

Klinika na peryferiach

– ostatni rozdział? (cz. 8)

Ambicją zespołu Kliniki Urologii było utrzymanie wypracowanej pozycji w rejonie i kraju, dlatego starano się kontynuować dotychczasowe zainteresowania, wzbogacając je o pojawiające się nowe wyzwania. Jediną dziedziną, która uległa znacznemu ograniczeniu było leczenie nowotworów jądra. W pierwszym rzędzie zrezygnowano z chemioterapii. Klinika nie posiadała warunków do bezpiecznego, zgodnego z obowiązującymi standardami przygotowania i podawania roztworów cytostatycznych. Po uzgodnieniach z rozwijającą się Kliniką Onkologii i Radioterapii tam przekazywano chorych do uzupełniającego leczenia chemicznego i dalszej długoletniej obserwacji w odpowiedniej Poradni Przyklinicznej. Zmniejszyło to obciążenie personelu średniego, zwiększając równocześnie dostępność łóżek dla chorych wymagających procedur zabiegowych. Odpowiadając na pojawiające się tendencje ograniczania wykonywania limfadenektomii zaotrzewnowej ze wskazań diagnostyczno-terapeutycznych w mniej zaawansowanych stadiach procesu nowotworowego stopniowo, zaczęto koncentrować się na usuwaniu przetrwałych bądź nie reagujących na chemioterapię przerzutowych węzłów chłonnych zaotrzewnowych. Podejmowanie z powodzeniem wyzwań, jakie stwarzają tego typu operacje przynosiło wielką satysfakcję zespołowi, ugruntowując korzystną opinię o jego możliwościach technicznych.

Z powodzeniem rozwijała się endourologia i związane z nią małoinwazyjne zabiegi przezskórne. Oprócz elektrolitosekcji i elektrowaporyzacji stercza wdrożono śródmiaższową laserową ablację (ILCP). Rozszerzając wskazania do przezskórnej nefrolitholapaksji (PCNL), ograniczono do całkowitego zaprzestania wykonywania nefrolithotomii totalnej. Wprowadzono do codziennej profilaktyki przezskórną obliterację torbieli nerek, ich resekcję przezskórną i laparoskopową i endopyelotomię w zwężeniach połączenia miedniczko-moczowodowego.



Kliniczna wyprawa na Aconcaguę. Od lewej: Arkadiusz Mikszewicz, Dariusz Perkowski, Kazimierz Krajka

W nawrotowych zwężeniach cewki wprowadzono hydrauliczne, wysokociśnieniowe jej rozszerzacze, instalacje urosprali czy unikalną w warunkach krajowych rekonstrukcję całej długości cewki prąciowej techniką mesh-graft. Kontynuowano poszukiwania skutecznego leczenia odpływu pęcherzowo-moczowodowego wstrzyknięciami teflonu i kolagenu. Wdrażano nowe techniki litotrypsji wewnątrzustrojowej poczynając od aparatu produkcji radzieckiej URAT przez ultradźwiękowe sonotrody po litotrypsję elektrokinetyczną (Combilith) i pneumatyczną (Lithoclast). Przekroczołą biopsję stercza zastąpiono wykonywaną ambulatoryjnie przezodbytniczo zabiegiem celowanym. Początkowo za pomocą wykonanej przez zaprzyjaźnionego rzemieślnika trąbki „lowa”, a po zakupie odpowiedniej sondy endorektalnej pod kontrolą USG. Jak już wspomniałem wyżej szybkie zużywanie się sprzętu oraz ciągłe pojawianie się usprawnień i nowych technik powodowało, że kierownictwo Kliniki było pod ciągłą presją poszukiwania źródeł finansowania.

