

Debata Medexpressu: Nokturia

21 września 2018 11:10



Czym jest nokturia? Czy można ją leczyć? Jak sobie z nią radzić? W studio Medexpressu dyskutowali na ten temat: dyr. Barbara Wójcik-Klikiewicz z NFZ, dyr. Joanna Parkitna z AOTMiT, prof. Piotr Chłosta – prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, dr hab. Jakub Dobruch – kierownik Kliniki Urologii CMKP, dr Rafał Zyśk – ekspert ochrony zdrowia, Szymon Chrostowski – prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowia i ekspert ds. zdrowia. przy Parlamencie Europejskim. Debatę moderowała Renata Furman - red. naczelna czasopisma „Służba Zdrowia”.

Film YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=98juhMBvSA>

R.F.: Czym jest nokturia idiopatyczna i jakie są jej objawy? Jak wiele osób na nią choruje?

P.Ch.: Nokturia, pretendująca w ostatnim czasie do miana jednostki chorobowej, tak naprawdę jest wyłącznie objawem, i to objawem wielu, czasem najpoważniejszych chorób nękających społeczeństwa nie tylko krajów cywilizowanych, ale także tych o gorszym statusie ekonomicznym. Nie ma wątpliwości, że najpoważniejsze instytucje urologiczne jak ICS (Międzynarodowe Towarzystwo ds. Trzymania Moczu), ustalając definicję nokturii jako poprzedzoną snem konieczność oddania moczu, po której znów następuje sen, stworzyło definicję, w której nawet jednorazowe oddanie moczu w nocy może stanowić podstawę do tego, by poszukiwać przyczyn takiego stanu rzeczy. Przyczyn jest wiele. Nie tylko te stanowiące o ryzyku nieprawidłowości ze strony dolnych dróg moczowych, ale również te, u podłoża których leżą przyczyny metaboliczne, czyli brak prawidłowego funkcjonowania organizmu spowodowany działaniem różnych układów i narządów. Otyłość, cukrzyca i zaburzenia neurologiczne to elementy, które w sposób istotny wpływają na jakość życia i tym samym determinują konieczność częstszego oddawania moczu w nocy i/lub w dzień. Niestety ma to bardzo poważne implikacje zdrowotne i społeczne. Nie ma najmniejszej wątpliwości, że niewypoczęty organizm jest mniej efektywny nie tylko pod względem intelektualnym, ale również pracy fizycznej. Istnieje większe ryzyko, zwłaszcza u młodych ludzi, zapadalności na choroby o podłożu psychicznym i neurologicznym. Wreszcie, niewyspany organizm mniej panuje nad niekorzystnymi zdarzeniami w pracy np. wypadkami komunikacyjnymi lub spowodowanymi pracą fizyczną. Problem istnieje. Najnowsze badania populacyjne przeprowadzone poza naszym kontynentem pokazują, że objaw spowodowany różnymi nieprawidłowościami organicznymi może dotyczyć nawet 50 procent populacji. W Polsce w dalszym ciągu są prowadzone badania. I problem ten znajduje się w sferze zainteresowań urologów, zwłaszcza w obszarze, który dotyczy nieprawidłowości ze strony układu moczowego i moczowo-płciowego męskiego, zarówno tych anatomicznych, jak i tych czynnościowych wygenerowanych przez układ nerwowy. Nie mam najmniejszej wątpliwości, że być może w niedługim czasie będziemy w stanie przedstawić państwu wyniki badań populacyjnych, które jeszcze bardziej zbliżą nas do tego problemu, z którym walka leży u podstaw poprawy jakości życia naszego społeczeństwa.

RF: W grupie, którą reprezentuje pan Szymon Chrostowski są osoby chorujące na nokturie idiopatyczną. Jakie to są uciążliwości dnia czy też nocy z punktu widzenia chorującego?

