

0 planach rozwoju uroginekologii

Z PROFESOREM WŁODZIMIERZEM BARANOWSKIM,
PREZESEM ELEKTEM SEKCJI UROGINEKOLOGII POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO,
ROZMAWIA JOANNA KAMIŃSKA



i warsztaty z zakresu badań urodynamicznych. Mają one na celu próbę wypracowania i aktualizacji standardów diagnostyczno - leczniczych.

- Czy będzie Pan kontynuował działania rozpoczęte przez poprzedni Zarząd?

- W zasadzie odpowiedź na pierwsze Pani pytanie stanowi potwierdzenie kierunku i sposobu działania poprzedniego zarządu sekcji. Muszę powiedzieć, że poprzeczka została postawiona bardzo wysoko i powtórzenie osiągnięć poprzedniego kierownictwa na czele z prof. Tomaszem Rechbergerem będzie trudne. Jednak obejmując kierownictwo Sekcji, miałem świadomość skali wyzwania. Ze swojej strony mogę zapewnić, że nowy zarząd ma wolę działania co naj-

działalności Sekcji, podczas gdy jej pracami kierował Pan Profesor Tomasz Rechberger?

- Dla mnie najbardziej istotnym osiągnięciem poprzedniego zarządu Sekcji, było uświadomienie w gremiach ginekologicznych i urologicznych ważności uroginekologii w codziennej pracy kliniczno-szpitalnej i ambulatoryjnej. Ta świadomość przyniosła w efekcie, obok docenienia skali zjawiska, prawidłowy algorytm postępowania u pacjentki ze schorzeniem uroginekologicznym. Dowodem na to jest sieć pracowni urodynamicznych oraz sieć ośrodków leczących schorzenia uroginekologiczne. Dzięki aktywności prof. Rechbergera i jego zespołu, problemy uroginekologiczne z marginesu zainteresowań wielu naszych kolegów awansowały na miejsce im należne, chociażby z uwagi na olbrzymią skalę zjawiska, ale także i cierpienia, które doznają pacjentki ze schorzeniami uroginekologicznymi. Niewątpliwą zasługą poprzedniego zarządu jest również fakt zauważania polskich uroginekologów w światowych organizacjach zrzeszających lekarzy o takim profilu aktywności zawodowej i naukowej. Imponujący jest także dorobek organizacyjny poprzedniego zarządu Sekcji - liczba zorganizowanych konferencji i liczba uczestników tych spotkań mówi sama za siebie.

- Lublin i Warszawa to dwa istotne punkty na uroginekologicznej mapie Polski. Które jeszcze placówki specjalizują się w tym zakresie?

- Mapa ta jest coraz bogatsza. Oprócz kilku ośrodków w Warszawie czy Lublinie, myślę że istotne miejsce należy się ośrodkom z Łodzi, Górnego Śląska, Poznania, Białegostoku czy Rzeszowa. Umyślnie nie wymieniam konkretnych Klinik czy Oddziałów, dlatego, że w danym mieście czy regionie działa ich kilka, a nie chciałbym nikogo pominąć

- Jakie miejsce w uroginekologii zajmuje problem nietrzymania moczu?

- Obok wypadania narządu płciowego jest to niewątpliwie główny problem w codziennej aktywności zawodowej uroginekologa. Inne schorzenia, typu zapalenia śródmięższowego pęcherza czy przetok mo-

- Panie Profesorze, wkrótce obejmie Pan przewodnictwo Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Jak Pan widzi najbliższą działalność tej Sekcji?

- Formalne przekazanie kierownictwa Sekcji Uroginekologii PTG odbędzie się 31 grudnia 2009 roku, co jest wyrazem usiłowań unifikacji i próby uporządkowania działalności sekcji przez Zarząd Główny PTG. Najbliższym zadaniem nowego kierownictwa Sekcji będzie przejęcie dotychczas wytworzonych danych i ich weryfikacja (na przykład lista członków Sekcji). Z działań naukowo-szkoleniowych - wiosną 2010 roku, we współpracy z Polskim Towarzystwem Urologicznym zostanie zorganizowana Konferencja pod hasłem Uroginekologia 2010. Ideą tej konferencji jest przekazanie nowości zarówno naukowych jak i praktycznych jak najszerzej rzeszy zainteresowanych uroginekologią. Równolegle, w wytypowanych ośrodkach w Polsce będą odbywały się warsztaty naukowo-kliniczne

na poziomie poprzedników. Planuję, oprócz organizacji dużych ogólnopolskich konferencji, organizowanie spotkań o regionalnym zasięgu, których głównym celem będzie przedstawianie praktycznych rozwiązań klinicznych w zakresie problemów uroginekologicznych.

- Czy będzie Pan wspierał działania zmierzające do utworzenia nadspecjalizacji uroginekologicznej?

- Oczywiście. Tak jak mój poprzednik na tym stanowisku, od kilku lat staram się wspólnie z kolegami urologami o formalne utworzenie systemu szkolenia w uroginekologii na zasadzie nadspecjalizacji. Jak dotychczas, mimo przygotowanego obszernego opracowania programu i harmonogramu szkolenia, sprawa utknęła w Ministerstwie Zdrowia. Instytucja ta nadal nie rozstrzygnęła w sposób systemowy problemu nadspecjalizacji, w tym również uroginekologii.

- Co, Pana zdaniem, szczególnie istotnego udało się osiągnąć przez ostatnie siedem lat

► czowych, stanowią naprawdę niewielki odsetek leczonych. Oczywiście z punktu widzenia pacjentki, każde schorzenie jest dla niej najważniejsze, ale dane epidemiologiczne, aczkolwiek fragmentaryczne, stanowią jak wyżej. Jest to jednocześnie dziedzina naszej aktywności, w której w ciągu ostatnich lat dokonał się największy postęp i dokonuje się on w dalszym ciągu na naszych oczach, co powoduje konieczność nieustannego doskonalenia umiejętności i powiększania zasobu wiedzy w tej dziedzinie.

