

## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Oddając w Państwa ręce kolejny numer *Ginekologii po Dyplomie*, nie sposób nie wspomnieć o dramatycznym zdarzeniu z dnia 10 kwietnia bieżącego roku. Miniony okres został naznaczony stygmatem wydarzenia bezprecedensowego w historii nowożytnej całego świata. W ciągu jednej chwili, najprawdopodobniej w konsekwencji błędu pilota, a na pewno w związku z całym szeregiem błędów politycznych, ginie elita jednego z największych krajów Europy. Śmierć każdego człowieka jest ogromną stratą, tak Prezydenta RP, jak i Jego Żony, posłów, polityków, generałów, członków Rodzin Katyńskich, funkcjonariuszy Biura Ochrony Rządu czy członków załogi. Myślę, że nie ma Polaka, który nie straciłby w tej katastrofie kogoś dla siebie bliskiego, ważnego, podziwianego. Mnie najbardziej będzie brakować Pani wicepremier Izabeli Jarugi-Nowackiej. Miałem okazję ją znać i obserwować determinację w prowadzeniu działań na rzecz polskich kobiet. Czołowa postać dobrze rozumianego ruchu feministycznego w naszym kraju, kobieta, która nie tylko dla kobiet zrobiła ogromnie dużo dobrego. Będzie mi Jej ogromnie brak, jest to prawdziwa strata dla całego społeczeństwa. Nie sposób wymienić wszystkich, którzy odeszli, a strata ich, nawet tych z poglądami, z którymi nie zawsze się zgadzaliśmy, spowoduje, że już nigdy nie obudzimy się w takiej samej Polsce jak przed 10 kwietnia 2010 roku. Obserwując to, co się dzieje już od momentu wyboru miejsca pochówku Pary Prezydenckiej, boję się, że będę się budził w jeszcze bardziej skłóconym kraju, pełnym nienawiści i podejrzeń, patrzącym głównie do tyłu, jąttrzącym i głoszącym z zacietrzewieniem, że to co było, jest ważniejsze od tego, co będzie.

Już niedługo, 20 czerwca, w konsekwencji tragedii staniemy przed przedwczesną szansą pozytywnej

zmiany na tak „dzikim” ostatnio polu politycznym. Demokracja ma swoje prawa, ale w moim przekonaniu sprawowanie władzy powinno należeć do tzw. wykształciuchów. Dlatego też największym błędem jest rezygnacja z prawa wyborczego i umożliwienie uzyskania przewagi głosów grupom doskonale zorganizowanym, ale bardziej liczącym na duchowe natchnienie niż na zasadność ciężkiej pracy umysłowej. Wykształciuchy całej Polski, połączcie się przy urnach 20 czerwca!

Zacząłem od tonu patetycznego, później dywagacje polityczne (od których zawsze stroniłem, bo jestem od polityki bardzo daleko, ale po prostu boję się, że po tych wyborach polityka może jeszcze bardziej wpływać na naszą dziedzinę medycyny), teraz chciałbym poświęcić chwilę błędom w naszych działaniach, z którymi w ostatnim czasie spotykam się zdecydowanie zbyt często. Pamiętam, że kiedy byłem studentem, na wykładzie dowiedziałem się, że któryś z wybitnych twórców warszawskiej szkoły położniczo-ginekologicznej, już nie pomnę, albo profesor Adam Ferdynand Czyzewicz, albo Tadeusz Bulski, jest autorem sentencji, że „każda kobieta wchodząca do gabinetu ginekologa jest w ciąży i ma raka”. Najogólniej podstawową zasadą jest rozpoznanie lub wykluczenie brzościowości i choroby nowotworowej. Chyba w każdym ośrodku akademickim w Polsce jest ktoś, komu przypisuje się tę sentencję. Autorami jej miał być i profesor Stefan Soszka, i Witold Michałkiewicz, i wcześniej profesor Aleksander Rosner. Przybrała ona nieco inne postacie – już nie tylko „w ciąży”, ale „w ciąży pozamacicznej”, nie tylko „raka”, ale precyzyjniej – „raka jajnika”, niemniej przesłanie było identyczne, a autorów bez liku. Trochę mi się smutno zrobiło, gdy na którymś z wykładów usłyszałem, że autorem tej sentencji jest Ernest Wertheim, później przejrzałem



