Na ginekologii szpitala powiatowego w Iławie przeprowadza się średnio od 8 do 10 operacji w tygodniu [WYWIAD]

data aktualizacji: 2019.04.01

Jak zmieniają się kobiety, z jakimi schorzeniami walczą, jak chcą rodzić dzieci i co oferuje im ginekologia i położnictwo w powiatowym szpitalu. O tym rozmawiamy z Tomaszem Małkiewiczem, lekarzem koordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem neonatologicznym Powiatowego Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Iławie.

Na oddziale ginekologiczno-położniczym w ubiegłym roku wykonano ponad 570 zabiegów „dużych" na bloku operacyjnym, około 400 zabiegów wymagających znieczulenia w gabinecie zabiegowym oraz przyjęto około 800 porodów. Ogółem opieką objęto około 3 000 pacjentek. Świadczy to o tym, że - jak na standardy szpitala powiatowego - jest to oddział prężnie działający, o szerokiej ofercie wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Zgodzi się Pan?

Koordynator oddziału, lek. specjalista ginekolog-położnik Tomasz Małkiewicz: Ogólnie wzrosła liczba operacji dużych, które odbywają się na bloku operacyjnym. W 2018 roku wykonano ich ponad 250, bez cięć cesarskich. W tym roku jest to już prawie 80 operacji, a mamy dopiero marzec. Średnio wykonuje się od 8 do 10 operacji w

tygodniu. Jest dobrze, ale nie ukrywam, że chciałbym aby poziom referencyjności części położniczej naszego oddziału wzrósł. Aktualnie jesteśmy na pierwszym, najbardziej podstawowym, poziomie referencyjności. Z czym to się wiąże? Rodzą u nas kobiety w ciąży niepowikłanej, bez większej patologii i rodzące w terminie. Naszym dążeniem jest wejście na drugi poziom referencyjności. Najbliższy szpital drugiego stopnia referencyjności znajduje się w Olsztynie, co stanowi nie lada problem dla Pacjentek oraz ich rodzin. Biorąc pod uwagę sprzęt, jakim dysponujemy na oddziale, jest to już możliwe – spełniamy wymagane kryteria. Konieczny jest również wzrost liczby porodów i uzupełnienie niezbędnych specjalistów kadry medycznej.

Jest pan w zawodzie 30 lat, proszę powiedzieć, jak na przestrzeni tych lat zmieniły się kobiety, np. w kwestii chorób ginekologicznych, płodności?

Nastąpiła wielka zmiana. Pojawiły się schorzenia, których kilkadziesiąt lat temu się właściwie nie diagnozowało. Jednym z takich schorzeń jest endometrioza, ale nie tylko.

No właśnie, coraz częściej słyszy się o tej chorobie. 30 marca odbędzie się nawet I Międzynarodowy Marsz Świadomości Endometriozy. Proszę nieco rozwinąć wątek tej choroby.

Endometrioza to choroba polegająca na tym, że komórki bardzo podobne do endometrium (to ta tkanka, która złuszcza się i odnawia w każdym cyklu miesiączkowym, a złuszczanie objawia się krwawieniem miesiączkowym) występują w różnych innych miejscach. Te komórki reagują na hormony Pacjentki tak samo jak prawidłowe endometrium. Powoduje to powstawanie ognisk, które w każdym cyklu krwawią, wywołując miejscowo stan zapalny. Tego typu ogniska mogą występować na przykład w miednicy małej, powodując bardzo trudny do zdiagnozowania zespół bólowy. Pacjentka zgłasza bóle, a standardowe badania jak USG, czy nawet kolonoskopia nie wykazują żadnej patologii. Charakterystyczne jest to, że dolegliwości nasilają się tuż przed miesiączką lub w czasie jej trwania. Często te Pacjentki skarżą się na bardzo bolesne miesiączki i ból miednicy w trakcie współżycia. Objawy są zróżnicowane zależnie od tego, gdzie te komórki się ulokowały. Jeżeli na jelitach, może to powodować zarówno zaparcia, jak i biegunki. Jeśli w jajnikach lub jajowodach, może to być przyczyną trudności z zajściem w ciążę. Zdarza się również, że w trakcie cięcia cesarskiego komórki endometrium wszczepią się w powłoki, co powoduje powstawanie bolesnych, twardych guzków w obrębie blizny po cięciu cesarskim. Choroba najczęściej dotyka kobiety bezdzietne lub te, które rodziły dzieci w stosunkowo późnym wieku. Ogółem to około 6–15% ogólnej populacji kobiet. Schorzenie występuje przede wszystkim u kobiet w wieku rozrodczym oraz cierpiących na bezpłodność. U tych ostatnich prawdopodobieństwo zdiagnozowania endometriozy może wzrosnąć nawet o 50%. Endometrioza jest zatem chorobą bardzo trudną i podstępną. Może dawać zróżnicowane objawy, często bardzo dokuczliwe dla Pacjentki. Może wymagać zarówno leczenia chirurgicznego, jak i długotrwałego brania leków.

