

Udzielić jak najlepszej pomocy



Z prof. dr. med. Andrzejem Borówką, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego i konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, rozmawiają Tomasz Michałek i Maria Weber

- Panie Profesorze, czy w ostatnich latach nastąpił postęp w dziedzinie leczenia osób z nietrzymaniem moczu?

- Skala problemu dotyczącego nietrzymania moczu (NTM) jest w Polsce duża, jednak epidemiologia szczegółowa tej dolegliwości nadal nie jest rozpoznana w naszym kraju. Wiadomo, że liczba osób dotkniętych tą dolegliwością jest duża i z roku na rok coraz więcej z nich zgłasza się do lekarzy z jej powodu. Niemniej, wielu chorych dotkniętych NTM nadal nie poszukuje porady lekarskiej, część z nich z powodu zawstyżenia, część z powodu braku wiary w możliwość uzyskania pomocy. Jednak zwiększanie się liczby chorych zgłaszających się do lekarzy z powodu NTM świadczy o postępującej poprawie świadomości zdrowotnej społeczeństwa, m.in. dzięki działalności Programu Społecznego „NTM - Normalnie Żyć” i informacjom w mediach. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, które z powodu

wysiłkowego nietrzymania moczu zgłaszają się głównie do ginekologów.

- Czy istnieje istotna różnica w fakcie, iż panie zgłaszają się do ginekologa, a nie do urologa, poza tym, że do tego pierwszego można dostać się bez skierowania?

- Nie dziwi, że kobiety cierpiące na NTM, zwłaszcza na wysiłkowe nietrzymanie moczu, zgłaszają się chętniej do ginekologa niż do urologa. Prawdopodobnie, ułatwienie dostępu do poradni ginekologicznych ma pewne znaczenie. Jednak istotne jest również to, że urologi w okresie wprowadzania nowych, mało inwazyjnych metod chirurgicznego leczenia wysiłkowego NTM, polegających na naprawie dolnych dróg moczowych z użyciem taśmy byli mniej dynamiczni we wprowadzaniu tych metod od ginekologów. Rozpoznanie przyczyn NTM oraz leczenie tej dolegliwości należy wprawdzie „ex definitione” do urologii, jednak najważniejsze jest udzielenie pomocy chorym na jak najwyższym poziomie, a nie współzawodniczenie o „rynek” NTM między tymi specjalnościami. Jakkolwiek, ginekolodzy podejmujący leczenie wysiłkowego NTM muszą opanować pewne obszary wiedzy i umiejętności z zakresu urologii. Przenikanie się obu specjalności doprowadziło do powstania szczególnej gałęzi medycznej, zwanej uroginekologią.

- Czy wobec braku refundacji farmakologicznego leczenia pewnych postaci NTM w Polsce, leczenie chirurgiczne pozostaje jedynym dostępnym świadczeniem finansowanym z naszych składek?

- Wskazania do leczenia chirurgicznego NTM są ściśle określone. Wiadomo także, które postaci NTM wymagają leczenia farmakologicznego. Nie można zatem twierdzić, że leczenie chirurgiczne może zastąpić leczenie farmakologiczne. Operacyjnie nie można leczyć, np. nadaktywności pęcherza (overactive bladder). Z kolei w przypadku ciężkiej postaci wysiłkowego NTM nie można uzyskać poprawy dzięki stosowaniu nawet najnowszych leków. U niektórych chorych istnieje natomiast potrzeba leczenia farmakologicznego jako uzupełnienie leczenia operacyjnego. Niestety, leczenie farmakologiczne nadaktywności mięśnia wypieracza pęcherza (detru-

sor overactivity) jest kosztowne, a jego skuteczność bywa ograniczona. Niemniej, niektóre leki należałoby wprowadzić na listę leków refundowanych. Decyzje w tej kwestii powinna podjąć nowo powołana Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Nie można jednak zapominać, że istnieją również inne metody leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych - są nimi odpowiednio ćwiczenia mięśni dna miednicy oraz ćwiczenia wpływające na sposób oddawania moczu (np. biofeedback), a także pewne formy fizykoterapii. Niestety, leczenie czynnościowe nadal nie jest wystarczająco doceniane przez lekarzy zajmujących się NTM. Wprowadzenie preparatów wykorzystywanych do leczenia nadaktywności pęcherza do listy leków refundowanych musi nastąpić w wyniku decyzji podjętych świadomie przez AOTM na podstawie opinii specjalistów-urologów, po uwzględnieniu obiektywnie udokumentowanych danych (EBM - Evidence Based Medicine). Byłbym ostrożny z szerokim wdrażaniem tych leków, ponieważ u wielu chorych nie są one skuteczne. W przypadku wpisania niektórych specyfików do listy leków refundowanych, trzeba będzie opracować system zapobiegający ich nadużywaniu. Nie można ich bowiem traktować jako panaceum w każdym przypadku NTM.

- Jaka zatem jest Pańska ocena refundacji wszelkich możliwych metod leczenia NTM?

- Leczenie chirurgiczne NTM jest i nadal powinno być refundowane. Nad refundacją leczenia farmakologicznego trzeba się głęboko zastanowić, aby uniknąć decyzji chybionych. Niemniej, problem refundowania kosztownego leczenia farmakologicznego znajduje się - mniemam - na peryferiach zainteresowania resortu zdrowia, ponieważ NTM nie zagraża życiu. Jednak nadal trzeba uświadamiać decydentom, że dolegliwość ta przyczynia się do znacznego upośledzenia jakości życia i u wielu chorych bywa powodem ograniczenia zdolności do pracy i normalnego funkcjonowania. Decyzje w sprawie rozszerzenia listy leków refundowanych o leki służące leczeniu szczególnych postaci NTM nie leżą po stronie lekarzy lecz polityków.

