

## EDITORIAL

ARTYKUŁ REDAKCYJNY



Jan Zieliński

### Oncologic gynecology – a new subspecialty in Poland

Ginekologia onkologiczna – nowa specjalizacja szczegółowa w Polsce

President of Polish Society of Oncologic Gynecology (PTGO)  
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO)

*„Subspecialization has been good for patient care. It is possible that all the advanced in oncology diagnosis and therapy, advanced reproductive technology and perinatal medicine would have taken place without subspecialty development – possible, but unlikely...”*

W.H. Pearse

I consider it a great honor and privilege, that as President of Polish Society of Oncologic Gynecology (PTGO) I have an opportunity to present on the pages of the first issue of the new journal “Ginekologia Onkologiczna” some aspects of this subspecialty stemming from obstetrics-gynecology, which has been recognized many years ago in several countries and approved in Poland only in April 2003.

American Society of Obstetrics and Gynecology was the first to recognize oncologic gynecology as a subspecialty in 1970, one year after the foundation of the Society and appearance of the first issue of the journal “Gynecological Oncology”.

The aim of this subspecialty and journal was to improve the care of women with a diagnosis of cancer of reproductive organs and to improve treatment outcomes by better education of specialists in this field.

In Europe, oncologic gynecology first evolved in France, Germany, Austria and Norway.

In Italy, the first department of oncologic gynecology was organized in 1961 at the University of Padova, inspired by Felix Rutledge. In 1976, several well-known gynecologists founded the Italian Society of Oncologic Gynecology. The first president of the Society was professor Antonio Onnis, an organizer of international scientific conferences devoted to oncologic gynecology. Most outstanding lecturers from all over the world were invited. Also, Polish gynecologists-obstetricians took part in these meetings.

*„Subspecialization has been good for patient care. It is possible that all the advanced in oncology diagnosis and therapy, advanced reproductive technology and perinatal medicine would have taken place without subspecialty development – possible, but unlikely...”*

W.H. Pearse

Pracuję sobie za ogromny zaszczyt i przywilej, że jako prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO) mam możliwość przedstawienia na łamach pierwszego numeru czasopisma „Ginekologia Onkologiczna” niektórych aspektów istniejącej od wielu lat w różnych krajach świata, a w Polsce zatwierdzonej w kwietniu 2003 r. – na bazie specjalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa – szczegółowej specjalizacji: ginekologii onkologicznej.

Amerykańskie Towarzystwo Położnictwa i Ginekologii było pierwszym towarzystwem, które uznało ginekologię onkologiczną za specjalizację szczegółową (*subspecialization*) – działo się to w roku 1970, rok po założeniu Towarzystwa i wydaniu pierwszego numeru „Gynecological Oncology”.

Celem powołania takiej subspecializacji oraz stworzenia czasopisma była poprawa opieki nad chorymi z rozpoznaniem rakiem kobiecych narządów płciowych oraz uzyskiwanie lepszych wyników leczenia stosowanego przez dobrze wykształconych specjalistów w tej dziedzinie.

W Europie ginekologia onkologiczna początkowo rozwijała się głównie we Francji, Niemczech, Austrii i Norwegii.

W 1961 roku we Włoszech zorganizowano pierwszy oddział ginekologii onkologicznej na Uniwersytecie w Padwie, inspirowany przez Feliksa Rutledge’a. W roku 1976 powstało we Włoszech Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej stworzone przez grupę kilku renomowa-

In 1983 in Venice, after lively discussion and enthusiastic debate, a group of European gynecologists, oncologists, chemotherapists, radiotherapists, pathologists, endocrinologists and pelvic surgeons founded the European Society of Gynecologic Oncology (ESGO). As the first president, they elected professor Antonio Onnis, a great friend of Polish gynecologists and supporter of the idea of development of gynecologic oncology in Europe. The aim of this new Society was promotion of interdisciplinary knowledge in the field of gynecologic oncology, cultural exchange and building of “borderless” Europe. An official journal of the Society was founded too – “European Journal of Gynaecological Oncology”, a specialized periodical in English, second only to the American bimonthly “Gynecological Oncology”.

