

Urolodzy i ginekolodzy powinni ze sobą współpracować dla dobra pacjentów

Violetta Madeja



foto: iStockphoto

Pacjentki z problemami urologicznymi oraz współwystępującymi schorzeniami natury ginekologicznej apelują o zwiększenie liczby lekarzy specjalistów, którzy mogliby skutecznie zająć się ich zdrowiem. Odpowiedzią na ich postulaty byłoby umożliwienie kształcenia lekarzy w wąskim kierunku uroginekologii. Pomysł ten ma swoich ambasadorków zarówno po stronie organizacji pacjenckich, jak również w środowisku lekarzy - urologów i ginekologów.

Uruchomienie szkolenia specjalizacyjnego w obszarze uroginekologii było jednym z postulatów wysuwanych przez pacjentów już w czerwcu 2018 roku, podczas obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji. W ocenie Teresy Bodzak, przewodniczącej Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, wiele pacjentek zmagających się z problemem nietrzymania moczu i obniżonych narządów rodnych musi być pod opieką równoległe dwóch lekarzy specjalistów - urologa, który

monitoruje objawy typowego NTM, jak również ginekologa, który może pomóc w przypadku wystąpienia zjawiska obniżania się narządów rodnych.

- *Uroginekologia mogłaby połączyć te dwie specjalności, szczególnie że zdecydowana większość pacjentów nie zmagają się wyłącznie z klasycznym wysiłkowym nietrzymaniem moczu, ale ma postać mieszaną i na przykład obok nietrzymania moczu zmagają się również z pęcherzem nadreaktywnym* - wskazuje Teresa Bodzak. W jej ocenie oba środowiska specjalistów - zarówno ginekolodzy, jak również urolodzy - powinny zdecydowanie wypracować konsensus w tym obszarze, zwłaszcza że około 80 proc. pacjentów z nietrzymaniem moczu to kobiety.

Nikt nie chce zająć się kobietami?

Zdaniem Anny Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”, problemy związane z oddawaniem moczu czy kontrolą pęcherza to w Polsce nadal temat tabu. W efekcie po poradę do lekarza udaje się zaledwie co trzecia pa-

cientka, a pozostałe trafiają do specjalisty dopiero po ponad dwóch latach od wystąpienia pierwszych objawów choroby. Problemy z nietrzymaniem moczu stają się dla chorych prawdziwą udręką i przyczynkiem do wycofania się z życia społecznego.

– *Warto dodać, że choroby takie jak na przykład zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) i towarzyszące mu objawy nietrzymania moczu, nie są tylko nieodzownym elementem starości, ale także konsekwencją ciąży* – dodaje Anna Sarbak. Niestety, często pacjenci zmagający się z tym problemem, chcąc sprawnie i właściwie zdiagnozować się, muszą znaleźć właściwego lekarza. W praktyce okazuje się, że jest to zadanie niezwykle problematyczne.

– *Polscy urolodzy wyspecjalizowali się w leczeniu schorzeń uroonkologicznych. Już dzisiaj leczenie nowotworów zajmuje im 80 proc. czasu, co oznacza, że mają go znacznie mniej dla pacjentów z NTM. Z kolei wśród ginekologów tylko niewielka grupa lekarzy ma wiedzę i doświadczenie w leczeniu uroginekologicznym. W efekcie rośnie liczba źle postawionych diagnoz i powikłań po zabiegach* – tłumaczy prezes stowarzyszenia „UroConti”.

Jej zdaniem, stworzenie podspecjalizacji, dzięki której lekarze mogliby nabywać właściwych umiejętności w leczeniu szeroko rozumianych schorzeń dna miednicy, pozwoliłoby pacjentom uzyskać szerszy dostęp do leczenia.

Dobre wzorce funkcjonują poza Polską

Jedną z ambasaderek poprawy opieki nad pacjentkami z NTM jest prof. Ewa Barcz, kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie. To właśnie w jej placówce kobiety z NTM mogą liczyć na kompleksową opiekę i właściwie prowadzoną kontrolę schorzeń na pograniczu układu moczowego i płciowego. Pani profesor przyznaje, że jest to możliwe tylko dzięki połączeniu siły i doświadczenia lekarzy ginekologów oraz urologów.

– *Dobre wzorce opieki nad kobietami z problemami narządów dna miednicy czerpiemy z kilku krajów, które proces budowania modelu opieki nad pacjentkami już przeszły. Ten proces nie był łatwy, ale dzięki niemu powstała specjalizacja z uroginekologii w Wielkiej Brytanii czy tożsama z nią specjalizacja poświęcona schorzeniom dna miednicy kobiet i chirurgii rekonstrukcyjnej w Stanach Zjednoczonych* – wyjaśnia prof. Ewa Barcz.

Podkreśla, że podobne rozwiązania z sukcesem wprowadzono w również w Szwajcarii, w Czechach, a w formie certyfikowania również w Niemczech i innych krajach niemieckojęzycznych.

