

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn branżowy

wyposażenie
materiały
prawo medyczne

nr **3**
(34) 2017

Vulvodynia – rzadko rozpoznawany zespół bólowy



- **Telemedycyna w opiece okołoporodowej**
- **Bezpieczne przechowywanie e-dokumentacji**
- **HIFU – intymne ultradźwięki**
- **Mechanizm działania przeciwnowotworowego metforminy**
- **PRAWO: Czy i jak reklamować gabinet?**
- **Pytania do prawnika**

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

Wydawca:

Wydawnictwo SPS Media

Adres redakcji:

Modzelewskiego 67/4

02-679 Warszawa

Tel. 22 844 49 42

redakcja@spsmedia.pl

www.e-ginekologia.pl

p.o. Redaktora naczelnego:

Jacek Tulimowski

jtulimowski@gmail.com

Dyrektor Działu Wydawnictw,

Zastępca redaktora naczelnego:

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 Kowalińska

Tel. 22 844 49 42

Tel. 509 912 963

prenumerata@spsmedia.pl

Skład i łamanie:

Ewa Kopka-Nowakowska

fot. na okładce:

123 RF

Nakład: 2500 egz.

Wydawnictwo dostępne wyłącznie

w prenumeracie. Cena za kolejnych

12 numerów 170 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

Pytania do prawnika

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

16

Mechanizm działania przeciwnowotworowego metforminy

Według danych WHO, u około 2,1 mld ludzi na świecie osób stwierdzono nadwagę lub otyłość. W związku z tym obserwuje się wzrost zachorowań na cukrzycę typu 2 – najbardziej rozpowszechnioną chorobę cywilizacji XXI wieku. W licznych badaniach wykazano i potwierdzono związek otyłości i cukrzycy typu 2 z wzrostem częstości występowania nowotworów złośliwych w licznych lokalizacjach narządowych.

20

HIFU – intymne ultradźwięki

Ogniskowanie promieni słonecznych szkłem powiększającym i podpalanie w ten sposób kartki papieru jest eksperymentem, który w dzieciństwie wykonywało wielu z nas. Ta prosta zasada fizyczna znajduje zastosowanie również dla innych fal. Tak powstała technologia HIFU (High Intensity Focused Ultrasound – zogniskowane ultradźwięki o wysokim natężeniu). W HIFU zamiast promieni słonecznych dochodzi do zogniskowania fali ultradźwiękowej.

22

Vulvodynia – rzadko rozpoznawany zespół bólowy

Vulvodynia jest, niestety, zbyt rzadko rozpoznawana przez lekarzy ginekologów. Pacjentki często przez wiele lat bezskutecznie szukają pomocy, a przeciw szybkie podjęcie leczenia zwiększa szanse na sukces terapeutyczny. Jest schorzeniem, które wymaga holistycznego podejścia do pacjentki.

26

Bezpieczne przechowywanie e-dokumentacji

Elektroniczna dokumentacja medyczna to termin, który dla osób niezbyt biegłych w informatyce, brzmi złowrogo. Jeśli dodamy, że to na lekarzu lub właścicieli kliniki spoczywa obowiązek zachowania bezpieczeństwa dokumentacji, sprawa jeszcze bardziej się komplikuje.

30

Telemedycyna w opiece okołoporodowej

Telemedycyna jest dynamicznie rozwijającym się nurtem współczesnej opieki nad pacjentem. Łącząc w sobie elementy medycyny, informatyki oraz telekomunikacji, w znaczący sposób poprawia jakość usług medycznych. Oferuje rozwiązania w wielu dyscyplinach, w tym w opiece okołoporodowej, powstało bowiem mobile KTG.

32

Czy i jak reklamować gabinet?

