

nowy

dwumiesięcznik

gabinec

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn branżowy

wyposażenie
materiały
prawo

nr 1 (26) 2016 r.

ISSN 2084-5839



Cytologia konwencjonalna czy płynna

**Standardy
postępowania
ginekologicznych**



**Nowe standardy
w inwazyjnej
diagnostyce prenatalnej**



**Zgoda
na leczenie
- aspekty prawne**



Wiedza- Doświadczenie- Rezultaty



LASER CO₂ STWORZONY SPECJALNIE DO REWITALIZACJI INTYMNYCH NARZĄDÓW KOBIECYCH

Beladona

Zabiegi:

Frakcyjne:

- przebudowa śluzówki pochwy
- ujędrnianie i wygładzanie warg sromowych
- leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu
- dermatologia estetyczna

Chirurgiczne

- chirurgia ginekologiczna
- dermatochirurgia

Jak działa?

Posiada ginekologiczny tryb pracy W-Pulse. Emitowane impulsy światła są dwufazowe. Dzięki temu zachowana jest właściwa, precyzyjnie określona proporcja pomiędzy punktową waporyzacją i przegrzaniem tkanki, co jest kluczowe dla uzyskania efektywnej i bezpiecznej przebudowy kolagenu w śluzówce pochwy, bez brzemiennej w skutkach efektów ubocznych.

Dlaczego Beladona?

- aplikator endowaginalny zaprojektowany z myślą o łatwej i autotraumatycznej aplikacji w pochwie
- autoklawowalne i łatwe w czyszczeniu aplikatory
- brak zużywalnych akcesoriów
- zabieg bez krwawienia i bez znieczulenia
- zabieg ambulatoryjny, czas trwania 15 minut

Wypowiedzi użytkowników:

„Zaobserwowałem dużą skuteczność lasera Beladona w procedurach związanych z odmładzaniem pochwy. Zabiegi te wykonuję u coraz to nowych pacjentek i zauważam stale rosnącą liczbę chętnych. To wciąż nowatorska technika, lecz pacjentki dostrzegają wyraźną poprawę, często już po pierwszym zabiegu.”

Lek. med. Andrzej Cieślak, Żary
Specjalista Ginekolog- położnik

„Małoinwazyjne zabiegi z zakresu tzw. ginekologii estetycznej, jakie od jakiegoś czasu wykonuję laserem Beladona, to propozycja skierowana do szerokiego grremium spośród moich pacjentek. Terapia ta rzeczywiście skutecznie leczy strukturalne zmiany tkankowe pochwy. Wiele moich pacjentek odczuwa wyraźną poprawę, zarówno w sferze satysfakcji seksualnej, jak i pod kątem redukcji problemu nietrzymania moczu. To naprawdę dobry rezultat w obliczu faktu, iż zabieg laserowy wykonuje się w ciągu kilkunastu minut, podczas standardowej wizyty w gabinecie ginekologicznym. Dodatkową ważną zaletą jest brak dyskomfortu pozabiegowego oraz ograniczeń w życiu codziennym.”

dr Iwona Lemańska, Swarzędz
Gabinet Ginekologiczno-położniczy



SIŁA GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ

www.shar-pol.pl

Wydawca:

Wydawnictwo SPS Media

Adres redakcji:

Modzelewskiego 67/4
02-679 Warszawa
Tel. 22 844 49 42
redakcja@spsmedia.pl
www.e-ginekologia.pl

Redaktor naczelny:

Piotr Szymański
piotrs@spsmedia.pl
Tel. 22 844 49 42

Redakcja i korekta:

Halina Szostkiewicz

Reklama:

Krzysztof Kowalczyk
reklama@spsmedia.pl
Tel. 882 066 990
Tel. 22 844 49 42
Małgorzata Szymańska
gosias@spsmedia.pl
Tel. 604 372 921

Prenumerata:

Aleksandra Czarnecka
Tel. 22 844 49 42
Tel. 509 912 963
prenumerata@spsmedia.pl

Skład i łamanie:

Ewa Kopka-Nowakowska

fot. na okładce:

Chroma
Nakład: 2500 egz.

Wydawnictwo dostępne wyłącznie w prenumeracie. Cena za kolejnych 12 numerów 138 zł (w tym VAT). Redakcja nie odpowiada za treść materiałów reklamowych oraz ma prawo odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny. Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

W NUMERZE

4 Miscellanea

Nowości z rynku ginekologicznego oraz informacje na temat najnowszych uregulowań prawnych dotyczących ginekologów.

12 Zgoda na leczenie – aspekty prawne

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, tylko po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry przewiduje tylko kilka wyjątków od tej reguły. W przypadku pacjentów małoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody udziela jej przedstawiciel ustawowy.

15 Przechowywanie dokumentacji zgodnie z polskim prawem

Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia wszystkie podmioty lecznicze będą miały obowiązek wprowadzenia zmian związanych ze sposobem przechowywania, tworzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

16 Pytania do prawnika

Na pytania Czytelników odpowiada prawnik Ma-

ciej Gibiński, absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradczce Prawa Medycznego.

18 Płynna cytologia

Odkryty niemal 90 lat temu przez Georga Papanicolaou PAP test (cytologiczny) jest nadal podstawowym narzędziem w diagnostyce raka szyjki macicy w Polsce. Z pewnością przyczynił się do wczesnego wykrywania zmian nowotworowych, jednak przy swoich zaletach ma również ograniczenia.

20 Wytyczne w badaniach cytologicznych

Od trzech lat w Polsce znane są wytyczne PTG w zakresie standardów postępowania w gabinetach ginekologicznych podczas pobierania rozmazu cytologicznego. Zostały one opracowane przez grupę polskich profesorów na podstawie zaleceń Komisji Europejskiej.

24 Standardy postępowania ginekologicznych

Publikujemy ministerialne wyjaśnienia, dlaczego w taki, a nie inny sposób zalecają postępowanie w poszczególnych przypadkach.

28 Mikromacierze aCGH

Badanie kariotypu płodu metodami cytogenetyki klasycznej było przez lata złotym standardem w inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Metoda ta ma jednak istotne ograniczenia. Badanie kariotypu metodami cytogenetyki klasycznej wymaga hodowli komórek, która trwa 7-14 dni, stąd oczekiwanie na wynik badania wynosi 10-20 dni (niekiedy dłużej).

32 Embriolog kliniczny – nowy zawód medyczny

Od narodzin pierwszego dziecka poczętego w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego mija w tym roku 38 lat. Przez ten okres medycyna rozrodu poczyniła wielkie postępy i rozwinęła się w nowoczesną gałąź medycyny, łączącą wiedzę i kompetencje ekspertów wielu specjalności.



Jak zamówić prenumeratę Nowego Gabinetu Ginekologicznego

Na konto, podane obok, należy wpłacić 78 zł (prenumerata roczna) lub 138 zł (prenumerata dwuletnia). Po dokonaniu płatności należy przesłać faksem, e-mailem lub listownie potwierdzenie dokonania wpłaty wraz z adresem, na który gazeta ma być wysłana. Osoby, które chcą otrzymać fakturę VAT, muszą przysłać wszystkie dane potrzebne do wystawienia faktury. Faktury wystawiamy do 7 dni od daty wypłynięcia płatności na konto. Tel. 22 8 444 942, fax 22 398 78 85, e-mail: prenumerata@spsmedia.pl
Możliwe jest przesłanie prenumeraty za zaliczeniem pocztowym. Zamówienie należy złożyć telefonicznie lub faksem. Do kosztów prenumeraty doliczamy 12 zł za usługę pobrania pocztowego. Pierwszy zamówiony numer wysyłany jest następnego dnia po złożeniu zamówienia.

NUMER KONTA:

BZ WBK 37 oddział w Warszawie
nr 80 1500 1865 1218 6013 2651 0000,
SPS, ul. Modzelewskiego 67/4,
02-679 Warszawa

WARUNKI PRENUMERATY:

- Prenumeratę przyjmujemy na kolejnych 6 lub 12 numerów
- Prenumeratę opłaca się w banku lub na pocztę
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca



MISCELLANEA

BADANIA

Rodzące - statystycznie - żyją dłużej

U KOBIET, KTÓRE URODZIŁY CO NAJMNIEJ JEDNO DZIECKO, RYZYKO PRZEDWCZESNEJ ŚMIERCI JEST MNIEJSZE O 20 PROC.

– tak wynika z badań prowadzonych w ramach programu EPIC (European Prospective Investigation in to Cancer and Nutrition). Badaniu poddano 550 tysięcy kobiet z dziesięciu krajów europejskich.

Z tej grupy na raka zmarło przedwcześnie 5938 kobiet, a z powodu chorób układu krążenia 2404 kobiety. Dokładna analiza danych wykazała, że u kobiet, które urodziły co najmniej jedno dziecko, ryzyko przedwczesnej śmierci jest mniejsze o 20 proc. Wyciągnięto również inne ciekawe dane – okazuje się, że kobiety, u których pierwsza miesiączka wystąpiła po 15. roku życia, mają statystyczną szansę na życie dłuższe o 10 proc. w porównaniu z tymi, u których miało to miejsce w wieku poniżej 12 lat. Te dane podobnie przedstawiają się w odniesieniu do kobiet karmiących piersią, w stosunku do niekarmiących. (PT)



FOT. CHROMA

Kobiety, u których pierwsza miesiączka wystąpiła po 15. roku życia, mają statystyczną szansę na życie dłuższe o 10 proc. w porównaniu z tymi, u których miało to miejsce w wieku poniżej 12 lat

PRAKTYKA

Ma być mniej cięć cesarskich

ROZWIĄZANIE CIAŻY NASTĘPUJE W WYNIKU CESARSKIEGO CIĘCIA U CZTERECH NA DZIESIĘĆ RODZĄCYCH W POLSCE. To dwa razy częściej niż średnio w Europie. Statystyki wskazują, że cięcia cesarskie są wykonywane na życzenie i nie mają związku z zaleceniami medycznymi. Ten trend ma się zmienić – Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w tym kierunku.

Pierwszym elementem będzie opracowanie tzw. mapy cięć cesarskich w kraju oraz napisanie nowych wskazań i przeciwwskazań do ich wykonania. Powstanie też szczegółowy raport, który odpowie na pyta-

nie, co należy zrobić, aby ograniczyć liczbę wykonywanych cięć cesarskich – powiedział prof. Stanisław Radowski, konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Wskazania do wykonywania cesarskich cięć są jasno określone i funkcjonują od ośmiu lat. Teraz jednak konieczne jest unowocześnienie podejścia do tego zagadnienia. Konieczne jest również uwzględnienie postępu nauk medycznych, aby stworzyć adekwatne, zgodne z przyjętymi przez UE, zasady postępowania przy kwalifikowaniu pacjentki do wykonania cesarskiego cięcia – informuje prof. Radowski. Minister zdro-

wia Konstanty Radziwiłł popiera działania w tym kierunku, podczas konferencji prasowej powiedział, że „epidemia” cesarskich cięć z całą pewnością jest jednym z poważniejszych problemów medycznych, z jakimi mamy do czynienia w Polsce. (PT)

Pierwszym elementem będzie opracowanie tzw. mapy cięć cesarskich w kraju oraz napisanie nowych wskazań i przeciwwskazań do ich wykonania.



Standardy w położnictwie i ginekologii w aspekcie nowych aktów prawnych

■ Warszawa, 20 lutego 2016 roku

■ Hotel Courtyard by Marriott Warsaw Airport

■ Przewodniczący:
prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

■ Repetytorium:

Gdańsk 5 marca 2016 r., **Lublin** 12 marca 2016 r., **Wrocław** 2 kwietnia 2016 r.,

Rzeszów 9 kwietnia 2016 r., **Kielce** 16 kwietnia 2016 r.

■ www.standardygin2016.viamedica.pl



ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



PARTNER



Konferencja jest skierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi
— podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271).

NFZ

Nowy program dla ciężarnych

W SIEDZIBIE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA OPRAWYWANY JEST PROGRAM KOMPLEKSOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W OKRESIE CIĄŻY, PORODU ORAZ POŁOGU. Założeniem programu jest zapewnienie przyszłym mamom pełnej, dostępnej, bezpiecznej opieki wysokiej jakości w czasie fizjologicznej ciąży, porodu i pierwszych 6 tygodni po urodzeniu dziecka.

Zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy ze szpitala ma czuwać nad bezpieczeństwem kobiety i malucha. Ciężarna będzie mogła zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży. Ko-

biety będą mogły wybrać, czy osobą, która będzie się nimi opiekować, będzie położna czy lekarz ginekolog-położnik. Projekt zarządzenia w sprawie programu ma trafić w styczniu do konsultacji zewnętrznych. Jego publikacja planowana jest na marzec 2016 r. (PT)

Kobiety będą mogły wybrać, czy osobą, która będzie się nimi opiekować, będzie położna czy lekarz ginekolog-położnik



FOT. BORCAD

PRAWO

Rozmawiali o pensjach lekarzy

WYSPECJALIZOWANI LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI POWINNI ZARABIAĆ TRZYKROTNĄ ŚREDNIĄ KRAJOWĄ - TWIERDZĄ PRZEDSTAWICIELE OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY. Obecnie w Polsce – wg wyliczeń – to kwota 12 tysięcy złotych. Krzysztof Bukiel – przewodniczący Zarządu Krajowego Związku mówi, że rozmowy o podwyżkach nie mają sensu.

Budżet nie dysponuje środkami na podwyżki dla lekarzy, ale powinno wprowadzić się odpowiednią regulację płac. Uwzględniłaby ona odpowiednią proporcję wynagrodzeń. W ten sposób można by było wyeliminować chaos w wynagrodzeniach.

Budżet nie dysponuje środkami na podwyżki dla lekarzy

Zarząd OZZL ma spotkać się ministrem zdrowia i wybrać odpowiedni model regulacji, a także wypracować system wynagrodzeń. Chodzi o przyporządkowanie poszczególnych zawodów i stanowisk pracy do odpowiednich „grup zaszerogowania”. Mają być również sformułowane właściwe wymagania wobec odpowiednich stanowisk pracy i określenie płac. (PT)

AKCJA SPOŁECZNA

„Rodzę - Mam prawa”



FUNDACJA „RODZIĆ PO LUDZKU” ZNOWU WYKAZUJE SIĘ DUŻĄ AKTYWNOŚCIĄ. Tym razem ruszyła z kampanią informacyjną „Rodzę - Mam prawa”. Przedstawiciele Fundacji przypominają kobietom w ciąży o przysługujących im prawach – między innymi o tym, że mają prawo do wyboru osoby towarzyszącej podczas porodu.

Przedstawiciele Fundacji podkreślają, że kobieta ma prawo do rzetelnej informacji, która da jej poczucie bezpieczeństwa oraz do właściwego traktowania z poszanowaniem jej godności i intymności. Podczas konferencji prasowej, która zainicjowała kampanię mówiono też o tym, że pacjentki powinny zgłaszać do rzecz-

nika przypadki naruszenia prawa do godności i intymności oraz prawa do informacji. Mają też prawo do przygotowania planu porodu, czyli planu oczekiwań i potrzeb. Plan ten powinien być wspólnie omówiony z personelem medycznym i wzięty pod uwagę. Była też mowa o rzetelnym informowaniu o metodach łagodzenia bólu (szerzej na ten temat napisaliśmy w Nowym Gabinet Ginekologicznym nr. 6/2015), a także o wsparciu emocjonalnym i życzliwym traktowaniu. W ramach kampanii przygotowano spoty radiowe oraz telewizyjne, które będą emitowane w Internecie. Będą również organizowane spotkania informacyjne w całej Polsce. (PT)

PRAWO

Ubezpieczenie - korzystniej razem?

KORZYSTNE WARUNKI FINANSOWE ZAWIERANYCH UMÓW UBEZPIECZENIOWYCH UDAŁO SIĘ WYNEGOCJOWAĆ DZIĘKI INICJATYWIE SAMORZĄDU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE. Samorząd realizuje program grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyków, opłaconego ze składki członkowskiej. Jest to pierwsze w Polsce tego typu rozwiązanie.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie realizuje ten program od czerwca 2015 roku. Dzięki takiemu rozwiązaniu, lekarze mogą zawierać dwa rodzaje umów ubezpieczeniowych – obowiązkowe OC i dobrowolne OC. Pierwszy wariant jest istotny dla lekarzy i lekarzy dentyków prowadzących własne praktyki zawodowe, drugi dla lekarzy i dentyków zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub innych umów w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Suma gwarancyjna dla jednego zdarzenia wynosi 75 tysięcy euro, a w odniesieniu do wszystkich zdarzeń wynosi 350 tysięcy euro. Sumy te obowiązują dla obu wariantów ubezpieczenia OC. (PT)



FOT. PHILIPS

więcej na: E-GINEKOLOGIA.PL

Bez ryzyka urwania nici.

Wybierz pessar
ze stabilnie mocowaną nicią.



Pessar
Dr. Arabin

made
in
Germany



NOWOŚĆ

**Pessar wyposażony
w mocną, polimerową nić
zamiast silikonowego sznurka**

znielone ryzyko urwania nici
i ułatwione wyjmowanie pessara.



**Pewne mocowanie
nici przy użyciu guzika**

stabilne przytwierdzenie nici
do centralnej części pessara (łatwe
i bardziej komfortowe wyjmowanie).



