

# Rozmowa z dr. n. med. Piotrem Gastołem, konsultantem krajowym w dziedzinie urologii dziecięcej

W wywiadzie poruszana jest tematyka najnowszych Zaleceń PTUD dotyczących postępowania u dzieci z NDDDM - rozmawiamy o możliwościach i skutkach, jakie one ze sobą niosą.



**Monika Dyjak:** *Panie Doktorze, chcielibyśmy zapytać Pana jako konsultanta krajowego w dziedzinie urologii dziecięcej, prezesa PTUD, a także specjalistę-praktyka, jak ocenia Pan stan polskiej urologii dziecięcej na tle światowych standardów?*

**dr n. med. Piotr Gastoł:** Urologia dziecięca jest stosunkowo nową dziedziną medycyny, mieszczącą się na pograniczu chirurgii dziecięcej i urologii. W wielu krajach nie jest rozpoznawana jako odrębna specjalizacja. Polska jest jednym z niewielu państw, w których oficjalnie występuje wyodrębniona specjalizacja urologii dziecięcej. Mamy dwuletni program specjalizacyjny zakończony egzaminem państwowym, po któ-



dr n. med. Piotr Gastoł

rego zdaniu lekarz otrzymuje tytuł specjalisty urologa dziecięcego. Tę szczegółową specjalizację mogą osiągnąć lekarze, którzy posiadają specjalizację z chirurgii dziecięcej bądź urologii. Od 11 lat istnieje Polskie Towarzystwo Urologii Dziecięcej zrzeszające nie tylko specjalistów z tej dziedziny, ale i lekarzy zainteresowanych problemami urologicznymi wieku dziecięcego. Nasze Towarzystwo jest afiliowane w European Society for Paediatric Urology (ESPU), jako jedno z 8 europejskich towarzystw naukowych. ESPU jest największym na świecie towarzystwem naukowym urologów dziecięcych, zrzeszającym nie tylko urologów dziecięcych z Europy, ale i z całego świata. Nasi członkowie są aktywnymi członkami ESPU. Wśród nas jest 9 specjalistów posiadających europejski tytuł urologa dziecięcego – FEAPU (Fellow of European Academy of Paediatric Urology). Sekretarzem European Board of Paediatric Urology (EBPU) jest prof. Rafał Chrzan. W Polsce jest kilka wysokospecjalistycznych ośrodków urologii dziecięcej. Są to dwie samodzielne Kliniki Urologii Dziecięcej (Warszawa, Kraków) oraz Oddziały w ramach Klinik Chirurgii i Urologii Dziecięcej (Katowice, Wrocław, Łódź, Gdańsk, Zielona Góra). W miejscach tych pacjenci otrzymują pomoc zgodnie ze światowymi standardami. Ilość ośrodków urologii dziecięcej wydaje się wystarczająca. Klinika Urologii Dziecięcej w IPCZD od 2009 roku posiada europejski certyfikat ośrodka szkolącego w urologii dziecięcej nadany przez EBPU.

**MD:** *Ilu mamy urologów dziecięcych w Polsce? Czy jest ich wystarczająco dużo?*

**PG:** Urologia dziecięca jest stosunkowo „młoda” specjalizacją szczegółową, rozpoznawaną od około 16 lat. Jest też dziedziną wysokospecjalistyczną, którą, jak powiedziałem, może uzyskać chirurg dziecięcy lub urolog. Stąd też jest nieduża ilość aktywnych zawodowo lekarzy odpowiadających tej kompetencji. Liczba aktywnych zawodowo urologów dziecięcych w Polsce wynosi 72 lekarzy. Jednak rozkład specjalistów w stosunku do podziału administracyjnego kraju jest nierównomierny. Lekarze tej specjalności są zgromadzeni głównie w ośrodkach akademickich, w dużych miastach, jak Warszawa, Kraków, Katowice, Wrocław, Poznań, Łódź. Są też miejsca, gdzie w mieście wojewódzkim jest tylko jeden specjalista urologii dziecięcej na całe województwo, np. województwo opolskie, zachodniopomorskie, podkarpackie, świętokrzyskie. Myślę, że optymalną sytuacją jest powstanie ośrodków

urologii dziecięcej w miastach, w których istnieją uniwersytety medyczne. W każdym z tych ośrodków powinno pracować minimum 3–5 specjalistów z tytułem urologa dziecięcego. W dużych miastach, o znaczeniu ponadregionalnym, gdzie może być kilka ośrodków, liczba odpowiednio większa. Stąd liczba lekarzy tej kompetencji w Polsce powinna wynosić około 100–120.