Reklama jest obecnie podstawą funkcjonowania większości prowadzonych przedsiębiorstw. Pozwała ona dotrzeć do osób potencjalnie zainteresowanych usługą. Sytuacja, w przypadku lekarzy, jest jednak nieco skomplikowana. Są oni bowiem zobowiązani przez ustawę do podawania niektórych informacji, jednakże ich treść nie może być dowolna, a konkretnie, informacje te nie mogą mieć cech reklamy.

Skład Rady Naukowej magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny:

Prof. dr hab. Anna Nasierowska-Guttmejer
Zakład Patomorfologii CSK MSW w Warszawie;
Zakład Patologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach;

Prof. dr hab. Włodzimierz Sawicki
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej II Wydział Lekarski WUM;

Prof. dr hab. Janina Markowska
Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

Ivan Fistončić, MD, PhD
Professor at University of Applied Health Sciences, Zagreb, Croatia;
Assistant Professor at University Department of Health Studies, University of Split, Split, Croatia;
Director of Institute for Women's Health, Zagreb, Croatia;

lek. med. Beata Sterlińska-Tulimowska
Wykładowca LAHA, wykładowca Fotona, Tulimowski&Sterlińska Gabinetu Ginekologiczne, Warszawa;

lek. med. Jacek Tulimowski
Lekarz ginekolog, redaktor naczelny magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny; Tulimowski&Sterlińska Gabinetu Ginekologiczne, Warszawa

Prof. dr hab. Zbigniew Celewicz
Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;

Jak zamówić prenumeratę Nowego Gabinetu Ginekologicznego

Na konto, podane obok, należy wpłacić 90 zł (prenumerata roczna) lub 170 zł (prenumerata dwuletnia). Po dokonaniu płatności należy przesłać faksem, e-mailem lub listownie potwierdzenie dokonania wpłaty wraz z adresem, na który gazeta ma być wysyłana. 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 pocztwie
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca



MISCELLANEA

PRAWO

Elektroniczne zwolnienia: Sejm uchwalił zmiany



FOT. 123RF

S EJM UCHWALIŁ ZMIANY DOTYCZĄCE ZWOLNIEŃ LEKARSKICH. Wystawianie ich w formie elektronicznej ma być łatwiejsze. Papierowe zwolnienia mają na zawsze zniknąć w lipcu przyszłego roku.

Przyjęto poprawkę do projektu, która reguluje tę kwestię. Obecnie e-zwolnienia można wystawiać – już od stycznia 2016. Jednak z analiz wynika, że tylko 3 procent lekarzy wystawia je w takiej formie. Jest to związane z tym, że muszą być one podpisywane kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo potwierdzonym za pośrednictwem systemu teleinformatycznego ZUS – a to jest skomplikowane i wiąże się z dodatkowymi opłatami. Ma się to zmienić od lipca przyszłego roku. (PT)

BADANIA

Palenie rodziców może powodować białaczkę u ich potomstwa

MUTACJA GENETYCZNA ZWIĄZANA Z ROZWOJEM U DZIECI OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ (ALL) MOŻE BYĆ REZULTATEM PALENIA PAPIEROSÓW PRZEZ OJCA LUB MATKĘ - TWIERDZĄ NAUKOWCY. Udało się zidentyfikować konkretne zmiany genetyczne w komórkach nowotworowych u dzieci cierpiących na tę chorobę – twierdzą naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco.

Badacze przeprowadzili doświadczenie polegające na pobraniu próbek nowotworowych od 599 pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną. Rodzice dzieci wypełniali kwestionariusze dotyczące nawyków związanych z paleniem papierosów. Dwie na trzy próbki zawierały co najmniej jedną mutację genetyczną (delecję). Mutacje te były znacznie częstsze wśród dzieci, których matki w okresie ciąży oraz później paliły papierosy. Amerykańscy naukowcy twierdzą, że każde pięć papierosów dziennie w czasie ciąży przekładało się na 22-procentowy wzrost liczby delecji. Każde pięć papierosów dziennie w okresie karmienia piersią było z kolei związane ze wzrostem liczby tych mutacji o 74 proc. Palenie papierosów przez mężczyznę przed poczęciem dziecka ma związek z uszkodzeniami oksydacyjnymi w DNA nasienia, które mogą prowadzić do większej liczby delecji u dzieci z wykrytą wczesną ostrą białaczką limfoblastyczną – podsumowali badanie naukowcy. (PT)



