

Niedocenianym następstwem NTM u starszych pacjentów jest ograniczanie przez nich wypijanych płynów, w nadziei na to, iż zmniejszy się nasilenie problemu i częstość incydentów nietrzymania moczu. Skutkuje to niestety przede wszystkim postępującym odwodnieniem organizmu starszej osoby z towarzyszącymi zaburzeniami elektrolitowymi, osłabieniem siły mięśniowej, zaparciami stolca, pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia. Czasami wymaga to nawet uzupełnienia niedoborów płynów drogą dożylną. Innym następstwem NTM może być nieprzyjmowanie przez starszą osobę niezbędnych w jej sytuacji leków, z uwagi na wiązanie incydentów NTM z ich przy-

mowaniem (np. nieprzyjmowanie leków moczopędnych zaleconych z powodu nadciśnienia tętniczego lub niewydolności krążenia).

NTM może stanowić także duże obciążenie finansowe dla osoby dotkniętej tym problemem. Musi ona ponosić koszt zakupu środków absorpcyjnych, niezbędnych leków, środków pielęgnacyjnych. Jak się okazuje, pojawienie się nietrzymania moczu jest także czynnikiem zwiększającym ryzyko instytucjonalizacji obłożnie chorej osoby starszej - opieka w takiej sytuacji staje się znacznie trudniejsza i kosztowniejsza, i opiekunowie nie zawsze są w stanie z nią sobie poradzić.

## Uroinekologia w systemie kształcenia młodych lekarzy - w ocenie urologów

Katarzyna Walewska

**W** poprzednim numerze *Kwartalnika NTM* rozpoczęliśmy cykl artykułów poświęcony specjalizacji uroinekologii. Wówczas zaprezentowaliśmy stanowisko lekarzy ginekologów odnośnie potrzeby uruchomienia specjalizacji w tej dziedzinie. Szereg argumentów przytaczanych przez specjalistów wskazywał wówczas na zasadność zakwalifikowania tejże specjalizacji jako szczegółowej ścieżki w kształceniu młodych lekarzy.

Wydawać by się mogło, że leczenie uroinekologiczne jest domeną specjalistów ginekologii, rzeczywistość pokazuje jednak, że urolodzy również prowadzą leczenie pacjentek uroinekologicznych. W wielu oddziałach urologicznych wykonuje się szereg zabiegów uroinekologicznych tj. operacyjne leczenie nietrzymania moczu, zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej czy operacje przetok moczowych. Obecnie trend ten utrzymuje się również w większości krajów europejskich, w których brakuje zintegrowanego szkolenia uroinekologicznego. Pacjentki ze schorzeniami uroinekologicznymi diagnozowane i leczone są przy współpracy lekarzy różnych specjalności, głównie ginekologów i urologów. Szeroka współpraca w tym zakresie pomiędzy lekarzami tych dwóch specjalności pozwala na w miarę optymalne wykorzystanie możliwości terapeutycznych pacjentek uroinekologicznych. Czy jednak jest to idealne rozwiązanie? Z argumentów przytaczanych przez specjalistów ginekologii (red. w 44 numerze *Kwartalnika NTM*) wynika, że obecny system leczenia schorzeń uroinekologicznych ma wiele minusów. Podstawowym problemem jest swobodny dostęp do leczenia schorzeń uroinekologicznych dla każdego urologa i ginekologa, bez względu na to w jakim stopniu

dany specjalista

zna się na specyfice zabiegów uroinekologicznych.

To z kolei skutkuje mnóstwem operacji wykonywanych nieprawi-

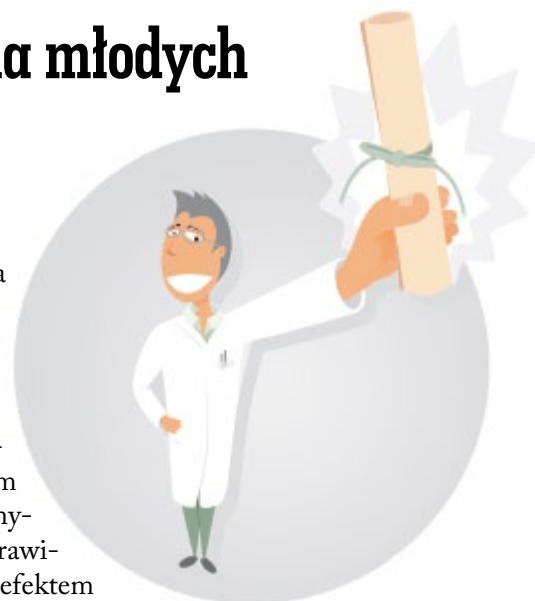
dłowo, których efektem

są ponowne zabiegi czy re-

operacje, obciążające przede wszystkim zdrowie i komfort pacjenta, jak również budżet państwa, który je finansuje.

