

Wkład Mieczysława Tylickiego w proktologię polską – co się zmieniło, co przetrwało

¹Warszawski Ośrodek Proktologii, Szpital św. Elżbiety w Warszawie

²Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Ostrowi Mazowieckiej

³Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital im. Dzieciątka Jezus w Warszawie

Docent Mieczysław Tylicki, nazywany „ojcem polskiej proktologii”, urodził się w 1908 roku w Warszawie. Ukończył Wydział Lekarski UW, gdzie miał okazję pobierać edukację u takich sław w zakresie chirurgii i ortopedii, jak prof. Zygmunt Radliński czy prof. Adolf Wojciechowski (1). Z osobistych kontaktów z Panem Docentem pamiętam, że szczególną estymą Docent darzył doktora Jana Kołodziejewskiego.

Mieczysław Tylicki brał udział zarówno w kampanii wrześniowej, jak i w Powstaniu Warszawskim. W Szpitalu św. Rocha, w którym wówczas pracował, pomagał ukrywać zbiegłych z getta Żydów (1).

Po wojnie zajął się dwiema dziedzinami chirurgii, które według niego były wówczas zaniedbane i znajdowały się niejako na uboczu głównych nurtów chirurgii – były to chirurgia ręki i proktologia. W 1954 roku Docent Tylicki zorganizował Warszawski Ośrodek Proktologii współpracujący z I Kliniką Studium Doskonalenia Lekarzy w Szpitalu Elżbietanek przy ulicy Goszczyńskiego. W 1976 roku, wspólnie z doktorem Maciejem Grochowiczem – dyrektorem Szpitala Śródmiejskiego na Solcu, założył pierwszy w Polsce Oddział Proktologiczny. Trzeba nadmienić, że doktor Maciej Grochowicz był świetnym chirurgiem i organizatorem, a także wieloletnim dyrektorem Szpitala na Solcu. Pod jego kierownictwem Szpital na Solcu przetrwał wiele burz zarówno politycznych, jak i organizacyjnych, a genialny tandem Tylicki-Grochowicz pozwolił na stworzenie unikalnego ośrodka proktologicznego, w którym leczono pacjentów z najtrudniejszymi chorobami koloproktologicznymi z całej Polski. Po odejściu na emeryturę Tylicki pracował w Szpitalu na Solcu aż do 1989 roku.

Docenta Tylickiego poznałam w 1982 roku, kiedy po stażu podyplomowym rozpoczęłam w Szpitalu na Solcu specjalizację z chirurgii ogólnej. Był już wtedy starszym chirurgiem, jednak niezwykle sprawnym manualnie i intelektualnie. Nadal

bardzo aktywny naukowo, w owym czasie kończył pisanie podręcznika z zakresu operacji proktologicznych. Trzeba nadmienić, że Docent był poliglotą – biegle władał kilkoma językami, a szczególnie dobrze znał rosyjski i niemiecki.

Prywatnie był człowiekiem bardzo dowcipnym, z dystansem do siebie, konkretnym, niezależnym w poglądach naukowych i politycznych (był bezpartyjny). Przez 7 lat miałam okazję i ogromne szczęście być w jednym zespole z Panem Docentem, przyglądać się jego pracy, a także prawie codziennie asystować do wykonywanych przez Niego zabiegów operacyjnych. Później w swojej pracy zawodowej w dużej części „bazowałam” na naukach wyniesionych w owym czasie zarówno od docenta Tylickiego, jak też od doktora Macieja Grochowicza, jednocześnie ucząc się od innych kolegów nowych technik, a także samej nabierając doświadczenia chirurgicznego.

Docent Tylicki świetnie znał anatomię, wręcz „obsesyjnie” dbał o prawidłową nomenklaturę proktologiczną. Szczególnie raziło go mylenie pojęć „żyłaków” z „hemoroidami” czy też „przetoki okołoodbytniczej” z „przetoką odbytu”.

Celem artykułu jest próba oceny wkładu Mieczysława Tylickiego w proktologię polską i odpowiedź na zadane w tytule pytanie: „co się zmieniło, a co przetrwało?”.

Zainteresowania Docenta szczególnie dotyczyły leczenia pacjentów z przetokami odbytu. Już za jego czasów obowiązywała klasyfikacja przetok według Parksa, dzieląca przetoki na cztery typy w zależności od ich relacji anatomicznej względem mięśnia zwieracza zewnętrznego (2). Według Docenta powyższa klasyfikacja była niewystarczająca. Za główny mięsień odpowiadający za kontynencję u człowieka uważał mięsień łonowo-odbytniczy. Mięsień ten otacza ramionami kanał odbytu, tworząc z tyłu pętlę U, stąd stanowi on protekcję mięśniową dla zabiegów proktologicznych wykonywanych