Specyfikacja operacji endourologicznych do czasu wprowadzenia w latach późniejszych zabiegów obrazem przekazywanym na ekran monitora nastroczała wielu problemów ze szkoleniem nowej kadry. W połowie lat 90. XX w. istniała możliwość podglądu zabiegu endoskopowego dzięki użyciu odpowiedniej nasadki światłowodowej. Niestety jej zastosowanie znacznie pogarszało jakość obrazu dlatego było bardzo niechętnie używane przez prowadzących szkolenie. Układający rozpis operacyjny kierownik Kliniki, biorąc pod uwagę ograniczenia sprzętowe, ryzyko operacyjne związane ze stanem ogólnym i brakiem jednej nerki czy związku chorego ze służbą zdrowia bądź współpracującymi przedsiębiorstwami zmuszony był rozpisywać najczęściej dr. Lecha Stachurskiego, najbardziej doświadczonego w endourologii.

Co więcej, po uzyskaniu odpowiedniego stopnia biegłości w tej dziedzinie M. Górski i K. Szkarłat opuścili Klinikę, obejmując samodzielne stanowiska. Dr Lech Stachurski opuścił Klinikę w 2001 r., obejmując stanowisko ordynatora Oddziału Urologicznego Szpitala Miejskiego w Gdyni. Do tego czasu udało się wyszkolić jego następców w osobach M. Markuszewskiego, M. Matuszewskiego, W. Łukiańskiego czy D. Perkowskiego, którzy z powodzeniem kontynuowali działalność endourologiczną Kliniki.

Nowy kierownik Kliniki przez 23 lata był chirurgiem ogólnym, nic więc dziwnego, że skoncentrował się na tradycyjnej urologii operacyjnej. Tradycyjnej, ale przed którą otworzyły się nowe pola działania. Należały do nich przede wszystkim nowe rozwiązania związane z ponad pęcherzowym odprowadzeniem moczu w następstwie całkowitego wycięcia pęcherza moczowego. Zgromadzone doświadczenia, jak również postęp techniki chirurgicznej i opieki anestezjolo-



Grupa uczestników UROSYBERIADY na szczycie czynnego wulkanu – Awaczyński/Kamczatka. Od lewej: P. Okręglicki (Astellas), J. Kordasz (Słupsk), przewodnik, K. Krajka, R. Krajka, K. Pastewka (Ciechanów), A. Mikszewicz, klęczący: prof. A. Sikorski (Szczecin), M. Markuszewski i M. Roslan (Wejherowo)

gicznej doprowadziły do zarzucenia częściowej resekcji pęcherza moczowego na rzecz jego całkowitego wycięcia wraz z węzłami chłonnyymi miednicy, w leczeniu agresywnych postaci raka tego narządu. Doświadczenie zdobyte w Klinice Chirurgicznej prowadzonej przez tak wybitnego i wszechstronnego operatora, jakim był prof. Jerzy Dybicki pozwoliło na podejmowanie z sukcesem wyzwań, jakie stawiała nowoczesna urologia. W krótkim okresie czasu Gdańska Klinika stała się przodującym w tej dziedzinie ośrodkiem w kraju. Do codziennej praktyki weszły operacje w rodzaju ureterojejunocutaneostomia (op. Brickera), zastępcze pęcherze jelitowe (op. Studera, Hautmanna, Pagano itp.), pęcherze odbytnicze, szczelne zbiorniki moczowe (op. Indiana Pouch), transureteroureterocutaneostomia. W tej dziedzinie opracowano trzy oryginalne rozwiązania operacyjne. Zespoleń moczowodów koniec do końca z nefrotomią przez skórną, zastępczy pęcherz esicy z wielokrotnym przecięciem jej taśm oraz zastępczy pęcherz jelitowy typu V.I.G. To ostatnie rozwiązanie zastosowano u kobiet i polegało na połączeniu zmodyfikowanego pęcherza jelitowego typu Alciniego z rotundovaginosuspensją. Modyfikacja pęcherza opracowanego w szpitalu, w którym operowano Jana Pawła II polegała na rozszerzeniu zakresu teniomyotomii i zastosowaniu przeciwoodpływowego wszczepienia moczowodów. Ułożenie pęcherza zastępczego na kikucie pochwy podwieszona na zachowanych więzadłach obłych z płatami otrzewnej miedniczej zapobiegało przemieszczaniu się wytworzonego pęcherza w przestrzeń powstałą po wytrzewieniu przednim, co skutkowało zagięciem cewki moczowej z niemożnością samoistnego oddawania moczu. Rozwiązanie to nazwano przekornie vesica intestinale gedanensis (w skrócie V.I.G.) w odróżnieniu od funkcjonującej w literaturze propozycji F. Pagano z Padwy – vesica intestinale padovana (V.I.P.). Przy wytwarzaniu zastępczego pęcherza jelitowego sposobem Alciniego i szczelnego zbiornika moczowego typu Indiana bądź Mainz Pouch używano kątnicy i wstępnic. Przy przywracaniu ciągłości przewodu pokarmowego wykonywaliśmy jako jedyni w Polsce pseudozastawkę Bauhina w obrębie połączenia krętniczko-kątnicze-go. Gwałtownie wzrastająca ilość ureterolithotrypsji zaczęła

