

# Rehabilitacja urologiczna kluczem do kompleksowej opieki

Z dr n. med. Andrzejem Przybyłą, lekarzem urologiem z Europejskiego Centrum Kontynencji w Karpaczu, rozmawia Tomasz Michałek

**Wychodzi pacjent ze szpitala. Właśnie przeszedł radykalną prostatektomię. Nowotwór został powstrzymany. Co dalej? - z takim pytaniem zwracam się do dra Andrzeja Przybyły.**

Mężczyzna jest istotą wielce skomplikowaną. Nasze partnerki wiedzą o tym, że mężczyzna, jak ma katar, to umiera. Proszę sobie wyobrazić taką sytuacją, że nagle taki mężczyzna jest operowany i dostaje informację, że ma raka. Doznaje szoku. Po operacji, radioterapii czy chemioterapii dopadają go takie objawy jak nietrzymanie moczu, czy zaburzenia erekcji, a przecież temat seksualności jest dla mężczyzn bardzo ważny w każdym wieku. Dochodzą więc także problemy natury psychicznej.

W polskim systemie opieki zdrowotnej pacjent trafia w jedną wielką czarną dziurę. Jest niewidzialny dla systemu i dla wielu urologów i lekarzy, którzy się tym problemem nie zajmują, bo w programie nauczania nie ma urologii rehabilitacyjnej w Polsce. Demografia mówi, że w ciągu najbliższych 10 lat, większość mężczyzn w Polsce wejdzie w wiek 45-60 lat, a co za tym idzie, szykuje się gwałtowny wzrost zachorowań na raka prostaty. Nasz system nie jest na to kompletnie przygotowany. Jest jednak jedna dobra wiadomość. My, chcąc wprowadzić opiekę nad pacjentem urologicznym, możemy czerpać z wzorców zachodnich, z pominięciem błędów które tam popełniono.

**Wiele lat spędził Pan w Niemczech. Czy obraz, który Pan przed chwilą przedstawił, jest odzwierciedleniem tego, co Pan zobaczył w Niemczech?**

Absolutnie nie. W tej chwili w Polsce nie ma opieki nad pacjentem urologicznym. W Niemczech, jak pacjent dowiaduje się, że ma raka prostaty, to już w tym momencie tłumaczy się mu, jaka jest możliwa droga terapii. Omawia się z nim wszystkie możliwe elementy leczenia. Czy to będzie radioterapia, czy to będzie obserwacja - ważne jest, by pacjent dowiedział się, jakie

ma przed sobą możliwości. Jeśli decyduje się na jakąś z tych opcji, to już wtedy jest przygotowywany do tego, co stanie się po operacji. Wie mniej więcej kiedy zacznie ćwiczenia, które mięśnie ma aktywować i jak to robić. My już teraz wiemy, że pacjent, który zaczyna rehabilitację przed operacją, uzyskuje jej dużo lepsze efekty po operacji. Zoperowany pacjent, w 7-10 dniu wypisany ze szpitala, w systemie niemieckiej służby zdrowia trafia do kliniki rehabilitacji urologicznej, gdzie spędza min. 4 tygodnie.

Może z tego zrezygnować - ma 4 tygodnie do namysłu. Większość pacjentów decyduje się jednak na rehabilitację od razu, ponieważ jeśli podejmie taką decyzję po 4 tygodniach, nie zapłaci za to niemiecka kasa chorych, lecz on sam. Taki schemat dotyczy każdej operacji urologicznej. W klinice pacjent przechodzi rehabilitację urologiczną pod okiem urologa, psychologa i zespołu odpowiednio przeszkolonych fizjoterapeutów. Później, po wypisie z takiej kliniki, urolog dostaje swojego pacjenta z powrotem i wie jak go dalej prowadzić ambulatoryjnie.

**Co Pan zastał w Polsce, kiedy wrócił Pan z Niemiec?**

Wróciłem z Niemiec w 2016 roku. Byłem przygotowany na to, co zastanę tutaj, bo miałem cały czas kontakt



dr Andrzej Przybyła

z moimi kolegami urologami. Wszyscy urolodzy, z którymi spotykałem się również podczas licznych konferencji, byli zdania, że taka rehabilitacja jest konieczna. Po to m.in. wróciłem do Polski, bo nie da się tego zrobić na odległość i cieszę się, że z inicjatywy zarządu Polskiego Towarzystwa Urologicznego powołano grupę fizjoterapii urologicznej.