FOT. 123RF

NFZ

Fundusz chwali program koordynowanej opieki nad ciężarną



FOT. 123RF

WOJCIECH ZAWALSKI, DYREKTOR DEPARTAMENTU ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NFZ POWIEDZIAŁ, ŻE PRZEDSTAWICIELE FUNDUSZU SĄ NIEZWYKLE ZADOWOLENI Z WYNIKÓW, PODSUMOWUJĄCYCH PÓŁROCZNY OKRES FUNKCJONOWANIA PROGRAMU KOORDYNOWANEJ OPIEKI NAD CIĘŻARNĄ.

Obecnie ten pilotażowy projekt realizuje trzynaście ośrodków w kraju. Wojciech Zawalski stwierdza, że każdy wskaźnik, który był analizowany, jest lepszy niż obserwowany w tych samych szpitalach rok wcześniej. Twarde parametry przyjęte do oceny świadczą, że opieka jest dobra. Według Zawalskiego należy szczególnie się cieszyć ze skrócenia okresu hospitalizacji matki i noworodka średnio o dobę. (PT)

SZPITALA

Położne ze Starachowic wróciły do pracy

W MAJU WRÓCIŁY DO PRACY DWIE POŁOŻNE ZE STARACHOWIC, KTÓRE ZOSTAŁY ZWOLNIONE DYSCYPLINARNIE PO TYM, JAK POZOSTAWIONA BEZ OPIEKI KOBIETA URODZIŁA, NA PODŁOŻE JEDNEJ Z SAL, MARTWE DZIECKO. Położne zawarły sądową ugodę z pracodawcą.

Kobiety od 1 maja pracują w lecznicy na dotychczasowych stanowiskach, będą też miały wypłacone wynagrodzenie za okres pozostawania bez pracy wraz z ustawowymi odsetkami. Pracodawca zobowiązał się przekazać pieniądze do połowy maja. Pracodawca zobowiązał się też po podjęciu pracy przez powódki do przestrzegania wobec pracownic wszystkich zasad wynikających z kodeksu pracy i oraz obowiązujących wewnętrznych aktów prawnych – w tym równego traktowania z innymi pracownicami – powiedziała podczas rozprawy sędzia. W ugodzie zawarto wysokość wynagrodzenia położnych, dlatego rozprawa była wyłączona z jawności. Skutkiem ugody jest umorzenie dwóch postępowań, jakie toczyły się w sprawie zwolnionych kobiet, przed sądem pracy nadal toczą się postępowania dotyczące pozostałych sześciu zwolnionych pracowników lecznicy. (PT)

PRAWO

Ukłon dla położnych

NA POTRZEBĘ ROZMOWY O KSZTAŁCENIU I NORMACH ZATRUDNIENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH WSKAZAŁ MINISTER ZDROWIA KONSTANTY RADZIWIŁ, KTÓRY UCZESTNICZYŁ W DEBACIE O PROBLEMACH PIELEŃNIARSTWA I POŁOŻNICTWA. Minister podczas debaty powiedział, że należy pracować nad prestiżem tych zawodów.