S.Ch.: Jest to oczywiście grupa pacjentów zdiagnozowanych, ale jest też ogromna grupa populacji niezdiagnozowanej, która nie wie co leży u podstaw doświadczanych objawów, a które są obiektywne - czyli mikcje w nocy, gdy człowiek jest w głębokiej fazie snu. I tu jest problem dlatego, że po pierwsze jako społeczeństwo, populacja, coraz gorzej się wysypiamy, mamy niedobory snu, z drugiej strony dochodzi dodatkowy czynnik bardzo nieprzyjemny - moczenia się w nocy. Dochodzi też do różnego rodzaju wypadków, co ma istotny wpływ na psychikę. Niewysypianie się powoduje różnego rodzaju zaburzenia psychofizyczne, prowadzi do depresji, ponieważ człowiek niewyspany jest mniej produktywny, a jego jakość życia jest obniżona i prowadzi to do różnego rodzaju zaburzeń, szczególnie właśnie depresyjnych. Dlatego problem nokturii jest złożony na wielu płaszczyznach, ale też nieuświadomionym w wielu przypadkach. I myślę, że

naszą rolą jako organizacji pacjenckich jest edukowanie społeczeństwa, że nokturia to choroba. Czyli, to co nam się przydarza w nocy, jest przez fachowców, Polskie Towarzystwo Urologiczne oraz inne instytucje zajmujące się urologią, konkretnie zdiagnozowane, sklasyfikowane i odpowiednio też leczone. Nasza Fundacja zna przykłady leczenia, które te wszystkie przykre objawy skutecznie zlikwidowało.

R.F.: Skoro jest to choroba i słyszymy, że można ją leczyć, jak to robić?

J.D.: Dolegliwości, o których powiedzieli obaj panowie, to rzeczywiście duży problem i jest jedną z podstawowych przyczyn zgłaszania się chorych do urologa. I nokturia spośród całej grupy tego typu dolegliwości należy do stanowiących dużą uciążliwość. Ona rzeczywiście upośledza jakość życia mężczyzn i kobiet. Szczęśliwie u wielu osób nasilenie tych dolegliwości nie jest duże. Osoby te obserwują, że coś się dzieje z oddawaniem moczu, i to zwykle nie wymaga leczenia - wystarczą podstawowe zalecenia takie jak: unikanie nadmiernej ilości przyjmowanych płynów w godzinach wieczornych oraz jedzenia owoców, dbanie, by dieta była bogatoreszkowa, regularny wysiłek fizyczny. Takie bardzo ogólne zalecenia i wytyczne pozwalają wielu osobom funkcjonować. Natomiast są osoby, u których jest inaczej i to jest rzeczywiście niemała grupa, u których nie jest to tylko pojedyncze wybudzenie. To są osoby wstające kilka razy w nocy, które odwiedziły nie jednego lekarza, wymagające rzeczywiście już leczenia celowanego. A takim już dysponujemy. Mężczyźni najpierw, zwykle są leczeni z powodu łagodnego rozrostu stercza, bo tę chorobę podejrzewa się o przyczynę ich problemu z oddawaniem moczu. Kobiety z kolei leczone są z powodu nadaktywności pęcherza moczowego również z tego samego względu. Ale podłoża idiopatycznej nokturii nie znamy. Nie ma uchwytnej przyczyny, którą możemy naprawić, by ją wyeliminować. I taką nokturie leczy się analogiem wazopresyny. Wazopresyna to hormon antydiuretyczny, który - jak jego nazwa wskazuje - ogranicza diurezę a dokładnie chodzi o powstrzymanie tracenia, gubienia wody w organizmie. Desmopresyna jest analogiem wazopresyny, która działa właśnie w analogiczny do niej sposób, czyli ogranicza diurezę nocną, powodując, że ona wraca do wartości prawidłowych, bo organizm sam w nocy tę diurezę ogranicza, zmniejszając konieczność wstawania po to, by oddać mocz.

R.F.: Słyszę, że choroba dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet. Czy któraś z płci częściej choruje? Zapytam też o wiek chorujących...