**Zaokrąglone krawędzie
ścian pessara**

brak ryzyka zranienia, większy
komfort dla Pacjentki.



**Dlaczego warto wybierać
Pessary Dr. Arabin od Meringer?**



* możliwość wymiany
pessara na inny
rozmiar - 0% ryzyka



* próbnik pessarów
dla doboru odpowiedniego
rozmiaru

ZAMÓW TERAZ
62 501 35 50

www.sklep.meringer.pl


meringer®
tylko dla ginekologii

reklama

SPRZĘT

Na co zwrócić uwagę przy wyborze pessara kostkowego?



FOT. MERINGER

NIEWĄTPLIWĄ ZALETĄ STOSOWANIA PESSARÓW KOSTKOWYCH JEST ICH WYSOKA SKUTECZNOŚĆ W REPOZYCJI OBNIŻONYCH NARZĄDÓW. Dobre przyleganie pessara (za sprawą efektu podciśnienia) pozwala na jego zastosowanie także w przypadkach, gdy dno miednicy nie jest odpowiednio silne, aby przytrzymać pessary pierścieniowe.

Istnieją jednak pewne cechy pessarów kostkowych, na które warto zwrócić uwagę, a które mogą przyczynić się do zwiększenia skuteczności terapii oraz pozytywnie wpłynąć na zadowolenie pacjentek z metody leczenia.

Z pewnością istotne znaczenie ma sznurek przymocowany do pessara. Ważne, aby był on wykonany z materiału, który nie ulegnie urwaniu. Szczególnie, że zaleca się pacjentce wyjmowanie pessara codziennie na noc i zakładanie go ponownie rano.

Warto również zwrócić uwagę na krawędzie ścian kostki, im bardziej opływowe, zaokrąglone, tym mniejszy dyskomfort dla pacjentki powoduje wyjmowanie pessara

Sposób mocowania sznurka do powierzchni pessara również jest ważny. Stabilne mocowanie niweluje ryzyko urwania nici. Dodatkowo pessary kostkowe z moco-

waniem na środku pessara łatwiej się wyjmują poprzez równomierne zlikwidowanie efektu podciśnienia.

Warto również zwrócić uwagę na krawędzie ścian kostki, im bardziej opływowe, zaokrąglone, tym mniejszy dyskomfort dla pacjentki powoduje wyjmowanie pessara.

Ostatecznie, w każdym przypadku Zaburzeń Statyki Narządów Rodnych należy dobrać odpowiedni rodzaj pessara do konkretnego przypadku danej pacjentki. (SZ)

PRAWO

Okno życia uratowało życie

W ZIELONOGÓRSKIM OKNIE ŻYCIA ZNALEZIONO KILKUDNIOWĄ DZIEWCZYNKĘ. Noworodek nie miał jeszcze związanej pępowiny – poród najprawdopodobniej odbył się w domu. Zdarzenie to miało miejsce 24 listopada, około godziny 13.00.

Okno życia znajduje się przy klasztorze sióstr elżbietanek – powstało w 2009 roku – miało zwrócić uwagę na problem dzieci porzucanych na ulicy lub na śmietnikach. W oknie znajduje się zawsze świeża pościel, jest to miejsce ogrzewane i odpowiednio wentylowane. Wraz z tym wydarzeniem wróciła dyskusja dotycząca likwidacji „okien życia” i promowania alternatywnych rozwiązań umożliwiających zrzeczenie się praw do dziecka – np. „anonimowego porodu” w szpitalu. Przypomnijmy, że domagał się tego od Polski Komitet Praw Dziecka, którego zdaniem idea „okien życia” narusza prawo dziecka do tożsamości i tym samym niezgodna jest z Konwencją o prawach dziecka. Rzecznik Praw Dziecka nie zgadza się ze stanowiskiem Komitetu, temat prawdopodobnie jeszcze powróci. (PT)

SZPITALA

W Kielcach porody w wodzie

PIERWSZY PORÓD W WODZIE ODBYŁ SIĘ W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W KIELCACH. To dzięki nowoczesnej wannie, o którą wzbogaciła się lecznica. Kadra szpitala na początku wykorzystywała wannę tylko do imersji, ponieważ chciano najpierw zapoznać się dokładnie z jej obsługą, zespół kliniki czekał też na pacjentkę przygotowaną do porodu w wodzie.

Poród się udał – Zuzia po urodzeniu otrzymała 10 punktów w skali Apgar. Lekarze mówili, że dla nich samych poród był wielkim wydarzeniem – wspominają, że przez pierwszą minutę noworodek pływał w wodzie – co było niesamowite – podkreślają. Czynności życiowe było można ocenić przez aktywność rącek i nóżek, a po wyciągnięciu z wody noworodek od razu krzyknął. To drugie dziecko mamy Zuzi, która przyznała po porodzie, że ten w wodzie był o wiele przyjemniejszy. Ciepła woda wpływała na organizm rodzącej bardzo korzystnie. (PT)

SZPITALA

Nowy sprzęt w kieleckim szpitalu

KLINIKA POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOŁOWEGO W KIELCACH OTRZYMAŁA SPRZĘT ENDOSKOPOWY NAJNOWSZEJ GENERACJI. W związku z tym ma w znacznym stopniu wzrosnąć liczba zabiegów, które będą wykonywane technikami małoinwazyjnymi. Do kliniki trafiły 2 zestawy laparoskopowe i 6 zestawów do histeroskopii operacyjnej.

Doktor Mariusz Malmur z Kliniki Położnictwa i Ginekologii powiedział, że klinika obecnie dysponuje najnowszymi na świecie narzędziami. Dzięki nim będzie możliwe przeprowadzenie nawet kilku dziennie zabiegów technikami małoinwazyjnymi. Po takim zabiegu, czas pobytu w szpitalu jest ograniczony do dwóch, trzech dni, pełna rekonwalescencja trwa również zdecydowanie krócej niż przy stosowaniu tradycyjnych technik operacyjnych. Sprzęt kosztował ponad 270 tysięcy złotych. 70 procent kwoty pochodziło ze środków unijnych, a reszta z budżetu województwa świętokrzyskiego. (PT)

KONSULTACJE

„Bardziej kompleksowe” podejście do prokreacji

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII PROF. STANISŁAW RADOWICKI ORAZ PERINATOLOGII PROF. MIROSŁAW WIELGOŚ WESZLI W SKŁAD ZESPOŁU, KTÓRY MA OPRACOWAĆ PROJEKT PROGRAMU Z ZAKRESU ZDROWIA PROKREACYJNEGO. Zespół został powołany przez ministra zdrowia, Konstantego Radziwiła.

Program (NPZ) zakłada „bardziej kompleksowe” podejście do problemu niepłodności. Minister wielokrotnie podkreślał, że problem radzenia z niepłodnością „nie może być sprowadzany do in vitro”. Wskazywał, że obecnie wiele par nie jest poddawanych diagnostyce problemów z płodnością. Diagnozowanie pozwala na znalezienie sposobu leczenia, który jest prostszy, tańszy, bardziej efektywny i niebudzący takich emocji, w tym także emocji etycznych, jak in vitro – mówił minister. Powołany przez Konstantego Radziwiła zespół ma opracować projekt celu operacyjnego NPZ ukierunkowany na promocję zdrowia prokreacyjnego. Nowo powołany zespół ma także opracować projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Zespołowi przewodniczy wiceminister Jarosław Pinkas, a jego zastępcą jest prof. Krzysztof Kula z Katedry Andrologii i Endokrynologii Płodności Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. (PT)

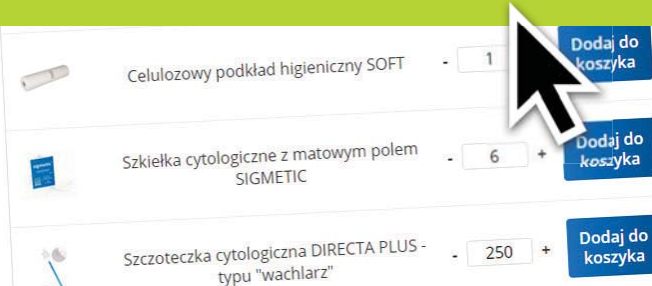
więcej na: E-GINEKOLOGIA.PL

Często zamawiasz te same produkty do gabinetu?



Nie trać czasu!

Skorzystaj z wygodnej listy zakupowej i składaj zamówienia za pomocą 5 kliknięć.



Wejdź i sprawdź

sklep.meringer.pl

Kod rabatowy

732866

Do wykorzystania tylko do 31.03.2016 r.

-30 zł


meringer®
tylko dla ginekologii

Kod rabatowy upoważnia do uzyskania zniżki o wysokości 30 zł na zakupy za pośrednictwem Platformy Zakupowej sklep.meringer.pl. Aby zrealizować kod należy złożyć zamówienie o min. wartości 450 zł brutto. Kod jest jednorazowy.

w razie pytań zadzwoń
tel. **62 501 35 50**

SZPITALA

Sosnowieckie Centrum perłą regionu

NOWOCZESNE CENTRUM GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZE POWSTAŁO W SOSNOWCU PRZY SOSNOWIECKIM SZPITALU MIEJSKIM. Jednostką będzie kierował specjalista prof. Andrzej Witek. Do dyspozycji kobiet i noworodków oddano oddział ginekologiczno-położniczy, oddział noworodków i wcześniaków, a także poradnię, punkt przyjęć i gabinety diagnostyczno-zabiegowe.

Zmieniła się także polityka funkcjonowania sosnowieckiej lecznicy – wcześniej oddziały funkcjonowały oddzielnie, teraz będą mieć wspólną politykę leczenia, wspólne wydatki i budżet. Centrum Opieki nad Matką i Noworodkiem jest jedną z najnowocześniejszych jednostek tego typu w regionie. W centrum zapewniona jest całodobowa opieka lekarza ginekologa, położnika, neonatologa, anestezjologa oraz położnych i pielęgniarek. Zarząd szpitala planuje w przyszłym roku kolejne inwestycje – między innymi budowę bloku operacyjnego, a także oddziału intensywnej terapii. (PT)

NFZ

Wydać pacjentowi dokumentację? Nie wiadomo

WCIAŻ NIEJASNE SĄ PRZEPISY DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIANIA PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DLA PACJENTA.

Spierają się w tej sprawie dwie instytucje. Rzecznik Praw Pacjenta uważa, że świadczeniodawcy mogą – a nawet powinni – wydać dokumenty pacjentowi, który się ich domaga. Przeciwnie uważa Naczelna Rada Lekarska.

Niestety nawet przedstawiciele sądownictwa nie są jednomyślni w tej sprawie. Są radcy prawni, którzy są przekonani, że należałoby zachować pełną dostępność do dokumentacji medycznej dla pacjenta, natomiast Sąd Administracyjny w Warszawie twierdzi, że świadcze-

niodawcy nie powinni wydawać dokumentacji. Mają w ten sposób bronić stanowiska, jakie wydała Naczelna Rada Lekarska. Prawnicy twierdzą, że pro-

blem można łatwo rozwiązać – wystarczy ustalić tylko, kto jest podmiotem uprawnionym do żądania wydania oryginału dokumentacji medycznej.



SZPITALA

W Sopocie będzie porodówka

MIESZKANKI SOPOTU NIE BĘDĄ MUSIAŁY JUŻ JEŹDZIĆ RODZIĆ DO GDAŃSKA CZY GDYNI. Za dwa lata w Sopocie ma rozpocząć funkcjonowanie centrum Invicta, w którym będą odbierane porody. Europejskie Centrum Rodziny ma kosztować ponad 60 mln.

Centrum będzie składało się z sześciu budynków, w których znajdować się ma 56 łóżek. Centrum będzie wyposażone w trzy sale operacyjne, szpital położniczo-ginekologiczny oraz poradnię specjalistyczną. W budynkach będą znajdować się również laboratoria, przychodnia i szkoła rodzenia. Inwestorzy przekonują, że będzie to inwestycja, w której kobiety będą objęte kompleksową opieką. Z kliniki mają korzystać zarówno młodzi pacjenci, którzy są np. na etapie planowania rodziny, ale również osoby dojrzałe i starsze. W Sopocie co roku przychodzi na świat około 300 dzieci. (PT)

PRAWO

Więzienie dla pijanej ciężarnej?

KARA WIĘZIENIA GROZI KOBIECIE, KTÓRA BĘDĄC POD WPŁYWEM ALKOHOLU URODZIŁA DZIECKO.

Wdarzyło się to w szpitalu Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Niestety dziecko urodziło się chore. 28-letniej kobiecie postawiono zarzut narażenia dziecka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Kobieta może trafić do więzienia – grozi jej kara od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności. Chłopiec wymaga aktualnie specjalistycznego leczenia, ponieważ ciąża kobiety była powikłana nadużywaniem alkoholu. Jest prawdopodobieństwo, że chłopczyk nie będzie widział, prowadzona jest również rehabilitacja ze względu na napięcie mięśniowe. (PT)

BADANIA

Pacjentki cenią jakość zabrzańskieg CZKiD

W MIEJSKIM SZPI-TALU W ZABRZU W 2015 ROKU - BLISKO O POŁO-WĘ WZROSŁA LICZBA URO-

DZONYCH DZIECI. Eksperti twierdzą, że jest to efekt otwarcia Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka. Statystyki potwierdzają, że należące do Szpitala Miejskiego Centrum bardzo szybko zostało docenione przez pacjentki. Od 1 listopada 2014 roku do 31 października 2015 roku w zabrzańskim szpitalu urodziło się 1367 dzieci, podczas gdy rok wcześniej – 934. Oznacza to wzrost liczby porodów o blisko 47 proc. Liczba pacjentek przyjętych na oddział ginekologiczno-położniczy wzrosła blisko o 29 procent, a liczba porad w poradni położniczo-ginekologicznej i diagnostyki prenatalnej – o ok. 10 proc. (z 1424 do 1565). Dr Mariusz Wójtowicz, prezes Szpitala Miejskiego w Zabrze uważa, że kobiety coraz częściej wybierają tę pla-



FOT. MATERIAŁY PRASOWE

cówkę, ponieważ dysponuje ona nowoczesnym sprzętem, a budynek jest nowoczesny i dobrze zaprojektowany. Znaczenie ma również dobrze wyszkolony personel medyczny. Funkcjonuje wiele poradni – w tym psy-

chologiczna i dietetyczna, a także Centrum Poradni Okołoporodowych. W planach jest uruchomienie, wspólnie ze Śląskim Centrum Chorób Serca, poradni kardiologicznej dla kobiet w ciąży. (PT)

reklama

Rękojeści chirurgiczne dla małej chirurgii

Skaner frakcyjny dla dermatologii estetycznej

S-CO₂ VAGINAL

Skaner endowaginalny dla ginekologii estetycznej

S-CO₂ Vaginal – ablacyjny laser CO₂ stworzony do zabiegów w zakresie ginekologii estetycznej, dermatologii estetycznej małej chirurgii

msh
medical solution for health

tel. 721 439 464, 605 092 652 biuro@msh.com.pl www.msh.com.pl

Zgoda na leczenie - aspekty prawne

LEKARZ MOŻE PRZEPROWADZIĆ BADANIE LUB UDZIELIĆ INNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, TYLKO PO WYRAŻENIU ZGODY PRZEZ PACJENTA. Ustawa

o zawodzie lekarza i lekarza dentystry przewiduje tylko kilka wyjątków od tej reguły. W przypadku pacjentów małoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody udziela jej przedstawiciel ustawowy, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego – ewentualnie, jeżeli porozumienie z nim jest niemożliwe – sąd opiekuńczy.

Jeśli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania małoletniego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, może jej udzielić także opiekun faktyczny. Przedstawiciel ustawowy udziela zgody także w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, przy czym, jeśli okaże się, że osoba ta jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. W przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 lat, wymagana jest także ich zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona, albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

FORMY WYRAŻANIA ZGODY

Zgoda może być wyrażona w każdy sposób, nie konieczne pisemnie. Dopuszczalna jest zgoda ustna, a także zgoda udzielona, tak zwana *per facta concludentia*, to jest przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

Co do zasady, w przypadku pacjentów małoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, którzy nie mają przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, bądź porozumienie z przedstawicielem ustawowym, bądź opiekunem faktycznym jest niemożliwie, lekarz przeprowadza badanie, a do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych może przystąpić dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do udzielania zgody na wykonanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Oczywiście nie można twierdzić, że badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest zawsze niedopuszczalne. Co do zasady jest ono dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Przy czym w takiej sytuacji decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien pod-

jąć po skonsultowaniu tego z innym lekarzem. Wówczas też obowiązany jest odnotować okoliczności udzielenia pomocy medycznej w dokumentacji medycznej pacjenta.

Warunkiem uznania zgody za udzieloną skutecznie jest to, aby pacjent został należycie poinformowany o skutkach świadczenia zdrowotnego, w sposób w pełni dla niego zrozumiały. Wyraźnie zwrócił uwagę na to Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 2 września

Co do zasady, udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym



autorzy:
Kamil Stolarski,
Konrad Majewski



FOT. PHILIPS

2014 r., sygn. akt: I ACa 665/14, wskazując, że „zgoda wyrażona mimo nieuzyskania przystępnej informacji o skutkach zabiegu nie jest zgodą, o jakiej mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tak samo wcześniej: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 maja 2012 r., sygn. akt: III CSK 227/11). Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 11 maja 2008 r., sygn. akt: I ACa 846/07, wskazał zaś, że „jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przyjęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane”, a „brak poinformowanej zgody pacjentki skutkuje szkodą wskutek wykonania zabiegu, także prawidłowego z punktu widzenia medycznego, uzasadnia to odpowiedzialność lekarza (szpitala)”. Pacjent powinien zostać przede wszystkim poinformowany o alternatywnych metodach leczenia lub diagnostyki, aby mógł dokonać świadomego wyboru, który należy co do zasady ostatecznie do pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., sygn. akt: I ACa 355/13).