Radziwił powiedział, że należy zmniejszyć obciążenie pielęgniarek i położnych pracą biurokratyczną, tak by mogły one więcej czasu poświęcać pacjentowi. Elementem, który ma pomóc w realizacji tego planu, ma być strategia, która zostanie przygotowana w przeciągu trzech miesięcy. Ma ją opracować powołany

zespół ds. pielęgniarstwa, w którego skład wejdą m.in. przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych, prawnicy i przedstawiciele rządu. Pracami zespołu ma pokierować wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko. Aktualnie trwają prace ministerialne nad nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych. Chodzi o kształcenie podyplomowe, w szczególności jego podnoszenie na wyższy poziom poprzez wprowadzenie systemu akredytacji Ministra Zdrowia dla podmiotów, które uczestniczą w kształceniu podyplomowym – mówił podczas debaty Konstanty Radziwił. Minister odniósł się również do studiów pielęgniarstkich – licencjackich i magisterskich – zapewnił, że nie będą one likwidowane. (PT)

PRAWO

Nowe przepisy mniej niekorzystne dla ciężarnych?



FOT. 123RF

O D POCZĄTKU MAJA OBOWIĄZUJĄ NOWY WYKAZ PRAC UCIAŻLIWYCH, NIEBEZPIECZNYCH LUB SZKODLIWYCH DLA ZDROWIA Kobiet w ciąży i kobiet karmiących Dziecko Piersią. Uznano, m.in. że praca przy monitorze komputerowym nie jest już tak szkodliwa, jak kiedyś.

Nowe rozporządzenie opublikowano 3 kwietnia 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 796). Wprowadza one korzystną dla pracodawców zmianę zasad wykonywania przez kobiety w ciąży pracy na stanowiskach z monitorami ekranowymi. Przewiduje bowiem dopuszczalność pracy kobiet w ciąży na takich stanowiskach w łącznym

wymiarze nieprzekraczającym 8 godzin na dobę. Jednak czas spędzony przy obsłudze monitora ekranowego nie będzie mógł jednorazowo przekraczać 50 minut, po którym to czasie powinna nastąpić co najmniej 10-minutowa przerwa, wliczana do czasu pracy. Do tej pory przepisy uznawały taką pracę wykonywaną ponad cztery godziny na dobę – za szczególnie uciążliwą lub szkodliwą dla zdrowia kobiet w ciąży i zakazywały jej wykonywania w większym wymiarze.

Oczywiście katalog prac zabronionych lub ograniczonych dla kobiet w ciąży jest dużo dłuższy. Treść całego rozporządzenia wraz ze szczegółowym katalogiem prac znajduje się na naszej stronie – e-ginekologia.pl, w zakładce Akty Prawne. (PT)

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

RPO zwraca się do ministra w sprawie znieczulenia

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH ZWRÓCIŁ SIĘ DO MINISTRA ZDROWIA Z PROŚBĄ O SZCZEGÓLOWE WYJAŚNIENIA SIĘ DO PROBLEMU MAŁEJ DOSTĘPNOŚCI ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO W CZASIE PORODU. Prosi o odpowiedź: jakie konkretnie działania podejmuje ministerstwo w celu poprawy sytuacji kobiet rodzących w Polsce.

Każdorazowe zmuszanie pacjentki do urodzenia dziecka bez znieczulenia, gdy nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do jego podania, może być uznane za przejaw nieludzkiego i poniżającego traktowania, w szczególności w świetle art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności – twierdzi RPO. Rzecznik dodaje, że brak faktycznej możliwości podania znieczulenia, gdy jest ono prawnie gwarantowane, może świadczyć również o naruszeniu praw kobiet rodzących do poszanowania ich godności i intymności oraz prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Problemem jest oczywiście postawa anestezjologów, którzy nie chcą wykonywać znieczuleń, bo jest ich zbyt mało. Z drugiej strony system rozliczania anestezjologów nie zachęca ich do wykonywania znieczuleń porodów. (PT)

PRAWO

Sejmowa komisja przegłosowała pigułki „dzień po” na receptę

CORAZ BLIŻEJ, BY PIGUŁKI „DZIEŃ PO” BYŁY SPRZEDAWANE NA RECEPTĘ. TAKIE ROZWIĄZANIE POPARŁA SEJMOWA KOMISJA ZDROWIA. Komisja poparła również przepisy ułatwiające dostęp do niestandardowej terapii w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia.

