

Nietrzymanie moczu, czyli kobieca wstydliva choroba

z prof. zw. dr hab. n. med. Ryszardem Porębą, Prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii i Położnictwa w Tychach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach rozmawia Jerzy Wiśniewski

W jakich obszarach medycyny najbardziej aktywne jest obecnie Polskie Towarzystwo Ginekologiczne?

– Odbierając we wrześniu ub. r. w Lublinie oficjalną nominację na Prezesa PTG, zaproponowałem w exposé działania wielotorowe: kształtowanie rozwoju polskiej nauki położniczo-ginekologicznej, promowanie jej na forum międzynarodowym, zwrócenie uwagi na wyszkolenie zawodowe oraz położenie większego nacisku na przestrzeganie zasad etyki. Najważniejszym celem PTG winno być zmniejszenie umieralności kobiet podczas porodów. Wymaga to m.in. zmian organizacyjnych w salach porodowych, odpowiedniego wyposażenia, dostępności do niezbędnych leków, w tym najcenniejszych środków krwiozastępczych do ratowania kobiet w ciężkich krwotokach.

A co konkretnie jest priorytetem PTG?

– Bezwzględnie Narodowy Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. To akcja na dużą skalę o charakterze społecznym, informacyjnym i promocyjnym. Ma poprawić niekorzystne dla Polski wskaźniki. Co roku wykrywa się raka szyjki macicy u około 4000 kobiet. Co roku z tego powodu umiera około 2000 kobiet. To znaczy, że rok w rok, w Polsce umiera jedno małe miasto kobiet. Drugim poważnym problemem jest umieralność kobiet w okresie okołoporodowym.

Na dolegliwość nietrzymania moczu nie umiera się, a doskwiera ona sporej grupie kobiet po 40 roku życia.

– Nietrzymanie moczu jest chorobą społeczną. To w pewnym sensie kalectwo, które degraduje kobietę zarówno w środowisku zawodowym, jak i w rodzinie. Kobiety wstydzą się, że nie utrzymują moczu i dlatego nie mówią o tym lekarzom. Wolą nosić wkładki, zakładać tampony.

Co jest przyczyną nietrzymania moczu?

Są różne postaci nietrzymania moczu, najczęściej występuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, które objawia się np. podczas śmiechu czy kaszlu, biegu, a nawet zwykłego spaceru. Generalnie u wielu pacjentek powodem nietrzymania moczu jest przebyty ciężki poród, który może

doprowadzić do obniżenia narządu rodnego i pęcherza moczowego. Bywa, że niektóre kobiety mają po prostu predyspozycje genetyczne, np. słabo funkcjonujący układ zwieraczy cewki moczowej. Najczęściej nietrzymanie moczu pojawia się w klimakterium. Niedobór hormonów w tym okresie, głównie estrogenów, powoduje, że układ mięśniowy jest słabszy, zwieracze są mniej wydolne i gdy następuje tłocznia brzuszna, nie mogą utrzymać moczu.

Czy ginekolodzy trafnie oceniają przyczynę nietrzymania moczu?

– PTG organizuje liczne specjalistyczne konferencje i sympozja. Pozostałe sekcje, np. chirurgii ginekologicznej, też poruszają ten temat. Szkolenie w tym zakresie jest w Polsce bardzo intensywne. Lekarze mają dosłownie arsenał metod, które mogą stosować.

Na czym polega leczenie?

– To łatwe i szybkie zabiegi operacyjne, jeżeli chodzi o wysiłkowe nietrzymanie moczu. Wykonujemy ich w Polsce rocznie kilkanaście tysięcy. Pacjentka przebywa w szpitalu jeden lub dwa dni. Tylko parcie nagłace można leczyć farmakologicznie.

Nie można zachowawczo nic zaradzić?

– Zakłada się różnego rodzaju wkłady dopochwowe, ale to dość uciążliwe. Radykalną metodą jest tylko krótka operacja.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje takie zabiegi?

– Tak, i to zarówno w naszym pionie ginekologicznym, jak i urologicznym. NFZ płaci za każdą operację.

Gdzie wykonuje się te zabiegi?

– W Polsce jest 439 oddziałów położniczo-ginekologicznych. W każdym wykonuje się co roku po kilkadziesiąt zabiegów. Natomiast w Klinice Ginekologicznej w Lublinie czy w Klinice Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie operuje się kilkaset kobiet. Jeżeli przyczyną nie jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, a np. przetoki, to konsultujemy się oczywiście z urologami.

Od kilku lat mówi się o potrzebie utworzenia nadspecjalizacji uroginekologicznej.

– Dostrzegamy potrzebę powstania takiej nadspecjalności w ramach PTG. Kto uzyska taki tytuł



będzie najlepiej diagnozował i najlepiej leczył. A zapotrzebowanie na takich specjalistów jest ogromne. W Polsce około 50 proc. kobiet, najczęściej w wieku od 40 do 60 lat, cierpi na tego typu problemy. Wiele z nich jest przecież jeszcze w okresie reprodukcyjnym. Dlatego trzeba szkolić ginekologów i położników oraz położne, żeby nie doszło do niekorzystnych zmian podczas porodu lub przynajmniej je zminimalizować.

Ilu powinno być w Polsce uroginekologów?

– Przynajmniej po kilku w każdym województwie, i nie mniej niż stu w całym kraju. Urodziny nie są bowiem w stanie opanować tak dużej ilości przypadków. Mają oni przecież do zoperowania m.in. kamice, nowotwory urologiczne i chore nerki.

Jak będzie można zdobyć taką nadspecjalizację?

– Szkolenia, egzaminy, nauka, operatywy. PTG wyznaczy system szkoleń. Starający się o kwalifikacje uroginekologa będzie musiał po szkoleniu zdać egzamin przed komisją, na którym wykaże się wiedzą oraz udokumentuje jakie i ile operacji przeprowadził. Dopiero po spełnieniu tych warunków zdobędzie nadspecjalność uroginekologa. Ale najpierw program uroginekologii musi zaakceptować Ministerstwo Zdrowia. Taka nadspecjalność już funkcjonuje np. w Wielkiej Brytanii. W Polsce szczegółowy program przyszłej nadspecjalności opracował nasz znakomity kolega, ginekolog prof. Tomasz Rechberger, który jest kierownikiem Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i wiceprezesem PTG. ■