

Urologia jest jedna

z prof. dr hab. med. Piotrem L. Chłostą, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, rozmawia Tomasz Michalek

Panie profesorze, proszę przyjąć gratulacje z okazji wyboru Pana na prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Zaczniemy od pytań najprostszych. Co urolog może zaoferować Polkom i Polakom?

Urologia, co należy podkreślić, jest dyscypliną chirurgiczną, u podstaw której leży diagnostyka i operacyjne leczenie chorób układu moczowego u obu płci i chorób układu moczowo-płciowego męskiego. Dominującą częścią leczenia w tej specjalizacji jest uroonkologia, gdyż przeważająca grupa pacjentów poddawana leczeniu operacyjnemu, to chorzy z nowotworami w różnym stopniu zaawansowania. Urologia zajmuje się również korekcją nieprawidłowości i wad układu moczowo-płciowego, w tym leczeniem czynnościowym, które obejmuje diagnostykę i leczenie, również farmakologiczne, chorób z różnymi postaciami nietrzymania moczu.

Pana osoba kojarzy się wielu pacjentom przede wszystkim z innowacyjnymi zabiegami wykonywanymi techniką endoskopową.

To stanowi pewną odrębność w urologii, jeśli chodzi o dyscyplinę chirurgiczną, gdyż posiada ona szeroki wachlarz technik chirurgicznych, w tym technik małoinwazyjnych. Urolodzy od początku są z nimi zapoznawani, dlatego też bardzo szybko zaadoptowali małoinwazyjne techniki endoskopowe pozwalające dotrzeć do każdego narządu, który jest przedmiotem zainteresowania urologa, skutecznie przeprowadzając operację o zakresie i bezpieczeństwie dorównywalnym operacjom otwartym. Endoskopia charakteryzuje się zmniejszoną inwazyjnością i zmniejszonym odsetkiem powikłań, co przekłada się na szybszą rehabilitację, szybszą rekonwalescencję i szybszy powrót do normalnej aktywności życiowej, a poza tym stwarza też podstawy do mniejszego używania leków przeciwbólowych. Urologia endoskopowa w sposób zdecydowany przewyższa, z punktu widzenia ekonomicznego, klasyczny, operacyjny sposób leczenia, co jednocześnie, przy dużo mniejszym nakładzie inwestycyjnym, daje zwrot kosztów, które w klasycznym leczeniu są przeznaczone na rehabilitację.

skich urologów jest znakomity, nie tylko dlatego, że wprowadziliśmy do systemu egzamin specjalizacyjny, który jest przeprowadzany pod auspicjami Europejskiej Rady Urologii (EBU), co jest fantastycznym osiągnięciem Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Należy mieć na uwadze fakt, że w Polsce do tego egzaminu przystępują adepci, wówczas gdy w Europie przystępują do niego już certyfikowani urolodzy. Wyniki osiągane przez Polaków nie tylko dorównują, ale często też przewyższają noty osiągane przez certyfikowanych urologów europejskich. Dysponując wykształceniem i wiedzą potwierdzoną takim egzaminem posiadamy taki sam potencjał intelektualny i kliniczny, co nasi europejscy koledzy. Taka fuzja doskonałego przygotowania merytorycznego z polskim temperamentem pozwala zaoferować naszym podopiecznym jak najlepszy serwis. Kłopoty pojawiają się wówczas, kiedy polscy urolodzy muszą pokonywać trudności nieistniejące w pozostałych krajach. Niestety dzieje się tak, że wiele leków, mówię tu głównie o uroonkologii, które są już refundowane i powszechnie dostępne za granicą, u nas nie zyskały jeszcze tego statusu, choć mamy nadzieję, że jest to tylko kwestia czasu. Druga sprawa to leki, które powinny być podawane w pakiecie medycznym oferowanym przez urologię, a są podawane wyłącznie przez onkologów. To co urolodzy podają na Zachodzie w swoich klinikach, u nas

„By zrównać nasze świadczenia z tymi na Zachodzie, należy również uzyskać refundację tych procedur, które są refundowane za granicą, co wiąże się np. z zakupem odpowiedniego sprzętu.”