Fot. Materiały autora

### Jesteśmy w Karpaczu, w Europejskim Centrum Kontynencji, którego jest Pan pomysłodawcą. Na co może liczyć pacjent, który się u Pana pojawi?

ECK w Karpaczu jest wisienką na torcie moich marzeń. Inwestor wywiązał się ze swoich zobowiązań tak dobrze, że mamy tu obecnie sprzęt lepszy niż ten, który miałem w Bawarii, a panujące tu warunki to standard czterogwiazdkowego hotelu. Mamy świetnie przeszkolony personel, choć brakuje mi ludzi, którzy mogliby mnie zastąpić. Udało się stworzyć ośrodek, w którym panują standardy rehabilitacji urologicznej, w niektórych aspektach wyższe niż w krajach zachodnich. Starłem się przenieść na grunt polski to co najlepsze, pomijając błędy, które pojawiły się w Niemczech. Dzisiaj jesteśmy mądrzejsi o te błędy. Jesteśmy w stanie wyodrębnić to co dla pacjenta jest najistotniejsze. W Niemczech opracowałem program „Andros”, będący zestawem ćwiczeń dla pacjenta z zaburzeniami nietrzymania moczu i erekcji, który rozwijałem na gruncie niemieckim. I tu, w Karpaczu również go wprowadziłem – jest to jedyny taki program na świecie.

### W ośrodku oferujecie państwo rehabilitację urologiczną nie tylko mężczyznom, ale też i kobietom.

Jest to związane z tym, że wielu pacjentów przyjeżdża

do nas z partnerkami, co jest bardzo istotne w procesie leczenia i rehabilitacji, bowiem efekty leczenia są duże lepsze. Tzw. efekt „białego „fartucha” powoduje, że pacjent dużo rzeczy zapomina, a towarzysząca mu partnerka wyłapuje wszystkie niuanse i często jest w stanie powiedzieć o tym, co usłyszy, dużo więcej niż sam pacjent. Działa to w dwie strony. Dlatego dla kobiet mamy specjalne programy, co fantastycznie się nam zgrywa. Takim miernikiem, żartobliwie rzecz ujmując, jest fakt, że po pierwszym tygodniu rehabilitacji pacjenci docierają z jednym środkiem chłonnym do Świątyni Wang, a pod koniec rehabilitacji docierają już na Śnieżkę.

### W Polsce rośnie liczba kobiet, które poddają się zabiegowi założenia taśmy syntetycznej. Równie szybko rośnie liczba powikłań po tym zabiegu. Czy zaobserwował Pan podobną sytuację w Niemczech?

Niestety tak. Standardy w postępowaniu z pacjentem z NTM, powinny być takie, aby go leczyć nieoperacyjnie minimum rok, bo sama operacja

nie daje gwarancji. Jeśli już wysłamy go na taką operację i okaże się, że nie jest ona skuteczna, to takiego pacjenta jest bardzo trudno prowadzić, bo anatomia miednicy jest już całkowicie zmieniona. Niemniej jednak odnosimy sukcesy podczas takiej rehabilitacji uroginekologicznej, współpracując przy tym z wieloma ośrodkami, m.in. z Wrocławiem. Trafiają do nas także pacjentki po np. plastyce pochwy. Niestety na całym świecie istnieje skłonność do zbyt szybkiego wysyłania pacjentek na operację. I z tym należy walczyć.

### Czy widzi Pan jakąkolwiek rolę państwa, by to uregulować, by pacjentki z taką operacją się jednak nie spieszyły?

Państwo samo w sobie nic nie robi, jeśli nie będzie struktur, które mu to każą zrobić. W Niemczech rehabilitacja urologiczna powstała najpierw prywatnie, a potem organizacje pacjenckie zbuntowały się i spowodowały, że fundusz niemiecki za to zapłacił. Państwo samo za nas nic nie robi. Osobiście sam będę walczył o to, by pacjentki z NTM zbyt szybko nie trafiały pod nóż. Ta dolegliwość wymaga dużo cierpliwości nie tylko od pacjenta ale i od lekarza. Pacjent musi o tym wiedzieć, że NTM jest wyleczalne i że ponad 70% przypadków NTM można wyleczyć nieoperacyjnie.



