

WYROBY MEDYCZNE

Czy zmiany w sposobie reklamowania wpłyną na wybory pacjentów?



WYWIAD

Głównym celem leczenia NTM jest poprawa kontynencji



LECZENIE

Fizjoterapia uroginekologiczna w leczeniu zaburzeń statyki miednicy mniejszej

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Ciąża i poród - trudny egzamin dla kobiecego ciała

Czy wydajemy racjonalnie?

Do początku cyklu wyborów (parlamentarnych, samorządowych i europejskich) zostało jeszcze wiele miesięcy, a już pełną parą weszliśmy w okres intensywnych deklaracji, które systematycznie zamieniane są przez rządzących w projekty aktów prawnych.

Część z nich z pewnością jest korzystna dla osób zmagających się z problemem inkontynencji. Myślę tutaj między innymi o zapowiedzi ministra zdrowia dotyczącej zmniejszenia współpłacenia pacjentów przy refundacji wyrobów chłonnych czy obniżeniu limitu wieku dla osób korzystających z bezpłatnych leków dla seniorów. Jednak gdy spojrzymy na zapowiedź wzrostu wydatków w szerszym kontekście, powinniśmy poczuć się zaniepokojeni.

To wszystko następuje bowiem przy już kolejnym, ustawowym wzroście płacy minimalnej dla kadry medycznej i jednocześnie przyspieszającej dynamice zadłużania się szpitali. Gdy do tego dodamy pojawiające się co kilka tygodni zapowiedzi kolejnych wieloletnich zagranicznych zakupów uzbrojenia dla

naszego wojska i spowalniającą gospodarkę, każdemu starającemu się racjonalnie myśleć obywatelowi nasunie się pytanie: czy na pewno nasze państwo na to wszystko stać?

Zwolennicy przyspieszenia, unowocześnienia i powiększenia armii z pewnością odpowiedzą, że nie stać nas na komfort pozostania bezbronnymi wobec zagrożenia, jakie mamy na północnej i wschodniej granicy. Trudno z nimi polemizować. Tym niemniej możemy i powinniśmy zadawać pytania o racjonalność wydatków i ich kontrolę. Dopóki gospodarka szybko rośnie, mniej zwracaliśmy na to uwagę.

Co się jednak stanie, gdy gospodarka wejdzie trwale w okres stagnacji lub jeszcze gorzej – recesji? Jak długo możemy finansować wzrost wydatków, powiększając szybko nasz dług publiczny? To bardzo ważne pytania, bo pierwszymi, którzy odczują negatywne skutki tak prowadzonej polityki, będzie publiczny sektor ochrony zdrowia, czyli my, pacjenci.

Tomasz Michałek



SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Czy zmiany w sposobie reklamowania wpłyną na wybory pacjentów? 4

WYWIAD

Głównym celem leczenia NTM jest poprawa kontynencji, ale ważna jest również sfera intymna 6

PROFILAKTYKA I DIAGNOSTYKA

Jaką rolę odgrywa badanie USG w uroginiekiologii? 10

LECZENIE

Fizjoterapia anorektalna - w czym i komu może pomóc? 11

Jaka jest rola fizjoterapii uroginiekiologicznej w leczeniu zaburzeń statyki miednicy mniejszej? 13

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 15

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki - cz. 2 16

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Ciąża i poród - trudny egzamin dla kobiecego ciała 18

LEGISLACJA

Lista bezpłatnych leków nie tylko dla seniorów 20

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnosiowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: Violetta Madeja, dr n. med. Ewelina Malanowska-Jarema, mgr Anna Pyszniak;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** © iStockphoto;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 Warszawa, tel.: 22 279 49 02, e-mail: ntm@ntm.pl

Wydawca: Studio PR

Realizacja Wydawnicza:

OCI Sp. z o.o.

Druk: GREG Drukarnia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Szanowni Państwo,

Coraz bliżej do wyborów parlamentarnych, o czym świadczy festiwal deklaracji i obietnic składanych przez poszczególne ugrupowania polityczne. Oczywiście przoduje w nim obecna koalicja rządząca. „Obniżenie z 75 do 65 lat kryterium wiekowego uprawniającego do otrzymania bezpłatnych leków z wykazu dla seniorów oraz wprowadzenie bezpłatnych leków dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia to najważniejsza zapowiedź rządu w mijającym kwartale” – pisze red. Violetta Madeja, która z ogromną uwagą śledzi wszelkie zmiany w legislacji i odnotowuje je w każdym wydaniu Kwartalnika NTM (w aktualnym wydaniu na str. 20). Warto jeszcze do tego dodać, że w ostatnim czasie coraz więcej mówi się również o umieszczeniu w wykazie bezpłatnych leków dla seniorów nie ponad 2 tysięcy leków jak do tej pory, ale ponad 4 tysięcy leków. Kto i kiedy przebiję tę propozycję i da więcej?

„Zmiany na rynku reklamy wyrobów medycznych nie zakażały producentom środków chłonnych promowania swoich wyrobów. Wbrew obawom pacjentów i wytwórców nie ograniczyły również możliwości przekazywania użytkownikom materiałów edukacyjnych czy organizowania szkoleń, z czego najbardziej powinni cieszyć się chorzy, dla których to właśnie taki sposób informowania o produktach, a nie reklama w mediach, jest im najbliższy” – czytamy w artykule „Czy zmiany w sposobie reklamowania wpłyną na wybory pacjentów?” (str. 4). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie reklamy wyrobów medycznych, które zacznie obowiązywać 1 lipca, wskazano, że reklama kierowana do publicznej wiadomości w aptekach, punktach aptecznych czy sklepach medycznych nadal jest dozwolona, ale nie może ograniczać powierzchni przeznaczonych dla osób korzystających z usług danej placówki i jednocześnie musi być rozmieszczona w sposób uporządkowany w stałych i wydzielonych miejscach. Wkrótce okaże się, co to tak naprawdę oznacza dla pacjentów i czy nowe przepisy będą przestrzegane przez producentów wyrobów medycznych, zobowiązanych do dostosowania materiałów marketingowych do nowych wytycznych.

Sporo uwagi poświęcamy w tym wydaniu fizjoterapii, która – jak staramy się ciągle podkreślać – jest istotnym elementem leczenia inkontynencji. Tym razem zachęcamy Czytelników do lektury artykułów na temat fizjoterapii uroginiekiologicznej (str. 13) i anorektalnej (str. 11). Po ich przeczytaniu utwierdzenie się w przekonaniu, że fizjoterapeuta nie zajmuje się jedynie problemami kręgosłupa, kolana czy biodra, ale może pomóc osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu i kału, zespół pęcherza nadreaktywnego oraz wiele innych schorzeń i dolegliwości.

Zachęcamy Was do przeczytania całego numeru Kwartalnika NTM. Jesteśmy przekonani, że każdy znajdzie w nim coś dla siebie, a okres urlopowy będzie sprzyjał wnikliwej analizie tekstów.

Maja Markłowska-Tomar

Partner wydania: 

Czy zmiany w sposobie reklamowania wpłyną na wybory pacjentów?

Violetta Madeja



Fot. utah778 - istockphoto.com

Zmiany na rynku reklamy wyrobów medycznych nie zakazały producentom środków chłonnych promowania swoich wyrobów. Wbrew obawom pacjentów i wytwórców nie ograniczyły również możliwości przekazywania użytkownikom materiałów edukacyjnych czy organizowania szkoleń, z czego najbardziej powinni cieszyć się chorzy, dla których to właśnie taki sposób informowania o produktach, a nie reklama w mediach, jest im najbliższy.

Już od 1 lipca producenci wyrobów medycznych, prowadząc reklamę swoich produktów, muszą spełniać nowe wymagania przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 kwietnia w sprawie reklamy wyrobów medycznych. W dokumencie tym określono nie tylko niezbędne dane, które muszą znaleźć się w przekazie reklamowym kierowanym do pacjentów, ale również sposób jego prezentowania.

Reklama wyrobów nadal dozwolona

Warto przypomnieć, że nowe przepisy nie zakazały możliwości reklamowania wyrobów medycznych, a jedynie nałożyły na producentów dodatkowe obowiązki informacyjne. W rozporządzeniu wskazano, że reklama kierowana do publicznej wiadomości w aptekach, punktach aptecznych czy sklepach medycznych nadal jest dozwolona, ale nie może ograniczać powierzchni przeznaczonej dla osób korzystających z usług danej placówki i jednocześnie musi być rozmieszczona w sposób uporządkowany w stałych i wydzielonych miejscach. Oznacza to, że pacjenci będą nadal mieli dostęp do informacji umieszczanych w miejscach, gdzie dokonują zakupu.

– Z naszej perspektywy zmiany są na pewno pracochłonne z uwagi na dostosowanie wielu materiałów marketingowych do nowych wytycznych, co wiąże się także z dodatkowymi kosztami. Na dzisiaj nie odczuwamy jednak ogra-

niczeń w możliwości reklamowania wyrobów medycznych – ocenia Patryk Sucharda, Public Affairs & Regulatory Manager w Essity Polska, właściciela marki Tena.

Ważną zmianą, o której wspomina przedstawiciel marki Tena, jest konieczność umieszczania w przekazie reklamowym treści ostrzeżenia, które od 1 lipca, w przypadku reklam wyrobu medycznego oraz wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, brzmi: „To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.”, natomiast dla produktu, który nie ma przewidzianego zastosowania medycznego, treść ostrzeżenia brzmi: „Dla bezpieczeństwa używaj zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.”