P.Ch.: Problem należy rozpatrywać w wielu kategoriach. Jeżeli chodzi o wiek i różnego rodzaju przyczyny, to praktycznie nie ma granicy, chociaż dobitnie należy podkreślić, że stopień nasilenia tej dolegliwości istotnie wzrasta po trzydziestym roku życia. I prawdą jest to, że różnego rodzaju przyczyny mogą wywołać tę dolegliwość. Zarówno przyczyny organiczne, które wynikają z nieprawidłowości układu moczowego u obu płci, i moczowo-płciowego u mężczyzn, a są nimi odpowiednio: nadaktywność pęcherza, rozrost gruczołu krokowego u mężczyzn, ale także zaburzenia neurologiczne, również choroby układowe jak cukrzyca, choroby o podłożu neurologicznym, wreszcie łącznie wszystkie te dolegliwości, których współistnienia nie można wykluczyć. I poza koniecznością leczenia przyczynowego, u którego podstaw leży dopasowanie terapii do konkretnego człowieka, przypadku choroby, istnieje również konieczność leczenia objawowego, czyli takiego, który łagodzi następstwa tych przykrych dolegliwości. Niestety, w wielu przypadkach nie dysponujemy jeszcze narzędziami pozwalającymi na całkowite wyeliminowanie problemu. Doskonałym przykładem (w sensie niekorzystnym) jest tutaj cukrzyca czy ciężkie przewlekłe choroby neurologiczne. Ale dysponujemy istotnymi narzędziami pozwalającymi na to, żeby tę jakość życia poprawić, redukując ilość niekontrolowanych epizodów konieczności oddawania moczu, zwłaszcza odbywających się w nocy, powodujących poza objawem niewyspania ryzyko powstania depresji, frustracji i braku aktywności życiowej i zawodowej, wreszcie ryzyka wystąpienia niekorzystnych zdarzeń związanych z funkcjonowaniem w obecnym świecie.

R.F.: Pan Profesor mówił o niedogodnościach i następstwach nokturii. Słyszymy o depresji i możliwości upadków, wypadków, szeregu następstw mogących mieć poważne skutki zdrowotne. Rodzi się pytanie nie tylko o koszty bezpośrednie leczenia tej choroby, ale też koszty pośrednie, które ona generuje.

R.Z.: Koszty pośrednie generowane przez problem nokturii są związane przede wszystkim z konsekwencjami zdrowotnymi tego problemu zdrowotnego. Dane literaturowe pokazują, że im częściej chory zmuszony jest do takiego wstawania nocnego, im większa ilość mikcji występuje w nocy, tym większe ryzyko kontuzji, upadków. To w szczególności w grupie chorych starszych, którym wiadomo, że zazwyczaj towarzyszą inne dolegliwości, jest większe ryzyko osteoporozy. Tu obserwujemy największy odsetek złamań, upadków. I to są dla płatnika dodatkowe koszty medyczne, jak i koszty pośrednie dla ubezpieczyciela. Bo wiadomo, że w przypadku poważniejszych złamań chory będzie musiał udać się na zwolnienie, będzie hospitalizowany. W związku z tym są to konsekwencje dla pracodawcy, ubezpieczyciela i płatnika świadczeń zdrowotnych. Oczywiście, w przypadku chorych aktywnych zawodowo odbija się to też na PKB, na produktywności. Prócz kosztów związanych ze złamaniami, bardzo istotne są kwestie związane ze stanami nerwicowymi czy w ekstremalnych przypadkach depresję, bo jeśli chory w ciągu nocy musi wstawać cztero-, pięcio- czy sześciokrotnie to jest on notorycznie niewyspany, niezregenerowany, a więc dużo bardziej podatny na stany nerwicowe i depresję.

R.F.: Czyli jest to choroba, która po trosze dotyka całej rodziny a na pewno najbliższego otoczenia? Nie wiemy jakiej populacji w Polsce może dotyczyć ta choroba. Jak jest za granicą?