Co zatem chciałby zaoferować polski urolog swoim pacjentom w Polsce, ale jeszcze nie może?

Zaczniemy od kompetencji. Poziom wykształcenia pol-

musi uzyskać aprobatę grupy zawodowej, z którą świetnie współpracujemy, a mianowicie onkologów. W celu wyrównania zarówno poziomu, jak i charakteru świadczeń, powinno być to w moim przekonaniu, jako prezesa PTU i jako reprezentanta naszej społeczności, w rękach urologów. By zrównać nasze świadczenia z tymi na Zachodzie, należy również uzyskać refundację tych procedur, które są refundowane za granicą, co wiąże się np. z zakupem odpowiedniego sprzętu. Myślę tu np. o robocie da Vinci. Nie będę oceniał, dlaczego w Polsce nie możemy wykorzystać jego możliwości i potencjału, jaki miałby do zaoferowania społeczności uroonkologicznej. W Rosji jest kilkadziesiąt robotów da Vinci, ponad 10 robotów jest w Rumunii, a w Czechach niedawno obchodzono dziesięciolecie chirurgii robotycznej. Uważam, że brak powszechnego dostępu do tego sprzętu jest istotną porażką systemu ochrony zdrowia w Polsce. Techniki chirurgiczne wykonywane przy użyciu tego sprzętu, to nie są już techniki ekspery-

.....

mentalne, lecz uznane techniki operacyjne. Robot, czyli telemanipulator, umożliwia, dzięki trójwymiarowemu obrazowi oraz unikalnej możliwości operowania w wielu płaszczyznach wyeliminowanie pewnych niedoskonałości, które zdarzają się przy technikach laparoskopowych. W USA od lat 90. ubiegłego wieku tylko 1 % operacji z powodu raka stercza (prostaty) było wykonanych techniką laparoskopową lub otwartą. Pozostałe 99% operacji z powodu raka gruczołu krokowego jest wykonywanych techniką laparoskopową z asystą robota. Spowalnianie zatem wprowadzania tych technik w Polsce stawia nasz kraj w dziedzinie uroonkologii, w przedsiönku medycyny, co zauważamy na dużych europejskich kongresach.

Krążą anegdoty, że polscy urolodzy czy uroonkolodzy są tak świetnie wyszkoleni jak polscy piloci, o których słynna jest opinia, że polecą nawet na „drzwiach od stoły”?

Entuzjazm polskiego chirurga - urologa, jest wielki, ale musimy mieć świadomość, że bez nakładu inwestycyjnego w tym względzie będziemy tracić pacjentów. Już teraz istnieje wiele firm, zajmujących się promowaniem technik chirurgii robotycznych, które od dawna są dostępne w Niemczech, w Czechach i wielu polskich pacjentów decyduje się na operacje za granicę. Polskę stawia to w nie najlepszym świetle. Jesteśmy postrzegani jako kraj, w którym powszechnie uznana technologia nie jest dostępna i wydaje mi się, że najwyższy czas coś z tym zrobić. Polski pacjent, dzięki powszechnemu dostępowi do internetu i z powodu systematycznie wzrastającej kultury sanitarnej, jest coraz bardziej odczytany.

Na potwierdzenie Pańskich słów warto w tym miejscu przytoczyć przykład działań edukacyjnych podjętych przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne. Na stronie internetowej tego Towarzystwa rozwijany jest projekt portalu dla pacjentów. Druga co do popularności wersja językowa, spośród dostępnych czternastu, to wersja polskojęzyczna, przygotowana przez krakowską klinikę, którą Pan kieruje.

Z dumą i satysfakcją muszę powiedzieć, że współpracuję ze wspaniałymi ludźmi. Edukowanie społeczeństwa, współpraca z organizacjami pacjenckimi, to jedna z części naszej wizji. Współpraca z organizacjami pacjenckimi stwarza podstawę do jednoczenia się tych grup, do promowania kultury opieki zdrowotnej, bo intencją naszej działalności jest, oprócz leczenia ludzi chorych, zapobieganie pewnym chorobom. Zdrowsze społeczeństwo

to społeczeństwo zasobniejsze i spokojniejsze. Rozwój naszego kraju powinien być oparty na zdrowym systemie opieki zdrowotnej, co leży u podstaw działalności każdego lekarza, a także - mam nadzieję - również polityków.