Pacjenci nie stracą

Eksperti przekonują, że zmiana regulacji związanych z reklamą nie powinna negatywnie odbić się na możliwości edukowania pacjentów. Jak wskazuje Patryk Sucharda, w przypadku wyrobów medycznych, które mogą być stosowane przez nieprofesjonalnych użytkowników, nadal dopuszczone prawnie będzie przekazywanie materiałów edukacyjnych pacjentom lub organizowanie dla nich szkoleń.

– Do tej kategorii zaliczana jest większość wyrobów medycznych na zlecenie, jak pieluchomajtki, wyroby ortopedyczne lub kompresyjne. Inaczej jest natomiast w przypadku wyrobów, które mogą być stosowane jedynie przez lekarzy. W tej sytuacji nie będzie można prowadzić działań edukacyjnych dla pacjentów. Dotyczy to przede wszystkim wyrobów wszczepialnych, takich jak np. protezy stawów, stenty – wskazuje przedstawiciel marki Tena.

Środowisko pacjentów ze spokojem przyjęło wdrożone nowelizacje. W rozmowach z redakcją Kwartalnika NTM pacjenci przyznali otwarcie, że nie zwrócili nawet uwagi na zmiany, jakie zaszły w kierowanych do nich przekazach reklamowych. Zdaniem Elżbiety Żukowskiej, sekretarz Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, wprowadzenie ostrzeżeń do reklam będzie miało wymiar edukacyjny, bowiem pacjenci będą wiedzieli, kiedy mają do czynienia z reklamą środka chłonnego mającego status wyrobu medycznego, a kiedy z reklamą zwykłych artykułów higienicznych.

Zdaniem Bogusława Olawskiego, przewodniczącego Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, reklama w mediach o zasięgach ogólnopolskich nie ma tak istotnego przełożenia na wybory pacjentów. – Wielu naszych chorych na raka prostaty ma już swoje ulubione marki, są do nich przyzwyczajeni i raczej nie będą skłonni do zmian pod wpływem reklamy w mediach – wskazał.

Podobnie jest z reklamą, jaka nadal może być prezentowana w poczekalniach placówek medycznych. Zdaniem Bogusława Olawskiego to właśnie dotarcie bezpośrednio do miejsc, gdzie pojawiają się pacjenci, będzie dla producentów wyrobów medycznych najbardziej optymalną formą promowania swoich produktów.



Fot. marchmeena29 - istockphoto.com

Marketing szeptany nadal najskuteczniejszy

Pacjenci wskazują również, że producenci nie powinni rezygnować z przekazywania chorym próbek produktów. – Pacjenci, mając dostęp do materiałów informacyjnych, ulotek czy próbek środków chłonnych, sami będą najlepszym kanałem promowania produktów. Dla nas, chorych, ważne jest również to, że producenci w odpowiedzi na prośby często wysyłają bezpośrednio pod wskazany adres próbki swoich wyrobów. Wiem, że wielu chorych korzysta z tej możliwości i chwali sobie możliwość osobistego przetestowania wyrobu w zaciszu domowym – dodaje Bogusław Olawski. Jego zdaniem to właśnie taki sposób informowania o produktach jest najlepszą formą promocji środków chłonnych. Co więcej, zadowolony pacjent, który korzysta z wybranej grupy i marki wyrobów medycznych, będzie zdaniem Bogusława Olawskiego ich najlepszym ambasadorem.

Głównym celem leczenia NTM jest poprawa kontynencji, ale ważna jest również sfera intymna

Właściwie przeprowadzony wywiad medyczny, dobrze dobrana diagnostyka i leczenie operacyjne dają pacjentkom szansę na odzyskanie kontynencji. O tym, jak leczenie zabiegowe wysiłkowego nietrzymania moczu może pomóc pacjentkom w poprawie życia seksualnego z dr hab. n. med. Edytą Horosz, zastępcą kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, rozmawia Violetta Madeja.

Co decyduje o sposobie leczenia NTM u kobiet?

Nietrzymanie moczu, zgodnie z danymi epidemiologicznymi, dotyczy od kilku do nawet kilkudziesięciu procent kobiet. Przyjmuje się natomiast, że średnio około 30 proc. kobiet zmagają się z problemem nietrzymania moczu. Objawy wysiłkowego NTM, czyli niekontrolowanego wycieku moczu związanego z wysiłkiem fizycznym, kaszlem, kichaniem, czy śmiechem, mogą mieć u pacjentek różny stopień nasilenia - począwszy od epizodycznego nietrzymania moczu w sytuacji np. dużego wysiłku fizycznego, po codzienne gubienie moczu, nawet kilkukrotnie w ciągu dnia. O sposobie leczenia wysiłkowego NTM decyduje przede wszystkim stopień jego nasilenia i związane z tym pogorszenie jakości życia, obejmujące najczęściej szereg sfer, począwszy od sfery społecznej, zawodowej, rodzinnej, po szczególnie istotną sferę emocjonalną.

Przy niewielkim nasileniu objawów pierwszym etapem leczenia jest fizjoterapia, u pacjentek po menopauzie dodatkowo wspomaganą miejscową (dopochwową) estrogenoterapią. W sytuacjach, w których wyciek moczu związany jest jedynie z wysiłkiem fizycznym, można w pierwszym etapie postępowania rozważyć pessaroterapię.



Dr hab. n. med. Edyta Horosz

Fot. Materiały z konferencji Stowarzyszenia "UroConti" z okazji Światowego Tygodnia Kontynencji

Leczenie operacyjne jest opcją terapeutyczną skierowaną do pacjentek z dużym nasileniem objawów oraz w sytuacjach, gdy leczenie zachowawcze nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Decyzję o leczeniu zabiegowym musimy

podjąć w oparciu o wnikliwy wywiad medyczny oraz badanie fizykalne pacjentki. W kwalifikacji do leczenia bardzo istotne jest określenie rodzaju nietrzymania moczu, gdyż jest to podstawowy warunek skuteczności wdrożonego postępowania. Leczenie operacyjne stosuje się przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, natomiast w przypadku nietrzymania moczu z parć nagłych należy wdrożyć leczenie farmakologiczne.

W kwalifikacji pacjentki do leczenia operacyjnego należy ponadto uwzględnić choroby współistniejące oraz przebyte operacje w obrębie miednicy mniejszej.

Decyzję o leczeniu operacyjnym podejmujemy wspólnie z pacjentką, po dokładnym przedstawieniu możliwych opcji

terapeutycznych, uwzględniając przede wszystkim oczekiwania chorej.

Jakie badania należy wykonać przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego?

Kwalifikacja do leczenia operacyjnego obejmuje, jak już wspomniałam, dokładny wywiad medyczny, badanie fi-

zykalne pacjentki wraz z próbą kaszlową, ultrasonografię narządu płciowego oraz dna miednicy, test podpaskowy, jak również badania laboratoryjne. USG dna miednicy wykonujemy zarówno jako element diagnostyki przed operacją, jak również w okresie pooperacyjnym. Badanie to pozwala nam ocenić długość oraz ruchomość cewki moczowej, a także uwidocznic potencjalne nieprawidłowości w obrębie tkanek okołocewkowych, a tym samym wpłynąć na rodzaj stosowanej techniki operacyjnej. Badania laboratoryjne obejmują badanie ogólne moczu, przede wszystkim celem wykluczenia infekcji w układzie moczowym. Podczas badania fizykalnego oceniamy również statykę narządu płciowego. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, w pierwszym etapie leczenia wykonujemy operację naprawczą w tym zakresie, a dopiero w drugim etapie leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu jest nie tylko problemem zdrowotnym, ale również społeczno-socjalnym, który pogarsza jakość życia - wyklucza z relacji, jak również wpływa na sferę emocjonalną naszych pacjentek. Musimy pamiętać, że sam fakt nietrzymania moczu wpływa na obniżenie poczucie własnej wartości u pacjentek i deprawację własnej atrakcyjności. NTM zaburza relacje pacjentek z bliskimi - społeczne, zawodowe i partnerskie. Dane literaturowe wskazują, że od 10 do 50 proc. pacjentek z wysiłkowym NTM doświadcza nietrzymania moczu w czasie współżycia płciowego. Stopień nasilenia dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu oraz ich wpływ na jakość życia, w tym życia seksualnego, oceniamy na podstawie międzynarodowych kwestionariuszy. Celem naszego leczenia jest poprawa jakości życia pacjentek, dlatego ocena jakości życia u pacjentek z NTM wykonywana jest dwukrotnie - przed leczeniem operacyjnym oraz po upływie około 6 miesięcy od przeprowadzonego zabiegu.

Jakie metody leczenia operacyjnego stosuje się w przypadku NTM?

Obecnie w leczeniu operacyjnym wysiłkowego NTM najwyższą i jednocześnie długofalową skuteczność mają operacje slingowe z zastosowaniem taśm podcewkowych załonowych (tension free vaginal tape, TVT) i przezzaślonych (transobturator tape, TOT). Początek operacji z użyciem slingów podcewkowych sięga lat 90. XX wieku. W ostatnich 20 latach technika powyższych operacji ulegała niewielkim modyfikacjom. Wyniki wielu randomizowanych badań wskazują na skuteczność obydwu rodzajów taśm sięgającą od 70 do nawet powyżej 90 proc. i co również bardzo istotne, skuteczność nie ulega istotnym zmianom w obserwacji wieloletniej.

Jakie są wady i zalety każdego z tych typów taśm?