**MD:** *Z jakimi chorobami urologicznymi małych pacjentów najczęściej mają Państwo do czynienia?*

**PG:** Rozwój diagnostyki prenatalnej w ostatnich latach sprawił, że do urologa dziecięcego trafiają dzieci w pierwszych tygodniach życia, często zanim pojawią się objawy chorobowe. Przeszkodowe wrodzone wady układu moczowego (wodonercze, odpływy pęcherzowo-moczowodowe, zastawki cewki tylnej i inne) w dużej mierze są niewidoczne w pierwszym okresie życia. Prenatalne USG pozwala je rozpoznać i rozpocząć diagnostykę oraz leczenie, zanim pojawią się objawy chorobowe. To zmieniło populację pacjentów w urologii dziecięcej na dużo młodsze dzieci. Jest to duża grupa pacjentów i to jest niewątpliwie postęp. Możemy rozpocząć leczenie, zanim dojdzie do znaczącego uszkodzenia nerek. Druga duża grupa pacjentów to dzieci z różnymi formami zaburzeń trzymania moczu. Zrozumienie patofizjologii dolnych dróg moczowych zaowocowało rozwojem badań urodynamicznych oraz uroterapii – formy rehabilitacji zaburzeń funkcji pęcherza i mięśni dna miednicy. Część zaburzeń trzymania moczu wymaga leczenia chirurgicznego. Stąd naturalne stało się, że dziećmi z moczeniem, nietrzymaniem moczu w głównej mierze zajmują się specjaliści urologii dziecięcej. I to jest kolejna grupa chorych, która rośnie wobec postępującej świadomości zarówno społecznej, jak i lekarzy rodzinnych. Choroby nowotworowe w wieku dziecięcym są rzadkie. Ale jednym z elementów leczenia nowotworów układu moczowego jest chirurgia i stąd zajmujemy się i tymi pacjentami, oczywiście we współpracy z onkologami. Na szczęście nie jest to duża grupa pacjentów.

**MD:** *Jakie są obecnie główne kierunki rozwoju w tej dziedzinie?*

**PG:** Są trzy kierunki rozwoju w urologii dziecięcej: diagnostyka prenatalna, postęp chirurgii małoinwazyjnej, leczenie zaburzeń trzymania moczu.

Jak mówiłem, coraz większa dostępność i rozwój diagnostyki prenatalnej sprawiają, że możemy zapobiegać negatywnym skutkom różnego rodzaju wad wrodzonych układu moczowego. Pozwala nam nie dopuścić do nieodwracalnego uszkodzenia nerek i konieczności wdrożenia u tych chorych leczenia nerkozastępczego (dializ, przeszczepu nerek). Niewątpliwie ten dział będzie się rozwijał. Logicznym następstwem rozpoznania jest wdrożenie leczenia. Stąd pojawiają się próby leczenia prenatalnego. Zakładanie shuntów pęcherzowo-owodniowych, likwidacja zastawek cewki tylnej u płodu, wewnątrzmaciczna operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej – tym zajmują się ginekolodzy, perinatolodzy często we współpracy z urologami dziecięcymi. Zabiegi te są może nie w fazie eksperymentu klinicznego, ale na początku drogi. Czas pokaże, na ile jest to wartościowe i przekłada się na dobro pacjenta. Natomiast na pewno dzieci po tych zabiegach zostają pod opieką urologów dziecięcych.

Kolejny kierunek rozwoju urologii dziecięcej to postęp w chirurgii małoinwazyjnej. Niewątpliwie ten postęp idzie z medycyny „dorostej”. Rozwój technik endoskopowych w urologii w miarę miniaturyzacji sprzętu jest przenoszony do urologii dziecięcej. Cystoskopie, ureterorenoskopie, przezskórne zabiegi na nerce stają się standardem postępowania w leczeniu kamicy układu moczowego u dzieci oraz patologii dolnych dróg moczowych. Operacje z użyciem technik laparoskopowych są kolejnym przykładem rozwoju w urologii dziecięcej. Następnym krokiem będzie niewątpliwie zastosowanie robotów. Chirurgia robotyczna jest drogą techniką, ale na całym świecie zaczyna być coraz szerzej stosowana w urologii dziecięcej.

