

Listy do redakcji

W sprawie specjalizacji z ginekologii onkologicznej

Szanowny Panie Redaktorze,

Załączam list, który dziś wysyłam do Ministra Zdrowia. Sądzę, że może on zainteresować środowisko. Jeśli podziela Pan mój pogląd, proszę rozważyć publikację w *Nowotworach*.

Z wyrazami szacunku i pozdrowieniami

Prof. dr hab. med. Jan Kornafel
Kierownik Katedry i Kliniki
Ginekologii Onkologicznej
AM we Wrocławiu

Pan
prof. dr hab. med. Grzegorz Opala
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Pozwalam sobie skierować do Pana kilka uwag odnoszących się do problemu, jaki stanowi kolejne odsunięcie w bliżej nieznaną przyszłość ustanowienia w naszym kraju specjalizacji z ginekologii onkologicznej.

Ośmielam się to uczynić, gdyż od z górą 20 lat zajmuję się niemal wyłącznie leczeniem nowotworów kobiecych narządów płciowych. Jestem profesorem zwyczajnym wrocławskiej Akademii Medycznej, kieruję Katedrą Onkologii i Kliniką Ginekologii Onkologicznej tej uczelni. Pierwszych 14 lat pracy zawodowej przepracowałem w Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa – uzyskałem tam drugi stopień specjalizacji z ginekologii i położnictwa i doszedłem do stanowiska adiunkta. Od 1984 roku pracuję w Katedrze Onkologii, będąc jednocześnie zastępcą, a następnie ordynatorem oddziału ginekologii onkologicznej oraz oddziału radioterapii ginekologicznej w regionalnym ośrodku onkologicznym we Wrocławiu. Posiadam specjalizację z radioterapii onkologicznej. W czasie licznych pobytów zapoznałem się szczegółowo z organizacją ochrony zdrowia i systemem opieki onkologicznej w Szwecji, odbyłem m.in. staż kliniczny w Radiumhemmet w Sztokholmie.

W klinice, którą kieruję, tylko w 2000 roku na oddziale radioterapii leczono 377 chorych z pierwszorazowym rozpoznaniem nowotworu złośliwego, w tym 132 chore na raka szyjki macicy, 109 chorych na raka trzonu macicy, 25 chorych na nowotwory złośliwe jajników, 40

chorych na raka sutka, 15 chorych z rakiem sromu i 39 pacjentek z rozpoznaniem innych nowotworów – nabłonka kosmówkowego narządów płciowych, nowotworów OUN, nerek, jelita grubego, płuc i przerzutów nowotworowych do kości oraz ziarnicy złośliwej i chłoniaków niezłośliwych. W klinicznym oddziale operacyjnym wykonano w tym samym roku 538 dużych zabiegów chirurgicznych – operowano 132 chore na nowotwory łagodne i 404 chore na pierwotne i nawrotowe nowotwory złośliwe: jajników – 164, endometrium – 75, szyjki macicy – 21, sromu – 36 i inne (m.in. resekcje układu chłonnego, niedrożność jelit, nowotwory przerzutowe) – 100. W ambulatorium klinicznym udzielono konsultacji 8227 chorych, w tym monitorowano leczenie cytostatykami 388 chorych.

Ośmielam się sądzić, że doświadczenie zebrane w trakcie pracy zawodowej dało mi wystarczające kompetencje i prawo do wyrażenia poglądu w kwestii tak ważnej dla rozwoju systemu opieki onkologicznej w Polsce, jaką stanowi istnienie odrębnej specjalizacji poświęconej leczeniu nowotworów kobiecych narządów płciowych.

Zła sytuacja epidemiologiczna w zakresie nowotworów kobiecych narządów płciowych jest powszechnie znana. Tylko na Dolnym Śląsku nowotwory te łącznie z rakiem piersi stanowią ok. 36% wszystkich nowotworów u kobiet (dla porównania – nikt nie neguje istnienia odrębnych specjalizacji z hematologii dorosłych i hematologii dziecięcej, mimo iż nowotwory układowe u dorosłych i dzieci łącznie stanowią nie więcej, niż 5% nowotworów występujących u obu płci).

