

W ciągu najbliższych lat nastąpi dynamiczny rozwój uroginekologii



Z prof. dr hab. Janem Kotarskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, rozmawiają Joanna Kamińska i Tomasz Michałek

- Jak ocenia Pan wiedzę i umiejętności lekarzy ginekologów w dziedzinie leczenia nietrzymania moczu? Czy każdy ginekolog jest w stanie pomóc pacjentce zgłaszającej się do niego z problemem NTM?

Uważam, że w ciągu ostatnich kilku lat bardzo znacznie zwiększyła się wiedza ginekologów na temat zaburzeń statyki i nietrzymania moczu. Jest to niewątpliwym sukcesem Pana profesora Rechbergera (i kierowanej przez niego sekcji uroginekologii), który bardzo energicznie rozprowadzał tę tematykę. W większości szpitali dostępne są badania urodynamiczne i pacjentki są kompleksowo diagnozowane i leczone. Na obecnie nie można jeszcze powiedzieć, że stan polskiej uroginekologii jest bardzo dobry, ale jest już dość dobrze.

- Jak ocenia Pan perspektywę rozwoju stosunkowo nowej specjalizacji będącej połączeniem urologii i ginekologii, czyli tzw. uroginekologii?

Ze wszystkich nadspecjalności ginekologicznych ta będzie najtrudniejsza w sensie konstrukcji i logistyki, dlatego że programy szko-

leniowe muszą dotyczyć również urologów i być troszkę inne w zakresie kształcenia urologów, a troszkę inne w zakresie kształcenia ginekologów. Sądzę jednak, że ta nadspecjalność może być atrakcyjna zarówno dla ginekologów, jak i dla urologów.

Uroginekologia to problematyka, która ma przed sobą w tej chwili długie lata bardzo dynamicznego rozwoju. Ze względu na postęp medycyny średnia długość życia kobiet znacznie się wydłuża. Natomiast zaburzenia statyki i kontroli mikcji są zależne od wieku. W związku z tym odsetek kobiet, które mają problemy z funkcjonowaniem układu moczowego w wieku starszym będzie stale rósł. Z tego powodu można się spodziewać dużej presji społecznej na rozwój tej dziedziny.

- W jednym z ubiegłorocznych artykułów zamieszczonych w Kwartalniku NTM wspominał Pan, że Polskie Towarzystwo Ginekologiczne pracuje nad opracowaniem programu dla tej nadspecjalizacji. Mówił Pan wówczas, że PTG chciałoby aby prace nad tym programem zostały ukończone do końca 2007 roku. Na jakim etapie w tej chwili są te prace?

Jednym z elementów, który utrudnia takie prace jest pewna niestabilność w zarządzaniu służbą zdrowia. Zmiana rządów i ministrów sprawia, że prace nad programem nadspecjalizacji stają się mniej ważne. W związku z tym to nie idzie takim tempem jakbyśmy chcieli,

ale mam nadzieję, że w tym roku złożymy komplet dokumentów, który uruchomi całą formalną machinę do powołania tej nadspecjalizacji.

- Kiedy taka nadspecjalizacja może zacząć realnie funkcjonować?

Kończąc swoją kadencję prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w 2009 roku i chciałbym żeby do tego czasu kwestia nadspecjalizacji była zamknięta.

- Jak Pan Profesor ocenia współpracę z Polskim Towarzystwem Urologicznym w zakresie powołania nadspecjalizacji uroginekologii? Czy w ogóle taka współpraca istnieje?