- Jak Pan Profesor ocenia umiejętności lekarzy ginekologów i urologów w zakresie leczenia NTM? Co można zrobić aby je jeszcze poprawić?

- Należy tutaj rozgraniczyć dwie rzeczy - wiedzę i umiejętności praktyczne. Te ostatnie są bezlitośnie weryfikowane przez wyniki leczenia. Uroginiekologia jest tą dziedziną naszego działania, w której obowiązują zasady medycyny rekonstrukcyjnej, a nie amputacyjnej. Wymaga to naprawdę dużych umiejętności i zmiany mentalności „operacyjnej”. W leczeniu NTM kluczo-

wym etapem jest postawienie właściwej diagnozy - w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia - powszechna dostępność badania urodynamicznego i umiejętność interpretacji wyników tego badania, w tym przełożenie na odpowiedni sposób leczenia. W zakresie leczenia operacyjnego wydaje mi się, że nie ma dostatecznie powszechnej świadomości, że operacja w wysiłkowym nietrzymaniu moczu jest zabiegiem prostym, ale nie jest zabiegiem łatwym do wykonania - w tym sensie aby został wykonany ściśle według precyzyjnie określonych reguł dla danej drogi operacyjnej i stosowanego produktu leczniczego. Ogólnie oceniając umiejętności w tym zakresie, mogę powiedzieć, że ośrodki o dużym doświadczeniu prezentują dobre i bardzo dobre wyniki, nieco gorzej jest w ośrodkach wykonujących takie zabiegi sporadycznie albo w niewielkiej liczbie. Chwała również tym, którzy świadomi swoich możliwości odsyłają pacjentki do ośrodków mających doświadczenie w uro-

ginekologii. W nawiązaniu do powyższych spostrzeżeń, oczywistym jest fakt konieczności nieustannego szkolenia, kontaktów między poszczególnymi ośrodkami i w przyszłości - mam nadzieję nieodległej - stworzenie regionalnych ośrodków referencyjnych, które podjęłyby trud ustawicznego szkolenia i weryfikacji umiejętności wykonujących zabiegi uroginiekologiczne. Niewątpliwie elementem podnoszącym jakość leczenia uroginiekologicznego byłaby nadspecjalizacja w tym zakresie - jak mówiłem na początku naszej rozmowy wymaga to rozwiązań systemowych - w tym przypadku piłka jest po stronie Ministerstwa Zdrowia.

- W imieniu całej redakcji Kwartalnika NTM życzę Panu Profesorowi aby najbliższe lata, kiedy będzie Pan kierował pracami Sekcji Uroginiekologii PTG, były owocne nie tylko dla lekarzy ginekologów i urologów, ale w szczególności dla pacjentek dotkniętych tymi problemami.

Zalecenia ICI dotyczące rozpoznawania i postępowania w nietrzymaniu moczu u pacjentów z wybranymi schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego – cz. III

Zanik wieloukładowy

DR BARTOSZ DYBOWSKI, DOC. PIOTR RADZISZEWSKI

KATEDRA I KLINIKA UROLOGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ I CZYNNOŚCIOWEJ WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

Epidemiologia i chorobowość

Zanik wieloukładowy (ang. multiple system atrophy; MSA), opisywany wcześniej jako zespół Shy i Dragera, jest rzadko występującą chorobą degeneracyjną układu nerwowego o nieznanym podłożu, dotyczącą osób dorosłych. Charakteryzuje się zaburzeniami funkcji autonomicznych tj. ortostyczne spadki ciśnienia, brak wydzielania potu, zaburzenia wzrodu, objawy pozapiramidowe i upośledzenie kontroli nad oddawaniem moczu i stolca. Objawy nietrzymania moczu są spowodowane neurogenną nadreaktywnością wypieracza i osłabieniem zwieracza zewnętrznego cewki (Beck i wsp.).

Kirchhof i wsp. (2003) stwierdzili, że objawy zaburzenia czynności pęcherza poprze-

dzwały wystąpienie ortostatycznych spadków ciśnienia u 76% pacjentów. Zaburzenia czynności zwieracza rozpoznawane przy użyciu EMG stwierdzano u 91% pacjentów z MSA.

Patologia i swoiste dla choroby objawy ze strony dolnych dróg moczowych

Miejszem odpowiedzialnym za występowanie zaburzeń mikcji w MSA, wydaje się, że jest miejsce sinawe (ośrodek mikcji w moście). Prace Benarrocha (2001, 2003) wykazały, że w MSA dochodzi do poważnego zmniejszenia liczby neuronów katecholaminergicznych

w brzuszno-bocznych obszarach C1 i A1 rdzenia, co może powodować odpowiednio ortostatyczne spadki ciśnienia i zaburzenia endokrynologiczne występujące w tej chorobie. Do występowania neurogennych zaburzeń czynności pęcherza może ponadto prowadzić utrata neuronów syntetyzujących kortykoliberynę.

Obszerne badania nad występowaniem objawów ze strony układu moczowego u pacjentów z MSA przeprowadzili Sakakibara i wsp. (1993, 2001). Stwierdzili następującą częstość występowania poszczególnych objawów: trudności w oddawaniu moczu u 79%, częstomocz nocny u 74%, parcia naglące u 63%, nietrzymanie moczu z parcia u 63%, częstomocz dzienny u 45%, moczenie u 19% i zatrzymanie moczu u 8% pacjentów. 100% pacjentów z MSA prezentowało