In Poland, the year 1951 marks the beginning of formation of oncologic gynecology as a subspecialty of oncology, when a separate ward of oncologic gynecology within the Institute of Oncology in Warsaw. The first head of this ward was professor Ludwika Tarłowska. The co-founder of oncologic gynecology in Poland was professor Tadeusz Koszarowski, who already in 1981, 2 years before the creation of ESGO, formulated the following definition: “An oncologist is a specialist (e.g. pathologist, surgeon, radiotherapist, gynecologist, internist) trained additionally in oncology according to a specified program ending by an examination. He/she should be able to exercise, coordinate and direct the team-work aiming at prevention, diagnosis, treatment organization of community-based fight against cancer [...]”. Professor Koszarowski understood perfectly the importance and challenge of gynecological oncology. He pointed out that the principal modalities in the treatment of malignancies of female reproductive organs are: surgery, radiotherapy, chemotherapy, endocrine therapy, and, increasingly often – a combination thereof. He emphasized that these modalities are not competitive but, on the contrary, when intelligently implemented respecting their particular indications and contraindications they complement one another, so they should be used in combination. These issues were presented more forcibly by professor Koszarowski, an oncologic surgeon, than by many prominent gynecologists. In 1991, on the professor Jan Zieliński’s initiative, by then head of the Clinic of Oncologic Gynecology of the Institute of Oncology in Warsaw, in close cooperation with oncologic gynecologic clinical centers and scientific societies all over the world, came into being Polish Societies of Oncologic Gynecology (PTGO). The founding group consisted of gynecologists particularly interested by oncologic problems. The principal aim of the society was to organize trainings and scientific meetings with lectures by prominent domestic and foreign specialists, and lobbying (with no particular or personal profit in mind) for creation of a separate subspecialty

nych ginekologów. Pierwszym przewodniczącym tego Towarzystwa został profesor Antonio Onnis, organizator międzynarodowych konferencji naukowych poświęconych rozwojowi ginekologii onkologicznej. Na zjazdy te zapraszani byli najznamienitsi wykładowcy z dziedziny ginekologii onkologicznej z całego świata. Brali w nich udział również polscy ginekolodzy-położnicy. W roku 1983 w Wenecji po żarliwych dyskusjach i entuzjastycznych debatach grupa europejskich ginekologów, onkologów, chemioterapeutów, radioterapeutów, patologów, endokrynologów i chirurgów miednicy mniejszej powołała Europejskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (ESGO). Pierwszym przewodniczącym został profesor Antonio Onnis, wielki przyjaciel ginekologów polskich i inspirator rozwoju ginekologii onkologicznej w Europie. Celem Towarzystwa było promowanie wiedzy interdyscyplinarnej z dziedziny ginekologii onkologicznej, jak również wymiana kulturalna i budowanie Europy „bez granic”.

Zacząto wydawać własny oficjalny organ – „European Journal of Gynaecological Oncology”, drugie w świecie specjalistyczne czasopismo anglojęzyczne po wydawanym w USA dwumiesięczniku „Gynecological Oncology”.

W Polsce pierwsze próby utworzenia ginekologii onkologicznej jako wydzielonej z onkologii specjalności podjęto w roku 1951 – wówczas to powstał oddział ginekologii onkologicznej w Instytucie Onkologii w Warszawie. Pierwszym kierownikiem tego oddziału była prof. Ludwika Tarłowska. Za współtwórcę ginekologii onkologicznej w naszym kraju należy uznać również profesora Tadeusza Koszarowskiego, który w roku 1981, a więc na dwa lata przed założeniem ESGO, sformułował następującą definicję: „Onkolog to specjalista (np. patolog, chirurg, radioterapeuta, ginekolog, internista) wyszkolony dodatkowo w onkologii według ustalonego programu zakończonego zdaniem egzaminu. Jest on przygotowany do wykonywania, koordynowania i kierowania pracą zespołową związaną z zapobieganiem, rozpoznawaniem, leczeniem i organizowaniem społecznej walki z rakiem [...]”. Professor Tadeusz Koszarowski doskonale rozumiał, jak znaczącym problemem i jednocześnie wyzwaniem dla medycyny jest ginekologia onkologiczna. Wskazywał, że podstawowymi metodami leczenia nowotworów złośliwych narządu płciowego kobiety są, coraz częściej ze sobą kojarzone, chirurgia, radioterapia oraz chemiohormonoterapia. Podkreślał, iż metody te nie konkurują ze sobą, wręcz przeciwnie – umiejętnie stosowane, z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań, wzajemnie się uzupełniają i w wielu wypadkach powinny być stosowane łącznie. Na tego typu problemy profesor Tadeusz Koszarowski – chirurg onkolog – zwracał uwagę dobitniej niż wielu prominentnych ginekologów.