Doprecyzujmy w tym miejscu, co to znaczy późny wiek na poród?

Optymalny wiek na rodzenie dzieci to 18 -22 lata. Zdaję sobie sprawę, że dziś brzmi to

jak abstrakcja, ale biologicznie to najbardziej optymalny wiek. I tak jeszcze 30-40 lat temu większość kobiet właśnie w tym wieku rodziła pierwsze dziecko. Dziś natomiast nikogo nie dziwi, kiedy kobieta rodzi swoje pierwsze dziecko w wieku 35 lat. Te zmiany, nazwijmy je, obyczajowe, mentalne sprawiły, że pojawiły się choroby takie jak endometrioza. Kolejnym problemem, z którym spotykamy się często, jest otyłość wśród kobiet, nawet tych bardzo młodych. Trzeba sobie powiedzieć jasno, że otyłość to patologiczny stan, a co za tym idzie, ciąża kobiety otyłej jest także patologiczna, a to rodzi już problemy natury medycznej i wymaga specjalnych działań. Noworodek matki otyłej jest zazwyczaj także otyły, co ma ogromny wpływ na jego zdrowie i dalsze życie. Dziś noworodek o wadze 4 500 g nikogo nie dziwi, większe zdziwienie następuje, gdy waży 2 500 g, choć zupełnie niepotrzebnie, bo zazwyczaj takie dziecko jest okazem zdrowia. Stawianie znaku równości pomiędzy dużą wagą noworodka i zdrowiem jest błędem. Otyłość u kobiety ciężarnej może powodować różne powikłania ciąży, a w szczególności predysponuje je do cukrzycy, czy nadciśnienia w ciąży. Może to doprowadzić do dramatycznych sytuacji zagrażających życiu zarówno matki, jak i płodu. Niejednokrotnie powoduje, że pojawia się konieczność wcześniejszego ukończenia ciąży. Poród wcześniaczy sam w sobie może pociągnąć za sobą dodatkowe konsekwencje zdrowotne dla noworodka.

Jaka według pana jest przyczyna tak powszechnej otyłości u kobiet?

Łatwy dostęp do żywności, ogólnie rzecz mówiąc, niezdrowej. Mówię tu m.in. o napojach wysokoenergetycznych oraz węglowodanach, które są powszechne. Również żywności przetworzonej, w tym np. dań gotowych zawierających mnóstwo wysokokalorycznych dodatków, których normalnie, w domowej kuchni, nie stosuje się. Oczywiście mamy tu do czynienia z brakiem edukacji w tym zakresie. Otyłość u kobiet może być podłożem niepłodności. I tu wkraczamy w kolejny temat, z którym borykają się coraz częściej młode kobiety.

Czy zatem bezpłodność to choroba kobiet XXI wieku?

Rzeczywiście zaburzenia płodności są coraz częściej diagnozowane. Niewątpliwie występowały też historycznie, jednak obserwowana aktualnie epidemia otyłości, powodującej zaburzenia hormonalne wyraźnie zwiększa częstość występowania tego problemu. Dodatkowo Panie coraz później decydują się na posiadanie potomstwa, a wraz z wiekiem płodność naturalnie spada. Również groźne dla płodności Pacjentki ogniska endometriozy mają wówczas „więcej czasu” na to, by dokonać znaczących spustoszeń w jej organizmie, utrudniających zajście w upragnioną ciążę.

A czy jest coś, co 20 lata temu było powszechne, a dziś zanika?

Na pewno obserwujemy dużo mniej stanów zapalnych przydatków i chorób wenerycznych, które 30 lat temu królowały. Wiąże się to z higieną, która wspięła się na dużo wyższy poziom i z poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie. Zagrożeń nadal jest dużo, ale świadomość Pacjentek też jest większa.

Jakie operacje wykonuje się aktualnie na ginekologii? Na pewno jakaś część kobiet w naszym powiecie nie ma pełnej wiedzy w tym zakresie?