Skuteczność taśm załonowych (TVT) oraz przezzaślonych (TOT) jest bardzo zbliżona - zarówno w odniesie-

niu do efektów krótko-, jak i długotrwałych. W ostatnich dwóch latach opublikowano dwie metaanalizy porównujące skuteczność obu rodzajów taśm, w jednej nie wykazując różnic pomiędzy taśmami załonowymi w stosunku do taśm przezzaślonych, w drugiej natomiast współczynnik wyleczeń był wyższy dla taśm załonowych. Odnosząc się do możliwych powikłań związanych z implantacją taśm podcewkowych, należy podkreślić, że częstość ich występowania pozostaje niezmiennie na niskim poziomie.

Do potencjalnych powikłań śródoperacyjnych związanych z zastosowaniem TVT należy zaliczyć uszkodzenie pęcherza moczowego (wg danych literaturowych do 4 proc.) oraz krwawienie śródoperacyjne i związaną z tym możliwość powstania krwiaka. W przypadku TVT częściej w stosunku do TOT obserwuje się pooperacyjne zaburzenia mikcji i związaną z tym retencję moczu. Z kolei z zastosowaniem TOT wiąże się wyższe ryzyko ekspozycji taśmy do światła pochwy oraz dolegliwości bólowe w okolicach ud i pachwin.

Dla wielu kobiet ważna jest również jakość życia seksualnego. Czy dobór metody leczenia operacyjnego może się przekładać również na tę sferę życia?

W przypadku operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM, z uwagi na wysoką skuteczność i profil bezpieczeństwa optymalnym leczeniem są wyżej omówione operacje slingowe. Większość przeprowadzonych badań wskazuje na poprawę jakości życia seksualnego u pacjentek, u których zastosowano taśmy podcewkowe, znacznie rzadziej opisywano brak wpływu lub pogorszenie jakości życia seksualnego. Przeprowadzona w naszym ośrodku analiza wpływu leczenia operacyjnego wysiłkowego NTM z zastosowaniem TVT na jakość życia seksualnego, obejmująca 170 pacjentek, wykazała istotną poprawę w tej sferze życia poprzez zmniejszenie uczucia lęku, wstydu, złości wynikającego z NTM oraz zwiększenie zadowolenia i satysfakcji związanej z życiem seksualnym. Przed operacją 56 proc. kobiet deklaroowało NTM związane z aktywnością seksualną, po 6-12 miesiącach od operacji jedynie 8,6 proc. Całkowite wyleczenie uzyskaliśmy u 91 proc. kobiet. Brak poprawy jakości życia seksualnego obserwowaliśmy w grupie pacjentek z nieskutecznym leczeniem operacyjnym. Operacja nie miała wpływu na występowanie dyspareunii, nie obserwowaliśmy natomiast pojawienia się dyspareunii de novo.

Które z taśm uważa Pani za korzystniejsze w kontekście zachowania lub przywrócenia komfortu życia seksualnego?

Wyniki obserwacji w naszym ośrodku, jak również analiza danych literaturowych pozwala wnioskować, że podstawowym warunkiem poprawy jakości życia seksualnego jest skuteczne leczenie operacyjne. Brak poprawy

obserwuje się u pacjentek z przetrwałym nietrzymaniem moczu oraz u pacjentek, u których wystąpiły powikłania w postaci ekspozycji taśmy do światła pochwy, czy objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego.

Co z punktu widzenia klinicysty jest kluczowe przy doborze metody leczenia operacyjnego?

Podstawowym elementem warunkującym skuteczność postępowania terapeutycznego jest postawienie praw-

jest włączenie farmakoterapii celem redukcji objawów związanych z nagłym NTM. Natomiast w przypadku współistnienia zaburzeń statyki narządu płciowego i wysiłkowego NTM, w pierwszym etapie należy dokonać operacyjnej korekty zaburzeń statyki, a następnie w drugim etapie, implantacji taśmy podcewkowej.

Kobiety trafiające do gabinetów lekarzy specjalistów z problemem NTM to zazwyczaj panie, które już przełamały tabu związane ze swoim schorzeniem. Czy te pacjentki nie mają zahamowań, aby otwarcie rozmawiać z lekarzami o swoich potrzebach związanych ze sferą intymną?

To jest kwestia bardzo indywidualna. Część pacjentek, szczególnie tych, u których to nietrzymanie moczu jest bardzo nasilone, jest skoncentrowana na swoim głównym problemie. W rozmowach wyraźnie wskazują, że NTM zamyka je w domach - rezygnują z aktywności fizycznej czy społecznej. Natomiast pacjentki, dla których życie intymne jest ważne, są w związkach i chcą mieć udane współżycie, nie obawiają się mówić w gabinecie o swoich potrzebach.

Celem leczenia wysiłkowego NTM jest poprawa jakości życia pacjentek, na które składa się również życie seksualne. Prowadząc wywiad i rozmawiając całościowo o problemie pacjentki i jakości jej życia, nie możemy zaniedbywać życia intymnego. To, co my, lekarze, obserwujemy w przypadku pacjentek z NTM, to fakt, że choroba może rzutować na całokształt relacji na linii pacjentka - jej partner. Bardzo często NTM ogranicza życie ludzi jako pary, często kobiety zmagające się z NTM rezygnują nie tylko z życia intymnego, ale również z wyjazdów, aktywności fizycznej, czy różnych codziennych obowiązków. Na to wszystko nakłada się poczucie wstydu i brak samoakceptacji, co dodatkowo pogarsza jakość życia pacjentek z NTM.

Reasumując, współczesna medycyna jest w stanie zaoferować pacjentkom z wysiłkowym NTM skuteczne leczenie, co poprawia jakość życia w bardzo wielu aspektach, zmieniając codzienne funkcjonowanie w pracy, rodzinie, relacjach i przede wszystkim wpływając niezwykle pozytywnie na samopoczucie emocjonalne kobiet.



Konferencja "Światowy Tydzień Kontynencji 2023 - Zaangażowani we współpracę" (19.06.2023, Warszawa)

Fot. Materiały z konferencji Stowarzyszenia "UroConti"

dłowego rozpoznania w oparciu o starannie przeprowadzony wywiad medyczny i badanie fizykalne. Sposób leczenia uzależniony jest od rodzaju nietrzymania moczu. W przypadku, gdy nietrzymanie moczu ma charakter mieszany (łączy komponentę wysiłkowego oraz nagłego NTM), przed leczeniem operacyjnym wskazane

seni®

Cokolwiek robisz, poczuć się
PEWNNIE!



Produkt
dofinansowany
przez NFZ

Wkładki i bielizna chłonna
na nietrzymanie moczu
Seni dla mężczyzn. *Pewnie!*

Więcej na SeniMan.pl

To jest wyrób medyczny.
Używaj go zgodnie z instrukcją używania
lub etykietą.

Jaką rolę odgrywa badanie USG w uroginekologii?

Violetta Madeja

Wykorzystanie badań obrazowych w diagnostyce zaburzeń uroginekologicznych ma ogromne znaczenie, ponieważ pozwala ocenić m.in. patologie w obrębie mięśni i tkanek łącznych narządów dna miednicy. Jednak, jak przekonuje dr hab. Paweł Miotła, ginekolog z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, diagnostyka obrazowa zawsze powinna być poprzedzona dobrze zebrany wywiadem i badaniem fizykalnym.



Fot. dikushin - istockphoto.com

Zdaniem specjalisty każde postępowanie diagnostyczne u pacjentek powinno być poprzedzone wnikliwie przeprowadzonym wywiadem i badaniem fizykalnym. Dopiero po tych dwóch etapach lekarze powinni sięgać po diagnostykę obrazową z wykorzystaniem ultrasonografii. – Po pierwsze, musimy z pacjentką porozmawiać, by wiedzieć, z jakim problemem do nas przychodzi. Następnie powinniśmy przeprowadzić badanie ginekologiczne, fizykalne, które często odpowiada nam na pytanie, czego w dalszych krokach mamy szukać przy użyciu ultrasonografu – tłumaczy klinicysta.

W jego ocenie, jeśli lekarz rozpocznie postępowanie od mało szczegółowego wywiadu i szybko przejdzie do badania obrazowego, wówczas może dojść do sytuacji, w której umkną mu pewne zaburzenia czy anomalie mające wpływ na stan kliniczny pacjentki.

Czym różni się USG w uroginekologii od USG w ginekologii?

Dr n. med. Andrzej Pomian, ginekolog-położnik pracujący na co dzień w Oddziale Ginekologiczno-Po-

łożniczym Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, wskazuje, że USG wykonywane w celu oceny uroginekologicznej to badanie mające nieco inną specyfikę niż w przypadku badania ultrasonograficznego w ginekologii.

– *Badanie USG na potrzeby schorzeń uroginekologicznych wykonujemy nieco inaczej i nieco inaczej patrzymy również na narządy. W przypadku USG ginekologicznego wykonujemy je transwaginalnie i na jego podstawie oceniamy stan narządów płciowych – jajników, macicy. Natomiast w przypadku USG na potrzeby schorzeń uroginekologicznych, np. wysiłkowego NTM, mówimy o badaniach przekroczo- wych, które pozwalają zaobserwować patologiczny obraz wysiłkowego nietrzymania moczu – wyjaśnia dr Andrzej Pomian.*

Dodaje, że w przypadku wysiłkowego NTM w obrazie USG przy zwiększeniu ciśnienia tłoczni brzusznej i parcia dochodzi do otwarcia się cewki moczowej i przyjęcia przez nią charakterystycznego kształtu porównywanego do lejki.