na tylnym obwodzie odbytu. Z tego ważnego szczegółu anatomicznego wynikał pomysł Tylickiego, by do klasyfikacji Parksa dołączyć słowa „przednia” lub „tylna”. W języku proktologa do dziś oznacza to: „przednia – trudniejsza”, potencjalnie związana z większym ryzykiem komplikacji w postaci zaburzeń kontynencji po zabiegu, „tylna – łatwiejsza”, związana z mniejszym ryzykiem inkontynencji po zabiegu, w podtekście: „można operować odważniej”. Na Oddziale Proktologii na Solcu obowiązywało zgodnie z zaleceniami Tylickiego wpisanie na końcu rozpoznania przetoki słowa „przednia” lub „tylna”, np. przetoka przez zwieraczkę przednią (ang. *fistula transsphincterica anterior*). W swojej pracy zawodowej i dydaktycznej zawsze starałam się przekazać innym lekarzom ten ważny szczegół, uważając to za niezwykle praktyczną informację.

Tylicki był wielkim propagatorem teorii odkryptowej głoszącej, że ropień i przetoka to faza ostra i przewlekła tej samej choroby. W praktyce operacyjnej niezależnie od stosowanej techniki Pan Docent zawsze wycinał chorą kryptę (również podczas operacji szczeliny).

Nauczał nas także, że ból w chorobach proktologicznych jest związany ze skurczem mięśnia zwieracza wewnętrznego i lecznicze działanie przeciwbólowe powinno się opierać na relaksacji tego mięśnia. Był też zwolennikiem oszczędzania strefy przejściowej zlokalizowanej powyżej kresy grzebieniastej, w której są receptory czuciowe różniące stolec stały, płynny i gazy, co praktycznie przekładało się na zasadę: w kanale odbytu wykonuj rany oszczędne, na zewnątrz szerokie, umożliwiające drenaż wydzieliny zapalnej. W leczeniu przetok za czasów Tylickiego często stosowało się oprócz klasycznej fistulotomii i fistulektomii operację z drenażem setonem zarówno tnącym, jak i luźnym. Szczególnie popularna była wówczas metoda z zastosowaniem tnącego setonu.

W skomplikowanych, podkwadratowych przetokach Docent posługiwał się czasem metodą Hanleya, czyli stosował szerokie otwarcie kanału przetoki cięciem między kością guziczną a zwieraczem zewnętrznym.

Wówczas przed operacją przetok nie wykonywano badań obrazowych. W diagnostyce przedoperacyjnej pacjentów z przetokami Docent Tylicki posługiwał się jedynie wywiadem i badaniem proktologicznym. Nadmienię, że ultrasonograficzne badanie transrektalne wprowadzono w Polsce w latach 90. i po raz pierwszy wykonywaliśmy je w Szpitalu na Solcu z doktorem Robertem Stefańskim.

Tylicki nacinał ropnie szeroko, promieniście w stosunku do kanału odbytu, zawsze zwracając uwagę na wprowadzenie palca do kanału odbytu w trakcie nacięcia ropnia. Również manewr ten zalecał przy poszukiwaniu sondy otworu wewnętrznego przetoki podczas wprowadzania sondy do ujścia zewnętrznego, zmniejszając w ten sposób ryzyko powstania przetoki jatrogennej.

CO PRZETRWAŁO

Wiele zasad głoszonych przez Tylickiego przetrwało do dziś.

Anatomia kanału odbytu i odbytnicy jest taka sama. Obecnie niepodważalna jest kluczowa rola mięśnia łonowo-odbytniczego w mechanizmie kontynencji i w aktualnych

podręcznikach chirurgicznych już nie mięsień zwieracz zewnętrzny określa się jako najważniejszy w trzymaniu stolca, a właśnie mięsień łonowo-odbytniczy. Nadal więc obowiązuje oszczędzanie mięśnia łonowo-odbytniczego oraz oszczędzanie strefy przejściowej w trakcie wykonywania zabiegów proktologicznych.

Nadal wykonywana jest również operacja przetoki z drenażem luźnym setonem sposobem Hipokratesa, a nawet przeżywa swój renesans (rozszerzyło się jej zastosowanie, np. w etapie przygotowawczym do technik małoinwazyjnych w celu ograniczenia infekcji).

Sposób nacinania ropni niskich i wysokich jest niezmieniony i rysunki Pana Docenta obrazujące te techniki nie straciły na aktualności (za kanon uważa się manewr Tylickiego z wprowadzeniem palca do kanału odbytu w trakcie nacinania ropnia oraz w trakcie poszukiwania ujścia wewnętrznego przetoki).

CO SIĘ ZMieniŁO?

Teoria odkryptowa, której propagatorem był Tylicki, sprawdza się w większości przetok, ale w ostatnich latach mamy do czynienia także z innymi przyczynami przetok, do których należą nieswoiste zapalenia jelita grubego (choroba Leśniowskiego-Crohna, WZJG) oraz obniżona odporność (HIV-pozytywni, po przeszczepach narządów, w trakcie lub po chemioterapii). Obecnie dużo więcej jest pacjentów z wysokimi, skomplikowanymi przetokami odbytu. W odróżnieniu od Tylickiego, korzystamy z diagnostyki obrazowej (rezonansu magnetycznego lub ultrasonografii transrektalnej), a w wielu przypadkach i czynnościowej. Pojawiło się też wiele technik małoinwazyjnych oszczędzających zwieracze (laser, kleje, pasty).