Za przyjęciem całości projektu ustawy głosowało 12. posłów, przeciw było 6., nikt nie wstrzymał się od głosu. Spotkanie komisji przebiegało spokojniej niż ostatnie. Posłowie opozycji wskazywali, że pigułki powinny być dostępne bez recepty, ponieważ ich stosowanie jest bezpieczne. Stwierdzili, że wiele kobiet nie będzie mogło skorzystać z pigułki skutecznie, ponieważ zdobycie recepty zajmie zbyt wiele czasu, by działanie pigułki było skuteczne. Natomiast wiceminister Zbigniew Król powiedział, że obecnie na receptę dostępne są wszystkie hormonalne leki antykoncepcyjne z wyjątkiem pigułki „dzień po”, przypomniał również, że receptę może wypisać każdy lekarz. Zbigniew Król przywołał również dane, że aktualnie sprzedawanych jest kwartalnie 100 tysięcy opakowań tego preparatu. (PT)

JAK ZA KAŻDYM RAZEM DOSTARCZAĆ DOSKONAŁY MATERIAŁ DO LABORATORIUM



DIRECTA SZCZOTECZKI CYTOLOGICZNE

ULTRA

nie ogranicza widoczności i ułatwia wejście w kanał szyjki



PLUS

największa szerokość pobierania materiału

SOFT

idealna w przypadku mocno uwrażliwionej szyjki macicy



PRO

gęste i sprężyste włoski



PRO 2B

kulka ochronna zabezpieczająca przed zranieniem

DLACZEGO WARTO WYBIERAĆ SZCZOTECZKI DIRECTA:



delikatne włoski niwelują ryzyko krwawień co pozwala **zminimalizować ilość odrzuceń** w laboratorium tym samym uniknąć konieczności powtarzania badania



STERILE

test sterylności na każdym blisterze szczoteczki zapewnia **bezpieczeństwo badania**



sprężyste i gęste włoski zapewniają doskonałą przyczepność materiału dzięki czemu pobierana jest **duża ilość komórek** do badania



ponad **5 mln** badań* wykonanych za pomocą szczoteczek Directa oraz badania skuteczności dla wybranych szczoteczek

* na podstawie analiz wewnętrznych Meringer

TEST STERYLNOŚCI



WIĘCEJ INFORMACJI I ZAMÓWIENIA

62 590 42 22 | www.cytobrush.com

Teraz dostępne także u lokalnych dystrybutorów.

Wejdz i zamow darmowe próbki szczoteczek Directa.


meringer
tylko dla ginekologii

NFZ

Będą nowe wyceny świadczeń ginekologicznych

GINEKOLODZY NA SPOTKANIU W AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI (AOTMiT) USTALILI, ŻE DO KOŃCA CZERWCA MA POWSTAĆ NOWA WYCENA ŚWIADCZEŃ W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE. Przypomnijmy, że wcześniej Agencja zaproponowała oprostowane przez środowiska medyczne cięcia tariff nawet o 70 procent.

W ten sposób mogło dojść do sytuacji, gdzie w przypadku ciężkiej patologii płodu wycena diagnostyki i leczenia miała być obniżona z 3300 złotych do zaledwie tysiąca. Do wypracowania nowych tariff ma przyczynić się grupa ginekologów i analityków z AOTMiT. Mają być wypracowane nowe stawki i nowy podział procedur. Zaproponowane wcześniej stawki nie wejdą w życie – przekonują przedstawiciele AOTMiT. Ginekolodzy uważają, że gdyby proponowane stawki weszły w życie, spowodowałyby pograżenie specjalistycznych ośrodków, gdzie trafiają najtrudniejsze przypadki. (PT)

LECZENIE NIEPŁODNOŚCI

Minister nie powołał Rady

NIE ZOSTAŁA POWOŁANA PRZEZ MINISTRA ZDROWIA RADA DS. LECZENIA NIEPŁODNOŚCI. Ministerstwo nie informuje, dlaczego Rada nie została powołana, przekazuje jednak, że zadania wynikające z przepisów ustawy są realizowane.