ZGODA PISEMNA

W niektórych okolicznościach wymagane jest uzyskanie zgody pisemnej. Tyczy się to wykonania zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Przed wyrażeniem zgody istnieje obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach. Analogicznie lekarz, w tym lekarz dentyista, może wykonać zabieg lub zastosować metodę leczenia lub diagnosty-

ki stwarzającą podwyższone ryzyko wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażania pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego – a gdy pacjent nie ma takowego lub gdy porozumienie z takim przedstawicielem jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. W przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda pisemna.

Są przypadki, w których lekarz może wykonać zabieg operacyjny, albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, bez uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego bądź właściwego sądu opiekuńczego. Lekarz może tak się zachować wówczas, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim jednak przypadku ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Po wykonaniu czynności musi też niezwłocznie zawiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Jak wynika z uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2015 r., sygn. akt: III CZP 19/05, „przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka może udzielić pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody przewidzianej w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry”. Niemniej, powinno to być pełnomocnictwem szczególne, gdyż „ogólne pełnomocnictwo do reprezentowania rodzica we wszelkich sprawach dziecka, niezawierające skonkretyzowanego opisu rodzaju czynności leczniczych nie może być podstawą złożenia oświadczenia o zgodzie na zabieg kwalifikowany, gdyż nie spełnia wymogów stawianych zgodzie na udzielenia świadczenia zdrowotnego”[1].

Warunkiem uznania zgody za udzieloną skutecznie jest to, aby pacjent został należycie poinformowany o skutkach świadczenia zdrowotnego, w sposób w pełni dla niego zrozumiały

Warto pamiętać, że „zgoda pacjenta na przyjęcie do szpitala nie jest zgodą na zabieg operacyjny czy nawet na stosowanie badań o ryzyku ponadprzeciętnym, chyba że jasno i wyraźnie tak ustalono”[2]. Podobnie zresztą należy twierdzić w przypadku wizyty pacjenta w gabinecie ginekologicznym.

ZGODA W TRAKCIE

Jeśli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo w trakcie stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie może grozić pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego), lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu bądź metody leczniczej lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności – bez konieczności uzyskania zgody. Analogicznie jak w wyżej wskazanych sytuacjach, lekarz powinien w miarę możliwości zasięgnąć opinii drugiego lekarza, jeśli to możliwe tej samej specjalizacji, a następnie odnotować zaistniałe okoliczności w dokumentacji medycznej oraz poinformować pacjenta (przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy).

Zwróćmy uwagę, że kwestia poinformowania pacjenta o istniejącym ryzyku i przede wszystkim udzielenia przez niego zgody na udzielania świadczeń zdrowotnych ma związek z zagadnieniem odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny. Wiąże się to z zagadnieniem określanym mianem ryzyka medycznego. Jak bowiem wskazał Sąd Apelacyjny w Łodzi, w wyroku z dnia 9 września 2015 r. sygn. akt: I ACa 321/15, „nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest



FOT. SIEMENS

LITERATURA

- 1 T. Zimna, Glosa do uchwały SN z dnia 13 maja 2015 r., III CZP 19/15, LEX/el. 2015
- 2 K. Baron, Zgoda pacjenta, „Prokuratura i Prawo” 2010, 9.
- 3 Zob. R. Tymiński, Glosa do postanowienia SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/07, PS 2008/3, ss. 116-121.
- 4 J. Kulesza, Glosa do postanowienia SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, „Palestra” 2007, 3-4, s. 316.

objęte także niepowodzenie medyczne. Co do zasady, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie”.

OŚWIADCZENIE PRO FUTURO

Ciekawe postanowienie wydał Sąd Najwyższy w dniu 27 października 2005 r., sygn. akt: III CK 155/05. Wskazał w nim, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”. Sprawa dotyczyła oświadczenia pacjentki, która jednoznacznie wskazała w pisemnym oświadczeniu, że „bez względu na okoliczności” nie życzy sobie żadnej formy transfuzji krwi, nawet gdyby była ona konieczna do ratowania jej zdrowia lub życia. Lekarz otrzymał od sądu opiekuńczego zgodę na przetoczenie krwi w sytuacji, w której uznał, że zaistniała taka potrzeba. Po wyzdrowieniu pacjentka złożyła pozew do sądu o wykonanie bezprawnego zabiegu oraz odszkodowanie. Sąd Najwyższy w przedmiotowym orzeczeniu jednoznacz-

nie dopuścił oświadczenie o zgodzie pro futuro, choć pozostają pewne wątpliwości co do tego, w jakich sytuacjach oświadczenie takie należy uznać za wiążące lekarza[3]. Generalnie jednak „sprzeciw pacjenta musi być bezwzględnie respektowany przez lekarza, a nie jedynie wzięty pod uwagę”[4].

Generalnie jednak, sprzeciw pacjenta musi być bezwzględnie respektowany przez lekarza, a nie jedynie wzięty pod uwagę

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta grozi przede wszystkim odpowiedzialnością karną. Wynika ona z art. 192 § 1 Kodeksu karnego, zgodnie z którym „kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ogranicze-

nia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Ściganie w przypadku wykonania leczenia bez zgody pacjenta następuje jednak, zgodnie z art. 192 § 2 Kodeksu karnego, na wniosek pokrzywdzonego. W tym kontekście warto zacytować postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2015 r., sygn. akt: III KK 14/15: „miarodajna, legalizująca działania lekarza zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego to taka zgoda, która stanowi wyraz jego własnej, świadomej (zarówno od strony zdolności psychofizycznej udzielającego zgody, jak i rozważenia niezbędnych jej przesłanek) oraz swobodnej (nieobciążonej wadą błędu, czy przymusu) decyzji. Respektowanie przez lekarza opisywanej zgody możliwe jest tylko wówczas, gdy wola poddania się proponowanym czynnościom medycznym zostanie mu przez pacjenta w sposób niebudzący wątpliwości ujawniona”, a „brak przy wykonywaniu zabiegu leczniczego któregośkolwiek z elementów wypełniających istotę omawianej zgody oraz świadczącym o samym fakcie jej udzielenia należy traktować jako równoważny z wykonaniem tego zabiegu bez zgody, wypełniającym znamię przestępstwa z art. 192 § 1 k.k.”.



KAMIL STOLARSKI

Doradca prawny z grupy doradczej M&S Doradcy Strategiczni, redaktor naczelny budujwprawie.pl, doktorant na Wydziale Prawa i Administracji UJ, kierownik projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki, specjalizuje się w prawie gospodarczym i prawie umów handlowych kamil.stolarski@msdoradcy.pl



KONRAD MAJEWSKI

Prawnik, doradca prawny z grupy doradczej M&S Doradcy Strategiczni i z Centrum Optymalizacji Procesów Zakupowych, redaktor budujwprawie.pl, specjalizuje się w prawie zamówień publicznych i partnerstwa publiczno-prywatnego konrad.majewski@msdoradcy.pl

Przechowuj dokumentację zgodnie z polskim prawem

ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM MINISTERSTWA ZDROWIA WSZYSTKIE PODMIOTY LECZNICZE BĘDĄ MIAŁY OBOWIĄZEK wprowadzenia zmian związanych ze sposobem przechowywania, tworzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

Wychodząc na przeciw oczekiwaniom firma MedTrade Medical Systems sp. z o.o., posiadająca ogromne doświadczenie w dostarczaniu najnowocześniejszych rozwiązań dla rynku medycznego, stworzyła unikatowy produkt pod nazwą NewNioMed®.

Jest to profesjonalny system informatyczny do zarządzania pracą placówek medycznych. Ma on rozbudowane funkcje, poczynając od rejestracji pacjentów, do szczegółowych raportów dotyczących pracy personelu. NewNioMed® został także wyposażony we wszystkie narzędzia potrzebne lekarzowi do komfortowego prowadzenia dokumentacji z przebiegu wizyt, takie jak np. szablony wyników badań, czy też automatyczne wczytywanie pomiarów i obrazów z aparatu USG.

System NewNioMed®, oparty jest na sprawdzonej architekturze klient-serwer, zapewnia bardzo wysokie bezpieczeństwo przechowywania informacji medycznej. W przeciwieństwie do rozwiązań w tzw. chmurze, to przychodnia jest właścicielem i administratorem danych. Ma do nich dostęp w każdej chwili, niezależnie od np. połączenia internetowego. W rozwiązaniu stacjonarnym klient-serwer istnieje znikome ryzyko przejęcia (wykradzenia przez hakerów) istotnych danych osobowych oraz danych medycznych przez osoby niepowołane. Takie ryzyko jest niestety ogromne w przypadku rozwiązań w chmurze, gdzie tak na prawdę nie wiadomo, kto ma nadzór nad informacją.

Kluczową zaletą rozwiązania NewNioMed® jest możliwość archiwizacji obrazów np. skanów wyników badań z innych przy-

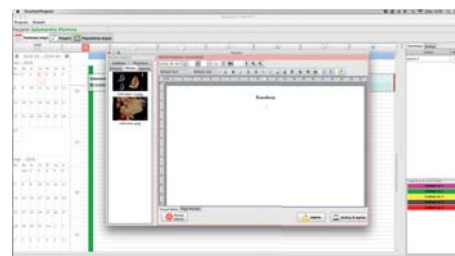
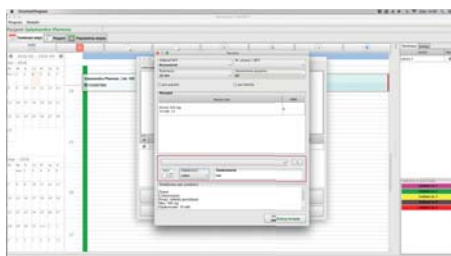
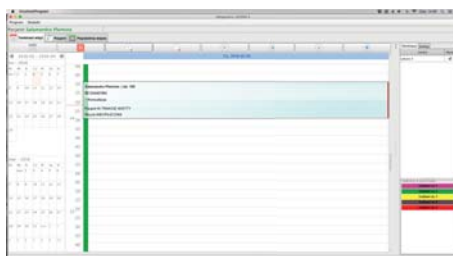
chodni, obrazów z aparatów USG czy też wykresów KTG oraz EKG.

Zespół MedTrade Medical Systems jako producent programu NewNioMed® zapewnia modyfikację według potrzeb konkretnej placówki.



Medtrade Medical Systems Sp. z o.o.

ul. Mały Rynek 7/54
96-300 Żyrardów
kom. (48) 602-516-643
tel. (48) 46-854-15-79
jacek.k@medtrade.com.pl
www.medtrade.com.pl



FUNKCJE SYSTEMU NEWNIOMED®:

- prosta i intuicyjna obsługa;
- możliwość obsługi wielu stanowisk jednocześnie;
- terminarz wizyt;
- wybór badań do wykonania na poziomie rejestratora wizyty;
- wstępna wycena wizyty z poziomu panelu rejestracji;
- automatyczne przypominanie o wizycie drogą e-mail lub SMS-em z możliwością potwierdzenia SMS-em zwrotnym;
- wysyłanie zlecenia i pobieranie wyników z laboratorium;
- dodawanie skanowanej dokumentacji medycznej z innej placówki;
- tworzenie przez użytkownika listy procedur, szablonów: badań, skierowań itp.;
- tworzenie przez użytkownika swojego panelu obliczeń oraz kalkulacji;
- przypisywanie listy procedur poszczególnym lekarzom;
- archiwizacja obrazów z urządzeń medycznych np. USG, EKG w standardzie DICOM;
- dodawanie obrazów do opisu badania;
- aktualna baza kodów rozpoznań chorobowych ICD10;
- drukowanie recept z aktualną bazą leków Ministerstwa Zdrowia;
- kliniczny moduł położniczo-ginekologiczny;
- dodawanie szczegółowych informacji, na jakim urządzeniu wykonano badania np. USG;
- zdalna rejestracja pacjentów np. przez personel, poza główną placówką;
- rozliczanie personelu medycznego z wykonanych procedur;
- raport kasowy z możliwością wyliczenia prowizji;
- raport prognozowania ilości procedur na przyszłość, np. do wyliczenia zapotrzebowania na badania diagnostyczne czy laboratoryjne;
- możliwość wystawiania faktur.

Pytania do prawnika



PYTANIA PROSIMY KIEROWAĆ NA ADRES E-MAILOWY – prawnik@e-ginekologia.pl.

Na Państwa pytania odpowiada prawnik Maciej Gibiński, absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradcze Prawa Medycznego.

autor:
Maciej Gibiński

CZY LEKARZE PROWADZĄCY WŁASNĄ DZIAŁALNOŚĆ MAJĄ OBOWIĄZEK SZKOLENIA Z OCHRONY ŚRODOWISKA?

Przepisy powszechnie obowiązujące nie wskazują bezpośredniego obowiązku szkolenia z zakresu

ochrony środowiska. Zwyczajem jest, że o obowiązku poszczególnych szkoleń lekarz dowiaduje się z telefonu od oferującej je firmy, która wskazuje jako podstawę prawną takiego szkolenia przepisy ogólne dotyczące ochrony środowiska w przedsiębiorstwie. W praktyce szkolenia tego typu nie posiadają żadnej wartości, nie są prawnie wymagane, więc ze spokojną głową możemy podziękować akwizytorowi za takie szkolenie. Nie dajmy się naciągać.

CZY MUSZĘ POSIADAĆ DOKUMENT ZE SPALARNI POTWIERDZAJĄCY UTYLIZACJĘ ODPADÓW, KTÓRE ODDAŁAM FIRMIE ODBIERAJĄCEJ TE ODPADY?

Placówka medyczna jako wytwórca i posiadacz odpadów – jest za nie odpowiedzialna, od momentu ich wytworzenia (wrzucenia do czerwonego worka na śmieci lub czerwonego pudełka plastikowego) aż do ich utylizacji (czyli spalania przez firmę odbierającą odpady).

Oczywiście właściciel gabinetu, placówki medycznej dzieli się tą odpowiedzialnością z firmą, która odbiera odpady medyczne. Jednak posiadanie potwierdzenia utylizacji całkowicie zwalnia właściciela placówki z odpowiedzialności w sytuacji, gdyby przekazane odpady nie zostały zutylizowane i po jakimś czasie znalazły się na nielegalnym wysypisku lub przysłowiowym lesie. Dlatego należy żądać, aby firma odbierająca odpady takie zaświadczenie każdorazowo wystawiała.

CZY ZESTAW PRZECIWWSTRZĄSOWY W GABINETCIE LEKARSKIM JEST WYMAGANY PRZEPISAMI PRAWA?

Spis produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. (Dz.U.2011.18.94). Rozporządzenie poza ogólnym wykazem szerokiej listy leków, jakie powinny się znaleźć w placówce medycznej, nie określa dokładnie, jakie leki muszą się znaleźć w każdej placówce. Wskazuje ono listę ogólną, na podstawie której lekarz powinien stworzyć własny zestaw przeciwwstrząsowy.



reklama

Centrum Doradcze Prawa Medycznego zajmuje się profesjonalną opieką prawną nad placówkami medycznymi. Pomagamy w prowadzeniu zarówno praktyk zawodowych jak i podmiotów leczniczych.

W ramach podpisanej rocznej umowy wykonujemy za Państwa wszystkie czynności administracyjnoprawne związane z prowadzeniem placówki, na które składają się:

- wszelkiego rodzaju sprawozdania (m.in. GUS, do Urzędu Marszałkowskiego, odpady medyczne, emisja gazów do środowiska, kontrole wewnętrzne),
- prowadzenie akt osobowych pracowników, przygotowywanie umów cywilnoprawnych, przypomnianie o terminach badań lekarskich,
- opracowanie procedury postępowania z odpadami oraz przeciwdziałania zakażeniom,
- opracowanie Regulaminu Organizacyjnego,
- pomoc przy dostosowaniu placówki do nowych przepisów, a także informowanie o wszelkich zmianach w przepisach,
- możliwość zadawania pytań prawnych odnośnie Państwa placówki.

Jeżeli chcą się Państwo umówić na BEZPŁATNE spotkanie, w trakcie którego przedstawimy, czy i jak możemy Wam pomóc, prosimy o kontakt:

Tel. 883-925-879, e-mail: biuro@cdpm.pl, e-mail: info@cdpm.pl
www.cdpm.pl

W ramach kontroli pracownicy stacji sanitarnej są uprawnieni do sprawdzenia, czy gabinet posiada leki z wykazu, o którym mówi powyższe rozporządzenie. Należy również pamiętać o tym, że przedmiotem sprawdzenia może być prawidłowe przechowywanie leków (zgodnie z zaleceniami producenta) oraz termin ważności leków. Dodatkowo zapis o obowiązku posiadania odpowiedniego zbioru leków można znaleźć w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które wskazują, że w gabinecie powinny być leki oraz wyroby medyczne, które służą udzielaniu świadczeń zdrowotnych w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

CZY POBIERAJĄC ZASIŁEK MACIERZYŃSKI MOŻNA PROWADZIĆ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ - PRYWATNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ?