W czym może pomóc lekarzowi USG uroginekologiczne?

Zdaniem dr. hab. Pawła Miotły badanie USG jest niezwykle pomocne w diagnostyce funkcji dolnego odcinka układu moczowo-płciowego. – *Wynika to z dwóch kwestii. Po pierwsze, pozwala na ocenę grubości ściany pęcherza moczowego. Wówczas w USG potwierdzamy ślady nadreaktywności pęcherza moczowego. U takich pacjentek często w USG mamy również zupełnie inny obraz wypieracza. Kolejną kwestią jest możliwość stwierdzenia ciał obcych w obrębie pęcherza, np. złogów wynikających z obecności kamicy nerkowej. Badanie USG pozwala nam również na ocenę układu kielichowo-miedniczkowego pod kątem obecności zastoin w nerkach – wylicza dr hab. Paweł Miotła.*

Z punktu widzenia „czystej” uroginekologii badanie USG umożliwia także ocenę struktur mięśniowych w obrębie miednicy, statyki dna miednicy, pojemności pęcherza, czy w końcu stanu zwieracza odbytu. W ocenie klinicysty argumenty te pokazują, że badania obrazowe w uroginekologii są bardzo przydatne, jednak w tzw. kaskadzie diagnostycznej nie powinny wyprzedzać dobrze zebranego wywiadu i badania fizykalnego.

Fizjoterapia anorektalna – w czym i komu może pomóc?

Violetta Madeja



Fot. Lacheev - istockphoto.com

Fizjoterapia to obszar, który coraz częściej przebija się do świadomości społecznej jako element kompleksowej opieki nad pacjentem. O ile w przypadku fizjoterapii uroginekologicznej świadomość pacjentów jest coraz większa, o tyle wiedza na temat fizjoterapii anorektalnej nadal pozostaje niewielka. Z jakimi problemami warto zwrócić się do fizjoterapeuty zajmującego się rehabilitacją anorektalną? Co w sytuacji, kiedy interwencja fizjoterapeuty nie przynosi efektów?

Fizjoterapia anorektalna obejmuje leczenie dysfunkcji w obrębie odbytnicy i odbytu, czyli ostatniego odcinka jelita grubego będącego częścią układu pokarmowego. Jedną z najczęstszych dysfunkcji w tym obszarze jest nietrzymanie stolca lub gazów, które według różnych danych może dotyczyć od 3 do 5 proc. dorosłej populacji. Częstość zaburzeń anorektalnych, podobnie jak nietrzymania moczu, rośnie wraz z wiekiem pacjentów. Najczęściej z problemem nietrzymania kału lub gazów mierzą się pacjenci dotknięci chorobą onkologiczną (rakiem jelita grubego czy odbytu) lub pacjentki, które urodziły

dziecko siłami natury – szczególnie gdy w trakcie akcji porodowej doszło do pęknięcia krocza, wydłużenia II fazy porodu, czy też konieczne było zastosowanie kleszczy.

– *Dużą grupą pacjentów korzystających z rehabilitacji anorektalnej są osoby przed i po operacjach w obszarze anorektalnym, pacjenci onkologiczni, u których pojawiły się powikłania w związku z podjętym leczeniem przeciwnowotworowym, kobiety, które doznały uszkodzeń krocza podczas porodu, ale również osoby, których praca lub życie codzienne zmusza do dźwigania ciężarów. Nie można również zapominać, że dysfunkcje w obszarze anorektalnym mogą mieć wpływ na funkcjonowanie innych układów, zatem może okazać się, że istnieje potrzeba podjęcia fizjoterapii anorektalnej w sytuacji, gdy objawy manifestują się gdzie indziej, np. w układzie moczowym – wyjaśnia mgr Kinga Religa-Popiołek, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC, a jednocześnie wiceprezes Małopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.* Dane kliniczne wskazują, że problem nietrzymania stolca i gazów może dotyczyć nawet 50 proc. pacjentów po

resekcji odbytnicy, czy leczeniu radio- lub chemioterapeutycznym i jest związany m.in. ze zmianami histologicznymi i zniszczeniem splotów śródściennych jelita odpowiadających za ruchy czynnościowe dolnego odinka przewodu pokarmowego. Natomiast w przypadku kobiet po porodzie, znaczny stopień nietrzymania gazów i stolca dotyka nawet 4 proc. pacjentek.

Dla kogo rehabilitacja anorektalna?

Głównym zadaniem fizjoterapii anorektalnej jest poprawa funkcji układu nerwowo-mięśniowego dna miednicy. Jak wskazuje Kinga Religa-Popiołek, po pomoc do fizjoterapeuty powinni zwrócić się pacjenci zmagający się m.in. z nietrzymaniem gazów i/lub stolca, zaparciami, zaburzeniami statyki narządów miednicy mniejszej (m.in. rectocele), a także osoby cierpiące na zespoły bólowe w obrębie miednicy, odbytu oraz na enkoprezę, czyli nieretencyjne nietrzymanie stolca, które dotyczy zazwyczaj dzieci.

- *Najgorszym scenariuszem jest niezauważenie bądź marginalizowanie problemu pacjenta lub pacjentki* - ocenia prof. Małgorzata Kołodziejczak, kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii w Szpitalu św. Elżbiety w Warszawie, prezes Polskiego Klubu Koloproktologii. Jej zdaniem, chcąc rozwiązywać problemy chorych, warto zawsze ich ośmielić i wyjść z inicjatywą i pytaniem o występowanie problemu. W przypadku kobiet po porodzie, takie pytanie - zdaniem prof. Małgorzaty Kołodziejczyk - powinno być zadawane przy wypisie ze szpitala.

Fizjoterapia anorektalna: zabiegi i ich cele

Jedną z najczęściej stosowanych metod w fizjoterapii anorektalnej jest biofeedback. Polega on na wykorzystaniu specjalnej elektrody doodbytniczej, która odbiera impulsy przekazywane do urządzenia wyświetlającego aktywność mięśni na ekranie. Dzięki temu pacjent ma możliwość obserwowania pracy swoich mięśni i na bieżąco może kontrolować i korygować ich napięcie. W przypadku manometrii anorektalnej i treningu balo-

nikowego fizjoterapeuta korzysta ze specjalnej ciśnieniowej sondy, która pozwala na symulację działania bańki odbytniczej w korelacji z kanałem odbytu i zwieraczami. Ponadto w trakcie fizjoterapii pacjent ma dobierany indywidualnie trening, korygowana jest jego postawa, a także tor oddechowy.

W ramach świadczeń rehabilitacyjnych pacjenci mogą skorzystać z zabiegów poprawiających ukrwienie obszaru odbytu, a także z zabiegów zmniejszających nadwrażliwość odbytnicy.

Gdy fizjoterapia nie pomaga

Fizjoterapeuci przyznają, że nie zawsze są w stanie pomóc swoim pacjentom. Według danych literaturowych, nawet 20-30 proc. pacjentów z objawami nietrzymania stolca nie stwierdza poprawy po leczeniu technikami nieoperacyjnymi. W takich przypadkach konieczna jest interwencja urologa bądź proktologa.

Niestety, w przypadku pacjentów zmagających się z nietrzymaniem stolca możliwości skutecznego leczenia nie ma zbyt wiele. Jedną z opcji jest wykonanie neuromodulacji nerwów krzyżowych, które są odpowiedzialne za NTK.

- *Procedura ta jest wykonywana m.in. w krajach Europy Zachodniej. Jest to metoda, która analogicznie do zespołu pęcherza nadreaktywnego sprawdza się w nietrzymaniu kału* - przypomina dr n. med. Mariusz Blewniewski, urolog z II Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Klinicysta podkreślił, że zdarzają się pacjenci, którzy jednocześnie zmagają się z dwoma schorzeniami - zespołem pęcherza nadreaktywnego typu mokrego i nietrzymaniem stolca. - W swojej karierze miałem jedną pacjentkę i została ona zakwalifikowana do neuromodulacji z powodu NTM. Natomiast podczas kontroli przeprowadzonych po zabiegu wskazała, że w efekcie przeprowadzonej procedury oprócz zmniejszenia objawów NTM nastąpiła również poprawa związana z utrzymaniem stolca - podkreśla dr Mariusz Blewniewski.

Kto cierpi na NTK?

- chorzy po niskiej przedniej resekcji odbytnicy i proktokolektomii;
- pacjenci z uszkodzeniem zwieraczy w trakcie praktyk seksualnych (w tym gwałtu);
- chore po pęknięciu lub nacięciu krocza w trakcie porodu;
- chorzy po zabiegach proktologicznych;
- pacjenci po bezpośrednim urazie okolicy krocza;
- chorzy ze stanami zapalnymi jelit, także będącymi następstwem uzupełniającego leczenia radioterapią narządu rodowego lub odbytnicy;
- osoby z niewydolnością zwieraczy związaną z wiekiem (chorzy powyżej 85. roku życia);
- chorzy psychiatryczni;
- chorzy ze schorzeniami układowymi - SM, sklerodermią, polineuropatią cukrzycową.

Źródło: Roman M. Herman, Piotr Wałęga, Jacek Sobocki, Marcin Nowak, Tomasz Cegielny, Nowoczesna diagnostyka i możliwości leczenia nietrzymania stolca, Postępy Nauk Medycznych 5/2006, s. 216-234)

Jaka jest rola fizjoterapii uroginekologicznej w leczeniu zaburzeń statyki miednicy mniejszej?

mgr Anna Pyszniak, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie



Fot. Prostock-Studio - istockphoto.com

Słyszysz o niej coraz częściej, ale wciąż budzi wiele pytań i wątpliwości: czym jest i jak może nam pomóc? Fizjoterapia uroginekologiczna jest niezwykle istotną gałęzią fizjoterapii, która w Europie działa prężnie od wielu lat, a do Polski wchodzi powoli, ale za to bardzo śmiało.