R.Z.: Jeśli chodzi o Polskę danych szczegółowych nie mamy ponieważ nie da się z tych systemów informatycznych prowadzonych w Polsce wyodrębnić tak szczegółowego wskazania, nie ma też prowadzonych rejestrów tak szczegółowo prowadzonych. Możemy odnosić się do szacunków pochodzących z innych krajów, ale nie mam pewności czy możemy je przenieść na populację polską.

R.F.: I zastanowić się, na ile efektywne kosztowo jest leczenie nokturii idiopatycznej? Czy tu dane mamy?

R.Z.: Efektywność kosztowa jest wykazana, bo jeśli odniesiemy się do progu wskaźnika QALY [liczba lat życia skorygowana jego jakością], to dane pokazują, że terapia mieści się w tym progu. Natomiast jeśli chodzi o wpływ na potencjalny budżet płatnika, to takie estymaty są trudne do przeprowadzenia ze względu na brak precyzyjnych danych dla populacji polskiej.

R.F.: Opinie na temat m.in. efektywności kosztowej wydaje AOTMiT. Czy Agencja zajmowała się już problemem leczenia nokturii idiopatycznej? Jako to wygląda z punktu widzenia Agencji?

J.P.: Zderzymy się z tym problemem już niedługo. Jeden wniosek refundacyjny na produkt, który może być zastosowany w nokturii jest w tej chwili w ocenie Agencji. Czekają nas ogromna praca, bo populacja polska jest nieznaną, więc będziemy próbować ją oszacować. Druga rzecz to trudność odróżnienia nokturii powszechnie występującej u pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi od nokturii idiopatycznej, a właśnie na nokturie idiopatycznej jest lek, który jest w tej chwili w ocenie Agencji. Myślę, że rekomendacja prezesa Agencji jest możliwa na początku listopada tego roku. Ale ogrom pracy przed nami, więc nie umiem powiedzieć dziś jakie będą wyniki tej pracy.

R.F.: Wiemy, że z powodów legislacyjnych ostateczna decyzja należy do ministra zdrowia często bez względu na to, jaka jest opinia Agencji, choć stanowi ona podstawę przy podejmowaniu decyzji.

J.P.: Zapraszam wszystkich na stronę internetową AOTMiT, zwłaszcza na biuletyn informacji publicznej. Od czerwca tego roku publikujemy nie tylko rekomendacje i opinie Rady Przejrzystości, ale również dokumenty analityczne Agencji. Wszyscy mogą zapoznać się dokładnie z opracowaniem i tym wszystkim z czym się zderzyliśmy. Serdecznie zapraszam.

R.F.: Przedwcześnie jest pytać NFZ. Tu płatnik został wywołany do odpowiedzi, choć coś mógłby odpowiedzieć w tej chwili. Państwo niejednokrotnie znajdują się w sytuacji pewnych oczekiwań kierowanych w kierunku naszego narodowego płatnika. Pani dyrektor ma duże doświadczenie w działaniach NFZ na rzecz refundowania preparatów na takie choroby, które wydają się na początku bardzo powszechne, potem jest określana populacja, jest opinia AOTMiT, decyzja ministra zdrowia, i NFZ znajduje środki w swoim planie finansowym i jednak korzystamy z dobrodziejstw nowoczesnych terapii. Jak Pani, słysząc tę naszą rozmowę i odwołując się do swoich bardzo bogatych doświadczeń, ale jednak jako reprezentantka NFZ, patrzy na to?