Nie ma przeciwwskazań, aby nie wykonywać pracy w trakcie zasiłku macierzyńskiego. Jednocześnie nie ma obawy o utratę prawa do zasiłku. Przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego nie przewidują sankcji za prowadzenia działalności gospodarczej w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

JAKIE SKŁADKI NALEŻY OPŁACAĆ, PROWADZĄC DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W TRAKCIE PRZEBYWANIA NA ZASIŁKU MACIERZYŃSKIM?

W trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego, z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej należy opłacać tylko składkę zdrowotną. Jeżeli przebywa Pani na zasiłku macierzyńskim – wówczas składki na pozostałe ubezpieczenie (emerytalne i rentowe) są opłacane z budżetu.

JAKIE INFORMACJE POWINNY BYĆ PODAWANE W GABINECIE DO INFORMACJI PACJENTA?

Każda placówka medyczna powinna dysponować tablicą informacyjną, w której będą zawarte informacje dla pacjentów. W przypadku placówki, która posiada umowę z NFZ, w miejscu dostępnym powinny się znaleźć:

- nazwa firmy;
- znak graficzny NFZ z nazwą świadczonodawcy;
- godziny przyjęć;
- informacja na temat osób (lekarzy, lekarzy dentystów) przyjmujących;
- zasady zapisywania się na wizyty;
- możliwości zapisania się na listę oczekujących;
- miejsca i godziny pracy podwykonawców (np. pracowni RTG);

■ tryb składania skarg i wniosków.

W przypadku placówki medycznej przyjmującej zarówno pacjentów w ramach świadczeń refundowanych, jak i komercyjnych, na tablicy informacyjnej powinny się znaleźć:

- prawa pacjenta;
- adres oraz numer telefonu do Rzecznika Praw Pacjenta;
- numery telefonów alarmowych;
- informacja na temat administratora danych osobowych, celu przetwarzania danych, odbiorców danych osobowych (wskazanie kto i na jakich zasadach ma do nich dostęp);
- informacja na temat możliwości zapoznania się z regulaminem organizacyjnym;
- cennik.

Naruszenie wymogów nakładanych na świadczeniodawców przez NFZ może skutkować karą umowną w wysokości do 1 proc. całości umowy. Brak regulaminu organizacyjnego może prowadzić do nałożenia obowiązku jego stworzenia. Jeśli to nie przyniesie skutku, może nastąpić wykreślenie placówki medycznej z rejestru. Brak cennika zagrożony jest karą pieniężną do 20 000 zł.

JAK WALCZYĆ Z INTERNETOWYMI WPISAMI OBRAŻAJĄCYMI LEKARZY? OD KOGO DOMAGAĆ SIĘ PODJĘCIA DZIAŁAŃ ZMIERZAJĄCYCH DO ZAPRZESTANIA NARUSZEŃ DOBREGO IMIENIA?

W przypadku pojawienia się w Internecie wpisu naruszającego nasze dobre imię powinniśmy postarać się odnaleźć osobę dokonującą tego wpisu. Często jest to jednak trudne, ze względu na brak dostępu do odpowiednich danych, umożliwiających identyfikację użytkownika portalu. Dlatego też proponuję jako pierwszą, metodę dużo szybszą, przynoszącą dobre rezultaty w walce z niechcianymi wpisami. Powinniśmy skierować się do usługodawcy danego portalu z żądaniem natychmiastowego usunięcia wpisu naruszającego dobra osobiste.

Jako podstawę prawną należy podać: kodeks cywilny, tj. art 23 i 24 k.c. jak również odpowiednie przepisy ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Właściciel portalu będzie bowiem ponosił odpowiedzialność za przechowywane dane w dwóch przypadkach:

- jeżeli będzie je znał oraz;
- będzie wiedział o ich bezprawnym charakterze.

W momencie skierowania pisma z naszej strony do właściciela portalu będzie on narażony na nasz zarzut naruszenia dóbr osobistych przez dalsze przechowywanie szkodzących nam informacji. W takim

wypadku właściciele portalu decydują się na usunięcie kwestionowanych informacji.

Jest to najszybsza metoda na usunięcie wpisu, który zawiera kłamliwe informacje na temat danego lekarza.

Metoda klasyczna powinna polegać na:

- ustaleniu osoby dokonującej wpisu;
- skierowaniu do niej pisma o naruszeniu ochrony dóbr osobistych, z podaniem terminu usunięcia wpisu;
- w momencie skierowania pisma warto zabezpieczyć wpis, który będzie dowodem w trakcie ewentualnego postępowania sądowego;
- jeżeli po upływie terminu nie usunięto wpisu, należy skierować sprawę na drogę postępowania sądowego, celem usunięcia naruszenia naszych dóbr osobistych;
- wykazaniu, że treść wpisu jest rzeczywiście nieprawdziwa;
- dopilnowaniu realizacji wyroku sądowego.

CZY PRZED PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ POWINIEN POJAWIĆ SIĘ ZNAK Z ZAKAZEM PALENIA NA TERENIE PLACÓWKI?

Obowiązek posiadania oznaczenia o zakazie palenia wynika z tzw. ustawy antynikotynowej. Stanowi ona, że na terenie placówek, gdzie są udzielane świadczenia zdrowotne (prywatne gabinety, podmioty lecznicze), zabrania się palenia tytoniu, zaś właściciel lub zarządca obiektem zobowiązany jest do umieszczenia w widocznym miejscu grafiki o odpowiednim zakazie.

W przypadku braku odpowiedniego znaku na terenie placówki grozi kara grzywny do 2 000 zł.

CZY LEKARZ GINEKOLOG MA OBOWIĄZEK POSIADANIA CENNIKA W GABINECIE?

Od 25 lipca 2014 r. obowiązuje ustawa o informowaniu o cenach towarów i usług.

Ustawa wprowadza obowiązek, aby w miejscu świadczenia usług uwidocznić cenę. Zgodnie z art. 4 ustawy w miejscu świadczenia usług uwidocznia się cenę oraz cenę jednostkową towaru (usługi) w sposób jednoznaczny, nie budzący wątpliwości oraz umożliwiający porównanie cen. W przypadku obniżki ceny uwidocznia się także informację o przyczynie wprowadzenia obniżki. Cennik winien być czytelny oraz zawierać informacje umożliwiające identyfikację ceny z usługą. Należy również pamiętać, że cennik powinien być okresowo aktualizowany.

Jeżeli przedsiębiorca nie wykonuje obowiązku posiadania cennika, wojewódzki inspektor Inspekcji Handlowej może nałożyć na lekarza prowadzącego własny gabinet karę pieniężną do wysokości 20 000 zł.



Pytania proszę przesyłać na adres: prawnik@e-ginekologia.pl

ZALETY BADANIA CYTOLOGICZNEGO NA PODŁOŻU PŁYNNYM W PORÓWNANIU DO CYTOLOGII KONWENCJONALNEJ

Płynna cytologia

ODKRYTY NIEMAL 90 LAT TEMU PRZEZ GEORGA PAPANICOLAOU PAP TEST (CYTOLOGICZNY) JEST NADAL PODSTAWOWYM NARZĘDZIEM W DIAGNOSTYCE RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE. Z pewnością przyczynił się do wczesnego wykrywania zmian nowotworowych, jednak przy swoich zaletach ma również ograniczenia, które zmuszają do poszukiwania rozwiązań alternatywnych, kompatybilnych z badaniami molekularnymi.

Iak szyjki macicy wykrywany jest każdego roku u blisko 3,5 tysiąca Polek. Każdego roku z powodu tego nowotworu w Polsce umiera ponad 1,5 tys. kobiet. Pod względem przeżywalności po 5 latach od zdiagnozowania choroby nowotworowej Polska jest na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów Unii Europejskiej.

Za główne przyczyny takiego stanu rzeczy uznaje się niską frekwencję kobiet w programie przesiewowym oraz ograniczoną możliwość wykrycia stanów przedrakowych w obecnie stosowanym badaniu cytologicznym. W rezultacie zdarzają się przypadki, w których nowotwór jest diagnozowany w zaawansowanym stadium rozwoju, pomimo negatywnego wyniku wykonanego konwencjonalnego badania cytologicznego [1]. Spowodowane jest to błędnym pobraniem materiału biologicznego lub też nieprawidłowym przygotowaniem rozmazu [2]. Skutkiem tego jest wysoki odsetek preparatów niespełniających kryteriów systemu Bethesda (BTS) lub też zaliczonych do oceny jedynie warunkowo.

autor:
Piotr Szymański

Zgodnie z opublikowanymi danymi z SIPM w 2008 roku jedynie 66 proc. badań cytologicznych określono jako nadające się do oceny mikroskopowej. Oznacza to, że cytologia co trzeciej Polki została dopuszczona do oceny warunkowo. Dane z 2014 roku wskazują na pozytywny trend zmniejszenia odsetka preparatów niskiej jakości, jednak nie we wszystkich województwach.

Zgodnie z wytycznymi systemu Bethesda głównymi czynnikami ograniczającymi prawidłową kwalifikację morfologii komórek nabłonkowych są:

- podsuszenie rozmazu,
- nieprawidłowe utrwalenie rozmazu,
- niska liczba komórek diagnostycznych,
- liczne komórki zapalne przesłaniające komórki nabłonka,
- liczne erytrocyty w polu widzenia,
- brak komórek z kanału szyjki macicy.

Wspomniane czynniki obniżają jakość preparatów i stwarzają ryzyko przecenienia stanów przedrakowych.

Wszystkie wyżej opisane czynniki ograniczające mogą być wyeliminowane bądź ograniczone do minimum przez zastosowanie technologii LBC – cytologii na podłożu płynnym (liquid based cytology). LBC, jako metoda o znacznie lepszych właściwościach diagnostycznych w porównaniu z klasycznym rozmazem, rekomendowana jest przez grupy ekspertów powołanych przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w 2006 roku, Prezesa Polskiego Towarzystwa Patologów (2012 r.) oraz Polską Koalicję na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy (2012 r.).

W cytologii na podłożu płynnym, pobrany na szpateczkę materiał biologiczny przenoszony jest bezpośrednio do kubeczka z płynem utrwalającym. Główna szpateczki ginekologicznej umieszczana jest w kubeczku a powstałą zawiesinę komórkową oddaje się do laboratorium. W dalszym etapie, w laboratorium, po odpowiednim opracowaniu technicznym otrzymuje się jest jednowarstwowy preparat utworzony głównie ze służących wykryciu RSM komórek nabłonkowych.

Zawiesinę komórkową można również wykorzystać do dodatkowych badań (testy molekularne HPV, immunocytochemiczne p16/Ki67 czy też mikrobiologiczne). Jest to największa przewaga LBC nad konwencjonalnym badaniem cytologicznym. Dodatkowe testy można zlecić w laboratorium, bez konieczności powtórnego przesyłania materiału.



FOT. VISUELS EOC

Cytologia na podłożu płynnym odznacza się znacznie niższym w porównaniu do cytologii konwencjonalnej odsetkiem preparatów, które nie nadają się do oceny [3, 4, 5]. Zgodnie z wnioskami zawartymi w Europejskiej Dyrektywie dotyczącej programu skriningowego raka szyjki macicy (European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening) zastosowanie LBC zmniejsza odsetek preparatów nienadających się do oceny o jeden rząd wielkości. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii dowiodły, że po wprowadzeniu LBC do profilaktyki raka szyjki macicy liczba preparatów nie nadających się do oceny spadła z 9,7 proc. (cytologia klasyczna) do 2 proc. (LBC – technologia filtracyjna) oraz 0,9 proc. (LBC – technologia SurePath™). LBC SurePath™, według ba-



FOT. DB DIAGNOSTIC

dań holenderskiego Wydziału Zdrowia Publicznego (Erasmus University) odznacza się dodatkowo wyższą detekcją CIN I oraz CIN II+.

Dzięki metodzie LBC 100 proc. pobranych od pacjentki komórek przesyłana jest do pracowni cytologicznej. Pozostawienie szczoteczki w kubeczku z utrwalcaczem zwiększa liczbę komórek poddanych analizie morfologii [8]. Jest to równoznaczne ze zwiększeniem prawdopodobieństwa wykrycia nieprawidłowości komórek, szczególnie endocerykalnych, których liczebność w konwencjonalnych rozmazach jest zazwyczaj niska.

Natychmiastowe wprowadzenie materiału biologicznego do roztworu utrwalcacza powoduje, że metoda ta jest łatwa do wykonania dla osoby pobierającej materiał. Przy okazji eliminuje ona

błąd ludzki związany z przesuszeniem konwencjonalnego rozmazu oraz zbiciem preparatu podczas transportu do laboratorium. Strata preparatu, szczególnie w przypadku kobiet rzadko uczestniczących w programie przesiewowym, zwiększa ryzyko przeoczenia stanu przedrakowego. W przypadku LBC zawieszoną komórkową można wykorzystać do powtórnego wykonania preparatu bez konieczności ponownego wzywania pacjentki.

Preparaty LBC, na których dobrze widoczne komórki do analizy morfologii znajdują się w dużej koncentracji na niewielkim obszarze znacznie ułatwiają i przyspieszają czas skryningu. Skutkiem tego jest zmniejszenie ryzyka przeoczenia komórek atypowych i większy komfort pracy cytoskrinera/patomorfologa.

PIŚMIENNICTWO

1. SAWAYA GF, GRIMES DA. NEW TECHNOLOGIES IN CERVICAL CYTOLOGY SCREENING: A WORD OF CAUTION. *OBSTET GYNECOL.* 94(2) 1999:307-10.
2. GAY JD, DONALDSON LD, GOELLNER JR. FALSE-NEGATIVE RESULTS IN CERVICAL CYTOLOGIC STUDIES. *ACTA CYTOL.* 29(6) 1985:1043-6.
3. MORIARTY, ANN T. UNSATISFACTORY REPORTING RATES: 2006 PRACTICES OF PARTICIPANTS IN THE COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS

4. NANCE, KEITH V. EVOLUTION OF PAP TESTING AT A COMMUNITY HOSPITAL—A TEN YEAR EXPERIENCE. *DIAGNOSTIC CYTOPATHOLOGY*, VOL. 35 (3) 2007: 148-153
5. FONTAINE D, NARINE N, NAUGLER C. UNSATISFACTORY RATES VARY BETWEEN CERVICAL CYTOLOGY SAMPLES PREPARED USING THINPREP

6. FREMONT-SMITH, M. ET AL. COMPARISON OF SUREPATH LIQUID-BASED PAPANICOLAOU SMEAR WITH THE CONVENTIONAL PAPANICOLAOU SMEAR IN MULTISITE DIRECT-TO-VIAL STUDY. *CANCER CYTOPATHOLOGY*, VOL. 102 (5), 2004: 269-279
7. ROZEMEIJER K, ET AL. COMPARING SUREPATH, THINPREP, AND CONVENTIONAL

8. BIGRAS G, RIEDER MA, LAMBERCY JM, KUNZ B, CHATELAIN JP, REYMOND O, CORNAZ D. KEEPING COLLECTING DEVICE IN LIQUID MEDIUM IS MANDATORY TO ENSURE OPTIMIZED LIQUID-BASED CERVICAL CYTOLOGIC SAMPLING. *J LOW GENIT TRACT DIS.* 7(3) 2003:168-74.

reklama

BD Diagnostic Systems

kompleksowe rozwiązania w diagnostyce raka szyjki macicy



Cytologia na podłożu płynnym LBC BD SurePath™

- najwyższa detekcja CIN wśród testów cytologicznych*
- standaryzacja badania
- podłoże zwalidowane do testów molekularnych (np. HPV DNA) i cytochemicznych (p16/Ki67)
- najniższy odsetek badań nienadających się do oceny

*Rozemeijer K, et al. Comparing SurePath, ThinPrep, and conventional cytology as primary test method: SurePath is associated with increased CIN II+ detection rates. *Cancer Causes & Control*, January 2016, Vol 27 (1), pp 15-25

Test HPV-DNA BD Onclarity™

- genotypowanie 14 typów HPV wysokiego ryzyka
- identyfikacja wirusowej sekwencji E6/E7:
 - brak wyników fałszywie negatywnych związanych z delcją DNA regionu L1
 - brak wyników fałszywie pozytywnych związanych z reakcją krzyżową dla typami HPV niskiego ryzyka
 - dokładna detekcja HPV wysokiego ryzyka w infekcjach mieszanych
- zwalidowany klinicznie
- spełniający kryteria dla testów hr-HPV DNA



BD Diagnostic Systems
tel.: +48 22 377 11 35
www.bd.com/pl

Wytyczne w badaniach cytologicznych

OD TRZECH LAT W POLSCE ZNANE SĄ WYTYCZNE PTG W ZAKRESIE STANDARDÓW POSTĘPOWANIA W GABINETACH GINEKOLOGICZNYCH PODCZAS POBIERANIA ROZMAZU CYTOLOGICZNEGO. Zostały one opracowane przez grupę polskich profesorów na podstawie zaleceń Komisji Europejskiej.