niemieckojęzyczne podręczniki położnictwa i ginekologii z końca XIX wieku (od lat zbieram stare narzędzia i podręczniki położnicze) i odkryłem, że do tego stwierdzenia przyznaje się jeszcze więcej profesorów niemieckich niż polskich, tyle że kilkadziesiąt lat wcześniej. Dlaczego takie długie wynurzenia historyczno-sarkastyczne? Ano, skoro tak wielu przypisuje sobie autorstwo tego stwierdzenia, to coś w tym musi być. Pamiętajmy, powstało ono w czasach, kiedy lekarz dysponował wywiadem, badaniem zestawionym, zdjęciem rentgenowskim (tak się kiedyś rozpoznawało ciążę), podstawowymi badaniami laboratoryjnymi. Nie było prób ciążowych, oceny ilościowej HCG, nie znano aparatów ultrasonograficznych, nie za bardzo wiedziano jeszcze, co to jest progesteron. Wtedy rozpoznanie ciąży ektopowej, czyli kiedyś pozamacicznej, przed pęknięciem było casusem i ogromnym sukcesem diagnostycznym. Brak pewności co do wewnątrzmacicznej lokalizacji ciąży był wskazaniem do hospitalizacji i oczekiwania na wystąpienie objawów krwawienia do jamy otrzewnej. Jeszcze 20 lat temu większość ciąż ektopowych rozpoznawana była na izbie przyjęć na podstawie wystąpienia objawów wstrząsu w konsekwencji krwawienia do jamy brzusznej. Obecnie jedynym wytłumaczeniem dla tak późnego ustalenia rozpoznania jest zbyt późne zgłoszenie się ciężarnej do ginekologa. Dysponując ultrasonografią przezpochwową i możliwością oceny stężeń gonadotropiny kosmów-

kowej, praktycznie zawsze powinniśmy ustalić prawidłowe rozpoznanie przed wystąpieniem ostrych objawów klinicznych. Fakt, że potwierdzenie wewnątrzmacicznej lokalizacji ciąży praktycznie wyklucza ciążę ektopową, skończył już chyba dyskusje na temat celowości wykonywania badania ultrasonograficznego we wczesnej ciąży. Rozpoznać 6-7 tygodniową ciążę jajowodową, dysponując dobrym sprzętem i doświadczeniem ultrasonograficznym, przy powszechnej dostępności oceny ilościowej gonadotropiny kosmówkowej, naprawdę zazwyczaj nie jest tak trudno. Trzeba tylko o tym pomyśleć!!! Piszę to, ponieważ w ostatnim czasie w ciągu dwóch tygodni trafiły do nas trzy pacjentki z ciążami jajowodowymi leczone ambulatoryjnie antybiotykami z powodu rozpoznania zapalenia przydatków. Klasyczny wywiad, typowe dolegliwości, bolesność w podbrzuszu, ciepłota 37,2°C, wizyta u ginekologa – tkliwość przy badaniu ginekologicznym – rozpoznanie zapalenia przydatków – zwolnienie, antybiotyk – brak poprawy – kolejne wizyty i niestety u jednej z tych trzech kobiet mimo wcześniejszych dwóch wizyt u ginekologa została wykonana laparoscopia ze względu na krwawienie do brzucha. W pozostałych dwóch przypadkach możliwe jeszcze było farmakologiczne leczenie zachowawcze,

choć przy stężeniach przekraczających 3500 IU/l nie zawsze się to udaje. Błędem jest to, że nie pamiętamy o tej słynnej maksymie, która ma ogromnie dużo ojców. Zawsze musimy myśleć o możliwości zaistnienia ciąży, choćby nasza pacjentka to negowała, bo przecież „partner zawsze zdążył”. *Nota bene* rozpoznawanie zapalenia przydatków to jeden z najczęstszych błędów ginekologii ambulatoryjnej. Bolesność przy badaniu ginekologicznym nie musi o niczym świadczyć, gdyż jajniki są tak samo unerwione czuciowo jak jądra, tylko nikt nie wie, czy uderzenie w jajniki nie bolałoby tak samo jak kopnięcie w jądra. Miernie podwyższona ciepłota – 37,0-37,5°C – to wysokie stężenie progesteronu wytwarzanego przez torbiel krwotoczną ciałałka żółtego lub konsekwencją wczesnej ciąży. Podwyższona leukocytoza też może przemawiać za wczesną ciążą i wcale nie jest wykładnikiem stanu zapalnego. Nie chciałbym zrobić czegoś złego, nie chciałbym spowodować rezygnacji np. z diagnostyki zakażeń chłamydiami, ale uwierzcie mi, zapalenie przydatków to bardzo rzadka choroba i jeżeli wcześniej nie były wykonywane jakies zabiegi – zupełnie wyjątkowa. Myślę, że mniej niż jeden procent bólów podbrzusza jest konsekwencją stanów zapalnych przydatków. Z prawdziwym, pełnoobjawo-

wym zapaleniem przydatków spotykam się w pracy ambulatoryjnej i klinicznej nie częściej niż kilka razy w roku. Pacjentki te zawsze wymagają intensywnej terapii w warunkach szpitalnych, często leczenia operacyjnego ropni jajnikowo-jajowodowych. Nie pamiętam prawdziwego zapalenia przydatków, które można by prowadzić ambulatoryjnie. Jeżeli ustalamy rozpoznanie adnexitis i ordynujemy ambulatoryjną antybiotykoterapię, to nawet jeżeli po kilku dniach ustąpią dolegliwości, co sugeruje prawidłowość postępowania, najprawdopodobniej u pacjentki wcale nie występował stan zapalny, a wyleczył ją najlepszy lekarz – czas i doszło na przykład do resorpcji torbieli czynnościowej. Pamiętajcie: „pacjentka wchodząca do gabinetu jest w ciąży pozamacicznej i ma raka”. Niestety, nie ja to wymyśliłem.

Z wyrazami szacunku,



Romuald Dębski