

Wywiad punktem wyjścia w diagnostyce i leczeniu NTM

prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger

dr n. med. Konrad Futyma

II Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Współczesna medycyna ma do dyspozycji całą gamę dodatkowych badań specjalistycznych, które z jednej strony ułatwiają postawienie właściwej diagnozy, z drugiej zaś - znacząco zwiększają koszty leczenia. Potrzebne jest zatem wycucie i umiejętne prowadzenie rozmowy z pacjentem, ponieważ precyzyjny wywiad chorobowy pozwala często na postawienie właściwej diagnozy bez potrzeby wykonywania szeregu badań dodatkowych i opóźniania wdrożenia właściwego leczenia. Zasada ta powinna również obowiązywać w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku szeroko rozumianego nietrzymania moczu. Jest to niejednorodna jednostka chorobowa, która sprawia lekarzom dużo problemów z postawieniem prawidłowego rozpoznania. Często ze względu na zróżnicowane objawy i nieumiejętnie zebrany wywiad stosuje się niewłaściwe leczenie, które jest nieskuteczne i w wielu przypadkach zniechęca pacjentów do dalszego poszukiwania odpowiedniej terapii.

W związku z tym, że nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny dotyczą coraz większej liczby osób oraz powodują znaczne obniżenie jakości życia, należy zwrócić uwagę na prawidłowe i rzetelne stawianie prawidłowej diagnozy. Dowodem na to, jak ważny jest to problem społeczny, niech będzie fakt, że pod koniec 2010 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało nowy wykaz chorób, który zawiera m. in. „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Po przeprowadzeniu badania urodynamicznego i rozpoznaniu OAB pacjenci będą uprawnieni do nabywania preparatów zawierających tolterodynę po znacznie niższych cenach. Według Ministerstwa koszt refundacji wyniesie około 5 mln zł rocznie. Trudno powiedzieć, czy w tę kwotę wliczono koszt badań urodynamicznych, które zostaną wykonane niepotrzebnie i na wyrost. Według wytycznych i najnowszych publikacji opracowanych przez polskich i zagranicznych ekspertów zajmujących się problemem diagnostyki i leczenia NTM, badanie urodynamiczne nie jest zalecane do postawienia diagnozy pęcherza nadreaktywnego. Badanie urodynamiczne nie stanowi złotego standardu w diagnostyce pęcherza nadreaktywnego, a wręcz jest przeciwwskazane ze względu na swój inwazyjny charakter. Do postawienia

właściwego rozpoznania wystarczy jedynie prawidłowo zebrany wywiad, zawierający pytania o nokturie, obecność parć nagłych, częstotliwość mikcji oraz stosowane leki i przebyte zabiegi operacyjne w obrębie dróg moczowych. Ma to na celu ewentualne wykluczenie „pozapęcherzowych” przyczyn objawów pęcherza nadreaktywnego, m.in. moczówki prostej, nadciśnienia tętniczego czy podpęcherzowej przeszkody w odpływie moczu. Dodatkowo należy zlecić wykonanie analizy moczu w celu wykluczenia infekcji dróg moczowych. Aby ułatwić postawienie diagnozy, można wspomóc się dzienniczkiem mikcyjnym, w którym pacjenci powinni zaznaczać godzinę i objętość mikcji oraz ilość przyjętych płynów. Tak prowadzony - przez trzy kolejne dni - dzienniczek powinien być wystarczającym „narzędziem diagnostycznym”



do postawienia rozpoznania pęcherza nadreaktywnego. Po wstępnym ustaleniu rozpoznania pęcherza nadreaktywnego ostatecznym potwierdzeniem właściwie postawionej diagnozy będzie ustąpienie objawów po zastosowaniu leków antycholinergicznym.

Podsumowując, bardzo cieszy fakt, że pacjenci cierpiący na chorobę przewlekłą, jaką niewątpliwie jest pęcherz nadreaktywny, mają ułatwiony dostęp do leków refundowanych, jednak należy się zastanowić, czy warto bez potrzeby zwiększać koszty diagnostyki, czy może zwiększyć liczbę dostępnych leków refundowanych? Koszty będą przecież podobne.

Piśmiennictwo u autorów