B.W.K.: Mogę tylko tyle powiedzieć, że oczywiście my tych pieniędzy nie mamy. Fundusz nie ma pieniędzy i nie jest to specjalna tajemnica. Natomiast trzy rzeczy trzeba wziąć pod uwagę. Dwie są z zakresu finansów publicznych i finansowania terapii, trzecia i podstawowa jest niestety po stronie nadzoru merytorycznego, wykształcenia poczucia lekarza, by nie robił czegoś takiego, że po pierwsze, jak usłyszysz, że występuje objaw nokturii, to daje lek, bo jakowyś jest dostępny i generalnie na tym pozostawia opiekę nad pacjentem. Musi być stworzona sensowna ścieżka. Idiopatyczna choroba, jak sama nazwa wskazuje, jest bezprzyczynowa. Ale by określić, że choroba jest bezprzyczynowa, albo niemożliwa do określenia jest jej przyczyna, to trzeba wykluczyć wszystko inne. Możemy powiedzieć, że nawet u 50 procent populacji wystąpił pojedynczy czy kilkukrotny objaw w postaci przebudzenia i nocnego oddania moczu. Natomiast musimy pamiętać, że najpierw musimy wykluczyć u mężczyzn przerost prostaty, u kobiet wszystkie inne możliwości, dopiero wtedy możemy mówić o zastosowaniu leczenia na przyczynę, której nie możemy określić. Czy leczenie systemowe w takich chorobach jak cukrzyca, gdzie tego typu objawy występują zawsze, też by się kwalifikowały do takiego leczenia? Z tego co rozumiałam w tym przypadku ma to nie dotyczyć takich pacjentów. Problem z określeniem populacji jest dość dramatyczny, ponieważ systemy sprawozdawcze, na których się opieramy w tej chwili (również AOTMiT) to są systemy sprawozdawcze NFZ. One nie są nastawione na dane epidemiologiczne. To dwie różne rzeczy. A jeśli ktoś kiedykolwiek miał do czynienia z polską kreatywnością i możliwościami związanymi ze sprawozdawczością, to należy się z pewną ostrożnością do tych danych odnosić. Dla nas więc, z punktu widzenia Funduszu określenie populacji i kosztów ostatecznych takiego leczenia to w tej chwili „kosmos”, bo mogą to być olbrzymie koszty albo wcale nie tak wielkie. I rozumiem, że zanim będziemy o tym dyskutować, zostanie stworzona jasna ścieżka kwalifikacji pacjenta do takiego leczenia. I wtedy być może to choć trochę nam określi grupę docelową. Należałoby znaleźć środki w budżecie refundacyjnym, który jak wiadomo jest z góry określony ustawowo i tu nie mamy za bardzo ruchu, bo powyżej tej kwoty wyjść nie możemy. Czy to się więc zmieści czy nie, to też kwestia kalkulacji. Wiemy, że tych pieniędzy za dużo nie jest. Natomiast drugą dla mnie istotną rzeczą, o której trzeba powiedzieć, to koszty opieki nad pacjentem w dwóch etapach: diagnostyki, czyli dojścia do momentu, w którym możemy powiedzieć że choroba jest idiopatyczna, oraz opieki późniejszej. Bo podanie leku to jedno, natomiast to co się dzieje z pacjentem później - to dwie różne rzeczy. I teraz pytanie: czy to powinno być koordynowane na poziomie lekarza POZ czy opieki specjalistycznej? Myślę, że jesteśmy dopiero na początku tematu. Opieka medyczna to całość, to nie jest jeden lek na jeden objaw, bo właściwie teraz mówimy, że to bardziej objaw niż choroba. Będziemy czekać na pewne dane z Agencji oraz na wyniki badań, które mogą nam pokazać przynajmniej przybliżoną populację, po trzecie na jasne standardy takowej opieki, byśmy mogli rzeczywiście liczyć owe koszty.

R.F.: Jak szybko to wszystko może się wydarzyć?