Mówiąc o wizycie u fizjoterapeuty, na myśl przychodzi nam problemy z kręgosłupem, biodrem czy kolanem. Ale czy w przypadku nietrzymania moczu lub zaburzeń statyki miednicy mniejszej przyszedłoby nam do głowy, aby udać się do fizjoterapeuty?

Fizjoterapia uroginekologiczna wciąż jest mało popularna i większość z nas tak naprawdę nie wie, w jakich problemach może nam pomóc. Jej głównym zadaniem jest przywrócenie funkcji i sprawności w obszarze miednicy mniejszej. Ale nie tylko. Specjalista zajmujący się tym obszarem fizjoterapii stara się odszukać źródło problemu, które niekoniecznie leży w miejscu, w którym pacjent odczuwa wskazane dolegliwości.

Z jakimi problemami szukać pomocy u fizjoterapeuty uroginekologicznego?

Do fizjoterapeuty uroginekologicznego mogą zgłaszać się kobiety i mężczyźni w każdym wieku. Pomocy u tego specjalisty można szukać w przypadku takich dolegliwości jak:

- nietrzymanie moczu (wysiłkowe, naglące i mieszane);
- pęcherz nadreaktywny;
- zaburzenie statyki miednicy mniejszej;
- zespoły bólowe miednicy mniejszej;
- bolesne współżycie,
- bolesne miesiączkowanie;
- nietrzymanie gazów lub stolca;
- zaparcia, hemoroidy;
- stany przed oraz po operacjach ginekologicznych i urologicznych;
- zaburzenia seksualne (m.in. zaburzenia erekcji).

Pomoc fizjoterapeuty jest również przydatna podczas przygotowania ciała kobiety do ciąży i porodu, a także w okresie połogu.

Należy pamiętać, że fizjoterapia uroginekologiczna to nie tylko diagnostyka i leczenie, ale również profilaktyka. Nauka świadomości własnego ciała, utrwalanie prawidłowych wzorców ruchowych podczas codziennych czynności, świadome aktywowanie mięśni dna miednicy podczas wysiłku to ważne elementy, które zapobiegają dysfunkcjom dna miednicy.



Fot. yacobchuk - istockphoto.com

Czym są zaburzenia statyki miednicy mniejszej?

Zaburzeniami statyki narządów miednicy mniejszej określamy sytuację, w której jeden lub więcej organów w miednicy zmienia swoje położenie, zsuwając się w kierunku przedionka pochwy. Wypadanie narządów może dotyczyć pęcherza moczowego, cewki moczowej, macicy, odbytnicy i jelita cienkiego. Zaburzenia statyki miednicy mniejszej dotyczą prawie połowy kobiet w okresie okołopomenopauzalnym.

Przyczyną wypadania narządów miednicy jest osłabienie lub uszkodzenie mięśni, powięzi i więzadeł, które pełnią funkcję podtrzymującą. Czynniki ryzyka powstania tego defektu są między innymi:

- otyłość;
- osłabienie mięśni dna miednicy;
- niedobór estrogenów;
- rodność i sposób porodu;
- przewlekły kaszel;
- menopauza.

Jednym z najbardziej specyficznych objawów u kobiet zmagających się z tym problemem jest uczucie pełności, ciężaru, ciała obcego w pochwie. W zależności od stopnia nasilenia mogą dodatkowo wystąpić objawy takie jak:

nietrzymanie moczu, parcie na mocz, bolesne współżycie, uczucie niekompletnego wypróżnienia, zaparcia, nietrzymanie gazów i stolca. Kobiety, których dotyczy ten problem, mogą odczuwać ból w okolicy odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa i podbrzusza.

Do oceny stopnia obniżenia narządów miednicy stosowana jest skala POP-Q (Pelvic Organ Prolapse - Qualification). Jest to 5-stopniowa skala, w której stopień 0 oznacza brak obniżenia, a stopień 4 - wypadanie na długości całej pochwy. Postawienie diagnozy jest kluczowe zarówno dla pacjentki, jak i dla zespołu medycznego, bowiem od tego zależy dalsza droga postępowania terapeutycznego.

Czy zawsze konieczna jest operacja?

Po określeniu stopnia wypadania danego narządu, a także nasilenia objawów podejmowana jest decyzja o leczeniu - zachowawczym lub operacyjnym. Fizjoterapia stosowana jest na każdym etapie zaburzeń statyki miednicy mniejszej, jednakże jej cel zależy od stopnia za-

awansowania dysfunkcji. Głównym założeniem fizjoterapii w początkowych stadiach obniżenia jest zmniejszenie zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości, a w przypadku zaawansowanych stanów - przygotowanie do zabiegu operacyjnego.

Początkowo, podczas badania *per vaginam* palpacyjnie, fizjoterapeuta ocenia siłę, wytrzymałość i elastyczność mięśni dna miednicy, a także sprawdza inne czynniki, które mogą mieć wpływ na przebieg terapii, np. obecność blizn w obrębie krocza czy występowanie bolesnych punktów. Może posłużyć się również badaniem ultrasonograficznym, aby ocenić zaburzenia statyki i dynamiki narządów miednicy. Kompleksowa diagnostyka przeprowadzona na pierwszej wizycie jest szczególnie istotna, ponieważ pozwala określić skuteczny plan terapii.

Jednym z podstawowych elementów terapii zaburzeń statyki miednicy są ćwiczenia mięśni dna miednicy. Początkowo fizjoterapeuta skupia się na nauczaniu pacjentki, gdzie zlokalizowane są mięśnie dna miednicy, jak je aktywować i rozluźniać. Może do tego wykorzystać aparat do elektromiografii lub USG. Regularne ćwiczenia mają na celu wzmocnienie mięśni dna miednicy, a tym samym zwiększenie wytrzymałości aparatu podtrzymującego narządy.

W początkowych stopniach regularne ćwiczenia mogą ograniczać powiększanie się niewielkich zaburzeń statyki miednicy i zmniejszać dolegliwości takie jak uczucie ciężkości w podbrzuszu czy bóle pleców. Ćwiczenia mięśni dna miednicy warto wykonywać również w przypadku przygotowywania do zabiegu operacyjnego. Pozwolą one poprawić ukrwienie w obszarze miednicy, a także zwiększyć siłę mięśniową. Dzięki temu można przyspieszyć proces rekonwalescencji po zabiegu.

W gabinecie fizjoterapeuty możemy również spotkać się z terapią wspomagającą zaburzenia statyki miednicy - elektrostymulacją. Podczas tego zabiegu wykorzystuje się przepływ prądu, który pobudza układ nerwowy i mięśnie dna miednicy, generując ich skurcz, przez co następuje ich wzmocnienie. Należy jednak pamiętać, że jest to uzupełnienie terapii i największe korzyści przynosi ona w połączeniu z ćwiczeniami mięśni dna miednicy.

W przypadku zaburzeń statyki warto zastanowić się nad pessaroterapią. To właśnie dzięki niej nie musimy rezygnować z ulubionej aktywności fizycznej. Pessary to

silikonowe kostki lub krążki, które - zaaplikowane do pochwy - stanowią dodatkowe podparcie dla narządów, a tym samym utrzymanie ich we właściwym miejscu. Prawidłowo dobrany i założony pessar jest praktycznie niewyczuwalny, więc nie będzie przeszkadzał podczas długich spacerów, jazdy na rowerze czy codziennych czynności, a dodatkowo będzie stanowił ochronę przed pogorszeniem się dysfunkcji.

Czynności na pozór nieistotne, takie jak postawa ciała czy sposób oddychania, są niezwykle ważne w przypadku zaburzeń statyki miednicy. Oprócz terapii w gabinecie fizjoterapeuta zaleci stosowanie codziennych nawyków, które będą stanowiły ochronę miednicy przed dodatkowym obciążeniem. Wśród nich na pewno znajdą się zalecenia dotyczące nawyków toaletowych, takie jak: krótkie spędzanie czasu w toalecie, zapobieganie zaparciom, a także unikanie parcia podczas oddawania moczu i stolca. Istotna jest również ergonomiczna pozycja podczas wstawania, kucania czy podnoszenia czegoś cięższego, z jednoczesną świadomą aktywacją mięśni dna miednicy.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witościńska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr n. med. Jacek Wilkosz
Szczecin	Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie	Al. Powstańców Wielkopolskich 72 71-899 Szczecin	tel. 91 466 10 00 www.spsk2-szczecin.pl	dr n. med. Krystian Kaczmarek
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Katedra Ginekologii i Płodnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Płodnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki - cz. 2

dr n. med. Ewelina Malanowska-Jarema, specjalista ginekologii i położnictwa
Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej Szpitala Klinicznego nr 1 PUM w Szczecinie

Endometrioza stała się w ostatnim czasie jednostką chorobową, która zainteresowała nie tylko pacjentów, ale i lekarzy różnych specjalności. Dzięki specjalistom mającym doświadczenie w leczeniu tej choroby, w całej Polsce rozpoczęło się wiele szkoleń dla lekarzy. Ponadto, organizacje pacjenckie stanęły na wysokości zadania, organizując spotkania edukacyjne dla kobiet. Wynikiem tych działań jest zwiększona świadomość społeczeństwa na temat problemu, jakim jest endometrioza.