skutkować przekazywaniem do Kliniki wyjątkowo tragicznego powikłania polegającego na oderwaniu moczowodu w miejscu polaczenia z miedniczką i wyciowaniu na całej długości do pęcherza moczowego i cewki.

Również jako jedyni w kraju wykonywaliśmy odtworzenie pełnej długości moczowodu z odcinka jelita krętego zwięzając jego światło do 24 CH przez wycięcie 2/3 jego ściany. Sposób zespolenia z miedniczką, antyrefluksowe połączenie z pęcherzem, szew ciągły ściany jelita z okresowymi stabilizującymi szwami pojedynczymi oraz metoda „wyprostowania” pętli jelitowej były własnymi udoskonaleniami metody Schokiera z Mansura w Egipcie, z którym to ośrodkiem współpracowaliśmy.

Stosowana w tamtych czasach metoda radykalnej radioterapii raka macicy prowadziła niejednokrotnie do niezwykle przykrego powikłania w postaci popromiennych przetok pęcherzowo-pochwowych, niejednokrotnie połączonych ze światłem odbytnicy. Pomagaliśmy tym chorym zamykając ubytek ściany pęcherza moczowego wyizolowanym fragmentem niezmięnionej przez promieniowanie jonizujące ściany jelita cienkiego bądź, jeśli było to niemożliwe, ponadpęcherzowym odprowadzeniem moczu.

W omawianym okresie 16 lat uległ głębokim zmianom profil operacji w obrębie nerek. Zarzucono całkowicie nefrolithotomię totalną, nefro i pyelolithotomię wykonywano sporadycznie. W nowotworach nerek stopniowo odstąpiono od tak zwanej radykalnej nefrektomii, która polegała na usunięciu w jednym bloku nerki z torebką tłuszczową, nadnerczem i regionalnymi węzłami chłonnyymi na rzecz wyluszczenia bądź wycinania guzów z niewielkim marginesem mięszu nerki (tzw. *nefron sparing surgery*). Możemy mieć skromną satysfakcję, że w oparciu o własne obserwacje wczesnych i odległych przerzutów do nadnerczy Klinika bardzo wczesnie optowała za ograniczeniem rozległości zabiegu. Hołdując tej zasadzie dzięki współpracy z I Kliniką Chirurgii Ogólnej staliśmy się jedynym z dwu ośrodków w kraju wykonującym rutynowo termoablację guzów nowotworowych nerek. Zgromadzone doświadczenia stały się później podstawą przewodu habilitacyjnego dr. Marcina Matuszewskiego.