Leczenie nowotworów kobiecych wymaga posiadania szczególnej wiedzy i umiejętności. Ich brak jest brzemienne w skutkach – mimo stosowania podobnych schematów leczenia i możliwości używania tych samych narzędzi terapeutycznych wyniki leczenia raka jajnika oraz szyjki i trzonu macicy są w Polsce o kilkanaście punktów procentowych niższe, niż w krajach Zachodu. Paradoksy dla naszego kraju – zachorowalność na raka szyjki macicy nieznacznie spada, a jednocześnie rośnie umieralność wywołana tym nowotworem – jest zjawiskiem nie notowanym w cywilizowanym świecie współczesnym i przynosi nam po prostu wstyd.

Jest oczywiste, że przyczyn takiego stanu jest wiele. Można tu mówić o braku dostatecznych środków na masowe populacyjne badania wykrywcze, na wyposażenie w aparaturę diagnostyczną i terapeutyczną, czy też na zaopatrzenie w leki. Trzeba także pamiętać o niedostatku wiedzy o zdrowiu wśród naszego społeczeństwa – to przede wszystkim powoduje, że 70% nowotworów roz-

poznawanych jest w Polsce w stadiach zaawansowanych, podczas gdy na Zachodzie tyle samo wykrywa się w stadiach wczesnych.

Błędem byłoby jednak nie widzieć, że nie ma w naszym kraju przemyślanego systemu, w którym konsekwentne przestrzeganie ustalonych reguł postępowania dawałoby chorym największą szansę na wyleczenie, szansę optymalną z punktu widzenia aktualnego stanu wiedzy onkologicznej. Brak konsekwencji widoczny jest jednak na każdym kroku i lekarze profesjonalnie zajmujący się leczeniem nowotworów kobiecych podać mogą wiele jego przykładów.

Nie jestem odosobniony w opinii, że jednym z podstawowych elementów systemu gwarantującego optymalny poziom leczenia nowotworów kobiecych narządów płciowych jest istnienie ginekologii onkologicznej jako dziedziny medycyny.

W tym kontekście należy zadać sobie pytanie podstawowe: Czy istnieje w Polsce onkologia ginekologiczna? Odpowiedź na nie jest niejednoznaczna – cóż bowiem stanowi o istnieniu dyscypliny medycznej: określone przypadki chorobowe, ośrodki leczące, osiągnięcia badawcze, czy też istnienie towarzystwa naukowego? Jeśli uznać te warunki za wystarczające, to onkologia ginekologiczna w naszym kraju jest w rozkwicie – chorych mnóstwo, klinik i oddziałów wiele, multum badań naukowych, towarzystwo naukowe także istnieje.

Brak tu jednak podstawowego elementu przypisanego dyscyplinie medycznej – specjalistów! Któż bowiem dziś w Polsce jest ginekologiem onkologiem? Czy jest nim chirurg współpracujący z chemioterapeutą i radioterapeutą? Czy jest nim może ginekolog operujący i leczący systemowo na podstawie bardziej lub mniej certyfikowanej wiedzy, czy też radioterapeuta prowadzący brachyterapię i teleterapię nowotworów kobiecych? Być może najbliższej definicji ginekologa-onkologa są nieliczni dziś w Polsce specjaliści w ginekologii położnictwie oraz w radioterapii lub chemioterapii nowotworów (onkologii klinicznej).