W Polsce w 1991 roku z inicjatywy profesora Jana Zielińskiego, ówczesnego kierownika Kliniki Ginekologii

– oncologic gynecology. Arguments “for” presented for many years have ultimately prevailed over the decision “against” without arguments!

Our efforts to create a subspecialty stemmed from our concern with the state of oncologic gynecology in Poland, both in the area of prophylaxis and detection of early stages of cancer, particularly cervical cancer, and in the field of correct diagnosis and outcome of treatment of malignancies throughout female reproductive organs. Correct diagnosis and management of malignancies of reproductive organs requires detailed diagnostic-therapeutic knowledge at the clinical level and an in-depth knowledge of basic science.

Adequate education of medical students and correct pre- and postgraduate training have are decisive factors in our fight against cancer. Training program of subspecialty oncologic gynecology, based on specialization in gynecology and obstetrics, elaborated by an authoritative body of experts in the fields of oncologic gynecology, gynecology, oncology and clinical oncology, became necessary right now.

We know from world literature, that many patients who were not treated by an oncologic gynecologist, do not receive an optimal diagnosis and treatment. Incorrect diagnosis results in incorrect therapy. In some cases, management may be excessively aggressive, leading to severe early and late complications. Sometimes, treatment may be overly mild, resulting poor outcome due to non-eradication of neoplasm. Treatment outcomes reported in world literature demonstrate, that patients with ovarian cancer survive longer if they are treated by specialized oncologic gynecologists working in multidisciplinary teams. These data apply also to other malignancies of female reproductive organs.

An analysis of benefits resulting from treatment of patients by specialized oncologists revealed the existence of the so-called “doctor risk factor”, indicating unequivocally that the outcome of treatment of cancer is significantly better if treating physician is a specialist in oncologic gynecology.

Approval of subspecialty such as oncologic gynecology is equivalent with creation of a uniform and coherent system of care of patients with malignancies of female reproductive organs, from the moment of diagnosis, throughout the whole treatment protocol, subsequent follow-up and life-long psychological and physical rehabilitation. One of basic components of this system is education, whose weakness may be noticed in both pre- and postgraduate training. If there is no money for prophylaxis than there should be money for education.

Diagnosis and treatment of cancer of female reproductive organs still constitutes a tremendous challenge for many years to come of the XXI<sup>st</sup> century, both for clinicians and for basic science research workers, particularly those interested in oncology. Progress in our understanding of molecular biology, genetics, tumor

Onkologicznej Instytutu Onkologii w Warszawie, ściśle współpracującego z ośrodkami onkologii ginekologicznej i towarzystwami naukowymi z tej dziedziny w całym świecie, zostało powołane Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (PTGO).

Grupę inicjatywną tworzyli ginekolodzy szczególnie interesujący się problemami onkologicznymi. Głównym celem Towarzystwa było prowadzenie szkoleń przez organizowanie zjazdów naukowych z udziałem specjalistów krajowych i zagranicznych oraz zabieganie (bynajmniej nie dla celów partykularnych czy osobistych) o stworzenie specjalizacji szczegółowej z ginekologii onkologicznej. Wieloletnie wysiłki – przedstawianie argumentów „za” – w końcu przewały szalę...

Starania o stworzenie specjalizacji dyktowane były troską o stan ginekologii onkologicznej w Polsce, zarówno jeśli chodzi o profilaktykę i wykrywanie wczesnych stopni zaawansowania raka, zwłaszcza raka szyjki macicy, jak i wyniki prawidłowego rozpoznania oraz metody leczenia nowotworów złośliwych wszystkich lokalizacji narządu płciowego kobiety.