Codzi oczywiście o podniesienie jakości badania cytologicznego. Wykonuje się ich rocznie ponad milion, a jeszcze w 2007 roku, czyli niecałe 10 lat temu, skuteczność badania (wynik odpowiedni do oceny) była na poziomie 65 proc. Aż 33,5 proc. były to wyniki warunkowo odpowiednie [1]. Wyniki nieodpowiednie do oceny stanowiły ok. 1 proc. wszystkich badań, choć systematycznie również ten odsetek spada. Dziś wynosi ok. 0,5 proc. Okazuje się, że wpływ na jakość wyników mają standardy postępowania przy pobieraniu rozmazu.

Cytologia jest badaniem subiektywnym. Jej wynik zależy od wielu czynników. Począwszy od kompetencji personelu, poprzez sposób pobrania materiału, jego utrwalenie i barwienie, do ustalenia rozpoznania cytologicznego i przekazania wyniku. Błędy pojawiają się na każdym z tych etapów.



FOT. ROVERS

Gabinet, w którym pobierany jest rozmaz, musi być odpowiednio wyposażony. Reguluje to zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2011/DSOZ

Nie oszukujmy się. Błędów tych nie da się wyeliminować całkowicie. Mamy bowiem do czynienia z tzw. czynnikiem ludzkim. Jednym ze sposobów na ograniczenie błędów jest

WARUNKI POBIERANIA ROZMAZU

Pacjentka:

- w okresie międzymiesiączkowym;
- cztery dni po ostatniej aplikacji tabletki lub żelu;
- co najmniej 24 godziny po irygacji;
- co najmniej 24 godziny po współżyciu seksualnym.

Przeciwwskazana:

- zapalenia lub zakażenie pochwy;
- atrofia pochwy.

Wyposażenie gabinetu:

- fotel ginekologiczny z oświetleniem;
- rękawice jednorazowe;
- jednorazowy wziernik ginekologiczny;
- szczoteczka cytologiczna;
- szkiełko mikroskopowe;
- utrwalacz cytologiczny;
- pudełko transportowe.

Technika pobrania rozmazu:

- rozmaz pobieramy na początku wizyty;
- szczoteczki wkładamy przez wziernik ginekologiczny;

- centralną część szczoteczki dotykamy kanału szyjki macicy;
- lekką dociskamy i wykonujemy 5 obrotów w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara.

Utrwalenie (konwencjonalne)

- ruchem pędzla rozprowadzamy materiał na szkiełku;
- w ciągu kilku sekund (im szybciej tym lepiej) utrwalamy materiał;
- spryskujemy z odległości co najmniej 20 – 30 cm;
- spryskujemy zawsze pod kątem prostym do szkiełka.

Utrwalenie (LBC)

- bezpośrednio po pobraniu rozmazu szczoteczki zamykamy w pojemniku z utrwalaczem.

Transport

- pozostawiamy do wyschnięcia;
- umieszczamy w specjalnym pudełku transportowym.

Rozmaz należy pobierać we wzierniku, cały czas obserwując położenie szczoteczki względem szyjki macicy. Wziernik powinien być suchy

wprowadzenie do badania podłoża płynnego (liquid base cytology, LBC). Szerzej o tej technice napisaliśmy w artykule „Płynna cytologia” na str. 18.

Największym problemem badania cytologicznego jest wysoki odsetek wyników fałszywie ujemnych. W 2003 roku dla zmian typu HSIL wynosił on 4,6 proc.; dla raka płaskonabłonkowego – 3,3 proc.; dla raka gruczołowego – 8,9 proc., a dla raka gruczołowego in situ aż 11,7 proc. [2].

Dlatego zdecydowano się w Polsce zarekomendować jednolity sposób postępowania podczas pobierania rozmazu cytologicznego. Pod tą rekomendacją podpisało się siedmiu profesorów: prof. Przemysław Oszukowski, prof. Ryszard Poreba, prof. Jan Kotarski, prof. Piotr Knapp, prof. Antoni Basta, prof. Witold Kędzia i prof. Andrzej Malarewicz.

PRZYGOTOWANIE KOBIETY DO BADANIA

Przed rozpoczęciem badania trzeba kobietę poinformować o sposobie jego przeprowadzenia i o przygotowaniu się do niego. Rekomendacją PTG podaje cztery istotne warunki, które musi spełnić pacjentka, aby badanie było prawidłowe. Przede wszystkim badanie musi być wykonane w okresie międzymiesiączkowym. Drugi warunek to odczekanie, co najmniej czterech dni, po ostatniej aplikacji tabletki dopochwowej lub żeli nawilżających. Kolejny warunek dotyczy irygacji. W dniu badania nie powinno się jej wykonywać (najlepiej przez co najmniej 24 godz. poprzedzające badanie). To samo dotyczy współżycia seksualnego. Konieczna jest wstrzeźliwość przez 24 godziny przed pobraniem wymazu.

Na wynik badania wpływ mają także stany zapalne pochwy oraz zakażenia. Najlepiej aby rozmaz był pobrany ze pochwy pozbawionej tych dolegliwości. Przeszkodą do otrzymania poprawnego wyniku jest również atrofia pochwy.

WYPOSAŻENIE GABINETU

Gabinet, w którym pobierany jest rozmaz, musi być odpowiednio wyposażony. Reguluje to zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2011/DSOZ. Co prawda, dla gabinetów prywatnych nie rozliczających się z NFZ-em, zarządzenie to nie ma mocy prawnej, jednak warto stosować określone tam wytyczne.

Pomieszczenie, w którym jest wykonywane badanie, musi być oczywiście wyposażone w fotel ginekologiczny oraz odpowiednie oświetlenie, umożliwiające prawidłową wizualizację szyjki macicy. Rozmaz nie powinien być pobierany dłużej niż przez kilka sekund. Rekomendacja PTG zaleca, aby pobrać go na początku wizyty, przed jakimkolwiek badaniem czy to dwuręcznym, czy też dopochwową sondą USG.

Podczas badania należy stosować jednorazowe wzierniki ginekologiczne. Oczywiście lekarz musi mieć założone jednorazowe rękawiczki diagnostyczne.

Szkiełko mikroskopowe – musi być czyste i mieć odpowiedni stopień przezierności, a także miejsce (najlepiej matowe), w którym zostanie naniesiony opis. Do opisów na szkiełkach najlepiej korzystać z niezmywalnych pisaków. Taki pisak powinien znajdować się blisko miejsca, w którym pobierane



szczoteczki cytologiczne
Rovers® Cervex-Brush®

ROVERS



ZŁOTY STANDARD W CYTOLOGII



ROVERS

Wyłącznie dystrybutor w Polsce:
ROVERS POLSKA Sp. z o.o.
ul. Stoleczna 10, 05-501 Piaseczno
tel. 22 737 11 95, info@rovers.pl
www.rovers.pl



FOT. CHROMA

są rozmazy cytologiczne i służą tylko do ich opisywania.

Kolejną niezbędną rzeczą jest utrwalacz cytologiczny. Zaleca się stosować utrwalacze znanych producentów.

SZCZOTECZKA CYTOLOGICZNA

Zaleca się stosowanie niebiesko-białej szczoteczki cytologicznej typu cervex-brush. Oczywiście szczoteczka jest jednorazowa! Wysokość „włosek” szczoteczki powinna wynosić 20 mm w jej centralnej części i 14 mm na tzw. skrzydełkach. Szczoteczki powinny mieć odpowiednie certyfikaty jakości oraz udokumentowaną w badaniach klinicznych skuteczność. Nie zaleca się pobierania wymazów cytologicznych z szyjki macicy za pomocą różnego rodzaju wacików.

TECHNIKA POBIERANIA ROZMAZU

Rozmaz należy pobierać we wzierniku, cały czas obserwując położenie szczoteczki względem szyjki macicy. Wziernik powinien być suchy. Zdecydowanie zaleca się, aby był to wziernik jednorazowy. Bezpośrednio przed pobraniem rozmazu nie wolno wysuszać, ani przemywać części pochwowej szyjki macicy.

Rak szyjki macicy oraz stany przedrakowe najczęściej rozwijają się w strefie przejściowej, w której nabłonek wielowarstwowy płaski styka się z nabłonkiem gruczołowym. Dlatego, pobierając rozmaz, powinniśmy zwrócić szczególną uwagę, aby materiał z tej strefy znalazł się na szczoteczce. Oczywiście

powinniśmy również pobrać materiał z kanału szyjki macicy (endocervix) i tarczy części pochwowej (ectocervix).

Po delikatnym wprowadzeniu wziernika należy włożyć szczoteczke cytologiczną tak, aby jej centralne włoski wprowadzić do kanału szyjki. Włoski zewnętrzne obejmą strefę przejściową i tarczę szyjki. Szczoteczke należy lekko docisnąć, tak aby boczne włoski lekko się zagięły. Utrzymując lekki nacisk należy szczoteczka obrócić pięć razy w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara. Korzystnie jest, aby podczas pobierania wymazu szczoteczka była oparta lekko na szyjce macicy. Powoduje to dodatkowe

wygięcie włosków. Po wyjęciu szczoteczki z wziernika, przenosimy pobrany materiał na szkiełko mikroskopowe. Ruchem pędzla rozprowadzamy materiał na szkiełku. Pamiętajmy, aby zostawić na szkiełku materiał pobrany z obu stron szczoteczki. Szczoteczke należy ustawić pod kątem 30° względem szkiełka. Pozwoli to na umieszczenie na szkiełku również materiału pochodzącego z zewnętrznych stron szczoteczki.

W przypadku cytologii konwencjonalnej rozmaz, jak najszybciej, powinniśmy zabezpieczyć preparatem utralającym. W tym celu z odległości 20-30 cm spryskujemy szkiełko utrwalaczem. Ważne, aby spryskać szkiełko pod kątem prostym. W przeciwnym wypadku materiał biologiczny może pod wpływem ciśnienia aerolu ułożyć się w skupiskach. Jeśli spryskamy szkiełko z odległości bliższej niż 20 cm – możemy zmyć ze szkiełka materiał biologiczny. Na utralenie materiału

LITERATURA

- 1) Spaczyński M i wsp.: Podsumowanie realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, lata 2007-2010 (wrzesień)
- 2) Renshaw A : Rescreening in cervical cytology for quality control: When bad data is worse than no data or what works, what doesn't, and why, Clin Lab Med. 2003 Sep;23(3):695-708.
- 3) Buntinx F, Knotterus JA, Crebholder HFJM, et al. Relation between quality of cervical smears and probability of abnormal results. BMJ. 1992;304:1224.

na szkiełku mamy co najwyżej kilka sekund. W tym czasie następuje wysuszenie rozmazu i powstanie artefaktów. Buntinx w swoim opracowaniu[3] udowadnia, że błędy na etapie utrwalania materiału cytologii konwencjonalnej w znaczący sposób wpływają na zwiększenie fałszywych wyników. Szczególnie jest to istotne w przypadku niewielkich zmian komórkowych. Złe utrwalenie wpływa na wynik.

Korzystając z cytologii na podłożu płynnym (LBC) szczoteczke z pobranym rozmazem umieszczamy bezpośrednio w pojemniku z utrwalaczem i zamykamy pojemnik. Nie musimy się praktycznie w ogóle zastanawiać nad poprawnością tej czynności.

Błędy na etapie utrwalania materiału w znaczący sposób wpływają na zwiększenie fałszywych wyników. Szczególnie jest to istotne w przypadku niewielkich zmian komórkowych

TRANSPORT PRÓBKII

Po utrwaleniu próbki należy pozostawić ją do wyschnięcia. Po tym czasie odpowiednio oznakowane szkiełko należy umieścić w pudełku transportowym i przekazać do laboratorium. W cytologii LBC transportujemy zamknięty wcześniej pojemnik.

Raport cytologiczny powinien zostać przygotowany zgodnie z systemem klasyfikacji Bethesda. Istotna jest informacja dotycząca jakości komórek ze strefy przejściowej.

Dobrze by było, aby laboratorium okresowo przesyłało do lekarzy ginekologów raport dotyczący jakości wykonywanych przez nich badań i zawierało w nim sugestie, co można poprawić. Laboratorium również na podstawie wyników statystycznych może określić, od którego lekarza wyniki są znacząco różne niż od grupy innych lekarzy. W takim przypadku lekarz powinien zwrócić uwagę na technikę pobierania rozmazu.



PIOTR SZYMAŃSKI
Redaktor naczelny
magazynu Nowy
Gabinet Ginekologiczny

RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE

RĘKAWICE DOMAN

Sam wypróbuj
jakość rękawic!!!

Przy zakupie 40 opakowań
(można mieszać kartony)
firma e-stom.pl
zapewnia transport gratis.

Tak tanio
nie kupisz rękawic
nigdzie,
tylko u nas!!!

BEZPŁATNA DOSTAWA

Przy zakupie 40 opakowań
(można mieszać kartony)
transport gratis.

W jednym kartonie muszą
być te same rękawice
i ten sam rozmiar.
Można natomiast złożyć pakiet
z różnych kartonów.

W przypadku rękawic nitylowych
transport gratis
przy zamówieniu min. 2 kartonów.

RĘKAWICE LATEKSOWE PUDROWANE

Cena za opakowanie 11 zł.
Rozmiary: XS, S, M, L, XL



11,00 zł

RĘKAWICE LATEKSOWE BEZPUDROWE

Cena za opakowanie 13,50 zł.
Rozmiary: XS, S, M, L, XL



13,50 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE 200 szt.

Cena za opakowanie 25 zł.
Rozmiary: S, M, L, XL



25,00 zł

RĘKAWICE WINYLOWE pudrowe i bezpudrowe

Cena za opakowanie 9 zł.
Rozmiary: XS, S, M, L, XL



9,00 zł

RĘKAWICE LATEKSOWE PUDROWANE tylko rozmiar XS



13,00 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE KIMBERLY-CLARK



55,00 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE SEMPERCARE



39,00 zł

+48 888 040 666
sklep@e-rekawice.pl

www.e-rekawice.pl

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii - ministerialne uzasadnienie do wydanych rozporządzeń

Standardy postępowania ginekologicznych

PUBLIKUJEMY MINISTERIALNE WYJAŚNIENIA, dlaczego w taki, a nie inny sposób zalecają postępowanie w poszczególnych przypadkach.

ZARYS TEMATYCZNY

Ciąża, mimo iż jest stanem naturalnym, fizjologicznym, może wiązać się z wystąpieniem powikłań zagrażających życiu i zdrowiu zarówno matki, jak i jej dziecka. Do zwiększonego ryzyka dochodzi w sytuacjach, gdy u matki, już w okresie przedciążowym, występują przewlekłe choroby układowe, a jej organizm nie jest przygotowany na dodatkowe „obciążenie”, jakim jest rozwijający się płód. Z drugiej strony zaburzenia w procesie zagnieżdżania zarodka i tworzenia się łożyska mogą być przyczyną późniejszego niedotlenienia i nieprawidłowego wzrastania płodu, ale również prowadzić do przedwczesnego zakończenia ciąży oraz wystąpienia nadciśnienia tętniczego u ciężarnej.

W rozporządzeniu zostały przedstawione standardy postępowania w najczęstszych patologiach ciąży i głównych przyczynach umieralności i zachorowalności okołoporodowej zarówno matek, płodów, jak i noworodków, tj. nadciśnienie tętnicze u ciężarnych; poród przedwczesny, który jest jednym z największych problemów medycyny perinatalnej; ciąża bliźniacza – w związku z częstszym niż w ciąży pojedynczej występowaniem powikłań, stanowiąca ciążę wysokiego ryzyka; niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, jako jedna z najistotniejszych przyczyn uszkodzeń wielonarządowych, w tym ośrodkowego układu nerwowego, jak również wewnątrzmacicznego obumarcia w drugiej połowie ciąży; krwotok porodowy, który jest główną przyczyną zachorowalności i umieralności rodzących kobiet. W przedmiotowym projekcie uwzględniono także sytuacje, w których dochodzi do niepowodzeń położniczych.

autor:
Piotr Szymański
opr. na podstawie materiałów Ministerstwa Zdrowia

Pełna treść rozporządzenia znajduje się na naszej stronie internetowej www.e-ginekologia.pl.

Rozporządzenie zostało przygotowane przez poprzedniego Ministra Zdrowia – Mariana Zembalę i skierowane do publikacji w ostatnim dniu jego urzędowania.