Przez bardzo nienaturalne warunki finansowania służby zdrowia stworzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia był taki moment, że stworzyła się konkurencyjność w działaniu Towarzystwa Urologicznego i Towarzystwa Ginekologicznego. Nie ma czegoś gorszego niż niewłaściwa konkurencyjność, dlatego że te specjalności powinny ze sobą współpracować, a nie konkurować. Na pewno urologi będą zawsze dominowali tam gdzie problemy urologiczne będą bardziej zaznaczone, natomiast nie wyobrażam sobie żeby urolog, który zajmuje się sprawami uroginekologii nie był przeszkolony w wykonywaniu podstawowych operacji ginekologicznych związanych z zaburzeniami statyki. Również nie wyobrażam sobie żeby ginekolog, który zajmuje się uroginekologią nie umiał pewnych podstawowych procedur urologicznych. Często lekarze tych dwóch specjalności ze sobą współpracują przy zabiegu. Ja sam słuchając wykładów profesora Borkowskiego, profesora Borówki, czy urologów z Lublina nauczyłem się bardzo wiele.

- Czy zgadza się Pan ze stwierdzeniem, że w Polsce brakuje standaryzacji ćwiczeń mięśni dna miednicy stosowanych przy profilaktyce i leczeniu NTM? Fizjoterapeuci skarżą się, że nie mają skąd czerpać wiedzy na ten temat. Czy Polskie Towarzystwo Ginekologiczne widzi tutaj rolę dla siebie?

Sądzę, że jest to wstydliva strona działalności ginekologów. Wszyscy mają świadomość, że kinezyterapia jest ważna, wszyscy podkreślają to, że działania operacyjne nie powinny być przeprowadzane bez wstępnej próby leczenia zachowawczego. Natomiast odsetek kobiet, które są poddane tej terapii jest bardzo mały. Wiele pacjentek sygnalizuje, że nikt ich nie poinformował o możliwości leczenia wysiłkowego NTM, czy zaburzeń statyki poprzez ćwiczenia fizyczne.

Jednak nie można winić za to tylko ginekologów. "Typowa" pacjentka z NTM jest to kobieta w wieku ponad 50 lat, nie rzadko z nadwagą. Pacjentki często bywają rozczarowane, gdy lekarz zamiast "cudownej tasiemki" proponuje jej długotrwałe i męczące ćwiczenia gimnastyczne, które nie muszą w stu procentach pomóc.

W ramach XXX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, który odbędzie się

▶ we wrześniu 2009 roku w Lublinie planujemy zorganizowanie całej sesji uroginekologii nie-zabiegowej.

- Jakie metody leczenia NTM, według Pana Profesora, obecnie dominują wśród ginekologów?

W tej chwili zdecydowanie dominuje leczenie operacyjne. Zabiegi z założeniem taśmy zrewolucjonizowały cały system leczenia NTM. Są dwa tego powody. W ciągu ostatnich kilku lat operacje pętlowe uległy znacznej ewolucji, która poszła w tym kierunku, że zabieg staje się technicznie łatwiejszy i że odsetek powikłań jest znacznie mniejszy. Lekarze są przeszkoleni i przyszykowi do przeprowadzania takich zabiegów. Nawet lekarz o średniej sprawności operacyjnej bez kłopotu wykonuje te zabiegi. Skuteczność zabiegów jest bardzo duża, w związku z tym presja społeczna staje się coraz większa - pacjentki oczekują takich zabiegów.

- Czy nie uważa Pan, że to polityka refundacyjna państwa ma wpływ na dominację leczenia zabiegowego nad leczeniem farmakologicznym lub zachowawczym niefarmakologicznym?

Chyba niezupełnie tak jest. Koszty taśm nie są małe i w procedurze to jest prawie na granicy opłacalności, więc szpitale nie zarabiają dobrze na pacjentkach z nietrzymaniem moczu. Konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego oraz użycie materiału syntetycznego, a wycena tych zabiegów wcale nie jest bardzo wysoka. Ale w porównaniu z innymi procedurami ginekologicznymi jest to procedura, która daje zyski.

- W ubiegłym roku Pan Profesor zgłosił wniosek aby poszerzyć listę lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające o ginekologów. Dlaczego do tej pory ginekologów nie było na tej liście? Jak Pan to sobie tłumaczy?