Prawidłowe rozpoznanie i leczenie nowotworów narządu rodowego wymaga szczegółowej wiedzy i umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych, jak również wiedzy z dziedziny nauk podstawowych.

Właściwa edukacja studentów medycyny oraz prawidłowe kształcenie przed- i podyplomowe mają ogromne znaczenie w walce z rakiem.

Opracowanie przez autorytatywne grono ekspertów z dziedziny ginekologii onkologicznej, ginekologii, onkologii i onkologii klinicznej programu szkolenia w specjalizacji szczegółowej, jaką jest ginekologia onkologiczna, na bazie specjalizacji z ginekologii i położnictwa, stało się potrzebą chwili.

Z danych piśmiennictwa światowego wiemy, iż wiele chorych leczonych nie przez ginekologa onkologa nie może liczyć na optymalne rozpoznanie i leczenie. Wynikiem błędnego rozpoznania jest niewłaściwe postępowanie lecznicze, w niektórych przypadkach nadmiernie agresywne, powodujące ciężkie powikłania bezpośrednie i późne, w innych – zbyt zachowawcze, nieprzynoszące pożądanego efektów. Wyniki leczenia podawane w piśmiennictwie światowym wskazują, iż chore leczone na raka jajnika żyją dłużej, jeśli znajdują się pod opieką ginekologów onkologów w zespołach interdyscyplinarnych. Dane te dotyczą również wyników leczenia innych nowotworów złośliwych narządów płciowych kobiety.

Na podstawie przeprowadzonych analiz korzyści wynikających z leczenia pacjentek przez specjalistów onkologów do czynników ryzyka zaliczony został tzw. *doctor risk factor*, wskazujący jednoznacznie, iż wynik leczenia raka zależy w dużej mierze od tego, czy lekarz podejmujący leczenie jest specjalistą w dziedzinie ginekologii onkologicznej.

markers, etc. forces clinicians to become familiar with these issues. Biomolecular studies correlated with final analysis of outcome are essential for assessment of effectiveness of particular forms of therapy, drug sensitivity of particular kinds of tumors and may constitute a sound basis for designing individual programs of chemotherapy. Immunology of tumors may provide clinicians with specific monoclonal antibodies, which are very helpful both in diagnosis and treatment. Radiobiologic studies may supply us with “radiosensitisers”, which enhance the therapeutic effect of radiation.

Determination of new prognostic factors, both single and correlated, leads to institution of optimal treatment modalities, whose effects are predictable. This may help to avoid a therapy that is unnecessary, overly aggressive and burdened with potentially serious complications, while, on the other hand, avoiding therapies that are too mild and conservative, not correlated with the stage of neoplasm, obviously leading to unsatisfactory results of treatment. Working knowledge about prognostic factors and modern diagnostic modalities, which are essential in the determination of stage of disease – the corner-stone of therapeutic decision, should be available to all gynecologists concerned by oncologic issues. The importance of surgical-pathological classification and surgical “re-exploration” after chemotherapy for ovarian cancer is growing.

Modern chemotherapy and its combination with surgery and radiotherapy requires great experience in order to apply it aggressively in late-stage or in recurrent disease. Apart from standard treatment schemes, sometimes we must institute individually designed procedures for low-grade tumors. Clear progress in clinical oncology, the youngest field of oncology, leads to increasingly frequent institution of combined treatment strategies, including surgery, radiotherapy, chemotherapy, endocrine therapy and immunotherapy.

Implementation of sparing therapeutic modalities requires broad oncologic knowledge and close cooperation with pathologists in order to provide diagnosis and treatment according to the “histoclinical” principles (a term introduced to oncology by a prominent Polish pathologist, professor Laskowski). An important issue is psychophysical rehabilitation of patients after treatment, palliative care and familiarity with different modalities of pain-relieving techniques.