Rada miała być organem doradczym i opiniującym Ministra Zdrowia i miała działać na podstawie ustawy o leczeniu niepłodności. Ustawa ta po wieloletnich dyskusjach została uchwalona przez rząd PO-PSL w czerwcu 2015 r. Weszła w życie w listopadzie 2015 r. Obecny resort zdrowia nie powołał jednak Rady i informuje tylko, że „aktualnie nie są prowadzone prace nad powołaniem Rady”. W skład Rady powinno wchodzić nie więcej niż 15. specjalistów z różnych dyscyplin naukowych, jej członkowie mieli być powoływani przez ministra na czteroletnią kadencję. Rada miała m.in. prowadzić działalność informacyjną na temat stylu życia, chroniącego potencjał rozrodczy człowieka i zwiększającego szanse urodzenia zdrowego dziecka. Działania Rady miały być również związane z informowaniem o możliwościach leczenia niepłodności oraz upowszechnianie standardów postępowania w leczeniu niepłodności i opiniowanie wniosków o nadanie statusu centrum leczenia niepłodności. (PT)

SZPITALA

ICZMP: Nie może wystartować program leczenia niepłodności

PACJENTKI Z ŁÓDZI, KTÓRE CHCIAŁY LECZYĆ NIEPŁODNOŚĆ, NADAL NIE MOGĄ TEGO ROBIĆ W INSTYTUCIE CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI. Klinika miała być otwarta na wiosnę, jednak szpital nie otrzymał wciąż pieniędzy na jej uruchomienie.

Pracują tylko poradnie, które miały wcześniej podpisaną umowę z NFZ-em. Klinika miała funkcjonować w ramach rządowego programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego. Program jest finansowany z budżetu państwa i środków europejskich. Łódzka placówka jest jedną z trzynastu w Polsce, które przystąpiły do programu. Placówki dostały pieniądze na zakup sprzętu i przeprowadzenie prac budowlanych. ICZMP otrzymał na uruchomienie programu ponad 2,2 miliona złotych. Jednak nie może go uruchomić, ponieważ brakuje dalszego finansowania. Łódzki NFZ informuje, że szpital do tej pory nie zgłaszał do Funduszu nowego miejsca udzielania świadczeń pod nazwą „klinika leczenia niepłodności”. (PT)

BADANIA

Hormonalna terapia zastępcza dobra również dla zębów

POZYTYWNY WPLYW HORMONALNEJ TERAPII ZASTĘPCZEJ NA ZDROWIE DZIAŚEŁ I PRZYŻĘBIA U KOBIET BĘDĄCYCH W OKRESIE OKOŁOMENOPAUZALNYM UDOWODNIANO NA PODSTAWIE BADAŃ NAUKOWYCH.

Badacze stwierdzili, że kobiety stosujące hormonalną terapię zastępczą (HTZ) mają mniej problemów zdrowotnych z tkankami jamy ustnej. Zaobserwowano również, że ewentualnie występujący ból przebiegał łagodniej. Aż 44 procent kobiet, które stosowały hormony, miały również lepszy stan dziąseł.

Podczas menopauzy pojawiają się problemy z jakością miękkich tkanek jamy ustnej. To z kolei prowadzi do chorób dziąseł i paradontoza. (PT)

CIEKAWOSTKI

W Łomży urodziły się trojaczki

W SZPITALU WOJEWÓDZKIM W ŁOMŻY PRZYSZŁY NA ŚWIAT TROJACZKI. DZIECI URODZIŁY SIĘ W POŁOWIE KWIETNIA. SĄ TO DWIE DZIEWCZYNNKI I CHŁOPIEC, DZIECI W SUMIE WAŻĄ OK. 5,6 KG. TROJACZKI PRZYSZŁY NA ŚWIAT W 33. TYGODNIU CIĄŻY.