Równolegle do ograniczenia rozległości operacji w przypadkach mniej zaawansowanych rozszerzyliśmy wskazania



Akwarela Zbigniewa Jujki promująca Viagrę (Pfizer)



Uroczyste otwarcie 13 Video-Urology World Congress. Prof. A. Borówka – prezes PTU z obdarowanym pamiątkowym medalionem, prof. Arturem Smithem (USA) – prezydentem Kongresu

do operacji guzów olbrzymich z towarzyszącymi czopami w żyłę głównej dolnej przekraczającymi poziom przepony czy odległymi przerzutami. Klinika była propagatorem radykalnego podejścia do operacyjnego leczenia raka stercza nawet w stadiach T3 w czasie, gdy niektórzy z kierowników klinik urologicznych uważali, że leczenie raka stercza jest bardziej problemem filozoficznym niż chirurgicznym. Oprócz dominującej techniki prostatektomii z dostępem załonowego zgromadziliśmy własne doświadczenia z dostępem kroczowym i przezguziczym.

Dzięki współpracy z prof. E. Austonim z Uniwersytetu Mediolańskiego Klinika stała się wiodącym w kraju ośrodkiem z zakresu chirurgii prącia, a szczególnie jego wrodzonych i nabytych skrzywień. Opracowano różne techniki operacyjne z użyciem uszypułowanego płata z napletka, wolnych przeszczepów fragmentu żyły, osłonki białawej odnóg prącia czy preparatów biologicznych w rodzaju Pelvicol czy I.S.I.

Do szczególnych osiągnięć Kliniki należy wypracowanie oryginalnej modyfikacji operacji Nesbita, w której zamiast wycinania soczewkowatych fragmentów osłonki białawej wykonywano jej niepełnej grubości nacięcia zszywając ich brzegi nad pograżonym w ciele jamistym fragmencie. O podobnym znaczeniu jest opracowanie i wprowadzenie do codziennej praktyki jonoforezy deksametazonowo-werapamilowej w zachowawczym leczeniu choroby de la Peyronie.

Podobnie współpraca z prof. F. Schreiterem i jego następczynią z Kliniki Urologii Uniwersytetu w Hamburgu pozwoliła stać się ośrodkiem referencyjnym w leczeniu zwężenia cewki moczowej. Ograniczyliśmy wskazania do nagminnie stosowanej tak zwanej uretrotomii optycznej wewnętrznej na rzecz bardziej radykalnego leczenia operacyjnego z użyciem przeszczepów uszypułowanych z napletka, śluzówki jamy ustnej czy siatkowanego przeszczepu skóry (tz. mesh graft). Rozszerzono zainteresowania o uroginekologię oraz implantację hydraulicznych zwieraczy cewki moczowej.

Dziedzina, która nie wchodziła w nurt głównych zainteresowań Kliniki, ale była przedmiotem szczególnego zainteresowania szeroko pojętego środowiska i dziennikarzy była chirurgiczna konwersja płci u transseksualistów typu M/K. Ale *ab ovo*. 28 grudnia 2015 r. ukończyłem 74 lata i w tym dniu wykonałem swą ostatnią operację w Klinice Urologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Tak się złożyło, że operacja ta była 148 z kolei chirurgiczną konwersją płci transseksualisty typu M/K. W ten sposób zamknąłem 25-letni okres zajmowania się tym ciągle budzącym wyjątkowe zainteresowanie, ale i kontrowersje problemem. Jak to najczęściej bywa na początku, o zainteresowaniu się tym zagadnieniem zdecydował przypadek. Od moich asystentów wiedziałem, że mój poprzednik, prof. Kazimierz Adamkiewicz wraz z ginekologiem prof. Jerzym Mieszczerskim operował dwóch transseksualistów typu M/K. Niestety nie zachowały się protokoły operacyjne, a personel Kliniki nie był w stanie określić na czym te operacje polegały.