Od kilku lat o zmianę tej sytuacji stara się sekcja uroinekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, w ramach której podjęto już działania zmierzające do zaklasyfikowania uroinekologii w systemie kształcenia młodych lekarzy jako jednej z węższych ścieżek specjalizacyjnych. Efektem jest opracowany we współpracy z lekarzami urologii obszerny program wraz z harmonogramem szkoleń dla przyszłych specjalistów uroinekologii. Dokument ten kilka lat temu został złożony u konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii - prof. Stanisława Radowickiego oraz za jego pośrednictwem do Ministerstwa Zdrowia.

Przez wzgląd na to, że uroinekologia jest dziedziną interdyscyplinarną o zajęcie stanowiska w tej sprawie poprosiliśmy przedstawiciela środowiska urologów, którzy w swojej codziennej pracy często zajmują się leczeniem schorzeń uroinekologicznych. Swoim zdaniem na ten temat podzielił się z nami dr Mariusz Blewniewski doświad-



czony urolog z Kliniki Urologii Szpital im. M. Kopernika w Łodzi. *W krajach europejskich istnieje taka specjalizacja jak uroginekologia, także w Polsce jest na nią miejsce, oczywiście jako nadspecializację* – argumentuje doktor Blewniewski. *Zabiegi operacyjne wykonywane w zakresie uroginekologii występują zarówno w katalogu urologii, jak i ginekologii. Wielu specjalistów uważa się za uroginekologów – szczególnie ginekologów – ponieważ wykonują zabiegi zakładania taśm podcewkowych. Jednak ich wiedza na temat uroginekologii pochodzi z piśmiennictwa, a nie z doświadczenia – wyjaśnia. Z drugiej strony specjaliści mający uroginekologiczne doświadczenie zabiegowe nie posiadają certyfikatu potwierdzającego ich umiejętności i wiedzę. Jak widać, panuje w tym zakresie straszny bałagan, ma to negatywny wpływ zarówno na lekarzy jak i pacjentów. Lekarze, którzy nie mieli okazji praktykować pod okiem doświadczonego specjalisty popełniają błędy, co z kolei pociąga za sobą występowanie szeregu powikłań, które często nie są leczone przez operatorów, tylko innych specjalistów od „niby” uroginekologii. Ponadto staże specjalizacyjne z urologii i ginekologii nie uczą przyszłych specjalistów elementów uroginekologii. Stażyci wykorzystywani są jako „hakowi” do zabiegów np. prostatektomii czy nefrectomii – dodaje doktor Blewniewski.*