Przypominamy, że wciąż obowiązują także standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zamieszczone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Nadciśnienie tętnicze występuje u co dziesiątej ciężarnej i tym samym stanowi jedną z najczęstszych patologii w ciąży i głównych przyczyn umieralności i zachorowalności okołoporodowej zarówno matek, płodów, jak i noworodków. Najcięższą jego postacią jest stan przedrzucawkowy charakteryzujący się dużą dynamiką wzrostu wartości ciśnienia tętniczego, białkomoczu oraz powikłań wielonarządowych u ciężarnej. W przebiegu stanu przedrzucawkowego może rozwinąć się rzucawka, z zagrażającymi bezpośrednio życiu zaburzeniami w ośrodkowym układzie nerwowym: wylewem i drgawkami. W ciążach powikłanych nadciśnieniem częściej dochodzi także do przedwczesne-

go oddzielenia prawidłowo usadowionego łożyska, wystąpienia zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, czy uszkodzenia wątroby i hemolizy pod postacią zespołu HELLP. Dynamika rozwoju stanu przedrzucawkowego u matki nierzadko zmusza do przedwczesnego zakończenia ciąży, gdyż tylko w ten sposób może dojść do zahamowania i ustąpienia zaburzeń. Kobiety narażone są na ponowne wystąpienie podobnych zaburzeń w kolejnej ciąży, jak również zwiększone ryzyko rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego w następnych latach. Nadciśnieniu tętniczemu u matki często towarzyszy zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrastania

plodu z objawami przewlekłego niedotlenienia, mogącego prowadzić do wewnątrzmacicznego obumarcia. Hipotroficzne, przedwcześnie urodzone noworodki, matki z nadciśnieniem tętniczym narażone są nie tylko na występowanie powikłań w okresie noworodkowym, zaburzeń neurologicznych, ale także rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego w życiu dorosłym. Podawanie kwasu acetylosalicylowego, rozpoczęte przed 16. tygodniem ciąży u kobiet z czynnikami ryzyka, zmniejsza to ryzyko. Natomiast specjalistyczny nadzór może przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności i ograniczenia rozwoju ciężkich powikłań u matek i ich dzieci.

PORÓD PRZEDWCZESNY

Poród przedwczesny jest jednym z największych problemów medycyny perinatalnej, gdyż prawie trzy czwarte zgonów noworodków dotyczy wcześniaków. Dzieci urodzone przed 37. tygodniem częściej narażone są na powikłania okresu noworodkowego, jak również opóźnienie rozwoju motorycznego i poznawczego. Narodziny przed 32. tygodniem ciąży wiążą się ze szczególnie wysoką śmiertelnością (ok. 10-15 proc.) oraz zwiększonym ryzykiem wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego (ok. 5-10 proc.). Wcześniactwo predysponuje także do częstszego występowania chorób przewlekłych w późniejszych okresach życia człowieka. Pomimo postępu medycyny w ostatnich dziesięcioleciach nie udało się istotnie zmniejszyć częstości występowania porodów przedwczesnych, a nawet obserwowany jest ich wzrost. W Polsce odsetek porodów przedwczesnych wynosi ok. 7 proc. Jednym z głównych czynników jest rosnąca liczba ciąż wielopłodowych w związku z upowszechnianiem technik wspomaganego rozrodu, jak również podwyższeniem wieku kobiet decydujących się na macierzyństwo. Rozwój diagnostyki prenatalnej, w której płód stał się równorzędnym pacjentem oraz rosnący poziom intensywnej opieki neonatologicznej, pozwalający na przeżycie nawet skrajnie niedojrzałych noworodków, także przyczyniły się do częstszego podejmowania decyzji o wcześniejszym zakończeniu ciąży w sytuacjach świadczących o niekorzystnych warunkach rozwoju wewnątrzmacicznego. Nadal jednak większość porodów przedwczesnych rozpoczyna się spontanicznie. Badania wskazują, iż dopochwowe podawanie progesteronu u kobiet ze skróconą szyjką macicy, co jest głównym czynnikiem ryzyka samoistnego porodu przedwczesnego, może w około 40 proc. zmniejszyć ryzyko porodu przed-



FOT. CHROMA

Do zwiększonego ryzyka dochodzi w sytuacjach, gdy u matki, już w okresie przedciążowym, występują przewlekłe choroby układowe, a jej organizm nie jest przygotowany na dodatkowe „obciążenie”, jakim jest rozwijający się płód



FOT. CHROMA

wczesnego i powikłań u noworodków. Decydujące dla zmniejszenia ryzyka powikłań noworodkowych u wcześniaków, urodzonych przed 34. tygodniem ciąży, jest prenatalne zastosowanie 48 godzinnej sterydoterapii. W przypadkach występowania przedwczesnej czynności skurczowej, jak również znacznego skrócenia i rozwarcia szyjki macicy, przeprowadzenie 48-godz. kursu sterydoterapii i / lub przewiezienie ciężarnej do ośrodka posiadającego miejsce w oddziale intensywnej opieki neonatologicznej, wymaga wdrożenia leczenia tokolitycznego. Działania profilaktyczne oraz odpowiednie postępowanie lecznicze w porodzie przedwczesnym mogą znacząco przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności i zachorowalności noworodkowej.

CIĄŻA BLIŹNIACZA

Ciąża bliźniacza, w związku z częstszym niż w ciąży pojedynczej występowaniem powikłań, stanowi ciążę wysokiego ryzyka. W Polsce w ostatnich latach notuje się wzrastającą liczbę ciąż bliźniaczych. W 2013 r. porody bliźniacze stanowiły 2,6 proc. wszystkich porodów. Kobiety w ciąży bliźniaczej mają wyższe ryzyko rozwinięcia stanu przedrzucawkowego, częściej także rodzą przedwcześnie. Ponad połowa porodów bliźniąt odbywa się przed 37. tygodniem ciąży. Jedną trzecią to ciążę bliźniacze jednokosmówkowe, w których występują powikłania obarczone dużym ryzykiem obumarcia jednego lub obu płodów, jak również uszkodzeń narządowych, prowadzących do zwiększonej umieralności i zaburzeń rozwoju w późniejszym życiu. Niezbędne jest określenie kosmówkowości w badaniu USG w pierwszym trymestrze ciąży. Intensywny nadzór i monitorowanie ciąży jednoko-

smówkowej w specjalistycznym ośrodku umożliwi wczesne rozpoznanie niektórych zaburzeń i przeprowadzenie terapii wewnątrzmacicznej, istotnie zmniejszającej ryzyko obumarcia wewnątrzmacicznego jak i rozwoju innych powikłań. Poród w ciąży bliźniaczej obarczony jest również

Nadciśnienie tętnicze występuje u co dziesiątej ciężarnej i tym samym stanowi jedną z najczęstszych patologii w ciąży i głównych przyczyn umieralności i zachorowalności okołoporodowej zarówno matek, płodów, jak i noworodków

wyższym ryzykiem niepowodzeń i powinien być prowadzony w ośrodkach umożliwiających podczas porodu równoczesne monitorowanie kardiologiczne obu płodów, ocenę ultrasonograficzną położenia płodów oraz zapewniających gotowość do natychmiastowego operacyjnego zakończenia porodu. W przypadkach ciąży jednowodniowej, położenia niegłównego pierwszego płodu, zespołu przetoczenia między bliźniętami oraz dużej różnicy w przewidywanych masach płodów, ciąża

bliźniacza powinna być ukończona drogą cięcia cesarskiego. Odpowiednia diagnostyka i opieka w ciąży, jak również właściwa kwalifikacja do porodu drogami natury i intensywny nadzór podczas porodu mogą znacząco przyczynić się ograniczenia powikłań związanych z ciążą bliźniaczą.

NIEDOTLENIE WENĄTRZMACICZNE PŁODU

Niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu jest jedną z najistotniejszych przyczyn uszkodzeń wielonarządowych, w tym ośrodkowego układu nerwowego, jak również wewnątrzmacicznego obumarcia w drugiej połowie ciąży. Nieprawidłowy rozwój łożyska może być przyczyną przewlekłego niedotlenienia, którego objawem klinicznym jest ograniczenie wzrastania wewnątrzmacicznego i hipotrofia płodu. Zwiększone ryzyko niedotlenienia płodu występuje również u ciężarnych z chorobami przewlekłymi, w szczególności nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą oraz chorobami nerek, a także w przypadkach opóźniania się porodu. Ostre niedotlenienie występuje najczęściej podczas porodu, gdy zaburzenia procesów utlenowania krwi w łożysku, podczas skurczów macicy, prowadzą do zwolnienia czynności serca płodu. Celem opieki perinatalnej jest wykrycie zwiększonego ryzyka niedotlenienia płodu oraz próba zminimalizowania jego konsekwencji. W celu wykrycia zaburzeń wzrastania zaleca się właściwe określenie wieku ciążowego na podstawie badania USG z pierwszego trymestru ciąży i ocena wymiarów w odniesieniu do siatek percentylowych w kolejnych badaniach. W przypadkach hipotrofii płodu w ciąży niedonoszonej wskazana jest szczegółowa diagnostyka i nadzór w ośrodku specjalistycznym. W ciążach wysokiego ryzyka w okresie okołoporodowym zaleca się badania kardiologiczne. Wszystkie ciężarne powinny zostać poinformowane o konieczności monitorowania ruchów płodu i w przypadkach jego zmniejszonej aktywności należy przeprowadzić u nich dodatkową diagnostykę kardiologiczną oraz ultrasonograficzną, oceniającą biometrię płodu oraz objętość płynu owodniowego. U rodzących wskazane jest wykonanie badania KTG po przyjęciu do szpitala i w przypadkach jego nieprawidłowości, jak również w ciążach powikłanych, należy kontynuować monitorowanie podczas całego porodu. Patologiczny śródporodowy zapis kardiologiczny jest wskazaniem do przygotowania do porodu i wdrożenia metod resuscytacji wewnątrzmacicznej. W przypadku braku poprawy należy natychmiast ukończyć poród. Wprowadzenie metod i schematów diagnostycznych, mających na celu wykry-

cie zagrożenia niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, zarówno w ciąży jak i podczas porodu oraz podjęcie odpowiednich, często natychmiastowych działań, może znacząco wpłynąć na zmniejszenie jego wczesnych i późnych konsekwencji zdrowotnych.

KRWOTOK PORODOWY

Krwotok porodowy jest główną przyczyną umieralności i zachorowalności rodzących kobiet. W ostatnich latach zauważa się wzrost nie tylko częstości występo-

wania krwotoku porodowego, ale również obserwuje się wyższy odsetek ciężkich krwotoków, zagrażających życiu kobiety. Krwotok może wikać nawet 6 proc. porodów. Związane jest to z częstszym występowaniem czynników ryzyka, takich jak: porody drogą cięcia cesarskiego, indukcje porodów, łożysko centralnie przodujące, łożysko wrastające, ciążę wielopłodową, nadwaga i otyłość u rodzących. Krwotok porodowy charakteryzuje się bardzo dużą dynamiką i wymaga podjęcia szybkich i zdecydowanych działań terapeutycznych.

Niestety jedną z metod, podejmowanych w celu ratowania życia kobiety, jest okołoporodowe usunięcie macicy, pozbawiające kobietę możliwości dalszego rozrodu. Wdrożenie działań profilaktycznych u rodzących z czynnikami ryzyka z użyciem nowoczesnych, skuteczniejszych leków pozwala na zmniejszenie ryzyka krwotoku porodowego. Natomiast w przypadkach, w których wystąpi krwotok, zastosowanie algorytmu postępowania terapeutycznego, obejmującego zarówno intensywną opiekę anestezjologiczną jak i postępowanie farmakologiczne oraz zabiegowe, (mające na celu ochronę życia kobiety, ale także zachowanie narządu rodniego), może przyczynić się do zmniejszenia umieralności i zachorowalności rodzących.

OPIEKA NAD KOBIETĄ W SYTUACJI NIEPÓWODZEŃ POŁOŻNICZYCH

Niepowodzeniem położniczym jest sytuacja, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami. Jako niepowodzenie położnicze należy traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka, dziecka z wadami wrodzonymi.

Szczególnie trudnym doświadczeniem dla rodziców, a przede wszystkim dla kobiety, jest urodzenie martwego dziecka. W takiej sytuacji, w czasie pobytu kobiety w oddziale położniczym po utracie dziecka, szczególnego znaczenia nabiera objęcie jej troskliwą opieką. W czasie przeżywania tragedii, znaczenia nabiera również poszanowanie praw pacjenta przez personel, w szczególności, prawo do uzyskania informacji na temat warunków rejestracji martwego urodzenia w urzędzie stanu cywilnego, w tym określenia płci w badaniach genetycznych płodu.

Pacjentka ma także prawo do uzyskania wyczerpującej informacji na temat prawa do pochówku martwo urodzonego dziecka, zgodnie z obowiązującą w tej kwestii procedurą – we własnym zakresie, jak również możliwości przekazania tego świadczenia szpitalowi.

Przyjęcie standardów, obejmujących w wymienionych sytuacjach określone postępowania oraz działania profilaktyczne, może wpłynąć na obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej matek i ich potomstwa. Wprowadzenie standaryzacji opieki perinatalnej w najczęstszych i najcięższych powikłaniach zmniejszy również częstość występowania powikłań mających konsekwencje zdrowotne zarówno w okresie ciąży jak i w późniejszym życiu kobiety i jej dziecka. Poprawi także jakość tej opieki.



FOT. CHROMA

Narodziny przed 32. tygodniem ciąży wiążą się ze szczególnie wysoką śmiertelnością (ok. 10-15 proc.) oraz zwiększonym ryzykiem wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego (ok. 5-10 proc.)

BADANIE KARIOTYPU PŁODU METODAMI CYTOGENETYKI KLASYCZNEJ – DLACZEGO JUŻ NIE WYSTARCZA?

Nowe standardy w inwazyjnej diagnostyce prenatalnej:

Mikromacierze aCGH

BADANIE KARIOTYPU PŁODU METODAMI CYTOGENETYKI KLASYCZNEJ BYŁO PRZEZ LATA ZŁOTYM STANDARDEM W INWAZYJNEJ DIAGNOSTYCE PRENATALNEJ. Metoda ta ma jednak istotne ograniczenia. Badanie kariotypu metodami cytogenetyki klasycznej wymaga hodowli komórek, która trwa 7-14 dni, stąd oczekiwanie na wynik badania wynosi 10-20 dni (niekiedy dłużej), a w tych przypadkach, kiedy nie uzyskuje się wzrostu amniocytów, nie można wydać wyniku.

Tonadto wynik badania zależy w znacznym stopniu od doświadczenia cytogenetyka i o ile aberracje liczby chromosomów i duże aberracje struktury chromosomów są łatwe do wykrycia, to przy mniejszym doświadczeniu cytogenetyka aberracje na granicy rozdzielczości metody mogą zostać przeoczone. Sama analiza cytogenetyczna również napotyka na trudności: aberracja chromosomowa może być widoczna, ale niemożliwa do dokładnego określenia, a niekiedy nie można jednoznacznie stwierdzić, czy jest to aberracja chromosomowa czy polimorfizm chromosomu (wariant normy).

Przede wszystkim jednak w świetle tego, co wiemy na temat podłoża genetycznego wad wrodzonych, badanie kariotypu metodami cytogenetyki klasycznej jest w tych przypadkach niewystarczające. Jest to metoda pozwalająca na wykrycie aberracji liczby chromosomów i dużych aberracji struktury chromosomów (powyżej 4 milionów par zasad, tj. powyżej 4Mpz), ale nie wy-

Oprócz zmian typu CNVs, mikromacierze aCGH wykrywają wszystkie trisomie i wszystkie niezrównoważone aberracje struktury chromosomów i dzięki temu są niezwykle pomocne w ustaleniu przyczyn poronień samoistnych

WADY ROZWOJOWE SĄ CZĘSTO SPOWODOWANE SUBMIKROSKOPOWYMI ZMIANAMI GENOMOWYMI

Zgodnie z aktualną wiedzą, genetyczne przyczyny wad wrodzonych obejmują:

- **Klasyczne aberracje chromosomowe;**
- **Submikroskopowe zmiany chromosomów** – mikrodelecje i mikroduplikacje (choroby genomowe);
- **Mutacje pojedynczych genów;**
- **Uwarunkowania genetyczno-środowiskowe** (wiele polimorfizmów w licznych genach, udział czynników środowiskowych).

autor:
Prof. dr hab. n. med.
Anna
Latos-Bieleńska



FOT. SXC

krywa ona submikroskopowych aberracji chromosomowych. Tymczasem to właśnie submikroskopowe zmiany genomowe są jedną z zasadniczych przyczyn wad rozwojowych [6, 11].

Choroby genomowe mają związek z wariantami liczby kopii (CNVs Copy Number Variations). Warianty liczby kopii to rodzaj zmienności w genomie człowieka (inny rodzaj zmienności w genomie człowieka to SNP – Single Nucleotide Polymorphism). CNVs – to segmenty DNA (około 1kbp-1Mbp długości), które wykazują zmienną liczbę kopii w porównywanych genomach (delecje, duplikacje, wielokrotne duplikacje, złożone rearanżacje). Odkrycie CNVs zmieniło myślenie o genomie człowieka, pokazało, że od klasycznej organizacji genomu, w której geny są zawsze w dwóch kopiach (jedna od matki, druga od ojca), są odstępstwa – obecność CNVs powoduje, że geny mogą mieć również jedną, trzy lub więcej kopii. CNVs są powszechne, obejmują około 10 proc. ludzkiego genomu, zawierają geny, sekwencje regulatorowe i inne funkcjonalne elementy genomu. Większość CNVs ma neutralny charakter, ale odkrywanych jest coraz więcej CNVs o skutkach klinicznych. Przede wszystkim okazało się, że CNVs są przyczyną 10-20 proc. (i więcej) wad rozwojowych i w podobnym odsetku przyczyną autyzmu, opóźnienia rozwoju i niepełnosprawności intelektualnej [11].