Fot. PeopleImages - iStockphoto.com

Jak już informowaliśmy w poprzedniej części artykułu, w diagnostyce tej choroby ważne są dwa badania obrazowe: USG i rezonans magnetyczny miednicy mniejszej. Są one obecnie najdokładniejsze i ich prawidłowe wykonanie w znaczący sposób wpływa na zaplanowanie terapii. W wielu miastach utworzyły się ośrodki, w których lekarze zdecydowali się zgłębić problem endometriozy i rozpocząć edukację w tym kierunku na własną rękę. Wciąż

jednak potrzeba edukacji i wsparcia celem poszerzenia wiedzy, zarówno pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia, aby uzyskać jak najlepsze wyniki terapeutyczne w leczeniu tej złożonej jednostki chorobowej.

Fizjoterapia uroginekologiczna jako ważny element holistycznego podejścia do problemu endometriozy

Bardzo istotnym elementem leczenia endometriozy jest fizjoterapia uroginekologiczna. Pozwala ona przywrócić sprawność i funkcję całego organizmu, uwalniając pacjentkę od towarzyszącego jej przez cały czas bólu. Fizjoterapia uroginekologiczna łagodzi napięcie mięśni i je rozluźnia, wspomaga również efekty leczenia operacyjnego. Wdrażając program fizjoterapeutyczny, można znacznie poprawić jakość życia pacjentek.

Wdrożenie programu fizjoterapeutycznego u pacjentek chorujących na endometriozę jest nieodzownym elementem holistycznego podejścia do tej choroby. Na szczęście coraz więcej fizjoterapeutów uroginekologicznych podejmuje to wyzwanie. Być może skala tego problemu sprawi, że część terapii zostanie dofinansowana ze środków publicznych, bo jak na razie pacjentki nie mogą na to liczyć.

Potrzebny jest komplementarny program terapeutyczny

Prowadzenie pacjentek chorujących na endometriozę wymaga szczególnego podejścia. Zwykle w terapii biorą udział lekarze różnych specjalności, m.in. ginekolodzy, urolodzy, chirurdzy i endokrynolodzy, ale też wielu innych specjalistów. Stworzenie komplementarnego programu terapeutycznego dla pacjentek z endometriozą jest jednym z rozwiązań, które w perspektywie z pewnością mogłoby przynieść konkretne korzyści w postaci poprawy stanu ich zdrowia.

Nie tylko fizjoterapia, ale też pomoc psychologiczna jest nieodłącznym elementem postępowania prowadzącego do wyleczenia. A ponieważ endometrioza jest chorobą przewlekłą, kobieta potrzebuje pomocy na każdym etapie życia, od poczęcia aż do menopauzy. Niektóre leki wspomagające leczenie dolegliwości związanych z endometriozą są już refundowane. Jednak wiele jest wciąż niedostępnych, a trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że trzymiesięczny koszt terapii lekowej to ponad 1000 zł.

Połączenie refundacji leków z kompleksowym podejściem wydaje się być jedynym sensownym rozwiązaniem w podejściu do choroby, jaką jest endometrioza.

Nie bagatelizujmy objawów endometriozy!

Objawy endometriozy mogą być różnorodne, począwszy od obfitych miesiączek aż po biegunki i wzdęcia. Ważne jest, aby uświadamiać i edukować lekarzy, że nie każdy

ból brzucha związany jest z problemami gastrycznymi. Należy włączyć do opieki nad chorymi również lekarzy rodzinnych, którzy powinni wiedzieć, jakie podstawowe badania powinny wykonać pacjentki z podejrzeniem endometriozy oraz gdzie je skierować. Przez brak świadomości i wiedzy lekarzy niektóre pacjentki czekają na postawienie diagnozy nawet do 10 lat!

Operacje możliwe również na NFZ

Jedną z możliwości poszerzenia dostępu do leczenia endometriozy jest zwiększenie wyceny NFZ za procedury operacyjne. W ośrodkach prywatnych koszty leczenia operacyjnego endometriozy zaczynają się od 20 tysięcy złotych. Dla wielu pacjentek są to kwoty nie do zaakceptowania. Dlatego organizują różnego rodzaju zbiórki i szukają gdzie tylko się da wsparcia finansowego. Należy jednak podkreślić, że lekarze zajmujący się endometriozą również pracują w szpitalach państwowych i mimo wielu przeszkód, wykonują w nich takie procedury w ramach aktualnie obowiązującego ubezpieczenia w NFZ. Marketing robi jednak swoje, przez co prywatne ośrodki mają większe możliwości pozyskiwania klientów (pacjentów). Jednym z minusów korzystania z ich oferty jest jednak to, że w przypadku powikłań pacjenci są pozabawieni dalszej opieki i muszą szukać pomocy w szpitalach państwowych.

Nowoczesna diagnostyka wykorzystuje nowe technologie

Warto wspomnieć o nowych możliwościach diagnostycznych i technologicznych, o których ostatnio zrobiło się głośno. Zespół badawczy z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w ramach powołanego start-upu DiagEndo, opracował pierwszy na świecie szybki i bezinwazyjny test na endometriozę - EndoRNA. Materiałem, z którego wykonuje się badanie, jest biopsja endometrium, a testy - jak zapewniają naukowcy - będą możliwe do wykonania w gabinecie lekarza ginekologa. Według zapowiedzi polskie testy będą dostępne na rynku w drugim kwartale 2023 roku, nie wiadomo jednak, czy i kiedy będą refundowane.

Jest jeszcze jedna bardzo dobra informacja. Badacze Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, dzięki pozyskaniu minigrantu Inkubator Innowacyjności 4.0, stworzyli aplikację mobilną MyoEndo. Ma ona charakter diagnostyczny i edukacyjny. Poprzez rozwiązanie testu pacjentki są diagnozowane na podstawie wywiadu chorobowego i przypisane do jednostki chorobowej endometriozy lub mięśniaków macicy. Okazuje się bowiem, że obie choroby dają podobne objawy i niekiedy są ze sobą mylone przez lekarzy, choć postępowanie jest różne dla każdej z nich. MyoEndo zawiera aktualne informacje o chorobach, a także plany dietetyczne i programy fizjoterapeutyczne. Aplikacja jest dostępna w wersji darmowej na telefony komórkowe z programem Android. Jej dalszy rozwój jest teraz w rękach inwestorów, którzy planują rozbudowanie jej o dodatkowe funkcje na szeroką skalę.

Robisz wszystko, aby
chronić swoich bliskich

My robimy wszystko,
aby chronić ich skórę



Jeśli opiekujesz się osobą starszą wiesz, że jej skóra jest bardzo wrażliwa i wolniej się goi, zwłaszcza przy **nietrzymaniu moczu**.

Wypróbuj produkty chłonne i kosmetyki **TENA ProSkin**, które **wspierają zdrowie skóry**. Dzięki nim skóra będzie sucha, czysta i zabezpieczona.

TENA. Najlepsza opieka dla Twoich bliskich.

Zamów próbki na www.tena.pl

Ciąża i poród - trudny egzamin dla kobiecego ciała

Violetta Madeja



Fot. shironosov - istockphoto.com

Dziewięć miesięcy zwieńczone narodzinami dziecka to dla organizmu kobiety wymagający test, który na koniec może przynieść również liczne powikłania. Okazuje się jednak, że do tego życiowego egzaminu można się właściwie przygotować.

Problem nietrzymania moczu jest bardzo częstą przypadłością u kobiet po porodzie

– Powodem rozwijania się NTM jest to, że przez cały okres ciąży mięśnie dna miednicy muszą dźwigać dodatkowy, długi ciężar, jakim jest rozwijający się w łonie matki płód, łożysko, wody płodowe i cała reszta struktur. Stanowi to oczywiście duże obciążenie, przez które mięśnie i całe struktury dna miednicy ulegają stałemu rozciąganiu – tłumaczy mgr Anna Pysznik, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie.

W efekcie mięśnie dna miednicy stają się słabsze, mniej elastyczne i z czasem przestają pełnić swoją ważną funkcję. Jak wskazuje ekspertka, w ten sposób może dochodzić do zainicjowania problemu wysiłkowego nietrzymania moczu, którego objawy mogą pojawić się podczas tak prozaicznych czynności jak kichanie, czy kaszel, a także podczas podnoszenia nowo narodzonego dziecka. Waż-

ne jest zatem, aby zwracać uwagę już na te pierwsze, pojawiające się w trakcie ciąży czy po porodzie symptomy. – Nawet w sytuacji, kiedy pacjentki podczas wykonywania pewnych czynności zgubią jedną, czy dwie krople moczu, powinny zadać sobie sprawę, że jeśli na tym etapie nie zajmą się swoim problemem, z biegiem czasu może on narastać – podkreśla Anna Pysznik.

Cięcie cesarskie nie uchroni przed wszystkimi powikłaniami

Na pytanie, czy w kontekście powikłań jest jakaś różnica między porodem siłami natury a rozwiązaniem ciąży poprzez cięcie cesarskie, ekspertka odpowiada, że ta druga procedura chroni kobiety wyłącznie przed mechanicznymi uszkodzeniami w obrębie tkanek miękkich, a także mechanicznymi uszkodzeniami zwieracza odbytu i tkanek okołoodbytniczych. – Pacjentki muszą zdać sobie sprawę z tego, że sam fakt bycia w ciąży może inicjować problemy z nietrzymaniem moczu. Z NTM po porodzie borykają się zarówno kobiety po porodzie siłami natury, jak również te, u których przeprowadzono cięcie cesarskie. Sam okres ciąży wpływa na osłabienie struktur w obrębie dna miednicy – przekonuje Anna Pysznik.