- W zeszłym roku Sejmowa Komisja



Istnieje potrzeba długofalowego programu dla lekarzy rodzinnych w zakresie wiedzy na temat NTM. PTU jest w stanie stworzyć forum edukacyjne dla lekarzy rodzinnych, którego adresatami mogą być również urolodzy. Lekarze obydwu specjalności powinni być świadomi, że NTM należy i można skutecznie leczyć.

Zdrowia poświęciła jedno ze swych wiosennych posiedzeń problemowi NTM. Posłowie zobowiązali wówczas Ministerstwo Zdrowia do przygotowania raportu, w którym resort miał złożyć propozycje zmian związanych z leczeniem i zaopatrzeniem w środki wchłaniające. Czy dotarły do Pana sygnały na temat jego powstania?

- Nic mi nie wiadomo na temat raportu, o którym Państwo wspominają. Natomiast po tym spotkaniu Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył wystarczająco dużą sumę

pieniędzy na finansowanie leczenia NTM z użyciem hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Obecnie jego zastosowanie nie stanowi problemu w Polsce, aczkolwiek popularność tej metody wśród urologów nadal jest niewielka.

- Dwa lata temu Rada Naukowa Programu Prostatektomii "NTM - Normalnie Życ" zaproponowała zmianę kryteriów chorobowych, na podstawie których wypisywane są zlecenia na refundowane środki wchłaniające, tak aby dostosować nasz kraj do standardów międzynarodowych. Projekt ten, razem z Panem, poparło 7 konsultantów krajowych, a także Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska oraz Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Zmian nie ma, choć zyskały poparcie wielu środowisk. Dlaczego, Pana zdaniem, rozporządzenie nie zostało do tej pory zmienione?

- Pytanie to powinno być skierowane do ministra zdrowia, który wydaje rozporządzenia. Oczywiście możemy się zastanawiać, dlaczego tak się stało. Może warto ponowić akcję informacyjną w mediach? Może sygnały o konieczności wprowadzenia zmian w rozporządzeniu były za słabe?

- Podstawowym środkiem pomocniczym dla cierpiących na NTM pozostają pieluchy i pieluchomajtki. Zgodnie z rozporządzeniem pacjent ma prawo do dwóch refundowanych pieluch dziennie. Jeśli potrzeba więcej, a na ogół tak jest, musi kupić po pełnej cenie. Ten sztywny system nie jest korzystny zarówno dla pacjenta jak i dla państwa. Dlaczego więc istnieje?

- Limit refundowanych pieluch może okazać się dla jednej osoby wystarczający, a dla innej zbyt mały. Na pewno są chorzy,

wymagający stosowania ponad czterech pieluch dziennie. Wydaje się, że wprowadzenie elastyczności stosowania środków wchłaniających poprawiłoby sytuację. Uważam, że lekarzem, który najlepiej mógłby określić liczbę pieluch niezbędnych dla konkretnego chorego, jest lekarz rodzinny. On najlepiej zna potrzeby swych podopiecznych.

- Najpierw jednak należałoby uczyć lekarzy rodzinnych na problem NTM. Część z nich bagatelizuje tę dolegliwość, część odsyła do urologa lub ginekologa. Konieczność poszerzenia wiedzy na ten temat zauważa Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR), organizując seminaria i szkolenia lekarzy. Czy PTU współpracuje w tym zakresie z PTMR?

- Odnosząc się do pierwszego zagadnienia uważam, iż zadaniem urologa jest rozpoznanie typu NTM i zidentyfikowanie jego przyczyn oraz określenie sposobu leczenia. Jednak leczeniem zachowawczym mógłby zająć się lekarz rodzinny, pozostający w kontakcie z urologiem. Co do drugiego zagadnienia wyjaśnię, że przedstawiciele PTU chętnie uczestniczą w kongresach PTMR jako zaproszeni wykładowcy. Nie wątpię, że istnieje potrzeba długofalowego programu dla lekarzy rodzinnych w zakresie wiedzy na temat NTM. PTU jest w stanie stworzyć forum edukacyjne dla lekarzy rodzinnych, którego adresatami mogą być również urolodzy. Lekarze obydwu specjalności powinni być świadomi, że NTM należy i można skutecznie leczyć. Skuteczność chirurgicznego leczenia jatrogennego nietrzymania moczu, np. po prostatektomii radykalnej, jest bardzo duża, zwłaszcza z użyciem hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Nie ma żadnego powodu, aby mężczyznom dotkniętym NTM zapewniać jedynie zaopatrzenie w pieluchy!

- Czy pacjenci lub ich organizacje szukają pomocy w Polskim Towarzystwie Urologicznym?

- Mamy dobre kontakty ze Stowarzyszeniem „Gladiator”. Jest to stowarzyszenie mężczyzn dotkniętych chorobami gruczołu krokowego. Część z nich cierpi również na NTM. „Gladiator” sam zwrócił się do nas z propozycją współpracy. Podjęliśmy ją z entuzjazmem. Jeśli inne organizacje również tak uczynią, PTU chętnie będzie z nimi współpracować. Współpraca tego rodzaju jest dla nas źródłem autentycznej satysfakcji.

- Dziękujemy za rozmowę.