Progress in oncology practically at a day-by-day rate, requires sound knowledge covering the whole area of oncologic gynecology, including the entire spectrum of problems associated with diagnosis, institution of various therapeutic modalities, including surgery, radiotherapy, chemotherapy, endocrine therapy, ending by gene therapy and immunostimulating therapy.

Based on the statement above we may conclude, that the training program for specialization in oncologic gynecology should include:

Zatwierdzenie specjalizacji szczegółowej z zakresu ginekologii onkologicznej oznacza stworzenie możliwości jednolitego, konsekwentnie realizowanego systemu opieki nad chorymi z rozpoznany nowotworem złośliwym narządu płciowego od momentu rozpoznania choroby przez cały okres jej leczenia, obserwacji po leczeniu z rehabilitacją psychiczną i fizyczną przez całe życie pacjentki. Jednym z zasadniczych elementów tego systemu jest edukacja, której słabości można zauważyć w szkoleniu przed- i podyplomowym. Jeśli nie ma pieniędzy na profilaktykę, niech chociaż znajdą się środki na edukację.

Rozpoznanie i leczenie raka narządów płciowych kobiety jest ciągle wielkim i trudnym wyzwaniem na wiele najbliższych lat XXI wieku zarówno dla klinicystów, jak i ekspertów pracujących w naukach podstawowych, w szczególności tych, którzy zajmują się zagadnieniami onkologicznymi. Postęp dokonujący się w poznawaniu i rozumieniu biologii molekularnej, genetyki, markerów nowotworowych i innych powoduje, iż konieczne dla klinicysty staje się zrozumienie tych zagadnień. Badania biomolekularne skorelowane z analizą końcową mają ogromne znaczenie dla oceny skuteczności terapii, są istotą oceny lekowrażliwości i mogą stanowić podstawę indywidualnie stosowanych programów leczenia cytostatystykami. Immunologia guzów oferuje klinicyście przeciwciała monoklonalne dla rozpoznania i leczenia. Znajomość radiobiologii pozwala na wprowadzenie „radiouczulaczy”.

Poznanie i ciągle określanie nowych czynników rokowniczych (pojedynczych i skojarzonych) sprawia, iż zastosowane zostaje leczenie optymalne, którego efekty są przewidywalne, dzięki czemu można zapobiegać stosowaniu z jednej strony zbyt ciężkiej, niekiedy bardzo agresywnej, obciążonej powikłaniami terapii, z drugiej zaś terapii zbyt oszczędzającej, nieadekwatnej do stopnia zaawansowania procesu nowotworowego, co powoduje złe wyniki. Wiedza o czynnikach rokowniczych i współczesnych możliwościach diagnostycznych rozpoznawania stopnia zaawansowania raka – elementach tak istotnych dla podejmowania decyzji leczniczych – powinna stać się powszechnie znana wśród ginekologów zajmujących się szczególnie zagadnieniami onkologicznymi. Większego znaczenia nabiera klasyfikacja chirurgiczno-patologiczna i chirurgiczna „re-eksploracja” po stosowaniu chemioterapii np. w raku jajnika.

Nowoczesna chemioterapia i jej kojarzenie z chirurgią i radioterapią wymagają dużego doświadczenia dla jej stosowania, niekiedy agresywnego, w procesach choroby zaawansowanej bądź w sytuacji nawrotów po leczeniu. Poza terapią standardową musimy czasem prowadzić leczenie indywidualne, oszczędzające dla nowotworów o małej wirulencji. Wyraźny postęp dokonujący się w najmłodszej dziedzinie onkologii, jaką jest onkologia kliniczna, skutkuje coraz szerszym stosowa-



1. **Training in abdominal and pelvic surgery of about 12 months' duration.**

The trainee should be able to perform procedures within retroperitoneal space, urinary system and bowel. Within the scope of training program, the trainee should perform unaided extended hysterectomy and manage potential urologic and intestinal complications. A two-weeks' trainings in vascular surgery and reconstructive surgery are recommended. The trainee should become familiar with endoscopic techniques implemented in oncologic gynecology, particularly hysteroscopy and laparoscopy.

2. **Principles of radiotherapy.**

In the field of radiotherapy training, the trainee must acquire working ability to qualify patients to radiotherapy, planning and performance of radiotherapy in gynecology: selective radical radiotherapy, combined treatment, palliative radiotherapy including irradiation of distant metastases.