Jest to dla mnie niewytłumaczalne, mogę mieć tylko pewne przypuszczenia. W Polsce istnieje wiele towarzystw naukowych. Ministerstwo Zdrowia zasięgając opinii odpowiedniego towarzystwa naukowego prosi o wypowiedzenie się. Zapytane Towarzystwo odpowie tak jak jemu jest wygodniej. Być może pytanie było tutaj skierowane do Towarzystwa Urologicznego, które odpowiedziało, że urologzy powinni mieć prawo do wypisywania zleceń. Nie

oznacza to, że urologzy uważają, że ginekologzy nie powinni mieć takiego prawa. W systemie refundacji bardzo często rządzi przypadek. Ale sądzę, że to w sposób naturalny ulegnie ewolucji.

- Co według Pana należałoby jeszcze zrobić żeby podnieść poziom leczenia nietrzymania moczu w Polsce?

To ważny problem na ile powołanie nadspecjalizacji powinno wywrzeć pozytywny wpływ na funkcjonowanie pozostałej populacji lekarzy. Sądzę, że trzeba kontynuować stałe szkolenia. Głównym problemem jest nie brak umiejętności założenia taśmy, lecz niewłaściwa kwalifikacja pacjentki i leczenie w nieodpowiedni sposób. Tematyka uroginekologii musi być stale obecna na spotkaniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

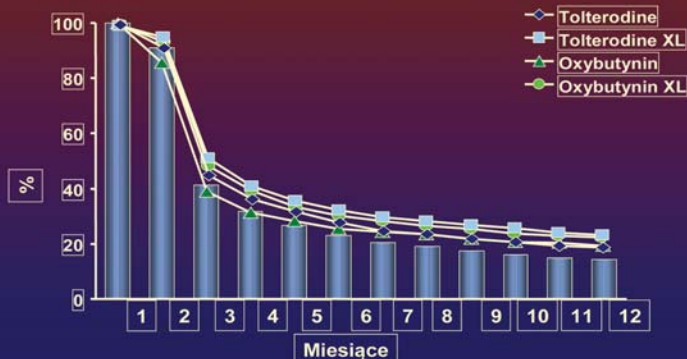
Jak utworzona zostanie już nadspecjalizacja i powstaną ośrodki referencyjne, to zostanie wydzielona grupa specjalistów, ale nie może to być grupa zamknięta. Ta specjalność powinna rozwijać się nie tylko w centrach referencyjnych. W każdym większym szpitalu powinien być specjalista w zakresie uroginekologii. ■

Racjonalna terapia lekami antycholinergicznymi - jak zmniejszać objawy niepożądane?

Dr hab. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pacjenci leczenia antycholinergicznymi



Pęcherz nadreaktywny to schorzenie, które można kontrolować stosując leki antycholinergiczne. Obecnie nie jest znany lek, który brany przez wystarczającą ilość czasu, leczylby całkowicie nadreaktywność

pęcherza moczowego. Dlatego terapia lekami antycholinergicznymi jest leczeniem przewlekłym, a pacjenci muszą być o tym fakcie poinformowani. To sprawia również, że objawy niepożądane, wywoływane przez leki sto-

sowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego nie mogą być rozpatrywane w kategorii objawów przemijających, jak np. w przypadku antybiotykoterapii, kiedy niektóre objawy niepożądane są do zaakceptowania, ponieważ wiadomo, że leczenie będzie trwało przez krótki, z góry określony czas.

W przypadku nietrzymania moczu tak nie jest. Z badań ankietowych wynika, że pacjenci przyjmujący leki antycholinergiczne przez dłuższy czas, często rezygnują z leczenia, ponieważ albo nie spełniło ono ich oczekiwań albo objawy niepożądane są nie do zaakceptowania.

Poniżej przedstawiono rezygnację pacjentów z leczenia w okresie rocznej terapii oksybutyniną i tolterodyną.

Leki antycholinergiczne działają na receptory muskarynowe w całym organizmie. Nie jest możliwe stworzenie leku antycholinergicznego, który nie wywoływałby żadnych działań niepożądanych.

Najczęstszymi objawami niepożądanymi są:

- suchość w jamie ustnej,
- zaburzenia widzenia,
- zaparcia,
- zaburzenia procesów poznawczych,