W maju 1990 r. zgłosiły się do mnie dwie osoby transseksualne typu M/K, mieszkanki województwa gdańskiego. Były one niezadowolone z dotychczasowych kontaktów z ośrodkiem w Polsce Centralnej, który uważany był wówczas za wiodący w tej dziedzinie chirurgii i wręcz domagały się wykonania chirurgicznej zmiany płci. Obiecałem im, że zajmę się ich problemem niezwłocznie po powrocie z Mediolanu. Na przełomie czerwca i lipca odbywał się tam, organizowany po raz drugi przez Wydział Medyczny Uniwersytetu Mediolańskiego Światowy Tydzień Podnoszenia Umiejętności w Dyscyplinach Zabiegowych. Traf chciał, że w programie operacji „na żywo” była również operacja konwersji płci u transseksualisty typu M/K. Wraz z adiunktem Kliniki dr. Arkadiuszem Mikszewiczem udałem się do Kliniki Urologii, by prześledzić przebieg operacji. Poprzedziło ją spotkanie z kierownikiem Kliniki prof. Enrico Pisanim, rodziną operowanego, lekarzami i psychologami prowadzącymi oraz pracownikami socjalnymi pomagającymi operowanym odnaleźć się w nowej społecznej roli. W pozycji litotomijnej przeprowadzono równocześnie dwie operacje. Zespół chirurgów plastycznych wszczepił sztuczne protezy piersi a urodziły pod kierunkiem prof. Eduardo Austoniego wykonali część urologiczno-ginekologiczną operacji. Po powrocie do Kliniki zapoznałem się z piśmiennictwem dotyczącym istoty transseksualizmu oraz sposobów rozwiązania problemów osób transseksualnych. W kolejnych latach zmodyfikowaliśmy metodę „mediolańską”, wypracowując własną technikę dającą ostateczny efekt kosmetyczny i funkcjonalny łudząco przypominający dzieło matki natury.

Drugą sferę działalności oddziału ośrodka akademickiego jest dydaktyka. Dopiero po kilku latach udało się wywalczyć, że zajęcia z urologii na V roku obejmowały pełen tydzień. Pozwoliło to usprawnić i uatrakcyjnić ich program. Ponad dwudziestoosobowe grupy podzielono na 4 podgrupy, które rotacyjnie miały zajęcia na salach operacyjnych, w gabinecie ESWL i urodynamiki, w poradni przyklinicznej oraz oddziale bi piątego dnia spotkać się z kierownikiem Kliniki na podsumowaniu i zaliczeniu bloku. Seminarium uatrakcyjniał quiz polegający na odgadnięciu do kogo należy kość rozmiarami

i kształtem przypominający kij bejsbolowy. Oczywiście kolejne grupy wiedziały wcześniej, że jest to kość z członka morsa przywieziona z Kamczatki.

W drugiej połowie lat 90. XX w. program seminariów poszerzono o problemy z zakresu uroginekologii i zaburzeń erekcji. Potwierdza się zasada, że jeśli Klinika prowadzi wielokierunkową działalność, wyposażona w nowoczesną aparaturę, bardzo łatwo prowadzi się atrakcyjne dla studentów i sprawiające satysfakcję asyistentom zajęcia.

Trzecią niemniej istotną sferą działalności zespołu Kliniki jest działalność naukowa. Nie sprzyjało jej znaczne oddalenie szpitala od Zakładów Teoretycznych oraz pracowni bakteriologicznej, biochemicznej czy histopatologicznej. Siłą rzeczy koncentrowaliśmy się na ocenie klinicznej wprowadzanych nowych metod terapeutycznych, czemu sprzyjała obfitość materiału i wielokierunkowość zainteresowań Kliniki. Niemniej już po kilku latach, dzięki swym publikacjom i wygłaszanym referatom, Klinika usytuowała się na stałe w kategorii B oceny parametrycznej jednostek Uczelni.