Kiedy udać się na pierwszą wizytę?

Zdaniem fizjoterapeutki, z punktu widzenia kobiet, które zaszły w ciążę, ważna jest właściwa profilaktyka. Jej celem jest utrzymanie struktur w obrębie dna miednicy w dobrej kondycji, m.in. poprzez odpowiednio dobrane specjalistyczne ćwiczenia wykonywane pod okiem fizjoterapeuty uroginekologicznego.

– Idealnie byłoby, gdyby pacjentka trafiła do gabinetu fizjoterapeuty już w momencie, kiedy planuje zajście w ciążę. Wówczas jest czas, by profilaktycznie popracować nad jej ciałem. To okres, kiedy możemy w naszym Centrum nie tylko sprawdzić istniejące już napięcia, ale również popracować nad tymi, które są nieprawidłowe. Dzięki takiej profilaktyce możemy przygotować ciało do trudnego zadania, jakim jest ciąża i sprawić, że będzie ona przebiegać w sposób bardziej prawidłowy, a sam poród będzie łatwiejszy – tłumaczy Anna Pysznik.

Dodaje, że w przypadku pojawienia się niepokojących objawów, na wizytę do fizjoterapeuty, można zgłosić się już w trakcie pierwszego trymestru ciąży. Natomiast jeśli zależy nam na dobrym przygotowaniu do porodu, to warto pojawić się u fizjoterapeuty na początku drugiego trymestru i odbywać wizyty adekwatnie do potrzeb, ale nie rzadziej niż raz w miesiącu. – To w zupełności wystarczy, żeby nie tylko przygotować się do porodu, ale również łatwiej, bezpieczniej i szybciej wrócić do formy po urodzeniu dziecka – przekonuje Anna Pysznik.

O tym, jak ważna jest fizjoterapia przygotowująca do ciąży i porodu, przekonuje również prof. Ewa Barcz, ginekolog-położnik, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego CM UKSW w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie. Zastrzega jednak, że są problemy, z którymi należy udać się do lekarza. – Fizjoterapia ma znaczenie w profilaktyce i leczeniu zachowawczym przy mniej nasilonych objawach. Ćwiczenia mięśni Kegla zalecane są u kobiet w ciąży i po porodzie, jednak przy innych problemach, takich jak na przykład wypadanie narządów rodnych, fizjoterapia niestety nie przyniesie oczekiwanych efektów. Warto jednak mieć świadomość, że każdy źle zaplanowany wysiłek obciąża dno miednicy i jest czynnikiem ryzyka rozwoju NTM. Dlatego każda kobieta powinna wiedzieć, jak uruchomić te mięśnie w czasie aktywności fizycznej – przekonywała prof. Ewa Barcz w jednym z wywiadów do branżowego portalu politykzdrowotna.com.

Co się dzieje po porodzie?

– Zaleca się, by kobieta po przebytej ciąży i po porodzie odbyła wizytę kontrolną około 6 tygodni po porodzie siłami natury, natomiast w przypadku, jeśli konieczne było cięcie cesarskie, wówczas taka wizyta powinna się odbyć około 4.-5. tygodnia po narodzinach dziecka. Czas ten może ulec skróceniu w przypadku, gdy w okresie połogu kobieta zauważy jakies niepokojące objawy – tłumaczy Anna Pysznik.

W trakcie pierwszej wizyty u fizjoterapeuty, z pacjentką zgłaszającą się z objawami nietrzymania moczu należy przeprowadzić wywiad i wykonać u niej badanie fizykalne. – Fizjoterapeuta powinien u każdej kobiety po porodzie zbadać całe ciało. Ocenić, czy w trakcie ciąży doszło do rozejścia mięśnia prostego brzucha, zbadać spojenie łonowe i transwaginalnie ocenić siłę mięśniową. W trakcie wizyty powinniśmy również sprawdzić, czy nie doszło do uszkodzeń tkanek, a także ocenić ewentualną bliznę po nacięciu krocza, bo ona również może być przyczyną nietrzymania moczu. To wszystko pozwala nam na ocenę przyczyny pojawiającego się nietrzymania moczu – wylicza Anna Pysznik.

Nie tylko osłabienie mięśni

Fizjoterapeuci przekonują, że z ich punktu widzenia ocena napięcia mięśni może okazać się kluczowa dla dalszego postępowania.

– Generalnie NTM kojarzone jest z sytuacją, w której dochodzi do osłabienia siły mięśni dna miednicy. Okazuje się jednak, że NTM może występować także w przypadku nadmiernego napięcia. Żyjemy w czasach, w których nasz organizm jest narażony na ogromny stres. Pod wpływem tego stresu całe nasze ciało podlega wórnemu napięciu, a miednica to obszar, który jest bardzo podatny na naszą psychosomatykę. Zatem każda sytuacja stresowa może przekładać się na wórne napięcie mięśni dna miednicy, które może być przyczyną NTM – wskazuje fizjoterapeutka.

Poród: trudny egzamin dla zwieraczy

Eksperci wskazują, że o ile do narodzin dziecka można przygotować miednicę, to dużo gorzej sytuacja wygląda ze strukturami rektalnymi. W trakcie ciąży można zastosować profilaktykę przeciwko zaparciom i starać się uniknąć choroby hemoroidalnej, która dotyka nawet 40 proc. pacjentek w ciąży, ale już znacznie gorzej wygląda kwestia dysfunkcji anorektalnych i uszkodzenia zwieraczy. W wyniku porodu może bowiem dojść do urazów neurogennych dotyczących nerwów krocza i zwieraczy. Te uszkodzenia mogą prowadzić do gorszego trzymania gazów i stolca, a u 3-4 proc. pacjentek nawet do znacznego stopnia nietrzymania gazów i stolca.

Prof. Małgorzata Kołodziejczak, kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii w Szpitalu św. Elżbiety w Warszawie, prezes elekt Polskiego Klubu Koloproktologii, w jednym z wywiadów przyznała, że uszkodzenia zwieraczy mogą być przyczynkiem do wykluczenia pacjentki z życia społecznego. – Nie jest to częste powikłanie, ale jeśli już wystąpi, to stanowi poważny problem dla pacjentek – przekonuje. I dodaje, że poporodowe uszkodzenie zwieraczy może skutkować ogromnym kalectwem, a dodatkowo świadczenia związane z leczeniem tych problemów, zarówno poprzez leczenie zabiegowe, jak i świadczenia z obszaru rehabilitacji, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Lista bezpłatnych leków nie tylko dla seniorów

Violetta Madeja



Fot. Gligatron - istockphoto.com

Obniżenie z 75 do 65 lat kryterium wiekowego uprawniającego do otrzymania bezpłatnych leków z wykazu dla seniorów oraz wprowadzenie bezpłatnych leków dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia to najważniejsza zapowiedź rządu w mijającym kwartale. Taką deklarację złożył w trakcie majowej konwencji programowej Prawa i Sprawiedliwości prezes partii Jarosław Kaczyński.

Dzieci i młodzież, jak wynika z zapowiedzi polityków rządzącej partii, mogłyby korzystać z nowych uprawnień do wybranych, bezpłatnych leków już od września tego roku. Jednak do tej pory nie przedstawiono żadnego projektu zmian legislacyjnych, który mógłby to rozwiązanie usankcjonować.

Jak szacuje resort zdrowia, poszerzenie grupy osób uprawnionych do otrzymywania bezpłatnych leków będzie kosztowało dodatkowo około 1,5 mld złotych rocznie.

- *Cieszę nas te deklaracje* - oceniła Magdalena Osieńska-Kurzywik, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, która już w ubiegłym roku informowała o niepo-

kojących wynikach badań w grupie seniorów 70-75 lat. - *Czekamy na rozpoczęcie prac legislacyjnych nad projektem, tak aby mógł faktycznie wejść w życie od przyszłego roku.*

Nie tylko polskie

To jednak nie koniec zapowiedzi. Okazuje się bowiem, że resort zdrowia wycofał się z zapisu projektu nowelizacji ustawy refundacyjnej, który miał być gwarancją, że na listę „S” - darmowych leków dla seniorów będą wchodziły wyłącznie preparaty produkowane w Polsce. Przypomnijmy, że z najnowszego badania Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” wynika, że dla 82 proc. osób starszych jednym z największych wyzwań w zakresie ochrony zdrowia są wysokie ceny leków na receptę. W efekcie wielu z nich nie wykupuje potrzebnych im medykamentów. W trakcie debaty „W trosce o zdrowie seniorów”, zorganizowanej 11 maja w Warszawie, Agnieszka Sawka, kierownik Domu Dziennego Pobytu Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej, przyznała, że wielu jej podopiecznych rezygnuje z kupowania leków właśnie z uwagi na ich cenę.

- *W placówce, w której pracuję, kilka razy miałam do czynienia z sytuacją, kiedy nagle stan zdrowia podopiecznego bardzo się pogorszył. Potem okazywało się z wywiadu i zebranych informacji, że on nie wykupił leków i potrzebna jest opieka i pomoc medyczna* - podkreślała Agnieszka Sawka.