Trainees should demonstrate their proficiency in planning radiotherapy using computer techniques, based on modern imaging studies (CT, USG, MRI). They should know the principles and technique of intraluminal and interstitial brachytherapy at high and low dose intensities and should be familiar with basic concepts of radiobiology and medical physics. Training should last 6 months, including 3 months of teleradiotherapy and 3 months of brachytherapy.

3. **Basics of chemotherapy.**

The trainee should know the principles of biologic activity of cytostatics and their combinations and schemes of chemotherapy used most frequently in the treatment of malignancies of female reproductive organs. He/she should be familiar with potential complications of chemotherapy and how to treat them. Training in chemotherapy should last 5 months.

4. **Principles of combined treatment.**

During training much attention should be paid to the development of ability to qualify patients for combined treatment.

5. **Principles of palliative care.**

Two-weeks' course of palliative care should include participation in the activities of analgetic team and in a hospice.

6. **Training in histopathology.**

At least 3 weeks' course in histopathology should prepare the trainee to interpret unaided histopathologic images and to evaluate correctly results of pathologic studies.

7. **Basics of molecular medicine and their application in clinical setting.**

Two-weeks' course in molecular biology, providing information about new techniques used for diagnosing neoplasms.

niem leczenia skojarzonego: chirurgia, radio-, chemio-, hormono- i immunoterapia.

Stosowanie leczenia oszczędzającego wymaga dużej wiedzy onkologicznej i ścisłej współpracy z patologiem w realizowaniu rozpoznawania i leczenia zgodnie z zasadami histokliniki (pojęcie wprowadzone do onkologii przez znakomitego polskiego patomorfologa prof. J. Laskowskiego). Ważny problem stanowi rehabilitacja psychofizyczna po leczeniu, opieka paliatywna oraz znajomość zasad walki z bólem.

Postęp, jaki dokonuje się w onkologii niemal z dnia na dzień, wymaga ogromnej wiedzy z zakresu ginekologii onkologicznej obejmującej całość problemów związanych z rozpoznawaniem i stosowaniem różnych metod leczenia, poczynając od chirurgii, radioterapii, chemioterapii, hormonoterapii, a na terapii genowej i leczeniu immunostymulacyjnym kończąc.

Z powyższego stwierdzenia wynika jasno, iż program specjalizacji w zakresie ginekologii onkologicznej musi obejmować:

1. **Szkolenie w zakresie chirurgii miednicy mniejszej i jamy brzusznej trwające ok. 12 miesięcy.**

Specjalizujący się lekarz musi posiadać umiejętność przeprowadzania zabiegów w zakresie przestrzeni zaotrzewnowej, układu moczowego oraz jelit. W ramach programu kandydat powinien samodzielnie wykonywać rozszerzone operacje usunięcia macicy, a także umieć zaopatrywać ewentualne powikłania w zakresie układu moczowego i pokarmowego. Wskazane jest dwutygodniowe szkolenie w zakresie chirurgii naczyniowej oraz chirurgii rekonstrukcyjnej. Specjalizant pozna techniki endoskopowe stosowane w zakresie ginekologii onkologicznej: hysteroskopię, laparoskopię.

2. **Podstawy radioterapii.**

W zakresie szkolenia z radioterapii kandydat musi posiadać praktyczną umiejętność kwalifikowania do leczenia promieniami, jego planowania i prowadzenia w zakresie ginekologii: wyłącznej radykalnej radioterapii, leczenia skojarzonego, radioterapii paliatywnej z uwzględnieniem napromieniania przerzutów odległych.

W trakcie specjalizacji należy wykazać się umiejętnością samodzielnego planowania leczenia z zastosowaniem techniki komputerowej w oparciu o współczesne metody obrazowania (CT, USG, MRI). Specjalizujący się powinien poznać zasady i techniki brachyterapii śródjamowej i śródtkankowej niskich i wysokich mocy dawek, powinien wykazać się podstawowymi wiadomościami w zakresie radiobiologii i fizyki medycznej.

