

## Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Fot. Radosław Kwiatecki

Skończył się rok 2010, dla jednych rok zwycięstw, dla innych porażek. Dla większości z nas jednak będzie to symbol polskich katastrof – tragedia w Smoleńsku, powódzie, niespodziewany atak zimy w grudniu, który sparaliżował polską kolej i niekończące się zrzucanie odpowiedzialności i obrzucanie błotem przez walczących ze sobą polityków. Może i dobrze, że już się skończył. Przecież rząd tego kraju przez cały rok nie robił nic innego, tylko walczył z kolejnymi kataklizmami, katastrofami czy wypadkami. Dla naszej specjalności też nie był najlepszy – wciąż niejednoznaczna sytuacja znieczuleń bez wskazań medycznych, ciągnęła konieczność ukrywania zjawiska cięcia cesarskiego wykonywanego również bez uzasadnień medycznych i groźna dla polskich kobiet propozycja rozporządzenia w sprawie standardu opieki okołoporodowej. To nie był dobry rok. Ale nie jestem pewien, czy ten 2011 będzie dużo lepszy.

Oddając w Państwa ręce pierwszy numer „Ginekologii po Dyplomie”, wydaje mi się, że naprawdę warty przejrzenia, chciałbym prosić o zapoznanie się z artykułem „Pamiętkowe zdjęcia ultrasonograficzne płodu” autorstwa Charlesa Lockwooda. Opisuje on sytuację, która jest bardzo charakterystyczna dla opieki nad ciążą po drugiej stronie Atlantyku, w Polsce na szczęście jeszcze nie ma „fotografów położniczych” w centrach handlowych, ale coraz częściej badania

ultrasonograficzne wykonywane są właśnie głównie w tym celu, żeby zrobić ładne zdjęcie, nakręcić ładny film. Problemów z tym związanych jest wiele, ale dwa chyba najważniejsze to fakt, że nie wszyscy z nas mają wystarczające umiejętności i doświadczenie oraz problem wydawania dokumentacji obrazowej. Znajomość diagnostyki ultrasonograficznej weszła w zakres obowiązkowych umiejętności położnika-ginekologa. Kilka tygodni szkolenia, jeden, dwa kursy, dostęp do aparatu i dobre samopoczucie to wystarczające elementy, aby wydawać wyniki badań. Nawet wśród swoich najmłodszych współpracowników obserwuję, że bez żadnych oporów sięgają po narzędzie, jakim jest głowica ultrasonograficzna – doskonale, absolutnie to popieram, obecnie niezwykle trudno jest być położnikiem-ginekologiem, niezależnie od kierunku zainteresowań: perinatologiem, onkologiem czy endokrynologiem ginekologicznym – bez możliwości samodzielnego wykonania tego badania. Ale z dużym strachem patrzę, jak osoby, którym nawet nie przyszłoby do głowy, aby wydawać wyniki w klinice, podpisują swoim nazwiskiem wyniki z jakichś gabinetów, centrów medycznych, prywatnych przychodni. Jestem głęboko przekonany, że w przyszłości nikt już nie będzie tworzył gabinetów ginekologicznych bez możliwości wykonania badania USG. Od lat wszędzie tam, gdzie przyjmują pacjentki, obok fotela ginekologiczne-

go czy leżanki znajduje się aparat ultrasonograficzny i naprawdę staram się, aby był nie najgorszej klasy. Wielu z nas kupiło sprzęt najczęściej zupełnie przyzwoitej jakości i wykonuje kilka, kilkanaście badań tygodniowo u pacjentek, których ciążę prowadzi czy obejmuje opieką ginekologiczną. Ale, jakby ktoś im skierował pacjentkę na badanie USG – to dlaczego nie. Myślę, że każdy z nas może rozpoznać żywą siedmioletnią ciążę wewnątrzmaciczną, ocenić położenie płodu, lokalizację łożyska, torbiel jajnika, macicę mięśniakowatą. Ale postulowałbym, aby ci, którzy po prostu prowadzą ciążę, operują, zlecają antykoncepcję i wykonują nie więcej jak kilkadziesiąt badań miesięcznie albo po prostu nie mają wystarczającego doświadczenia w diagnostyce prenatalnej, co zdarza się najczęściej, choć nie zawsze przekłada na posiadanie odpowiednich certyfikacji, kierowali swoje pacjentki na dwa przesiewowe i najważniejsze badania – tzw. ultrasonografię genetyczną między 11 i 14 tygodniem ciąży oraz ocenę anatomii płodu około 20 tygodnia ciąży – do wcale już nie takiej nielicznej grupy zawodowych ultrasonografistów prenatalnych. Zwróćcie uwagę, jeżeli urodzi się dziecko z nierozpoznanym prenatalnie zespołem Downa, ale badanie zostało wykonane w referencyjnej pracowni, to odpowiedzialność za wadliwość diagnostyki nie spada już na Was. Jeżeli chodzi o ginekologię, to ze wsparcia bardziej do-