Rzeczywiście przeprowadzamy zróżnicowane operacje ginekologiczne. Nie tylko te wymagające natychmiastowej interwencji wykonywane na przykład z powodu pękniętej ciąży pozamacicznej, czy skręconej torbieli jajnika. Pomagamy Pacjentkom borykającym się z tak delikatnymi problemami, jak wysiłkowe nietrzymanie moczu (sytuacja, gdy występuje nietrzymanie moczu związane z kaszlem, kichaniem, dźwiganiem, itp.), czy obniżenie ścian pochwy i wypadanie narządu rodnego. W tych przypadkach wykonujemy również zabiegi wymagające wszycia specjalnych siatek, czy taśm wykonanych z tworzywa sztucznego. Coraz częściej wykonujemy również „operacje przez dziurkę od klucza", czyli zabiegi laparoskopowe, w czasie których operuje się przez niewielkie około 1cm otwory w skórze Pacjentki. Dla niektórych Pań efekt kosmetyczny tych zabiegów, to, że nie mają po nich dużej blizny na brzuchu, jest bardzo ważny. Operujemy też Pacjentki, u których konieczne jest usunięcie macicy, na przykład z powodu mięśniaków. Raz w miesiącu mamy przyjemność współpracować z Profesorem będącym patomorfologiem. Dzięki temu możemy leczyć Pacjentki z torbieli jajników, ponieważ jeszcze w trakcie operacji Profesor analizuje pod mikroskopem tkanki pobrane z ciała Pacjentki i pozwala nam bezpiecznie zakończyć operacje zgodnie ze standardem leczenia danego typu choroby (w przypadku chorób nowotworowych zakres operacji musi być znacznie większy). Mamy również możliwości wykonania zabiegów w obrębie szyjki macicy, zarówno tradycyjnymi metodami chirurgicznymi, jak i specjalnym urządzeniem elektrycznym. Amputacje (konizacje) szyjki macicy wykonujemy na przykład w przypadku nieprawidłowych wyników cytologii. Poza tym wykonujemy cały szereg mniejszych zabiegów w obrębie sromu, krocza oraz wewnętrznych narządów płciowych kobiet. Do najczęstszych zaliczają się zabiegi usunięcia polipów jamy lub szyjki macicy, biopsje (pobranie fragmentów tkanek do badań histopatologicznych) tkanek z macicy, usunięcie znamion ze skóry krocza, czy sromu.

Na oddziale od maja 2018 funkcjonuje Wielostanowiskowy System Nadzoru Położniczego MONAKO. Co to takiego?

To system umożliwiający kompleksową opiekę nad nienarodzonym dzieckiem. Dynamiczna prezentacja krzywych KTG rejestrowanych równocześnie u wielu pacjentek oraz ich obiektywna i powtarzalna automatyczna analiza wspomagają personel medyczny i zwiększają efektywność procesu monitorowania. Wyniki prowadzonej na bieżąco analizy są natychmiast dostępne do interpretacji klinicznej, pozwalając na wczesne wykrywanie wewnątrzmacicznego zagrożenia płodu. Analiza kardiotokogramu prowadzona jest w czasie rzeczywistym, umożliwiając prezentację wyników równolegle z postępem monitorowania. Pozwala ona m.in. śledzić aktywność ruchową płodu oraz pomiar częstości jego ruchów. Dzięki temu systemowi można wykonać tzw. test niestresowy (NST), który umożliwia przeprowadzenie oceny dobrostanu płodu, czyli sprawdzić, jak dziecko się czuje. Ponadto możliwy jest wgląd w wartości szczegółowe wszelkich monitorowanych parametrów. System wykrywa także sytuacje alarmowe, która sygnalizowane są za pomocą sygnału dźwiękowego oraz migającego na ekranie znacznika. W ten sposób personel jest natychmiast informowany o tym, która z pacjentek wymaga szczególnego nadzoru, co w przypadku rzeczywistego zagrożenia pozwala na szybką reakcję. Przykładowe sytuacje alarmowe:
- przedłużający się brak sygnału rejestrowanego przez kardiotokograf wywołany na

przykład ruchem dziecka,
- wystąpienie zaburzeń w tętnie płodu świadczących o zagrożeniu jego życia,
- przedłużający się skurcz mięśni macicy w przypadkach, gdy konieczna jest stymulacja porodu środkami farmakologicznymi.

Rozumiem, że system ten wyłapie na przykład sytuacje, kiedy szyja płodu niebezpiecznie jest owinięta pępowiną?

Dużo Pacjentek tego właśnie obawia się najbardziej, że dziecko „powiesi się" na pępowinie. Musimy jednak pamiętać, że płód nie oddycha powietrzem, ponieważ znajduje się całkowicie zanurzony w płynie owodniowym. Za płód oddycha matka, a tlen jest mu dostarczany właśnie przez pępowinę. Dlatego w tym pytaniu to pępowina jest głównym bohaterem, a nie szyja. Zaciśnięcie jej na skutek owinięcia wokół ciała płodu, powstania węzła powoduje niedotlenienie, a jego objawy można odczytać w zapisie KTG.

Źródło: powiat-iławski.pl.

Koordynator oddziału, lek. specjalista ginekolog-położnik Tomasz Małkiewicz.
Fot. powiat-ilawski.pl.

Źródło:
https://www.infoilawa.pl/aktualnosci/item/57429-na-ginekologii-szpitala-powiatowego-w-ilawie-przeprowadza-sie-srednio-od-8-do-10-operacji-w-tygodniu-wywiad