zauważenia objawów do podjęcia decyzji o leczeniu wynosił 20 lat! Kobiety zwlekały z wizytą u specjalisty prawie 9 lat. Największymi barierami był wstyd i strach przed operacją - wyjaśnia Urszula Herman.*

W ramach kampanii, z końcem października ruszyły warsztaty poświęcone mięśniom dna miednicy. Warsztaty Pelvic Power to cykl teoretyczno-praktycznych spotkań, które odbyły się w listopadzie w największych polskich miastach. Większość warsztatów prowadzonych było przez: ginekologa, położną, fizjoterapeutę oraz trenera Pelvic Floor Safe. W czasie warsztatów zaprezentowana została koncepcja Pelvic Floor Safe - nowatorskiego programu dostosowywania aktywności fizycznej i uprawianych dyscyplin sportowych do potrzeb kobiet z problemem wysiłkowego nietrzymania moczu.

*Kampanię „Co trzecia” wsparły kobiety aktywne zawodowo, uprawiające sport, mamy, studentki i po-*

*łożne. Na co dzień promują ideę zdrowego, świadomego i aktywnego trybu życia. Pragną zachęcić kobiety do dbania o swoje centrum dowodzenia. Wśród ambasaderek znalazły się: aktorka i trenerka Pelvic Floor Safe Paulina Holtz, aktorka Anna Matysiak, założycielka Fundacji DRP, położna Jeannette Kalyata, lekkoatletka, reprezentantka Kadry Narodowej Nina Nycz, sprinterka i płotkarka Monika Małeczka, położna oraz pasjonatki aktywnego trybu życia: Monika Kowal, Justyna Kostrzewska, Aleksandra Rożonowska. W 2017 planujemy kolejną kampanię tego typu. - podsumowuje Urszula Herman.*

Więcej informacji na stronie: [www.forcefeminite.pl](http://www.forcefeminite.pl)



## Force Feminite



# 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	Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
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**

Katedra i Klinika 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.

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](http://www.uroconti.pl)