Poza zapaleniem krypty podkreśla się również rolę przestrzemi międzyzwieraczowej jako źródła infekcji, stąd nowe metody operacyjne, np. LIFT czy TROPIS. Co ciekawe, przestrzemi tej praktycznie nie ma u zdrowego człowieka – jest ona widoczna w badaniach obrazowych dopiero przy wypełnieniu ropną wydzieliny zapalną i zdrenowanie jej to klucz do wyleczenia wielu przetok.

PODSUMOWANIE

Pierwsze lata pracy chirurga mają wielki wpływ na jego dalszą drogę zawodową i wybory. Miałam szczęście spotkać na swojej zawodowej drodze prawdziwego mistrza chirurgii, jednocześnie człowieka skromnego i życzliwego. Docent Mięczyński Tylicki zachęcił mnie do leczenia pacjentów z przewlekłymi, trudnymi chorobami proktologicznymi. „Historia kołem się toczy”, gdyż ja swoją edukację proktologiczną zaczęłam w Szpitalu na Solcu, zaś po 35 latach pracy w tym szpitalu reaktywowałam Warszawski Ośrodek Proktologii w Szpitalu Elżbietanek w Warszawie – tam, gdzie ponad 70 lat temu zaczynał rozwijać proktologię Docent Tylicki. Po latach pracy chirurgicznej, bazując w dużej mierze na wiedzy, którą uzyskałam od swoich nauczycieli, mam też swoje przemyślenia dotyczące leczenia przetok, które w dużym skrócie przedstawiam poniżej:

- w przypadkach przetok skomplikowanych kluczem do wyleczenia jest zdrenowanie zbiorników (w wielu

przypadkach wiąże się to z agresywnym postępowaniem chirurgicznym, które wymaga od chirurga wręcz intuicyjnego poruszania się w przestrzeniach anatomicznych),

- należy dążyć do ograniczenia infekcji, korzystając często z opcji drenażu luźnym setonem,
- drenaż setonem nie wystarczy, jeśli nie zdrenuje się wysokich zbiorników ropnych,
- przy niepowodzeniu po zabiegu (nadal infekcja) robimy krok do tyłu – powtarzamy operację drenażową,
- w niektórych przetokach niezbędna jest agresja chirurgiczna, jednak nadal pozostaje pytanie, jak dotrzeć do wysokiego zbiornika,
- przy międzyzwieraczowych wysokich zbiornikach metodą z wyboru dotarcia do zbiornika ropnego jest metoda TROPIS, przy zaodbytnicznych – szerokie otwarcie kanału przetoki (w tych przypadkach korzystam ze starej, ale skutecznej metody Hanleya),
- nie stosuję setonu tnącego; w przypadkach przetok, które „nadawałyby się” do tej techniki, wybieram fistulotomię z następową rekonstrukcją zwieraczy,

- czasami proponowana stomia zazwyczaj nie rozwiązuje problemu zbiorników ropnych i nie wyleczy przetoki, jedynie złagodzi jej objawy (choć nie zawsze),
- sporadycznie stosuję operacje z przemieszczonym płatem śluzowo-mięśniowym, w moim wykonaniu wiążą się one z wyższą nawrotnością, dlatego wybieram je z reguły w przypadku przetok nadzwieraczowych.

Większość zasad operacji przetok głoszonych przez Mieczysława Tylickiego nie uległa zmianie. Oszczędzanie zwieraczy, w tym przede wszystkim mięśnia łonowo-odbytniczego, i strefy przejściowej jest równie ważne, jak 40 lat temu. Większość zabiegów proktologicznych wykonywanych przez Pana Docenta z pewnymi modyfikacjami stosuje się do dzisiaj.

Korzystanie z wiedzy mistrzów chirurgii jest bezcenne, co nie zwalnia lekarzy z obowiązku nieustannego kształcenia się oraz modyfikowania techniki chirurgicznej wraz z postępem medycyny.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji

*Małgorzata Kołodziejczak
Warszawski Ośrodek Proktologii
Szpital św. Elżbiety w Warszawie
ul. Goszczyńskiego 1, 02-615 Warszawa
tel.: +48 603-387-787
drkolodziejczak@o2.pl

nadesłano/submitted:

08.07.2025

zaakceptowano do druku/accepted:

29.07.2025

Piśmiennictwo

1. Ciesielska M: Docent Mieczysław Tylicki – pionier polskiej koloproktologii. Nowa Med 2016; 23(1): 38-42.
2. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD: A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976; 63(1): 1-12.