W Polsce tak czy inaczej, mamy bardzo dobrze rozwiniętą uroonkologię. Czy wprowadzony przez poprzedni rząd pakiet onkologiczny okazał się pomocny?

Jeżeli ideą pakietu było zniesienie kolejek i usprawnienia dostępu do systemu świadczeń onkologicznych, to nie zaobserwowaliśmy specjalnych zmian. Osobiście uważam, że nie do końca jest to realne. Są centra, do których zawsze były kolejki i są ośrodki, do których nie było i nie ma kolejek. Nakreślanie zatem na papierze pewnych założeń i strategii, a nie przyjrzenia się deficytom najbardziej potrzebujących ośrodków, które trzeba doposażyć i rozbudować, będzie zawsze generować system kolejkowy, bo ludzie wiedzą gdzie można leczyć się dobrze.

Pakiet onkologiczny ułatwia zatem dostęp do elementów diagnostycznych, ale z punktu widzenia skrócenia kolejek jest to sprawa dyskusyjna.

Gorzej na tle uroonkologii wygląda leczenie nietrzymania moczu, które jest często powikłaniem po wyleczeniu nowotworu. Pacjenci zauważają, że co prawda nowotwór został

wyleczony, ale pojawiło się nietrzymanie moczu jako jedno z powikłań.

W XXI wieku bezwiednie gubienie moczu, w wyniku leczenia chirurgicznego, trudno traktować jako powikłanie. Dysponując nowoczesnymi metodami leczenia i lepszym zrozumieniem samego mechanizmu nietrzymania moczu przy tak rozległej technice i wiedzy chirurgicznej, nie można nietrzymania moczu traktować jako powikłania, bo jesteśmy już przygotowani, by temu zapobiec. W dzisiejszych czasach, trzeba to traktować jak kalectwo, którego można i należy się pozbyć. Co tak naprawdę powoduje nietrzymanie moczu? Trzeba na to spojrzeć w trzech aspektach: medycznym, psychospołecznym i ekonomicznym. Z medycznego punktu widzenia bezwiedne gubienie moczu sprzyja zakażeniom układom moczowego i wszystkim powikłaniom z tym związanym, powoduje zmiany na skórze krocza i jest to - ogólnie rzecz biorąc dla każdego pacjenta - bardzo przykre. Z punktu widzenia psychospołecznego choroba ta spycha człowieka na margines społeczeństwa, stwarzając ogromne poczucie niepełnosprawności. Z punktu widzenia ekonomicznego, nakład inwestycyjny państwa, by takiego pacjenta zabezpieczyć w różnego rodzaju urządzenia i materiały opatrunkowe, ułatwiają mu względ-

ne funkcjonowanie w Polsce jest większy, niż nakłady w krajach zachodnich przeznaczone na zapobieganie chorobom układu krążenia i profilaktykę niewydolności nerek. Skala tego zjawiska jest zatem olbrzymia. Problem NTM zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia jest problemem urologa. Warto wspomnieć, że wiele osób korzysta też z usług innych specjalistów w różnego rodzaju nietrzymania moczu. Zatem nie najlepsze wyniki z leczeniem tej przypadłości mogą być związane również z tym, że urolodzy oglądają coraz mniej chorych, a przecież problem bezwiednego gubienia moczu, z punktu widzenia i dyscypliny i zrozumienia problemu, jest czymś co leży w gestii urologa.

Jedna z klinik urologicznych w Warszawie wywieściła swego czasu kartkę, że czas oczekiwania na leczenie nietrzymania moczu wynosi 2 lata. Czy to oznacza, że mamy za mało urologów?

Nie, nie mamy. Liczba i dystrybucja urologów w Polsce jest teraz wystarczająca i systematycznie się zwiększa, co będzie istotne w przyszłości. Młoda kadra jest bardzo dobrze zmotywowana, cechuje się wysoką etyką zawodową, w czym duża rola ich nauczycieli.

Czy widzi Pan profesor takie możliwości, by ci młodzi urolodzy chcieli się specjalizować w urologii czynnościowej?