Mimo, że urodziły się miesiąc wcześniej, lekarze określają ich stan zdrowia jako dobry. „Masa ciała, wygląd, zachowanie, oprócz niedojrzałości, bo to dzieci urodzone jako wcześniaki, są dobre, ale oczywiście wymagają stałego nadzoru” – powiedział dr Dariusz Ślesicki, koordynator oddziału noworodków i wcześniaków ze Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. Dzieci urodziły się przez zabieg cesarskiego cięcia, mama dzięki po porodzie czuła się dobrze. (PT)

SZPITALA

RPO ponownie negatywnie o standardach opieki okołoporodowej



FOT. 123RF

Z PROŚBĄ O USTOSUNKOWANIE SIĘ DO KWESTII DOTYCZĄCYCH REALIZACJI W KRAJU STANDARDÓW OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ ZWRÓCIŁ SIĘ DO MINISTRA ZDROWIA I KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII - RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH.

Według informacji, jakie spływają do jego biura, w kraju jest problem z realizacją standardów, nie są one przestrzegane.

Takie założenia potwierdzają Narodowy Fundusz Zdrowia oraz opublikowane przez Najwyższą Izbę Kontroli wyniki kontroli funkcjonowania opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych. RPO wskazuje, że pacjenci, jak i sam personel medyczny, mają znikomą wiedzę na temat standardów. RPO podkreśla, że nieprawidłowości występują np. w procesie dokumentowania przeprowadzanych czynności medycznych. Rzecznik zwrócił również uwagę na to, że w dalszym ciągu odnotowuje się przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych rodzącym kobietom w warunkach naruszających ich poczucie godności i intymności. Spodziewanych efektów nie przynosi również realizacja standardów opieki okołoporodowej w zakresie respektowania przygotowanego planu porodu. Brak spodziewanych efektów odnotowuje się również w sprawie propagowania naturalnego karmienia noworodków i niemowląt. (PT)

BADANIA

Ginekolodzy to jedni z najszcześniejszych z lekarzy

Z MIĘDZYNARODOWEGO RAPORTU „SZCZĘŚLIWY LEKARZ 2017” WYNIKA, ŻE AŻ 81 PROCENT LEKARZY - W TYM GINEKOLOGÓW - JEST ZADOWOLENYCH Z WYKONYWANIA SWOJEGO ZAWODU. Głównymi czynnikami wpływającymi na zadowolenie są rozwój personalny (27 procent) oraz wynagrodzenie (22 procent).

Z badania wynika również, że lekarze czują się szczęśliwi także dlatego, że mogą pomagać innym ludziom, mają z nimi stały kontakt i są przez nich uznawani. W tzw. TOP 5 specjalizacji lekarskich, których przedstawiciele określają się jako najszcześniejsi, znalazły się: ginekologia, stomatologia, psychiatria, ortopedia oraz kardiologia.

Sklasyfikowano również źródła satysfakcji wynikające z relacji pacjent – lekarz. Pierwsze miejsce, ex aequo, zajmują: polecenie przez innych pacjentów (71 proc.) oraz wierni i zadowoleni pacjenci (71 proc.). Bardzo ważna jest również pomoc tym, którzy tego potrzebują – 66 proc. Lekarzy cieszy również pozytywna opinia o nich na profilach internetowych (46 proc.) oraz podziękowanie od pacjenta (45 proc.). (PT)

LECZENIE

Coraz więcej kobiet z cukrzycą

DO PORADNI DIABETOLOGICZNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPÓŁONEGO W KIELCACH ZGŁASZA SIĘ CORAZ WIĘCEJ CIĘŻARNYCH Z CUKRZYCĄ. Miesięcznie nawet trzydzieści pacjentek. Wszystko wskazuje na to, że wzrasta liczba kobiet, u których po zajściu w ciążę pojawia się cukrzyca.