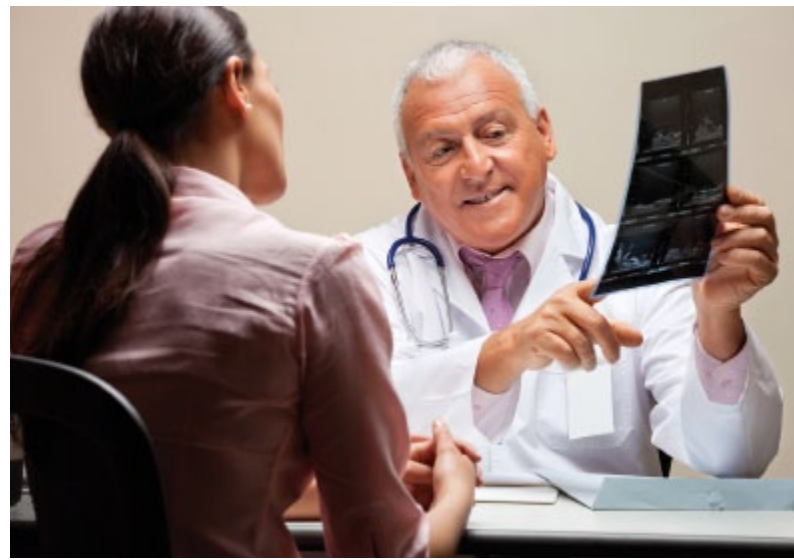
Poza kwestią wykształcenia młodych uroginekologów i nadania im certyfikatów potwierdzających ich umiejętności do wykonywania zabiegów uroginekologicznych, pozostaje jeszcze pytanie o specjalistyczne ośrodki, w których zajmowano by się leczeniem tego typu schorzeń. Zdaniem dr. Blewniewskiego zabiegi uroginekologiczne powinny być wykonywane w ośrodkach mających odpowiedni sprzęt i doświadczenie, a także wykonujących pełny zakres zabiegów uroginekologicznych, jak np. cystoskopia z oceną błony śluzowej pęcherza, pobraniem wycinka w śródmiąższowym zapaleniu pęcherza (IC) czy cewnikowanie moczowodów oraz podanie toksyny botulinowej do ściany pęcherza w przypadkach zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). *Z drugiej strony nie powinno się ograniczać dostępu chorych do lekarzy, a lekarzom do wykonywania procedur NFZ – nadmienia doktor Blewniewski. Rozwiązaniem być może jest stworzenie katalogu procedur uroginekologicznych, które mogłyby być przeprowadzane jedynie w ośrodkach referencyjnych, co ograniczyłoby liczbę nieprawidłowo wykonanych zabiegów w placówkach mało doświadczonych w uroginekologii, w których przeprowadza się w ciągu roku tylko pojedyncze procedury – dodaje.*

Za stworzeniem ośrodków referencyjnych przemawiałby zapewne argument w postaci rosnącego zapotrzebowania na tego typu zabiegi. *Zapotrzebowanie na specjalistów z uroginekologii jest. Widać to po chorych, które przychodzą po 3-4 nieudanych operacjach nietrzymania moczu lub cystocele, czy nieskutecznym leczeniu IC oraz OAB i proszą o ratunek. Dotychczas leczone były w ośrodkach ze znikomym doświadczeniem. A skąd kobiety mają wiedzieć gdzie się udać? – pyta retorycznie dr Blewniewski. Uważam, że*

*dwa ośrodki: urologia i ginekologia, w województwie, spełniające wymagania programu specjalizacyjnego byłyby wystarczające – tłumaczy dr Blewniewski.*

Doktor Blewniewski pozytywnie odniósł się również do prac poczynionych w kierunku uznania uroginekologii za jedną z nadspecializacji. *Myszę, że autorom tego pomysłu nie zabraknie cierpliwości i doprowadzą do powstania tak bardzo potrzebnej dziedziny w Polsce. Patrząc ze strony urologa uważam, że młode pokolenie urologów jest zainteresowane nie tylko onkologią urologiczną, ale także urologią kobiecą. W Polsce powinno powstać naukowe Towarzystwo Kontynencji i Neurourologii, które w porozumieniu i przy współpracy z ICS (red. Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji) oraz IUGA (red. Międzynarodowe Towarzystwo Uroginekologów), rozpowszechniałoby uroginekologię wśród młodych urologów i ginekologów.*

Jak widać wola ze strony lekarzy specjalistów w kwestii uruchomienia nadspecializacji uroginekologii jest. Nie-



stety, aby nowa ścieżka znalazła się w systemie kształcenia młodych lekarzy, sama wola lekarzy nie wystarczy, musi ona zostać uwzględniona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentytów. Ostatnia nowelizacja rozporządzenia miała miejsce w styczniu 2013 r. Wówczas na fali popularności zapłodnienia metodą in vitro resort zdrowia zdecydował się uwzględnić w nim nową specjalizację endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, która ma zająć się nie tylko technikami wspomaganego rozrodu, ale również całą gałęzią klasycznej endokrynologii ginekologicznej.

O to jakie są szanse na uwzględnienie w kolejnym rozporządzeniu specjalizacji z uroginekologii zapytamy wkrótce konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz samych urzędników resortu zdrowia, a stanowiskiem w tej sprawie podzielimy się z Państwem na łamach kolejnego wydania *Kwartalnika NTM*.