– *Tam funkcjonuje to nieco odmiennie, bowiem nie jest to specjalizacja nadawana przez komisje państwowe, ale sprowadza się do nadawania certyfikatów I, II i III stopnia przez towarzystwa naukowe. Specjalista I stopnia ma prawo do diagnostyki i leczenia zachowawczego, specjalista II stopnia – do wykonywania pełnych procedur chirurgicz-*

nych, a specjalista III stopnia ma dodatkowo prawo do dydaktyki – mówi prof. Barcz.

Uroginekolog, czyli kto?

Zgodnie ze schematami szkolenia specjalizacyjnego obowiązującego m.in. w Wielkiej Brytanii, lekarze uroginekologodzy przechodzą dwuletni staż (po wcześniejszym zakończeniu szkolenia i zdaniu egzaminów z zakresu położnictwa i ginekologii), w trakcie którego nabywają umiejętności w zakresie pełnej diagnostyki i leczenia schorzeń dna miednicy. Dzięki temu lekarze znają specyfikę zbierania wywiadu z pacjentem, przeprowadzania badań (m.in. urodynamicznych czy ultrasonograficznych), leczenia zachowawczego, farmakoterapii, pesaroterapii, określonych technik operacyjnych, czy w końcu fizjoterapii. Zarówno procedury diagnostyczne, jak i terapeutyczne, którymi się posługują uroginekologodzy na świecie, w Polsce należą do wspólnych kompetencji urologów i ginekologów, a w niektórych przypadkach do kompetencji wyłącznie jednej z tych grup specjalistów. Powoduje to brak możliwości pełnego i kompleksowego leczenia chorej przez jednego specjalistę.

– *Warto jednak zwrócić uwagę, że szkolenie z technik operacyjnych jest ujęte w określone ramy i każdy lekarz w trakcie stażu musi wykonać określoną liczbę procedur* – wyjaśnia prof. Ewa Barcz. – *W tym miejscu należy podkreślić, że istotny jest pełny wachlarz wykonywanych procedur, a w naszym kraju często zdarza się, że konkretna placówka nie oferuje wszystkich typów zabiegów, czy ze względu na brak możliwości sprzętowych, czy właśnie niedostateczne szkolenie podyplomowe. W efekcie kompleksowego szkolenia czy certyfikacji w zakresie uroginekologii szkolący się lekarz byłby w stanie dobrać właściwy model leczenia i przeprowadzić każdą z procedur zabiegowych* – dodaje.

Pani profesor podkreśla również, że brytyjski model szkolenia pozwala na wszechstronne wykształcenie lekarza, który potrafi przynieść ulgę pacjentkom ze schorzeniami dna miednicy, podczas gdy w Polsce pacjentka często krąży między specjalistami z różnych dziedzin.

– *W Polsce nie zawsze oferuje się pacjentce optymalne i kompleksowe leczenie, a zdarza się niestety czasem, że procedura dostosowywana jest do możliwości konkretnego ośrodka* – przyznaje prof. Barcz.

Dlatego też postulowanym przez część środowiska rozwiązaniem jest szkolenie obu grup lekarzy – zarówno ginekologów, jak i urologów.

– *Często urolodzy są przygotowani do leczenia nietrzymania moczu, a jednocześnie nie mają w swych kompetencjach kompleksowego leczenia innych chorób dna miednicy, na przykład wypadania narządów płciowych. Niestety u kobiet, w przeciwieństwie do mężczyzn, te problemy się w 60 proc. nakładają i rzadko pacjentki mają czyste nietrzymanie moczu. Jeśli nie wykształcimy grupy ludzi potrafiących kompleksowo pomóc pacjentkom, to leczenie kobiet w problemami*

uroginekologicznymi będzie nadal przypadkowe i nie będzie odpowiadać na problemy naszych pacjentek - podkreśla specjalistka.

Kształcenie polskich lekarzy wymaga zmian

Zdecydowanym zwolennikiem łączenia sił lekarzy urologów i ginekologów w opiece nad pacjentkami z wysiłkowym NTM oraz obniżonymi narządami rodnymi jest również urolog dr n. med. Mariusz Blewniewski.

- Są kraje, gdzie uroginekologia funkcjonuje jako specjalizacja lub podspecjalizacja, oferując pacjentom pewne konkretne umiejętności pomocne w rozwiązywaniu określonych problemów zdrowotnych - podkreśla dr Blewniewski. - Obecnie lekarze każdej z tych specjalności, czy to urolodzy, czy to ginekolodzy, deklarują, że są w stanie rozwiązywać problemy zdrowotne Polek związane między innymi z nietrzymaniem moczu. Niestety większość z nich jest w ogromnym błędzie, ponieważ patrząc na szkolenie specjalizacyjne młodych lekarzy - czy to w obszarze urologii, czy ginekologii - to zazwyczaj, odbywając swój staż na oddziałach innych niż główny obszar specjalizacji, przechodzą oni szybkie szkolenie, obserwując przypadki, które akurat pojawiają się na oddziale. W efekcie kształcenie to nie jest takie, jakie być powinno - dodaje.

