

LIDER ROKU 2019

W OCHRONIE ZDROWIA

ZDROWIE
PUBLICZNE



Nie prosić o pomoc jedynie Boga, ale odwiedzić też urologa

Rozmowa z **prof. Piotrem Chtostą**,
kierownikiem Katedry i Kliniki
Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie

Jak pan odbiera przyznanie panu nagrody w kategorii „Lider Roku 2019 w Ochronie Zdrowia – zdrowie publiczne”?

To dla mnie ogromne wyróżnienie. Złożył się na nie wizerunek całego środowiska urologicznego. Tym bardziej cieszy dostrzeżenie naszej działalności w urologii, promocji zdrowia w obszarze całej naszej dyscypliny oraz w dziedzinie uroonkologii, bo 25 proc. globalnej liczby nowotworów wywodzi się

z układu moczowego. Dominującą grupą w tym względzie są nowotwory prostaty, na drugim miejscu są nowotwory pęcherza, na trzecim nowotwory nerki i inne. Wielu nowotworom nie jesteśmy w stanie zapobiec, bo pojawiają się wraz z wiekiem, ale wielu możemy uniknąć. Jak? Na przykład prowadząc higieniczny tryb życia – m.in. unikając palenia papierosów. Znaczenie ma wczesne wykrycie nowotworów. To nie jest czcze hasło, że wczesne

wykrycie oznacza życie. Ważne jest również to, aby docenić rolę urologa przede wszystkim w kontekście zdrowotnym. Może się tak stać w niedalekiej przyszłości, że urolog stanie się lekarzem pierwszego kontaktu dla całej rodziny.

Gra pan w zespole muzycznym, który m.in. zachęca do badań urologicznych. Czy to rzeczywiście działa?

Tak, w czasie wolnym od pracy, a nie mamy go dużo, piszemy piosenki i wierszyki, które w zabawny sposób mają przybliżyć tematykę urologiczną. Współpracujemy również ze znakomitymi lirykami, np. z red. Rafałem Bryndalem, który pisze dla nas i dla społeczeństwa: „Jeśli zachować chcesz święty spokój, pozwól interes mieć swój na »



PIOTR CHŁOSTA

KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI UROLOGII UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W KRAKOWIE

Wprowadził do rodzimej urologii wiele nowatorskich metod operacyjnych i oryginalnych modyfikacji kilku powszechnie stosowanych sposobów leczenia zabiegowego. Dzięki jego ogromnemu zaangażowaniu środowisko urologów opracowało niedawno trzy projekty opieki koordynowanej w nowotworach urologicznych. Profesor nie tylko robi dużo dla urologii, ale także w znakomity sposób

propaguje zachowania profilaktyczne. Od 2015 r. podczas Międzynarodowego Tygodnia Urologii organizuje w Krakowie festiwal KultURO, którego celem jest profilaktyka urologiczna i przetykanie tabu – mówienie o zaburzeniach układu moczowego. Do tego projektu angażuje gwiazdy muzyki i zaprasza do wspólnego promowania zdrowia.

fol. Jakub Ociepa / Agencja Gazeta

» oku”. Oczywiście mowa o interesie zdrowotnym. Albo tak: „Nie trzeba prosić o pomoc jedynie Boga, ale warto też odwiedzić urologa”. Albo: „Nie skazuj siebie jeszcze na straty, tylko dlatego że rak prostaty”, „Nie ma żadnego w związku współżycia, kiedy nerkowa gnębi kamica”, „Trzeba odłożyć miłosne harce, kiedy poczujesz na pęcherz parcie”. To wszystko ma służyć wydłużeniu życia i poprawie jego jakości, bo nie ma nic gorszego niż okaleczające działanie chorób.

Wiele mówi się o roli chirurgii w uroonkologii. Dlaczego właściwie jest ona na pierwszym miejscu w leczeniu schorzeń układu moczowego?

Wynika to z biologii tych chorób i wyboru najwłaściwszej metody postępowania. O tym mówią zalecenia Polskiego Towarzystwa Urologicznego i innych najpoważniejszych światowych instytucji urologicznych. Chodzi o wybór optymalnej opcji leczenia w przypadku guza ograniczonego do narządu. Oczywiście metod jest wiele, bo w grę wchodzi również radioterapia lub brachyterapia, ale jedynie leczenie operacyjne pozwala wyeliminować zmieniony chorobowo narząd.

Czy chirurgia ma również możliwości naprawy działań niepożądanych, na przykład wywołanych radioterapią?

Oczywiście powikłania i działania niepożądane zdarzają się w każdej dyscyplinie medycyny, zarówno po leczeniu chirurgicznym, jak i innych terapiach, w tym radioterapii. Nie zawsze leczenie chirurgiczne jest w stanie zniwelować szkody powstałe w wyniku zastosowania innych metod, odwrócić ich niekorzystne skutki. Zresztą w medycynie wszystkie opcje leczenia się uzupełniają i zawsze dobieramy terapię do człowieka, nigdy na odwrót. Radioterapia nie leczy powikłań chirurgicznych, podobnie jak chirurgia nie zawsze niweluje

powikłania powstałe wskutek radioterapii.

Jednak to chirurgia leczy powikłania innych metod.

Staramy się przeprowadzać operacje naprawcze, jeśli występują przetoki. Czasem nie ma takiej możliwości i wówczas trzeba rozważyć amputację. Oczywiście urolodzy najchętniej przeprowadzają operacje naprawcze. Jakże to operacje? Próby rekonstrukcji układu moczowego z wytworzeniem szczelnych, naturalnych zbiorników na mocz, zastąpienie części układu moczowego fragmentami tkanki pochodzącej z innych układów, przywrócenie drożności układu moczowego z wykorzystaniem materiałów naturalnych lub syntetycznych i wiele innych. Niestety nie zawsze jest to możliwe.