Niewątpliwie jednym z kierunków, w którym zmierzają urologia dziecięca, jest coraz lepsze zrozumienie patofizjologii dolnych dróg moczowych. Rozwój badań urodynamicznych, postęp w farmakoterapii zaburzeń funkcji pęcherza powodują, że zmieniają się metody leczenia. Coraz więcej różnego rodzaju stanów chorobowych leczonych jest zachowawczo, a nie chirurgicznie. To umożliwi rozwój „urologii czynnościowej”. Duża część zabiegów w urologii dziecięcej zaczyna mieć znaczenie marginalne albo wręcz historyczne. Kolejny kierunek postępu to uroterapia – metoda rehabilitacji urologicznej, która została zapoczątkowana w krajach skandynawskich. Uroterapia standardowa, która kładzie nacisk na prawidłowe nawyki i zwyczaje w przyjmowaniu płynów, regularne oddawanie moczu

– czyli higieniczny styl życia. Uroterapia niestandardowa to rehabilitacja mięśni dna miednicy poprzez ich ćwiczenie (biofeedback). W ramach uroterapii jest też nauka cewnikowania pacjenta, jak i samo cewnikowania. To wiąże się z powstaniem nowego zawodu medycznego – uroterapeuty. Mogą to być zarówno fizjoterapeuci, jak i pielęgniarki. Po szkoleniu w istniejących już pracowniach uroterapii powoli powiększa się grupa osób z tytułem uroterapeuty. Z drugiej strony jest to też wyzwanie dla nas, urologów dziecięcych, bowiem NFZ nie rozpoznaje procedury uroterapii jako oddzielnego świadczenia zdrowotnego. Zadaniem, które musimy podjąć, są rozmowy z Funduszem Zdrowia, aby stworzyć taką procedurę. Pozwoli to odpowiednio ją wycenić, wprowadzić do katalogu świadczeń. To ułatwi powstawanie nowych Pracowni Uroterapii, a tym samym poprawi dostępność do usług dla pacjentów z nietrzymaniem moczu.

**MD:** *Niedawno opublikowano nowe Zalecenia PTUD dotyczące postępowania u dzieci z NDDDM. Co według Pana jest w nich najistotniejsze dla lekarzy i pacjentów?*

**PG:** Opracowanie zaleceń PTUD dotyczące postępowania u dzieci z NDDDM jest bardzo ważne w szeroko rozumianej opiece nad dziećmi z neurogennym pęcherzem. Pacjenci ci są pod opieką specjalisty urologa dziecięcego. Ale ten specjalista widzi dziecko co jakiś czas, tylko w czasie konsultacji ambulatoryjnej. Chorzy ci zaś powinni być pod stałą kontrolą lekarza rodzinnego/pediatry w miejscu zamieszkania. Część zaleceń została opracowana właśnie z myślą o nich. Ma służyć pomocą w leczeniu codziennych problemów tych pacjentów – zakażeń układu moczowego, zaparć, wspieraniem ich poprzez wypisywanie recept na leki, zapotrzebowań na cewniki. Chcielibyśmy, aby zrozumieli problem chorobowy i aktywnie uczestniczyli w jego leczeniu. Zalecenia były również tworzone z myślą o personelu nielekarskim, który jest zaangażowany w proces leczniczy – pielęgniarkach, uroterapeutach, rehabilitantach. Mam nadzieję, że zalecenia te wspomogą ich w codziennej pracy z pacjentem. Bowiemy pacjent jest tu podmiotem, celem naszego postępowania. Myślę, że dla rodziców i części starszych chorych zalecenia te mogą przybliżyć ich do zrozumienia istoty problemu i pozwolą aktywnie uczestniczyć w opiece nad chorym z pęcherzem neurogennym.

**MD:** *Dziękuję za rozmowę.*