Jego zdaniem tego typu kształcenie - bez możliwości praktycznego uczestnictwa w przeprowadzanych operacjach - nie pozwala lekarzom nabyć odpowiednich umiejętności koniecznych w leczeniu tego typu schorzeń.

- Podobnie jest z ginekolodami, którzy trafiają w trakcie stażu również na cztery lub osiem tygodni na oddziały urologii. Obserwują tam zabiegi na przykład usunięcia pęcherza czy prostatektomii radykalnej, które w praktyce nie pomogą im w wykonywaniu zawodu. Stąd pojawia się moje pytanie: czemu ma służyć takie kształcenie lekarzy? Co oni wyniosą z takiego stażu? - pyta Mariusz Blewniewski.

Uroginekologia kością niezgody

Urolog przyznaje, że nie rozumie oporu, jaki w kontekście uroginekologii pojawia się ze strony części środowiska urologicznego i w nieco mniejszym stopniu ze strony środowiska ginekologów.

- Ginekolodzy zdają się być zdecydowanie bardziej otwarci na tę współpracę i wykonywanie procedur uroginekologicznych. Natomiast z przykrością obserwuję, że wielu lekarzy urologów nie potrafi i nie podejmuje się zbadania pacjentki przez pochwę w celu oceny jej problemów również natury urologicznej. Dlatego ważne jest, by lekarzy urolog potrafił właściwie zająć się przetoką pęcherzowo-pochwową, natomiast lekarz ginekolog zdobył wiedzę i umiejętność zacewnikowania moczowodów i był zdecydowanie bardziej samowystarczalny w rozwiązywaniu problemów na pograniczu układów moczowego i płciowego - ocenia dr Mariusz Blewniewski.

Prof. Ewa Barcz wskazuje, że obserwując efekty modelu

opieki kompleksowej i bardzo ścisłej współpracy ginekologów z urologami, jest przekonana, że wspólne szkolenia w tym obszarze są bardzo uzasadnione.

- W naszym szpitalu leczymy około 400 pacjentek z NTM rocznie, które przeszły zabiegi i inne formy leczenia i znajdują się pod naszą obserwacją. Wyniki tych procedur sięgają nawet 96 proc. pełnego wyleczenia - podkreśla prof. Barcz. Równie dobre efekty leczenia międzyleski oddział ginekologiczny ma również w przypadku pacjentek z powikłaniami, czyli tych poddanych ponownej interwencji chirurgicznej z powodu nieskutecznego lub powikłanego leczenia. W przypadku tej grupy pacjentek wyniki sięgają 86-87 proc. w porównaniu do średniej światowej na poziomie około 60 proc. Jest to efekt kompleksowego podejścia do problemów zdrowotnych kobiet ze schorzeniami dna miednicy.

- Zarówno mi, jak i całej grupie lekarzy nie zależy na tym, aby tę specjalizację nazwać w konkretny sposób czy wykonywać przedrostek uro-, ale na tym, by właściwie wykształcić ludzi gotowych poświęcić swoje życie zawodowe tym problemom. Niestety, obecny system szkolenia podyplomowego uniemożliwia lekarzom zapewnienie kompleksowej pomocy pacjentkom ze schorzeniami dna miednicy, zwłaszcza że przy tego typu problemach zdrowotnych trudno jest wskazać granicę, gdzie kończy się rola urologa, a zaczyna ginekologa, i odwrotnie - przyznaje prof. Ewa Barcz.

Jej zdaniem, jasne wytyczenie granicy działania dla urologów i ginekologów jest trudne z uwagi na wspólne mechanizmy doprowadzające do obniżania się narządów miednicy, pojawienia się wysiłkowego nietrzymania moczu czy nadreaktywności pęcherza moczowego, obniżania narządów miednicy, zespołów bólowych czy nawracających infekcji.

- Jeżeli lekarz nie będzie rozumiał kompleksowo tych mechanizmów i nie będzie znał zjawisk i problemów, jakie mechanizmy te wywołują, to w praktyce nie będzie w stanie tych schorzeń efektywnie leczyć. Dodatkowo należy pamiętać, że profilaktyka czy wczesne leczenie dotyczą już kobiet ciężarnych lub młodych matek po porodach drogami natury. Dlatego też dzielenie leczenia schorzeń typu wysiłkowe nietrzymanie moczu czy wypadanie narządów dna miednicy jest zabiegiem sztucznym, który nie przynosi korzyści pacjentkom - ocenia ginekolog i dodaje: - Jestem przekonana, że jest grupa urologów i ginekologów, którzy chcieliby się tymi schorzeniami kompleksowo zająć. Warto dać im szansę na właściwe kształcenie i współpracę.

Pacjenci również liczą na to, że oba środowiska będą potrafiły ułożyć relacje między sobą, tak jak ma to miejsce w międzyleskim szpitalu.

- Dla nas, pacjentów, liczy się przede wszystkim szerszy dostęp do takich ginekologów, urologów, czy uroginekologów, którzy potrafiliby kompleksowo zająć się naszymi problemami - podsumowuje Anna Sarbak.