Szkolenie powinno trwać 6 miesięcy (w tym: 3 miesiące – teleradioterapia, 3 miesiące – brachyterapia).

3. **Podstawy chemioterapii.**

– Poznanie podstaw działania biologicznego cytostatyków i metod ich skojarzonego zastosowania.

Training in oncologic gynecology should last about 30 months. This may be shortened by 6 months in the case of trainees working in oncologic centers. Training should be conducted by centers equipped with all modern diagnostic and therapeutic facilities. Trainees should participate in courses organized by scientific societies and Center for Medical Postgraduate Education.

Finally, I would like to express once again my joy and satisfaction by the fact, that the official Log of Acts Nr. 85 of May 16<sup>th</sup>, 2003, under the position 784 published the decree of the Minister of Health dated April 4<sup>th</sup>, 2003, changing the decree concerning specialization of physicians and dentists. In this decree, as 14<sup>th</sup> subspecialty appears **ONCOLOGIC GYNECOLOGY**. Therefore, many years of efforts at convincing that creation of such a specialty is a must, have been successful. The possibility of specialized training in the area of oncologic gynecology is real. To all who contributed to the creation of this new subspecialty I convey my hearty thanks, while to future oncologic gynecologists I wish much success in the fight against cancer. There is tremendous work ahead of us, which requires close cooperation between scientific societies, aiming at creation of a good Polish school of oncologic gynecology.

– Poznanie schematów najczęściej stosowanych w chemioterapii nowotworów narządów płciowych kobiecych.

– Posiadanie umiejętności przeciwdziałania i leczenia powikłań.

Czas szkolenia w zakresie chemioterapii – 5 miesięcy.

#### 4. **Zasady leczenia skojarzonego.**

W trakcie szkolenia wiele uwagi należy poświęcić wykształceniu umiejętności kwalifikowania do leczenia skojarzonego.

#### 5. **Zasady opieki paliatywnej.**

2-tygodniowe szkolenie z zakresu opieki paliatywnej przewiduje pobyt w zespole leczenia bólu oraz opieki hospicyjnej.

#### 6. **Szkolenie w zakresie histopatologii.**

Min. 3-tygodniowe szkolenie w zakresie histopatologii ma przygotować specjalizanta do nabycia umiejętności samodzielnej interpretacji obrazu histopatologicznego oraz interpretacji wyników.

#### 7. **Podstawy medycyny molekularnej i umiejętność zastosowania tych technik w klinice.**

2-tygodniowe szkolenie w zakresie biologii molekularnej dające wiadomości o nowych technikach stosowanych w rozpoznawaniu nowotworów.

Szkolenie w zakresie ginekologii onkologicznej trwa średnio 30 miesięcy. Istnieje możliwość skrócenia stażu o 6 miesięcy u osób zatrudnionych w ośrodkach onkologicznych. Edukacja winna być prowadzona przez ośrodki dysponujące możliwościami stosowania wszystkich nowoczesnych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Kandydaci powinni brać udział w szkoleniach organizowanych przez towarzystwa naukowe i CMKP.

Na zakończenie chcę jeszcze raz wyrazić swoją radość i zadowolenie, że w Dzienniku Ustaw RP Nr 85 z dnia 16 maja 2003 roku, pozycja 784 ukazało się rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 4 kwietnia 2003 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów. W rozporządzeniu pod pozycją 14. jako specjalność szczegółowa znalazła się **GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA**.

Tak więc wieloletni wysiłek związany z przekonaniem, iż stworzenie takiej specjalizacji szczegółowej jest potrzebą chwili, został uwieńczony powodzeniem. Możliwość specjalistycznego szkolenia w zakresie ginekologii onkologicznej stała się faktem. Wszystkim, którzy przyczynili się do powstania nowej specjalizacji szczegółowej, w imieniu własnym, gorąco, z całego serca dziękuję, życząc przyszłym ginekologom onkologom wielu sukcesów w walce z nowotworami. Czekają nas ogromna praca wymagająca ścisłej współpracy między towarzystwami naukowymi dla stworzenia dobrej, polskiej szkoły ginekologii onkologicznej.