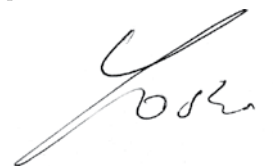
świadczonych diagnostów powinno się skorzystać przed podejmowaniem nieodwracalnych już decyzji terapeutycznych, np. decyzji o wykonaniu operacji, ale też decyzji o jej odroczeniu lub zaniechaniu. Strata wynikająca ze skierowania jest żadna, zysk wynikający z większego poczucia bezpieczeństwa i ograniczenia odpowiedzialności – nie do przecenienia.

Drugim problemem jest wydawanie potężnych, niekontrolowanych dokumentacji z wykonywanych badań. Dotyczy to głównie nagrań na coraz rzadziej stosowanych, na szczęście, taśmach wideo, gdzie niekiedy rejestrowano całe badanie od przyłożenia głowicy do końca badania. Nagrania na płytach CD czy innych nośnikach danych są bardziej czasochłonne, stąd najczęściej nagrywane są krótkie sekwencje, z reguły lepiej kontrolowane niż zapis dokonywany w czasie rzeczywistym. Od lat wspominam spotkania z lekarzami zajmującymi się diagnostyką prenatalną, którzy przedstawiali na filmach ostatnio zdiagnozowane prenatalnie nieprawidłowości rozwojo-

we. W spotkaniach tych brało udział kilkunastu doświadczonych diagnostów i prawie zawsze ktoś z nas coś jeszcze zauważył na filmie, rozpoznał jeszcze jakąś inną wadę, zwrócił uwagę na jakieś inne nagrane a nierozpoznane nieprawidłowości. Każda wydawana dokumentacja powinna być rozpatrywana jako udostępnianie potencjalnych dowodów dokonanego błędu. Pamiętajcie, wynik badania ultrasonograficznego składa się z opisu badania i dokumentacji zdjęciowej. Wymaganą dokumentację w czasie ciąży stanowią jedno, dwa zdjęcia z pomiarami pozwalającymi ocenić wiek czy wielkość płodu, zdjęcie dokumentujące życie płodu – zapis w prezentacji M lub z badania dopplerowskiego oraz fotografia każdej opisywanej nieprawidłowości. Jeżeli informujemy pacjentkę o płci, powinniśmy to też udokumentować zdjęciem. W ginekologii powinien to być w miarę możliwości przekrój A-P macicy z pomiarem grubości trzonu i endometrium, obraz obu jajników oraz rzecz jasna wszystkich opisywanych nieprawidłowości. Oczywiście mnós-

two pacjentek zapłaci jednak więcej, żeby mieć fotografię 3D, nagranie w czasie rzeczywistym, super dokumentację (niejeden z naszych kolegów robi „kolorowe USG”, wydając normalne, zupełnie zwykłe zdjęcia 2D, ale wydrukowane nie w czarno-białej skali szarości, tylko ... w skali czerwieni czy zieleni). Tylko bądźmy bardzo ostrożni, żeby obok dokumentacji przepięknego siusiaka, dumy tatusia, nie udokumentować także, że pewowna miała tylko dwa naczynia, robiąc wspaniały profil, nie udokumentować hipoplazji kości nosowej, robiąc film z badania ginekologicznego, nie udokumentować guza pęcherza moczowego, których sami nie zauważyliśmy itd... Pamiętajcie, ultrasonografia jest przepiękna, ale bardzo wymagająca, kapryśna i ryzykowna.

Z wyrazami szacunku



Romuald Dębski