P.Ch.: Cieszę się za szansę zabrania głosu w tym względzie tym bardziej, że pytania sformułowane przez panią dyrektor w sposób jasny i rzetelny leżą u podstaw działalności nie tylko PTU, ale również bardzo ciepłych relacji opartych na merytoryce z organizacjami pacjentskimi. Muszę poinformować, że jesienią ubiegłego roku PTU sporządziło raport oparty na faktach i wytycznych, którymi dysponuje jako jedno z niewielu towarzystw naukowych w naszym kraju, dotyczący modelu postępowania, innymi słowy ścieżki merytorycznej, z chorymi dotkniętymi zaburzeniami czynnościowymi układu moczowego, w tym nokturii. Raport ten z dużym sukcesem został zaprezentowany przez nas w zespole parlamentarnym ds. pacjentów, jesienią ubiegłego roku. Spotkał się z bardzo szeroką akceptacją środowiska. Został przygotowany przez najpoważniejsze instytucje analityczne w kooperacji z PTU i zawiera poza próbą oszacowania problemu populacyjnego w Polsce, opierając się na dostępnych, rzetelnych danych pochodzących z NFZ, również rzetelne opracowanie, innymi słowy, wytyczne - w jaki sposób postępować z tymi chorymi. Te dane nie są tylko dostępne w zespole parlamentarnym ds. pacjentów, ale również na witrynach internetowych PTU, w siedzibie Towarzystwa oraz w ręku każdego urologa, który współpracuje z PTU, zajmując się leczeniem tymi chorymi. To by pokrótce stanowiło odpowiedź na dwa zasadnicze pytania. Trzecie, o którym mówimy, jest również fundamentalne tzn. nakład inwestycyjny na badania populacyjne, które mogłyby przynieść rozwiązanie w dziedzinie oszacowania tego problemu zarówno w zakresie idiopatycznym, jak i w zakresie skojarzonym z wieloma innymi poważnymi chorobami. Mówiliśmy o tym, że niekiedy leczenie przyczynowe nie likwiduje wszystkich objawów. Jest w stanie powstrzymać progresję pewnych form, ale objaw istnieje i stanowi katastrofę dla utrzymania dobrej jakości życia. Nie mam najmniejszej wątpliwości, że mieszkając w kraju o najwyższym pułapie cywilizacyjnym warto być w tym względzie tam, gdzie inni już dawno są.

R.F.: Ta konkluzja zabrzmiała jak podsumowanie całej dyskusji, ale poproszę Państwa, by jednym zdaniem powiedzieli to, co uważają za najważniejsze jeżeli chodzi o temat naszego dzisiejszego spotkania.

S.Ch.: Z naszego, pacjentskiego punktu widzenia oraz fachowców urologów, którzy są najlepszymi przyjaciółmi kobiety i mężczyzny, jest ważna jakość życia i jeśli istnieją szanse na poprawę tej jakości życia, w takim przypadku o jakim dziś mówimy, warto zjednoczyć się koalicyjnie oraz konsyliacyjnie i pochylić się nad tym pacjentem.

J.P.: Mogę rzetelnie Państwu obiecać, że pochylimy się nad wszystkimi wadami i zaletami leczenia pacjentów na nokturię. Znamy wytyczne Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. I przyjdzie nam zderzyć się z tym wszystkim, co już wiemy i czego jeszcze nie wiemy na temat leczenia pacjentów aparatem, który jest w tej chwili w ocenie Agencji.

R.Z.: Chciałbym się odnieść do podejścia, które stosują inne kraje. I takim benchmarkiem, do którego polski system ochrony zdrowia jest porównywalny, to system brytyjski oparty w dużej mierze o jednego, głównego płatnika jakim jest NHS. W systemie brytyjskim rządowa agencja oceny technologii medycznych rekomenduje stosowanie analogów wazopresyny właśnie w nokturii spowodowanej idiopatyczną nocną poliurią, po wyeliminowaniu innych przyczyn tego objawu i po niepowodzeniu leczenia innymi opcjami terapeutycznymi. Myślę, że również w Polsce takie podejście powinno być zastosowane. Równolegle powinny zostać stworzone możliwości monitorowania tej populacji, czy na zasadzie rejestru czy też może produktów rozliczeniowych, albo kodów pozwalających na identyfikację takich chorych przez płatnika.