Tego właściwie nie można oddzielić. Urologia jest jedna. Jej rozczłonkowanie pomiędzy pewne subtelności tej dyscypliny, pomiędzy urologię onkologiczną, czynnościową, endourologię może budzić skojarzenia, że urologiem przyszłości będzie urolog od pewnej określonej choroby. Myślę, że nie można być dobrym urologiem „czynnościowym” jeśli nie czuje się istoty urologii jako przedmiotu w całości. Nie można być dobrym urologiem onkologicznym, jeśli nie rozumie się czynności układu, który jest przedmiotem akcji chirurgicznej. Przede wszystkim jednak nie możemy zapominać o tym, że podmiotem działania urologii, tak jak każdej innej dyscypliny medycznej, jest człowiek. Jednym słowem jej celem jest leczenie

człowieka, a nie wyłącznie wyeliminowanie narządu bądź części układu. Urologia musi być zatem postrzegana jako całość, nie możemy jej uprzedmiotawiać. To właśnie człowiek jest podmiotem naszego działania, stąd konieczność holistycznego podejścia do organizmu.

Mam pytanie, które muszę panu, jako prezesowi PTU, zadać. Od ponad 4 lat pacjenci z nadaktywnością pęcherza (OAB) zmagają się z absurdem administracyjnym, jakim jest badanie urodynamiczne, niezbędne do uzyskania refundacji leków.

W ostatnich latach najważniejsze organizacje urologiczne, w tym Europejskie Towarzystwo Urologiczne, w którego strukturach jest PTU, jako równorzędny partner, przedstawiło kryteria, wg których dla chorych z nadczynnym wypieraczem przeprowadzanie badania urodynamicznego nie jest konieczne. Ponieważ decyzje w tej sprawie już zapadły, czekamy tylko na ich implementację na gruncie polskim, co może przynieść wszystkim korzyści, nie upośledzając ani działalności lekarzy w tej kwestii, ani dostępu pacjentów do tego badania. Oczywiście przeprowadzenie badania urodynamicznego musi leżeć w rękach lekarza urologa, bo istnieje wiele objawów i chorób, które takiego badania wymagają. Badanie urodynamiczne jest bardzo potrzebne,

jednak dobór badania musi być dedykowany do człowieka, a nie człowiek do badania.

Pozostajemy w obszarze leczenia farmakologicznego OAB. Czy ograniczenie się polskiego systemu refundacji tylko do dwóch leków jakimi są solifenacyna i tolterodyna umożliwi polskim urologom osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego? Na zachodzie Europy oferuje się od 4-8 refundowanych substancji medycznych, również w ramach leczenia skojarzonego. To niestety jest kolejny wynik, być może, mało donośnego głosu urologów w tym zakresie w poprzednich latach.



prof. Piotr L. Chłosta

Brak możliwości zaoferowania refundowanego, bądź też częściowo refundowanego leczenia w ramach OAB stawia nie tylko polską urologię, ale też polską medycynę, polski system ochrony zdrowia, na gorszej pozycji. Nie widzę powodu, dla którego polski pacjent miałby otrzymać gorsze świadczenia niż pacjent niemiecki, francuski czy hiszpański. Ograniczenie dostępu polskiego pacjenta do pewnego rodzaju świadczeń, jest z mojego punktu widzenia, jeśli chodzi o wizerunek Polski w tym obszarze, niekorzystne. Oczywiście istnieje grupa pacjentów, której zaproponowanie leczenia nierefundowanego opartego na bardzo dobrych wynikach, na badaniach klinicznych, nie stanowi przeszkody, ale przeważająca większość ludzi wymagająca takiego leczenia nie jest w stanie go finansowo udźwignąć.

Co polski urolog ma do zaoferowania pacjentowi z pęcherzem nadaktywnym, gdy farmakologia nie zadziała?