W omawianym okresie w klinice przeprowadzono 8 przewodów doktorskich. Ze zrozumiałych względów wszystkie miały charakter kliniczny. I tak dr Krzysztof Szkarłat ocenił zapobieganie odpływowi pęcherzowo-moczowodowemu za pomocą wstrzyknięć podśluzówkowych krwi własnej i teflonu, dr Arkadiusz Mikszewicz kompleksowe leczenie nowotworów jądra. Koledzy Witold Łukiański i Piotr Adamkiewicz oceniali skuteczność śródmiaższowej ablacji laserowej i termoablacji w leczeniu łagodnego rozrostu stercza. Problemom leczenia raka stercza poświęcony był przewód doktorski dr. Dariusza Perkowskiego natomiast dr Teresa Gawlik-Jakubczak oceniła odległe wyniki leczenia przetok pęcherzowo-pochwowych. Trzy przewody doktorskie przeprowadzili w klinice koledzy z oddziałów urologii w Słupsku i Wejherowie. Za działalność naukową trzeba również uznać współdziałanie w publikacji pozycji książkowych. Dr Marcin Matuszewski jest współautorem wydanej w Wielkiej Brytanii pozycji *Laparoscopy in urology* – Coptcoat and Joyce, a kierownik Kliniki rozdziałów w Nefrologii-Książek i Rutkowskiego. Dr Matuszewski był również redaktorem merytorycznym Międzynarodowego Kompendium *Rak gruczołu krokowego* Dawida



Komitet organizacyjny 13 Video-Urology World Congress

Kirka a autor wspomnień tłumaczem 8 rozdziałów *Urologii* McFarlana i redaktorem naukowym wydania polskiego *Podstawowe operacje urologiczne* P. Albersa i A. Heidenreicha.

Szczególnym rodzajem działalności naukowo-dydaktycznej Kliniki Urologii były filmy video omawiające różnorodne problemy terapeutyczne, poświęcone technice operacyjnej i odległym wynikom leczenia. W okresie działalności Kliniki w Szpitalu na ul. Łąkowej powstało ich 27. Działalność tę kontynuowano w następnym dziesięcioleciu, trzykrotnie zwiększając ich ilość. Należy zaznaczyć, że techniczną stroną montażu, komentarzem i podkładem muzycznym wszystkich filmów zajmował się dr Marcin Markuszewski, ściśle współpracując z zaprzyjaźnionymi pracownikami oddziału gdańskiej telewizji. Filmy te były prezentowane na zjazdach i sympozjach krajowych i zagranicznych, wzbudzając zainteresowanie i uznanie wyrażane licznymi nagrodami. Począwszy od 8 Światowego Kongresu Video-Urologii w Antwerpii, braliśmy udział we wszystkich następnych Kongresach w Monte Catini, Budapeszcie, Izmirze i Goa, prezentując każdorazowo 3-4 filmy video. W uznaniu naszego zaangażowania powierzono Klinice organizację 13 Kongresu, który zorganizowaliśmy w dniach 27-30.06.2011 r. w Gdyni.

Ale o organizacji Zjazdów, sympozjów i tak zwanych Wypraw Naukowo-Integracyjnych w następnym odcinku.

prof. Kazimierz Krajca

Naukowiec GUMed najlepszym wykładowcą w Wiśle



Prof. Roman Nowicki, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii został najlepszym wykładowcą IX Konferencji Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w Wiśle. Zaprezentował wykład *Podstawy terapii AZS*. Konferencja *Wiśla w nowej odsłonie*, która odbyła się w dniach 10-13 maja br. zgromadziła ponad 1000 lekarzy z całej Polski. Podczas czterech dni obrad odbyło się 12 sesji szkoleniowo-naukowych, 5 sesji Hot Topic, skierowane do młodych lekarzy całodniowe szkolenie w języku angielskim *World Allergy Training Schools* zorganizowane przez WAO we współpracy z PTA, certyfikowany kurs w zakresie immunoterapii iniekcyjnej oraz praktyczne warsztaty szkoleniowe z zakresu spirometrii. Ogółem wysłuchano 40 wykładowców, którzy przygotowali 67 prezentacji. Więcej na <http://konferencja2017.szkoleniapta.pl/>. ■