W badaniach u 522 pacjentów z wadami rozwojowymi układu moczowego, prowadzonych w Division of Nephrology, Uniwersytet Columbia w Nowym Jorku we współpracy z Katedrą i Zakładem Genetyki Medycznej UM w Poznaniu oraz Centrum Genetyki Medycznej GENESIS w Poznaniu wykazano, że w 16,6 proc. przypadków wady rozwojowe układu moczowego są spowodowane zmianami typu CNVs, przy czym aż w 22,5 proc. przypadków, gdy oprócz wady nerek były także inne wady rozwojowe [7, 9].

sekwencji badanego DNA. Do przeprowadzenia badania nie trzeba hodowli komórkowej, wystarczy próbka DNA wyizolowanego w standardowy sposób. W badaniach prenatalnych jest to DNA wyizolowany z kosmówki, próbki płynu owodniowego lub z krwi płodu. Dla porównania potrzebny jest DNA kontrolny, tj. DNA osoby zdrowej, nie zawierający patogennych CNVs.

Zarówno DNA badany, jak i DNA kontrolny znakuje się fluorochromem, jednak w taki sposób, żeby różniły się one kolorem fluorescencji. Następnie obie wyznakowane próbki DNA się łączą i nanosi na mikromacierz, gdzie konkurują one o hybrydizację do sond molekularnych mikromacierzy. Po ukończonej hybrydizacji płytka mikromacierzowa jest płukana, a następnie świecenie poszczególnych fluorochromów w miejscach spotów jest mierzone za pomocą czytnika laserowego. Przewaga jednego lub drugiego fluorochromu wskazuje odpowiednio na delecję lub duplikację ściśle określonego fragmentu chromosomu. Uzyskany obraz jest analizowany z zastosowaniem specjalnych programów, wynik zawiera listę genów, które uległy delecji lub duplikacji, a przy określaniu skutków klinicznych wykrytych zmian typu CNVs korzysta się ze światowych baz danych zawierających informacje o dotychczas wykrytych CNVs i ich znaczeniu klinicznym [11].

W Centrum Genetyki Medycznej GENESIS w Poznaniu badanie metodą mikromacierzy aCGH wprowadzono w 2010 roku i do tej pory przeprowadzono blisko 1500 badań tą metodą, potwierdzając jego wielką przydatność dla praktyki klinicznej.

MIKROMACIERZE W DIAGNOSTYCE PRENATALNEJ

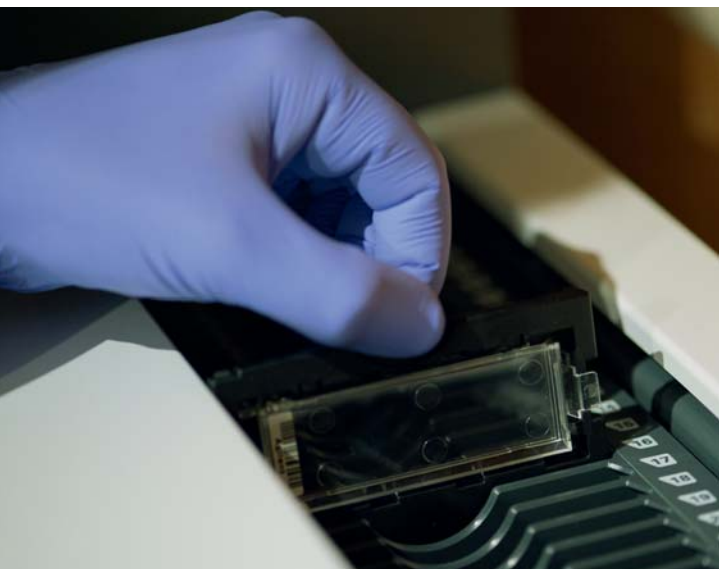
W 2013 roku opublikowano pracę, w której podsumowano 4 duże badania (łącznie 12

Mikromacierz aCGH to szklana lub plastikowa płytka, zazwyczaj wielkości i kształtu szkiełka mikroskopowego, na której są naniesione w regularnych pozycjach pola (spots) mikroskopijnej wielkości

MIKROMACIERZE aCGH - NA CZYM POLEGA BADANIE?

Mikromacierz aCGH to szklana lub plastikowa płytka, zazwyczaj wielkości i kształtu szkiełka mikroskopowego, na której są naniesione w regularnych pozycjach pola (spots) mikroskopijnej wielkości. Pola te zawierają sondy molekularne, którymi są jednoniciowe cząsteczki DNA, mające zdolność specyficznego wiązania komplementarnych

362 przypadków) dotyczące wykorzystania mikromacierzy w diagnostyce prenatalnej w przypadkach, kiedy kariotyp płodu określony metodami cytogenetyki klasycznej był prawidłowy. Zmiany genomowe stwierdzono w 2,4 proc. przypadków (295/12 362) niezależnie od wskazań do diagnostyki prenatalnej, ale w 6,5 proc. przypadków (201/3090) z nieprawidłowymi wynikami badania USG, jednak tylko w 1,0 proc. przypadków



(50/5108), kiedy wskazaniem był wiek matki i w 1,1 proc. przypadków (44/4164), kiedy badanie prenatalne było wykonane z powodu lęku pacjentki, aberracji chromosomowej w rodzinie lub nieprawidłowych wyników przesiewowych badań biochemicznych [2].

W 2014 roku przedstawiono podsumowanie danych z 18 publikacji (2220 płodów). Zmiany genomowe występowały u 3,1 - 7,9 proc. płodów z pojedynczą wadą rozwojową w badaniu USG i prawidłowym kariotypem oznaczonym metodami cytogenetyki klasycznej [3].

Mikromacierze okazały się efektywne w diagnostyce prenatalnej w przypadku wady serca u płodu. Podsumowano prace z lat 2007-2014 (13 publikacji, 1131 płodów z wrodzoną wadą serca). Zmiany typu CNVs wykryto w 12 proc. przypadków, w których

kariotyp oznaczony metodami cytogenetyki klasycznej był prawidłowy i w 7 proc. przypadków, w których wykluczono aberrację liczby chromosomów i mikrodelecję 22q11 [5].

W przypadku diagnostyki prenatalnej po stwierdzeniu u płodu wady rozwojowej OUN, na 46 płodów z prawidłowym kariotypem w 10,9 proc. przypadków (5/46) wykryto CNVs patogene, a w 6,5 proc. przypadków (3/46) - wykryto CNVs prawdopodobnie patogene. CNVs występowały w 8,3 proc. przypadków, jeśli wada OUN była izolowana i w 13,6 proc. przypadków, jeśli płód miał także inne wady rozwojowe. Zwraca uwagę wysoki odsetek CNVs w przypadku zespołu Dandy-Walkera (2/6 przypadków, tj. 33,3 proc.) oraz holoprosencefalii (2/7 przypadków, tj. 28,6 proc.) [10].

CNVs są także wykrywane w przypadku nieprawidłowej

ZALETY I OGRANICZENIA ZASTOSOWANIA MIKROMACIERZY ACGH W DIAGNOSTYCE PRENATALNEJ

Badania metodą mikromacierzy aCGH posiada liczne zalety i kilka ograniczeń.

Mikromacierz w diagnostyce prenatalnej – zalety:

- **Nie wymaga hodowli komórek;**
- **Badanie można zrobić na każdym materiale biologicznym** (kosmówka, płyn owodniowy, krew płodu);
- **Badanie można zrobić na mniejszej ilości płynu owodniowego** w porównaniu z badaniem metodą cytogenetyki klasycznej;
- **Pozwala na szybkie uzyskanie wyniku**, porównywalne z „szybkimi” testami (FISH, QF-PCR);
- **Wykrywa wszystkie klasyczne** niezrównoważone aberracje chromosomowe;
- **Wykrywa wszystkie znane zespoły** mikrodelecji i mikroduplikacji;
- **Wykrywa wszystkie inne patologiczne zmiany genomowe typu CNV**, także nie opisane do tej pory w piśmiennictwie.

Mikromacierz w diagnostyce prenatalnej – ograniczenia:

- **Nie wykrywa zrównoważonych** aberracji chromosomowych;
- **Nie jest to poważnym ograniczeniem**, ponieważ bardzo rzadko translokacja zrównoważona powoduje skutki fenotypowe (chorobę genetyczną);
- **Może wykryć CNVs o nieznannej patogenności**, co - zwłaszcza jeśli zmiana jest mała - powoduje trudności w określeniu skutków fenotypowych;
- **W miarę prowadzenia badań pre- i postnatalnych** metodą mikromacierzy i gromadzenia danych, ten problem będzie malał;
- **Niekiedy nosicielem takiej samej zmiany**, jak u płodu, jest zdrowy rodzic, co może powodować trudności interpretacyjne.

FOT. GENESIS

PIŚMIENNICTWO



1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON GENETICS SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE (COMMITTEE OPINION NO 581, DEC. 2014) [HTTP://WWW.ACOG.ORG/RESOURCES-AND-PUBLICATIONS/COMMITTEE-OPINIONS/COMMITTEE-ON-GENETICS/THE-USE-OF-CHROMOSOMAL-MICROARRAY-ANALYSIS-IN-PRENATAL-DIAGNOSIS](http://www.acog.org/resources-and-publications/committee-opinions/committee-on-genetics/the-use-of-chromosomal-microarray-analysis-in-prenatal-diagnosis)
2. CALLAWAY I WSP. PRENAT DIAGN. 2013;33(12):1119-23.
3. DE WIT I WSP. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2014; 43: 139-146.
4. GRANDE ET AL. ULTRASOUND OBSTET. GYNECOL. 2015; 46(6):650-8
5. JANSSEN I WSP. ULTRASOUND OBSTET. GYNECOL. 2015; 45: 27-35.
6. LU I WSP. PEDIATRICS. 2008; 122(6): 1310-1318.
7. MATERNA-KIRYLUK A. I WSP. PEDIATR. NEPHROL. 2014; 29: 257-267.
8. REDDY I WSP. NEJM 2012; 367(23):2185-93.
9. SANNA-CERCHI I WSP. AM. J. HUM. GENET. 2012; 91: 987-997.
10. SUN I WSP. BIOMED.RES.INTERNATIONAL 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1155/2015/426379](http://dx.doi.org/10.1155/2015/426379)
11. TOBIAS E, CONNOR M, FERGUSON-SMITH M. GENETYKA MEDYCZNA. WYD. 3. RED. NAUK. TŁUMACZENIA ANNA LATOS-BIELEŃSKA. PZWL 2013.

przezierności karkowej (NT). Z publikacji, w której podsumowano 17 prac z lat 2009-2014, wynika, że CNVs wykryto w 5 proc. przypadków (po wykluczeniu aberracji chromosomowej), przy czym w 4 proc. przypadków, jeśli nieprawidłowa przezierność karkowa była jedyną patologią i w 7 proc. przypadków, jeśli były także inne nieprawidłowości płodu [4].

INNE ZASTOSOWANIA MIKROMACIERZY aCGH W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

Mikromacierze znajdują zastosowanie w badaniu genetycznych przyczyn poronień samoistnych i późnych obumarciach ciąży.

Wykazano dużo większą skuteczność badania metodą mikromacierzy u płodów martwo urodzonych w porównaniu z klasycznymi badaniami cytogenetycznymi. W badaniach, w których zbadano 532 płody, badania metodą cytogenetyki klasycznej wykazały zmiany u 5,8 proc. z nich, a po zastosowaniu mikromacierzy u 8,3 proc. Jeśli doszło do obumarcia płodu z wadami wrodzonymi, mikromacierz wykazała zmiany u 29,9 proc., podczas gdy metody cytogenetyki klasycznej u 19,4 proc. z nich [8].

Oprócz zmian typu CNVs, mikromacierze aCGH wykrywają wszystkie trisomie i wszystkie niezrównoważone aberracje struktury chromosomów i dzięki temu są niezwykle pomocne w ustaleniu przyczyn poronień samoistnych. Badanie genetyczne materiału z poronienia pomaga w ukierunkowaniu dalszej diagnostyki przyczyn poronień i ma ogromne znaczenie psychologiczne dla pary, która straciła ciążę. W Centrum Genetyki Medycznej GENESIS w Poznaniu przeprowadziliśmy badania metodą mikromacierzy u około 400 zarodków i płodów, stwierdzając nieprawidłowy kariotyp u 60

proc. z nich. Stwierdzenie aberracji chromosomowej u obumarłego/poronionego zarodka/płodu pokazuje przyczynę utraty ciąży, rokowanie co do utrzymania następnych ciąż, a niekiedy ujawnia ukrytą aberrację chromosomową u któregoś z partnerów. Badanie jest prowadzone na fragmentach kosmówki pobranych przy zabiegu oczyszczenia jamy macicy po obumarciu ciąży lub wydalonych w przebiegu poronienia samoistnego. Można użyć jałowego naczynia (np. plastikowego pojemniczka do badania moczu), a fragmenty materiału biologicznego zalać jałową solą fizjologiczną.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE ZASTOSOWANIA MIKROMACIERZY aCGH

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics Socie-

talnej, rekomenduje się badanie metodą mikromacierzy;

■ Jeśli płód nie ma wad rozwojowych, a wykonuje się diagnostykę inwazyjną, można stosować alternatywnie cytogenetykę klasyczną lub mikromacierzy;

■ W przypadku późnego obumarcia płodu wskazane jest badanie płodu metodą mikromacierzy aCGH. Podobnie badanie metodą mikromacierzy aCGH materiału z poronienia jest niezwykle pomocne przy ustaleniu przyczyn wczesnych utrat ciąży.

Konieczna jest porada genetyczna przed i po badaniu metodą mikromacierzy, z omówieniem wszystkich możliwości i ograniczeń metody. Badanie metodą mikromacierzy może być przeprowadzone tylko za pisemną świadomą zgodą pacjentki, zawsze obowiązującą przy badaniach genetycznych genomu człowieka.

Mikromacierze okazały się efektywne w diagnostyce prenatalnej w przypadku wady serca u płodu. Zmiany typu CNVs wykryto w 12 proc. przypadków, w których kariotyp oznaczony metodami cytogenetyki klasycznej był prawidłowy i w 7 proc. przypadków, w których wykluczono aberrację liczby chromosomów i mikrodelecję 22q11

ty for Maternal-Fetal Medicine (Committee Opinion No 581, Dec. 2014) jednoznacznie rekomenduje stosowanie metody mikromacierzy w diagnostyce prenatalnej [1]. Wymienia trzy podstawowe przypadki:

■ W przypadku stwierdzenia u płodu jednej (lub więcej) dużej wady rozwojowej i podjęciu decyzji o inwazyjnej diagnostyce pre-

PODSUMOWANIE

Badanie metodą mikromacierzy udowodniło swoją wielką przydatność zarówno w diagnostyce prenatalnej, jak również w badaniu genetycznych przyczyn niepowodzeń rozrodu. W wielu krajach mikromacierze są badaniem pierwszego rzutu u dzieci z wadami, z opóźnieniem rozwoju czy autyzmem i obecnie coraz więcej ośrodków wprowadza mikromacierze do diagnostyki genetycznej również w ginekologii i położnictwie. Badanie z zastosowaniem mikromacierzy nie zostało jeszcze uwzględnione w koszyku świadczeń refundowanych przez NFZ, jednak jest to nieuchronnie kwestią czasu, ponieważ góruje ono nad dotychczasowymi metodami badania chromosomów.



PROF. DR HAB. N. MED. ANNA LATOS-BIELEŃSKA

Katedra i Zakład Genetyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu; Centrum Genetyki Medycznej GENESIS w Poznaniu www.genesis.pl

Embriolog kliniczny - nowy zawód medyczny

OD NARODZIN PIERWSZEGO DZIECKA POCZĘTEGO W WYNIKU ZAPŁODNIENIA

POZAUSTROJOWEGO MIJA W TYM ROKU 38 LAT. Przez ten okres medycyna rozrodu poczyniła wielkie postępy i rozwinęła się w nowoczesną gałąź medycyny, łączącą wiedzę i kompetencje ekspertów wielu specjalności. Wraz z rozwojem leczenia niepłodności technikami medycznie wspomaganą prokreacji zyskała na znaczeniu rola embriologa klinicznego.

Na końcowy sukces procedur ART (assisted reproductive technology) decydujący wpływ ma wiedza i kompetencje specjalistów pracujących w laboratorium embriologicznym. Dlatego specjalnego znaczenia nabiera zarówno konieczność zrozumienia ważnej roli zawodu embriologa klinicznego, jak i ich ustawiczne profesjonalne kształcenie. Nad doskonaleniem programu szkoleń w Polsce pracuje Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIe).

POCZĄTKI EMBRIOLOGII KLINICZNEJ

Na świecie co roku przeprowadzanych jest obecnie ponad milion procedur zapłodnienia pozaustrojowego (IVF – in vitro fertilization). Niezwykle ważną rolę w każdej procedurze odgrywa embriolog. Embriologia kliniczna to relatywnie nowa specjalizacja w medycynie rozrodu, ale w ostatnich dwóch dekadach rozwijała się z dynamiką wcześniej w medycynie rzadko obserwowaną. Dzisiejsi wysoko kwalifikowani embriolodzy kliniczni to osoby z wykształceniem medycznym, biotechnologicznym, biologicznym lub biochemicznym. Swoją specjalistyczną wiedzę z dziedziny embriologii klinicznej zdobywali kształcąc się w krajowych i zagranicznych ośrodkach wspomaganą prokreacji. Zawód ten wymaga wyjątkowych umiejętności merytorycznych i technicznych. Zdolności manualne, zręczność, precyzja i cierpliwość są w pracy embriologa niezbędne i powinny być nieodzownym uzupełnieniem wiedzy teoretycznej.

