

# 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 geriatry, 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