To niepokojące zjawisko potwierdziła również Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. - *Faktycznie widzimy, że pacjenci nie wykupują leków. Spotykamy się też bardzo często ze zjawiskiem wielolekowości. Seniorzy to bardzo wrażliwa grupa, więc żeby podejść racjonalnie do polityki zdrowotnej, musi być wdrożona opieka koordynowana, a w zespole tej opieki powinien znaleźć się farmaceuta sprawujący nadzór nad prawidłową farmakoterapią, wspierający lekarza w procesie leczenia. Takie rozwiązania są już w Europie i na całym świecie, więc korzystajmy z dobrych praktyk* - podkreśliła szefowa aptekarskiego samorządu.

Refundacja bez (większych) zmian

Majowe wykazy leków refundowanych przyniosły gruntowne zmiany w treściach programów lekowych. W przypadku programu lekowego B.10 związaneego z leczeniem pacjentów z rakiem nerki doszło do ujednoczenia kryteriów kwalifikacji, wyłączenia oraz badań diagnostycznych, a także monitorowania bezpieczeństwa i skuteczności leczenia. Dodatkowo trzy substancje czynne z tego programu: ewerolimus, sora-fenib oraz sunitinib, trafiły do katalogu chemioterapii. I jeszcze jedna nowość - od 1 maja na liście refundacyjnej pojawił się kolejny odpowiednik kabazytakselu - preparat o nazwie Eleber.

Co dalej ze zleceniem na wyroby medyczne?

Pod koniec maja do publikacji skierowano nowelizację rozporządzenia w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy. Jak zapewnia resort zdrowia, rozporządzenie ma charakter porządkujący, ale wprowadza również dodatkowe wymogi np. dla osób zlecających wyroby medyczne. Chodzi m.in. o konieczność wpisania uzasadnienia medycznego w zakresie przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego w przypadku pacjentów z uprawnieniami dodatkowymi - 47ZN, 47DN lub 47ZDN. W zleceniu konieczne będzie też podawanie w zakresie dotyczącym informacji o posiadaniu uprawnień dodatkowych kodu tytułu uprawnienia dodatkowego oraz danych identyfikujących dokument potwierdzający te uprawnienie. Dla osób wydających wyroby medyczne na zlecenie ważną zmianą jest to, że w noweli rozporządzenia zrezygnowano z obowiązku poświadczania wydania wyrobu medycznego podpisem osobistym osoby wydającej wyrób medyczny.



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów. Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna Caritas Polska

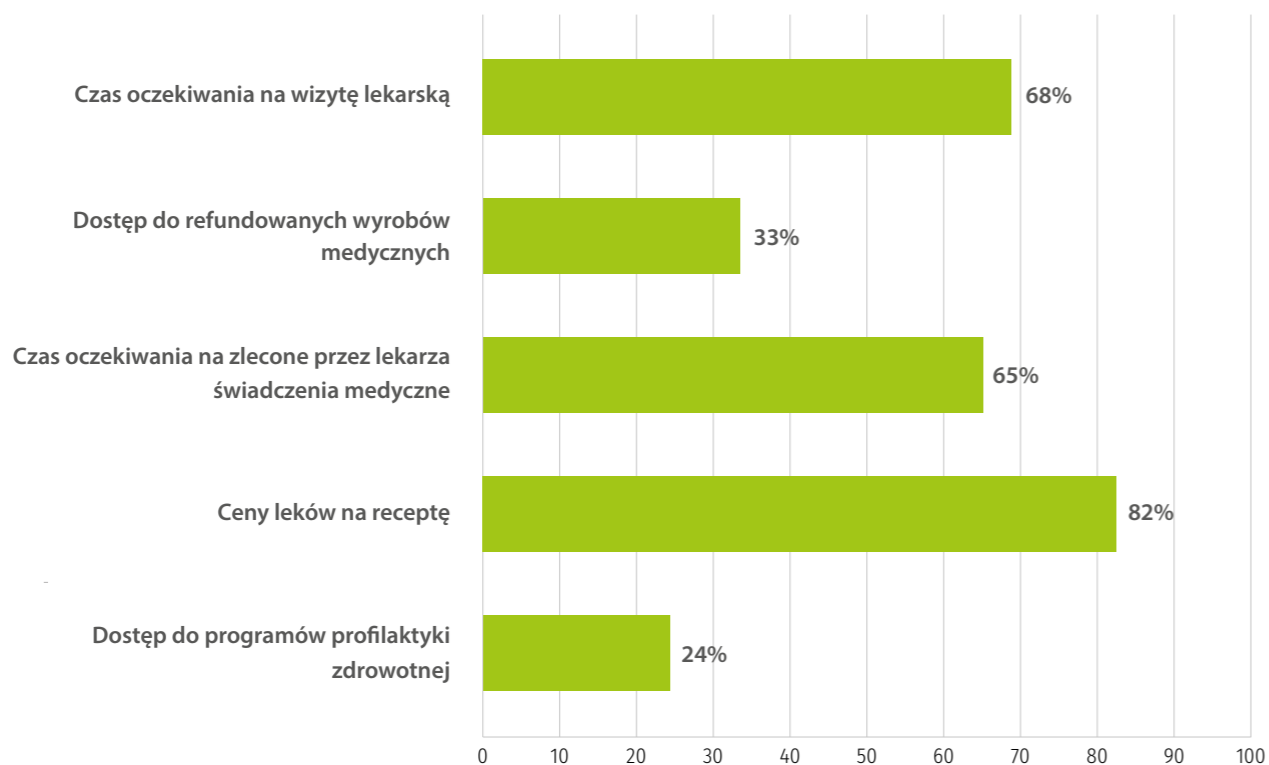
Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

PROBLEMY W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA

Z jakimi problemami w zakresie ochrony zdrowia Pani/Pana zdaniem osoby starsze borykają się obecnie najczęściej?



Źródło: Badanie "W trosce o polskich seniorów" przeprowadzone przez Koalicję "Na pomoc niesamodzielnym" w maju 2023

Zmiany obowiązują od 1 lipca 2023 roku, a termin ten został określony z uwzględnieniem okresu niezbędnego na testowanie funkcjonalności systemu wystawiania zleceń w postaci elektronicznej. Zlecenia wystawione przed dniem wejścia w życie znowelizowanego rozporządzenia mają zachować ważność.

- W celu uniknięcia wątpliwości w zakresie konieczności potwierdzania wydania wyrobów podpisem osoby wydającej wyrób medyczny dodano przepis, zgodnie z którym przy realizacji zlecenia wystawionego przed dniem 1 lipca 2023 r. podpis osoby wydającej wyrób medyczny nie będzie wymagany - przekonuje legislator.

Zmiany w wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Pod koniec czerwca resort zdrowia opublikował propozycję nowelizacji projektu rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W projekcie przewidziano zmniejszenie udziału pacjenta w limicie refundacji na środki chłonne - w przypadku dorosłych będzie to 20 proc. (obecnie limit wynosi 30 proc.), natomiast w przypadku osób do 18. roku życia współpłacenie zredukowano do 10 proc. Kolejną propozycją jest zmniejszenie udziału pacjentów w li-

micie przewidzianym dla cewników hydrofilowych - w przypadku dzieci i młodzieży do 18. r.ż. uprawnionych do stosowania tych wyrobów odpłatność ma wynosić 10 proc. przewidzianego limitu. Zdaniem resortu dzięki tym propozycjom zmniejszy się obciążenie finansowe pacjentów.

- Popieramy zmniejszenie poziomu współpłacenia i uważamy, że to dobry kierunek zmian. Niemniej oczekiwaliśmy większej redukcji współpłacenia, tj. do maksymalnie 10 proc. dla wszystkich, zarówno dorosłych, jak i dzieci poniżej 18. roku życia. Nie widzimy powodu, dla którego osoba w wieku 75 lat ma mieć wyższy limit współpłacenia od osoby w wieku 17 lat. Proponowana zmiana jest, w naszej opinii, dyskryminująca dla seniorów, którzy najczęściej korzystają ze środków chłonnych. Najbardziej optymalnym modelem byłoby współpłacenie na poziomie 10 proc. dla wszystkich osób kwalifikujących się do refundacji tych produktów. Wielokrotnie słyszymy, że seniorzy z powodu rosnących kosztów życia rezygnują z wykupowania recept, czy innych produktów pierwszej potrzeby z powodu braku środków finansowych - dlatego poziom współpłacenia dla nich powinien być jak najniższy - wskazała w uwagach do projektu rozporządzenia Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

HARTMANN



OCHRONA
każdego
dnia



MoliCare® Skin

Zdrowa skóra przy nietrzymaniu moczu dzięki kompleksowej ochronie i pielęgnacji.

- **Pianka oczyszczająca**
wspomaga mechanizmy obronne skóry, szybkie i łagodne oczyszczanie silnie zabrudzonej powierzchni skóry.
- **Wilgotne chusteczki pielęgnacyjne**
niezbędne do łagodnego oczyszczania stref intymnych przy zmianie produktu chłonnego.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**
tworzy barierę ochronną przed negatywnym działaniem moczu – zapobiega stanom zapalnym, odparzeniom.

www.hartmann.pl



JEDNO MIEJSCE – PEŁNA OPIEKA

Kompleksowe wsparcie dla osób z inkontynencją

Nowo otwarta placówka medyczna w Warszawie specjalizująca się w zakresie:

- uroinekologii
- urologii czynnościowej
- fizjoterapii uroinekologicznej
- rehabilitacji urologicznej i onkologicznej

Zapisy dostępne poprzez portal znanylekarz.pl
lub pod nr tel.: **22 770 78 00**

DIAGNOSTYKA > LECZENIE > REHABILITACJA