**Według Krajowego Rejestru w Polsce w 2013 r. u ponad 12 tys. mężczyzn wykryto raka prostaty. W zależności od tego do kogo taki pacjent trafi, proponuje mu się różne ścieżki terapii. Co by pan poradził takiemu pacjentowi?**

Moim zdaniem te statystyki są nieco zaniżone. W Niemczech na raka prostaty rokrocznie choruje ponad 70 tys. mężczyzn, zatem w Polsce te 12 tys. wydaje mi się zaniżoną liczbą. Dla pacjentów ważne jest to, by byli konfrontowani przez fachowców ze wszystkimi standardowymi metodami, które są dostępne. Ważne, by pacjent miał wybór. Ważne też, by tak jak w Niemczech, pacjenci np. z rakiem jądra, musieli iść przynajmniej do dwóch specjalistów. Z rakiem prostaty powinno być podobnie.

**W zeszłym roku weszła w życie ustawa o zawdzie fizjoterapeuty. Czy widzi Pan jakąkolwiek rolę tego środowiska w propagowaniu tego tematu?**

Temat jest bardzo interesujący. Z tego, co się zorientowałem, nie ma w Polsce w programie nauczania tej tematyki. Ludzie po studiach fizjoterapeutycznych nie mają o nim zielonego pojęcia. Jest bardzo ważne, by stworzyć w Polsce uczelnię, która zajęłaby się tym tematem - sam służę pomocą i zapraszam do współpracy w tej dziedzinie. W Europie są dwie dobre szkoły tego typu. Jedna jest w Haidelbergu w Niemczech, a druga we Francji. Oni nauczyli się tego przed wojną od Chińczyków i ludzie po tych szkołach mają o tym pojęcie. W Polsce, z tego co wiem, nie ma nikogo kto by się tym zajmował. Problem jest duży i wiele jest w Polsce do zrobienia w tym obszarze. Każdy z moich pacjentów, który dzisiaj właśnie kończy turnus, otrzymuje ode mnie indywidualny program fizjoterapeutyczny, by wiedzieć, czego się trzymać i co robić. Dobre wykształcenie fizjoterapeuty jest niezwykle istotne, ale musi to być zawsze robione w konsultacji z lekarzami.

**Status pielęgniarki i położnej w polskim systemie ochrony zdrowia również ulega zmianie. Od 1 czerwca br. mogą już samodzielnie wypisywać zlecenia na refundowane środki absorpcyjne czy cewniki. Czy Pana zdaniem to właściwy kierunek zmian?**

Na początku byłem temu przeciwny, ale teraz, patrząc na kierunek zmian w polskiej służbie zdrowia, myślę, że to dobry pomysł. Często pielęgniarki mają kontakt z pacjentami, do których lekarz nawet nie dotrze, a pamiętać trzeba, że lekarzy specjalistów mamy bardzo mało. Zatem to znacznie ułatwia lekarzom pracę - ten kieru-

nek zmian jest bardzo dobry. Ucieszą się z tego wszyscy - i pacjenci, i lekarze, i pielęgniarki.

**Dlaczego tak trudno jest nam się nauczyć ćwiczeń mięśni dna miednicy?**

To temat rzeka. Mięśnie dna miednicy, popularnie zwane mięśniami Kegla - chociaż niesłusznie, bo ta nomenklatura się zmienia, są trudne do zlokalizowania. Teraz nawet niektóre mięśnie pośladkowe są zaliczane do mięśni dna miednicy. To temat niezmiernie skompliko-



Fot. Materiały autora

wany. Biorąc pod uwagę różnorodność tych mięśni, ich przyczepów, ich roli, zmian anatomicznych związanych z wiekiem, sprawa komplikuje się jeszcze bardziej. Mięśni dna miednicy na co dzień nie czujemy. Nie aktywujemy ich jak bicepsów, one są w tle. Nie da się ćwiczyć tych mięśni z filmu czy z ulotki, choć może wydawać się inaczej. U nas pacjenci na początku ćwiczą z karteczką. Sami mówią, że nie da się tego samemu nauczyć. Nie jest to rzecz prosta i łatwa. Pacjenci po naszej rehabilitacji robią to po prostu dobrze. To jest ich wygrana, którą zabierają do domu. Po roku nieskutecznej terapii, jeśli robili to dobrze, można skusić się o stwierdzenie, że potrzebują jednak metody operacyjnej.