B.W.K.: Ja niestety jestem tu bardzo konserwatywna. Zgadzam się całkowicie z panem profesorem, że lepiej być wśród tych krajów na odpowiednim poziomie cywilizacyjnym, ale musimy pamiętać o tym, że za taki poziom cywilizacyjny trzeba zapłacić, ponieważ takie są realia życia. Bardzo chętnie finansowałabym wszystko na poziomie NHS, pod warunkiem, że miałabym tyle pieniędzy w systemie, ile ma Wielka Brytania. Przepraszam, ale jak słyszę porównania z innymi systemami, to zwykle mamy takie same oczekiwania, ale realia od nich odbiegają. Zawsze i wszędzie mówiliśmy, że profilaktyka i pewne wyprzedzające

działania, łącznie z takim leczeniem, prewencja przeciwko niezdolności do pracy czy wszystkim innym kosztom pośrednim, jest jak najbardziej opłacalna. Ale my, w naszym systemie cały czas mamy „gaszenie pożarów”. W związku z czym, pierwsza rzecz to trzeba to zmienić, druga jest taka, że trzeba bardzo realnie i z wiedzą podchodzić do pacjenta oraz zabezpieczyć wszystkie jego potrzeby, w tym leczenia chorób podstawowych. I wtedy zajmować się leczeniem tego czegoś, co jest „w okolicy”. I trzecia rzecz – jeżeli nie będziemy mieli sensownego systemu rozdziału środków, połączonego oczywiście z bardzo wnikliwym monitorowaniem, bo gdzie są pieniądze publiczne tam nie ma niczych pieniędzy, to wszystko są nasze pieniądze i jesteśmy z nich rozliczani, w związku z czym musi być system monitorowania jakości, wydatków i rzetelna wiedza lekarska kierująca pacjenta tam, gdzie jest jego największe dobro.

J.D.: Bardzo się cieszę, że mówimy o urologii, dolegliwościach dotyczących tej specjalności. Urologia jest jedną z trzech specjalności, na którą zapotrzebowanie w społeczeństwie, które się starzeje, a do takiego się zaliczamy, będzie wyraźnie wzrastać. Mamy dużo pracy obecnie i będziemy jej mieli coraz więcej. Dolegliwości dolnych dróg moczowych stanowią jedno z podstawowych wyzwań lekarzy mojej specjalności. A nokturia jest jedną z tych dolegliwości, która w sposób istotny, jako jedna z najbardziej dokuczliwych, obniża jakość życia. Idiopatyczna poliuria nocna jest najczęstszą przyczyną nokturii, problemu który w sposób również bezpośredni zależy od wieku.

R.F.: Czy kiedy wie Pan, Panie Profesorze, jak wielka praca została wykonana, powiedział Pan o raporcie przygotowanym przez środowisko urologów. Wiemy już, że jest zlecenie ze strony MZ do AOTMiT i problemem nokturii już się tam zajmują. Czy jakoś optymistycznie myśli Pan o wachlarzu dostępnych środków do leczenia pacjentów, którzy zgłaszają się do Pana?

P.Ch.: Ja muszę podkreślić dobitnie, że cały czas myślę optymistycznie. Z wielkim entuzjazmem i nadzieją patrzę w przyszłość opartą na wspólnym działaniu, dlatego że wspólne działanie dla dobra wspólnego powoduje powstanie produktu, którego beneficjentem jest chory. I to jest cel wszystkich naszych aktywności, łącznie z tą, w której mamy przyjemność i zaszczyt dziś uczestniczyć. Cały sens naszej pracy dedykowany jest temu, by nasz chory, polski pacjent, mając na względzie starzenie się populacji, odnosząc do tego występowanie wielu chorób, o których dzisiaj mówimy, wzrastających z wiekiem, miał z naszej działalności olbrzymie korzyści, czuł się bezpiecznie w Polsce. Bezpiecznie mając na względzie to, że jest udziałowcem i korzystającym z polskiego systemu opieki zdrowotnej.

URL artykułu: <https://www.medexpress.pl/pacjent/debata-medexpressu-nokturia-71699/>