Embriolog kliniczny to osoba, która zajmuje się nie tylko komórkami i zarodkami, ale ma również bezpośredni kontakt z parą starającą się o dziecko. To embriolog tłumaczy przebieg procesu zapłodnienia pozaustrojowego, sposób oceny jakości pozyskanych komórek rozrodczych, kolejne etapy zapłodnienia

JAK ZOSTAĆ EMBRIOLOGIEM KLINICZNYM W POLSCE?

Jedną z dróg jest uzyskanie certyfikatu ESHRE. O certyfikat Embriologa Klinicznego mogą ubiegać się członkowie ESHRE, którzy:

- **uzyskali stopień Bachelor of Science** (odpowiednik polskiego licencjata) w naukach przyrodniczych,
- **mają przynajmniej 3 lata doświadczenia** w pracy z ludzkimi gametami i embrionami w laboratoriach ART,
- **podczas pracy w laboratorium przeprowadzili po 50 zabiegów z 5 na 9 poniższych procedur:** pobieranie oocytów, badanie nasienia, inseminacja, ICSI, ocena zygoty i zarodka, transfery embrionu, kriokonserwacja oocytów/embrionów, rozmrażanie oocytów/zarodków,
- **pozytywnie przeszli egzamin**, odpowiadając poprawnie na co najmniej 66 ze 100 pytań; egzamin odbywa się raz do roku.

O certyfikat ESHRE corocznie może się ubiegać jedynie 300 osób (200 z Europy i 100 spoza niej).

Już wkrótce będzie można uzyskać polski certyfikat Embriologa Klinicznego PTMRIe (www.ptmrie.org.pl)

i rozwoju zarodka. Wymaga to szczególnych umiejętności interpersonalnych, ale przede wszystkim odpowiedzialności i rygorystycznego przestrzegania norm etycznych. To od decyzji podejmowanych na co dzień przez embriologa oraz lekarza, ich wzajemnej współpracy i zrozumienia skomplikowanych procesów biologicznych zależy w dużym stopniu powodzenie całej procedury IVF.

EMBRIOLOG KLINICZNY - NIE MA TAKIEGO ZAWODU?

Skala i dynamika, z jaką rozwija się medycyna wspomaganego rozrodu, wskazuje, że osób wykonujących procedury embriologiczne jest przynajmniej tak wiele, jak ośrodków zajmujących się leczeniem niepłodności i procedurami ART. Rzeczywistość nie jest jednak taka prosta. W większości krajów Europy (z czterema wyjątkami na 27 krajów badanych w kwestionariuszu opracowanym przez Embryologist Certification

Problem z jasnym określeniem tej specjalizacji zawodowej dotyczy nie tylko Polski. Embriolog kliniczny, w wielu krajach, nie widnieje na liście zawodów

autor:
Katarzyna Kozioł



Committee wraz z ESHRE Special Interest Group for Embryology, kwiecień 2015) zawód embriologa klinicznego oficjalnie nie istnieje. Jakie są konsekwencje takiego stanu rzeczy? Ma to oczywiście wpływ na niedocenywanie tej specjalizacji. Tam, gdzie zawód embriologa oficjalnie nie istnieje, wysoko kwalifikowani specjaliści oficjalnie rejestrowani są pod innymi kategoriami zawodowymi. Zmniejsza to przejrzystość struktury zawodów medycznych, utrudniając zajęcie wspólnego stanowiska w kwestiach, w których z racji posiadanego doświadczenia embriologdy mieliby pełne prawo wypowiadać się jako jednolita grupa zawodowa.

PŁYNNOŚĆ DEFINICJI EMBRIOLOGA KLINICZNEGO

Problem z jasnym określeniem tej specjalizacji zawodowej dotyczy nie tylko Polski. Embriolog kliniczny, w wielu krajach, nie widnieje na liście zawodów. Różne są także oczekiwania co do wykształcenia osób wykonujących ten zawód. W Chorwacji to biolog pracujący w laboratorium wspomaganego rozrodu z dwuletnim doświadczeniem. We Włoszech nie istnieje oficjalna definicja tego zawodu, a zwyczajowo nazywa się tak wszystkich biologów pracujących w laboratorium embriologicznym, podobnie jest w Szwecji i w Irlandii. W niektórych krajach, m.in. w Polsce, Finlandii, na Węgrzech, w Portugalii, Norwegii, Hiszpanii, to certyfikat ESHRE (European Society of Human

Reproduction and Embryology) upoważnia do oficjalnego używania tytułu embriologa klinicznego. Są też kraje, do których należy Polska, gdzie oprócz honorowania certyfikatów ESHRE, podjęta została inicjatywa krajowego regulowania wymagań stawianych embriologowi i rezerwowania tego tytułu dla specjalistów mogących wykazać się określoną wiedzą teoretyczną i doświadczeniem praktycznym. W Polsce certyfikowaniem zawodu embriologa zajmuje się PTMRIE (Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii). Do 2013 r. o certyfikat embriologa mogły się ubiegać osoby z wykształceniem medycznym, biologicznym lub biotechnologicznym i z potwierdzonym przez kierownika ośrodka wspomaganego

rozrodu trzyletnim doświadczeniem pracy w laboratorium embriologicznym. Należy zaznaczyć, że laboratorium embriologiczne, mimo że nazywa się podobnie, nie zajmuje się tym, czym zajmuje się laboratorium diagnostyczne wykonujące badania diagnostyczne. Jest to pracownia, miejsce, gdzie embriolog czynnie uczestniczy w procesach biologicznych i je wspomaga. Obecnie PTMRIE opracowuje nowe warunki szkolenia i certyfikacji embriologów klinicznych. Przy rosnącej liczbie zabiegów IVF, a co za tym idzie także liczebności specjalistów pracujących w laboratoriach embriologicznych, system certyfikacji to pierwszy krok, pozwalający na skodyfikowanie zawodu embriologa oraz nadanie należnego

Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (dawniej Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu) powstało 30 maja 2008 roku. Zrzesza wysoko wykwalifikowanych specjalistów z dziedziny medycyny rozrodu i embriologii, którzy współpracując naukowo zapewniają najwyższe standardy leczenia niepłodności w Polsce. Cele Towarzystwa to: szerzenie oraz doskonalenie zasad deontologii lekarskiej, podnoszenie poziomu naukowego i kwalifikacji zawodowych Członków, starania o zapewnienie wysokich standardów usług świadczonych przez ośrodki zajmujące się medycyną rozrodu. Ponadto PTMRIE aktywnie działa w zakresie ochrony praw, podnoszenia autorytetu oraz szacunku społecznego dla profesjonalistów zajmujących się medycyną wspomaganego rozrodu i embriologią kliniczną. Zadaniem, jakie stawia przed sobą Towarzystwo – jest również reprezentowanie wspomnianych dziedzin i ich osiągnięć naukowych w kraju i za granicą.

PTMRIE współpracuje z organami administracji państwowej, instytucjami oraz towarzystwami naukowymi, a także stowarzyszeniami wyższej użyteczności działającymi na rzecz ochrony zdrowia.

Więcej informacji na www.ptmrie.org.pl

mu statusu. Ujednolicenie wymogów stawianych embriologom, czyli jasny i spójny system oceny ich wiedzy i umiejętności, to jednocześnie najkrótsza droga do wypracowania standardów zawodowych, gwarantujących kontrolę i bezpieczeństwo procedur wspomaganego rozrodu.

KSZTAŁCENIE ZAWODOWE EMBRIOLOGÓW

Do tej pory embriolodzy budowali swoje kompetencje zawodowe zdobywając doświadczenie w codziennej pracy laboratoryjnej, a dowody swoich kompetencji musieli niejednokrotnie potwierdzać za granicą, uzyskując certyfikaty embriologów i starszych embriologów klinicznych ESHRE. Obecnie bezwarunkowym zadaniem dla środowiska jest stworzenie systemu kształcenia zawodowego, obejmującego zarówno kształcenie podyplomowe, jak i kształcenie ustawiczne. Tego zadania podjęło się Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE). Prace zostały już rozpoczęte i są koordynowane przez kadrę medyczną z wieloletnim doświadczeniem w medycynie rozrodu. To PTMRIE, wcześniej PTMR, było głównym organizatorem kształcenia wszystkich specjalistów medycyny rozrodu, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych. Już samo rozszerzenie dotychczasowej nazwy Towarzystwa o słowo „embriologia” wskazuje wagę tej specjalizacji dla bieżących i planowanych działań PTMRIE. Towarzystwo pracuje obecnie nad przygotowaniem szczegółowego programu szko-

leń oraz wyłonieniem grupy specjalistów: embriologów klinicznych – praktyków z wieloletnim stażem, którzy podejmą się roli nauczycieli i mentorów dla młodych kandydatów do tego zawodu. Szkolenie będzie składało się zarówno z modułu teoretycznego, jak i praktycznego. W dalszych planach PTMRIE ma wpisanie specjalizacji embriologa klinicznego na listę zawodów oraz podjęcie odpowiednich działań w kierunku uruchomienia studiów podyplomowych o kierunku embriologii klinicznej.

Należy spodziewać się, że zapotrzebowanie na takie studia będzie bardzo duże i sukcesywnie będzie wzrastać. Już teraz w Europie panuje opinia, że liczba wykwalifikowanych embriologów klinicznych jest niewystarczająca i że możliwości pozyskiwania nowych specjalistów nie dorównują tempu, w jakim rozwija się medycyna rozrodu. Embriolog kliniczny to zawód wymagający, do wykonywania którego potrzebna jest rozległa wiedza, umiejętność obsługi zaawansowanej technologicznie aparatury i praktyczne umiejętności, gdzie liczy się zręczność i precyzja. Jest to zawód dla osób cierpliwych, odpowiedzialnych, empatycznych a jednocześnie pracujących z pasją. Ważna jest również – podobnie jak w każdym zawodzie medycznym – etyka zawodowa. Nie ulega wątpliwości, że zawód embriologa klinicznego będzie nabierał w najbliższej przyszłości coraz większego znaczenia i będzie zajmował wyjątkową pozycję wśród innych zawodów medycznych.

Wielka Brytania jest nie tylko jednym z czterech krajów Europy, w którym embriolog kliniczny jest zawodem oficjalnie zarejestrowanym przez Health and Care Professions Council, ale i wyróżnia się, stopniem doprecyzowania wymagań uprawniających do posługiwania się tytułem embriologa klinicznego.

Przyszli embriolodzy kliniczni mogą kształcić się, między innymi, w Katedrze Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu w Oxfordzie. Roczny Kurs Master of Science (polski odpowiednik tytułu magistra) obejmuje 3 semestry. Podczas pierwszego studenci zdobywają podstawową wiedzę z zakresu medycyny rozrodu oraz stosowania podstawowych technik laboratoryjnych. Semestr składa się z 5 modułów:

- **podstawowa wiedza z zakresu biologii molekularnej i komórkowej,**
- **metody laboratoryjne i praktyczne umiejętności,**
- **układ rozrodczy ssaków,**
- **zapłodnienie i wczesna embriogeneza,**
- **rozwój embrionalny i ciąża.**

Drugi semestr ma na celu przekazanie studentom zaawansowanej wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu niepłodności oraz ART. Materiał ten jest przedstawiony w postaci pięciu kolejnych modułów:

- **bezpłodność,**
- **Assisted Reproductive Technologia (ART),**
- **rozród wspomagany: umiejętności i techniki,**
- **mikromanipulacja w ART,**
- **niepłodność i ART: rozwój i aktualne problemy.**

Podczas drugiego semestru studenci wybierają temat laboratoryjnego projektu badawczego, którym będą zajmować się w semestrze trzecim. Trzeci semestr trwa około 4 miesięcy i zakończony jest krótką rozprawą oraz prezentacją wyników na forum publicznym.

BIBLIOGRAFIA

„The educational and professional status of clinical embryology and clinical embryologists in Europe” Human Reproduction, June 12, 2015; <http://humrep.oxfordjournals.org/> University of Oxford Brochure “MSc Clinical Embryology. A one-year residential taught course”.



LEK. MED. KATARZYNA KOZIÓŁ

Ginekolog położnik, starszy embriolog kliniczny ESHRE.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii. Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), Europejskiego Stowarzyszenia Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE), Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycyny Rozrodu (ASMR), a także Komitetu Naukowego Ośrodka Studiów nad Płodnością Człowieka. Współzałożycielka Przychodni Lekarskiej nOvum w Warszawie, gdzie pełni funkcję zastępcy Dyrektora ds. Medycznych oraz Kierownika Laboratorium IVF. W styczniu 1995 roku wykonała pierwszy w Polsce zabieg mikroiniekcji plemnika do komórki jajowej (ICSI), a w 2009 roku wprowadziła metodę genetycznego badania niezapłodnionych komórek jajowych.



OŚRODEK STUDIÓW
NAD PŁODNOŚCIĄ
CZŁOWIEKA

IV KRAJOWE SPOTKANIE GINEKOLOGÓW I POŁOŻNIKÓW



26-27 lutego 2016 r.

Hotel Copernicus**, Toruń**

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego:
Prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski
Klinika Perinatologii i Ginekologii ICZMP w Łodzi

Za udział w Konferencji przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

W sprawach merytorycznych prosimy o kontakt:

Prof. dr hab. med. Przemysław Oszukowski
Klinika Perinatologii i Ginekologii ICZMP
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

W sprawach organizacyjnych prosimy o kontakt:

AGORA

ul. Błażeja 10L/2, 61-608 Poznań
Tel./Fax 61 842 74 65
e-mail: biuro@agora-konferencje.pl



II Ogólnopolska Konferencja Ginekologia, Położnictwo, Anestezjologia - interdyscyplinarne spojrzenie na nowe trendy

22-23 kwietnia 2016 r.

Hotel Wodnik*, Słok k. Bełchatowa**



W sprawach merytorycznych prosimy
o kontakt:
Prof. dr hab. med. Piotr Woźniak
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289 93-338 Łódź



Patronat naukowy:

Prof. dr hab. med. Piotr Woźniak
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
Łódzka Izba Lekarska
Polskie Towarzystwo Ginekologiczne



W sprawach organizacyjnych prosimy
o kontakt:

AGORA
ul. Błażeja 10L/2, 61-608 Poznań
tel./fax 61 842 74 65, e-mail: biuro@agora-konferencje.pl

Za udział w Konferencji przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA ZDROWIE KOBIETY - jako problem interdyscyplinarny

30 września - 1 października 2016 r.

Hotel Ibis*, Wrocław**

Patronat naukowy:

Prof. dr hab. med. Mariusz Zimmer
II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa UM we Wrocławiu

Za udział w Konferencji przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

W sprawach organizacyjnych prosimy o kontakt:

AGORA

ul. Błażeja 10L/2, 61-608 Poznań
Tel./Fax 61 842 74 65, e-mail: biuro@agora-konferencje.pl

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE oraz REJESTRACJA
www.agora-konferencje.pl



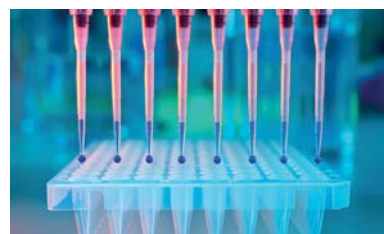
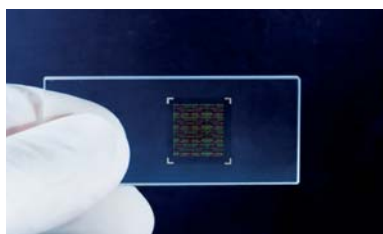
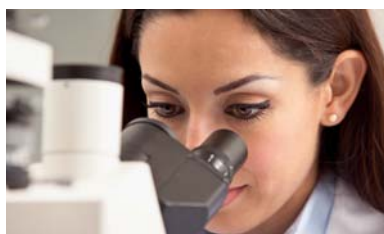
GENESIS

Centra Genetyki Medycznej



Centra Genetyki Medycznej GENESIS jest podmiotem leczniczym funkcjonującym na rynku genetyki medycznej od 1999r. Specjalizuje się w diagnostyce rzadkich chorób genetycznych, niepowodzeń rozrodu, wad wrodzonych oraz genetyce onkologicznej.

Centra Genetyki Medycznej GENESIS posiada zespół lekarzy genetyków klinicznych, cytogenetyków oraz biologów molekularnych.



CGM GENESIS specjalizuje się w diagnostyce i poradnictwie genetycznym w obszarach:

- rzadkich chorób genetycznych
- wad wrodzonych
- niepłodności, poronień samoistnych, w tym badań genetycznych materiału z poronienia samoistnego
- niepełnosprawności intelektualnej, autyzmu i innych zaburzeń rozwoju dziecka
- genetycznie uwarunkowanych chorób narządu wzroku
- nowotworów dziedzicznych
- innych m. in. celiakii, atopowego zapalenia skóry

CGM GENESIS wykonuje badania metodami cytogenetycznymi i molekularnymi, w tym metodą MIKROMACIERZY. We współpracy z ośrodkami zagranicznymi oferuje badania wykonywane metodą sekwencjonowania następnej generacji (NGS).

CGM GENESIS

ul. Grudzieniec 4
60-601 Poznań
T: +48 61 852 73 32
F: +48 61 851 66 46

Infolinia dla Pacjentów: 601 305 306
codziennie: 8:00 - 22:00

www.genesis.pl