Co można powiedzieć o robocie da Vinci?

Roboty chirurgiczne zostały wprowadzone do praktyki klinicznej z intencją skrócenia tzw. krzywej nauki chirurga laparoskopowego oraz zapewnienia jeszcze większej precyzji operacji laparoskopowych. Autorem pojęcia „krzywa uczenia” – *learning curve* jest Teodor P. Wright, inżynier aeronautyki żyjący w latach 1895–1970, jeden z twórców lotnictwa amerykańskiego. Wprowadził je w 1936 r. dla potrzeb przemysłu lotniczego. Wówczas dotyczyło ono czasu potrzebnego do opanowania przez pracownika czynności produkcyjnych w stopniu perfekcyjnym. Pojęcie to znalazło zastosowanie w chirurgii, gdy zaczęto stosować metody minimalnie inwazyjne, zwłaszcza laparoskopię i laparoskopię z asystą robota. Roboty chirurgiczne, zwane inaczej telemanipulatorami, odzwierciedlają ruch ręki chirurga urologa w laparoskopowym polu operacyjnym, dają możliwość obrazowania trójwymiarowego i znacznie przyspieszają się do skrócenia szkolenia chirurga laparoskopowego. W urologii przeważającą większość

operacji jesteśmy w stanie wykonać endoskopowo, w tym laparoskopowo i laparoskopowo z asystą robota. Te techniki są już ugruntowane, ale wymagają dużej biegłości operatora. Stosuje się je nie tylko do operacji prostych, ale również trudnych i rozległych. Dzięki rozwojowi technik chirurgii urologicznej prze-



prowadza się wiele operacji, których wykonanie wcześniej było niemożliwe. Współczesna urologia bez urotechnologii właściwie nie istnieje. Rozwój urotechnologii przekonuje, że możliwości oferowane przez tę technikę, jeśli jest stosowana przez urologów wysoce w niej wyspecjalizowanych, są znacznie większe, niż można było sądzić w początkowym jej okresie. Uprawianie nowoczesnej urologii bez znajomości tajników tej techniki oraz bez umiejętności

To nie robot przeprowadza operacje, ale lekarz, który nim steruje za pomocą manipulatorów podłączonych do narzędzi chirurgicznych. Nawet najlepsze narzędzie nie zastąpi umiejętności chirurga



Podobnie jest w przypadku operacji z asystą robota chirurgicznego. To nie robot przeprowadza operacje, ale lekarz, który nim steruje za pomocą manipulatorów podłączonych do narzędzi chirurgicznych. Nawet najlepsze narzędzie nie zastąpi umiejętności chirurga.

Co wyróżnia dobrego chirurga?

Oblicze współczesnej urologii zmienia się dynamicznie. Wymaga to dostosowania programu kształcenia i postaw etycznych lekarzy do czasów współczesnych. Era tzw. wycinaczy skończyła się bezpowrotnie. Urolog XIX wieku odpowiadał za swojego pacjenta nie tylko do momentu operacji, ale był zobowiązany do monitorowania jego postępów w powrocie do normalnego życia i prowadzenia wnikliwej obserwacji lekarskiej. Obecnie urolog dysponuje tak wieloma możliwościami terapeutycznymi, że w porozumieniu z interdyscyplinarnymi zespołami może wybrać metodę optymalną dla chorego, a nie tylko tę, którą sam dysponuje. Wiele zależy od nauczyciela, który pokazuje właściwe ścieżki, uczy prawidłowego zachowania w sali operacyjnej i w czasie całego procesu obcowania z chorym. O sukcesie świadczy przygotowanie do pracy z ludźmi oraz uzyskiwanie dobrych odległych wyników leczenia. Korzystają na tym pacjenci i ich rodziny. Postęp jest procesem ciągłym i wymaga ustawicznego kształcenia opartego na rzetelnych podstawach. Potem oceniane są wyniki. Staram się każdego pacjenta operować tak, jakby to był mój ojciec, brat lub syn, ale daleki jestem od tego, by samodzielnie wystawiać sobie ocenę. O tym świadczą rezultaty leczenia uzyskiwane przeze mnie i mój zespół. ■

Rozmawiała Marta Koblańska

jej stosowania w praktyce nie jest możliwe, co wszak nie znaczy, że wszyscy urolodzy są zobowiązani do jej wykonywania. Istota operacji laparoskopowych odbiega znacznie od istoty operacji klasycznych, choć cele obu są jednakowe. Dlatego metody kształcenia w tej dziedzinie muszą być odmienne od metod nauczania przeprowadzania operacji klasycznych. Sformułowana przez Dr. Williama S. Halsteda, jednego z twórców chirurgii amerykańskiej

żyjącego w latach 1852–1922, zasada postępowania dydaktycznego w klasycznej chirurgii: *see one, do one, teach one*, czyli: „zobacz, zrób i nauczaj” – nie ma zastosowania w nauczaniu operowania w technice laparoskopowej, które w wielkiej mierze oparte jest na ćwiczeniach poszczególnych elementów techniki poza blokiem operacyjnym. Dopiero ich opanowanie umożliwia przystąpienie do wykonywania operacji w warunkach klinicznych.

foto: Jakub Ocielepa / Agencja Gazeta