Negując potrzebę wprowadzenia szczególnej specjalizacji w zakresie ginekologii onkologicznej składamy cały ciężar diagnostyki i znaczną część terapii na barki ginekologów-położników. Często, niestety, jesteśmy świadkami postępowania wadliwego, odbiegającego od współczesnego stanu wiedzy na temat leczenia nowotworów, postępowania o nieodwracalnych skutkach. Trudno się jednak temu dziwić, skoro nawet aktualny, świeżo wprowadzony program specjalizacji z ginekologii i położnictwa wśród kilkudziesięciu zakresów wymaganej wiedzy wymienia „profilaktykę, wczesne wykrywanie, rozpoznawanie i leczenie nowotworów niezłośliwych i złośliwych narządów płciowych i gruczołu piersiowego”, a umiejętności tych chce nauczyć lekarza odbywającego 6-letni staż specjalizacyjny poprzez kolokwium składane w drugim roku specjalizacji oraz dwumiesięczny staż kierunkowy „onkologia ginekologiczna” (bez określenia nawet, gdzie ma być odbyty!) – miesiąc w oddziale chirurgicznym oraz po dwa tygodnie w oddziałach radio- i chemioterapii. Nie można się oprzeć wrażeniu, że zamierzony cel jest – delikatnie mówiąc – nazbyt ambitny w stosunku do środków, jakie ma-

ją być zaangażowane w jego realizację. Skutki takiego szkolenia specjalistycznego odczuwać będziemy przez wiele lat.

W krajach rozwiniętych od dawna zrozumiano wagę tego problemu. Nie mierząc zbyt wysoko, przywołajmy przykład Portugalii, której poziom rozwoju podobno mamy osiągnąć najszybciej. Jak to jest w innych krajach – spójrzmy na przykład Portugalii, kraju ponoć nam najbliższego ekonomicznie w Unii Europejskiej.

Szkolenie ginekologów w zakresie problematyki onkologicznej przewiduje tam tzw. poziom pierwszy – 3 miesiące stażu onkologicznego na drugim roku oraz poziom drugi – 3-12 miesięcy stażu na szóstym roku specjalizacji. Do programu załączony jest szczegółowy wykaz wymaganych umiejętności i zakresu wiedzy teoretycznej (na marginesie – w wykazie zabiegów operacyjnych wymaganych w Polsce do uzyskania tytułu specjalisty w położnictwa i ginekologii nie ma zabiegów wykonywanych rutynowo w onkologii ginekologicznej – kto więc ma te zabiegi wykonywać?).

Ciągiem dalszym szkolenia portugalskiego dla wybranych osób może być poziom trzeci – subspecializacja z ginekologii onkologicznej uzyskiwana drogą 3-letniej rezydentury w akredytowanych ośrodkach. Akredytacja ośrodków szkolących w Europie uzależniona jest od liczby chorych – ośrodki te muszą dysponować 50-150 nowymi przypadkami na jednego kształconego rocznie (w całej Wielkiej Brytanii takich miejsc jest tylko 10!).

Wydaje się, że w pełni uzasadnione jest pytanie: Kiedy powstanie w Polsce onkologia ginekologiczna? Posiadamy już wielki potencjał: istnieje program nauczania, potencjalni nauczyciele i ośrodki kształcące. Nie będzie brakować chętnych do zdobywania nowych kwalifikacji, a te zostaną natychmiast wykorzystane z pożytkiem dla chorych. Biorąc pod uwagę normy europejskie kraj nasz potrzebuje 20-40 specjalistów na 10 mln kobiet. Kiedy zatem doczekamy się w naszym kraju 80-90 specjalistów z ginekologii onkologicznej?

Panie Ministrze,

Obecne przemiany systemowe dają niepowtarzalną szansę dokonania i tej zmiany. Wyjdzie ona na korzyść społeczeństwu, przyczyni się do przezwyciężenia impasu, jaki od dłuższego czasu obserwujemy w zakresie wyników leczenia nowotworów kobiecych. Podwyższenie kwalifikacji specjalistycznych lekarzy jest jedną z najmniej kosztochłonnych metod poprawy tych wyników. Umieszczenie w poprzednim projekcie o specjalizacjach ginekologii onkologicznej jako specjalizacji szczegółowej było krokiem we właściwym kierunku. Jej wycofanie w projekcie obecnym jest błędem. Jeśli w istocie wycofanie to nastąpiło wskutek nacisku nieznanego mi bliżej lobby, to proszę zważyć przyczyny takiego stanowiska. Jako meloman wiem, że im chór ma więcej fałszujących głosów, tym głośniej śpiewa.

Z wyrazami szacunku

Jan Kornafel