Dysponujemy różnymi technikami leczenia chirurgicznego, począwszy od rozległego, agresywnego, poprzez endoskopowe, mniej inwazyjne, aż po farmakologiczne i podanie bezpośrednio do ściany pęcherza toksyny botulinowej. To leczenie jest już dostępne w ośrodkach krakowskim, warszawskim, a ostatnio dołączył do tej grupy też doskonały ośrodek urologii onkologicznej i czynnościowej - Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Ta metoda leczenia objawowego stwarza szansę uzyskania długotrwałej poprawy jakości życia. Zabieg jest oczywiście powtarzalny. Sukces zależy przede wszystkim od odpowiedniego doboru chorych i zrozumienia problemu nadaktywności mięśnia wypieracza. Postęp w tym względzie jest zauważalny, zarówno w kontekście zainteresowania tym problemem urologów, jak i w kontekście coraz szerszej wiedzy naszych podopiecznych. Tu muszę podkreślić rolę Stowarzyszenia „UroConti”, doskonałych materiałów edukacyjnych, działalności piśmienniczej, „żyjącej” strony internetowej, jak również rolę PTU. Chciałbym, aby rola naszego towarzystwa naukowego była jeszcze bardziej widoczna, dlatego pragnę zadeklarować

„Ograniczenie dostępu polskiego pacjenta do pewnego rodzaju świadczeń, jest z mojego punktu widzenia, jeśli chodzi o wizerunek Polski w tym obszarze niekorzystne.”

gotowość całej naszej organizacji do wsparcia projektów związanych z działalnością Stowarzyszenia „UroConti”, bo zasługuje ona na najwyższy szacunek.

Gdy wiele lat temu przeprowadzałem podobny wywiad z ówczesnym prezesem PTU, prof. Andrzejem Borówką, poruszyliśmy kwestię produktów, które wydają się być podstawowe w opiece nad pacjentem z NTM. Mam tu na myśli środki pomocnicze, takie jak pieluchomajtki, majtki chłonne czy wkłady anatomiczne. Na zachodzie Europy dawno uznano, że jest to na tyle podstawowy produkt, że powinien zabezpieczyć pacjenta przed leczeniem, w trakcie leczenia lub po leczeniu, jeśli nie jest ono skuteczne, lub nie jest możliwe do przeprowadzenia z powodu ryzyka powikłań, które może ono generować.

Istnieje pewna grupa osób, która takiego serwisu wymaga. Nie ulega żadnej wątpliwości, że dostępność tego typu produktów powinna być powszechna i nieograniczona. Przecież działalność lekarzy będących w bezpośrednim

kontakcie ze swoimi podopiecznymi nie wynika z chęci „naciągnięcia” funduszu zdrowia, tylko z chęci poprawienia jakości ich życia i stworzenia im godziwych warunków do egzystencji.

Niestety w Polsce, o czym mówił już prof. Borówka, nie ma wypracowanego kompleksowego systemu pomocy pacjentom z NTM, a chorzy wciąż napotykać na wiele barier. Może środowisko urologiczne powinno opracować jakieś standardy, które obejmą całościowo te zagadnienia i staną się punktem odniesienia dla nowego Ministra Zdrowia.

Absolutnie tak. Wymaga to współpracy PTU z organizacjami pacjenckimi, tak aby przedstawić naszym władzom projekt odpowiedniego schematu postępowania, który będzie korzystny dla naszych podopiecznych. To jest jeden z priorytetów PTU.

Współpraca redakcyjna: Marzena Michałek

12 listopada br. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie prof. Piotr L. Chłosta z zespołem lekarzy pod nadzorem prof. Olivera Haillot (Francja) po raz pierwszy w Polsce wszczepili pacjentowi sztuczny zwieracz cewki moczowej najnowszej generacji. Choć sama operacja jest standardowo wykonywana w klinice urologii szpitala w Krakowie, po raz pierwszy został do niej wykorzystany model Aroyo, charakteryzujący się wyjątkową prostotą obsługi oraz zapewniający duży komfort pacjentom.

Dotychczas w Polsce nie przeprowadzano takich operacji, wymagających nie tylko zegarmistrzowskiej precyzji, ale również zastosowania wyjątkowej aparatury. Zwieracz tego typu po raz pierwszy wszczepiono w lutym w Nowej Zelandii. Tym samym Polska dołączyła do zaledwie 5 krajów na świecie, które mogą poszczycić się tym innowacyjnym zabiegiem.