Aktualne dane wskazują na to, że cukrzyca dotyka od 3 do 20 procent pacjentek w ciąży – głównie kobiet po 35. roku życia, z chorobami współistniejącymi. Najczęściej są to panie otyłe, z nadciśnieniem, niedoczynnością tarczycy. Często również terapia in vitro przyczynia się do rozwinięcia się cukrzycy poprzez stosowanie terapii hormonalnej. Do wystąpienia cukrzycy w tym okresie przyczyniają się również predyspozycje rodzinne, zespół policystycznych jajników czy też mało aktywny tryb życia. Badania wskazują również, że choroba pojawia się częściej u kobiet, które urodziły się wcześniakami. (PT)

KAMPANIE SPOŁECZNE

4. edycja „Położnej na medal”

1 MAJA MINĄŁ MIESIĄC OD STARTU KOLEJNEJ JUŻ, 4. EDYCJI KAMPANII SPOŁECZNO-EDUKACYJNEJ I KONKURSU „POŁOŻNA NA MEDAL”. Dotychczas do konkursu zgłoszonych zostało ponad 50 kandydatek z całej Polski. Składanie nominacji potrwa do 31 lipca.

Od początku kwietnia można wysyłać zgłoszenia kandydatek do 4. edycji konkursu „Położna na medal”. Konkurs, będący częścią kampanii społeczno-edukacyjnej o tym samej nazwie, ma na celu wyłonienie najlepszej położnej w kraju oraz wyróżnienie najlepszych położnych w poszczególnych województwach. Celem kampanii, niezmiennie od pierwszej edycji, jest zwiększenie społecznej świadomości dotyczącej kwestii związanych z wychowywaniem dzieci i opieką okołoporodową. Dodatkowo, projekt edukuje i promuje wśród kobiet w ciąży możliwości związane z korzystaniem z bezpłatnych porad przygotowujących do porodu.

– Widzimy, że kampania wywołuje pozytywne dyskusje w samym środowisku położnych. Warto iść w tym kierunku. Kampania



Położną na medal

ma już ugruntowaną pozycję, jest coraz bardziej rozpoznawalna co powoduje, że zrzesza coraz większą liczbę sympatyków, którzy czerpią wiedzę na temat opieki okołoporodowej, do czego mają oczywiste prawo i o co powinni w szczególności zadbać – mówi Iwona Barańska z Akademii Malucha Alantan, pomysłodawcy i organizatora kampanii.

W pierwszym miesiącu trwania konkursu zgłoszonych zostało już ponad 50 kandydatek z całej Polski, na które oddano łącznie ponad 1400 głosów. Zgłoszenia położnych można składać poprzez formularz zgłoszeniowy znajdujący się na stronie internetowej kampanii pod nową nazwą adresową strony – www.polożna-namedal2017.pl. Położne nominować można do 31 lipca, a samo oddawanie głosów trwa do 31 grudnia.

BADANIA

Doustna antykoncepcja negatywnie wpływa na jakość życia

NAUKOWCY Z INSTYTUTU KAROLINSKA W SZWECJI INFORMUJĄ, ŻE DOUSTNE PIGUŁKI ANTYKONCEPCYJNE NEGATYWNIE WPLYWAJĄ NA NASTRÓJ. Mają również negatywny wpływ na poczucie samokontroli, obniżają poziom energii. Naukowcy dodają jednak, że nie zwiększają objawów depresyjnych.

W badaniu wzięło udział 340 zdrowych kobiet w wieku od 18 do 35 lat, które podzielono na dwie grupy. Kobiety z jednej grupy otrzymywały tabletki antykoncepcyjne zawierające etynyloestradiol i lewonorgestrel, kobiety z drugiej grupy – placebo. Ani kobiety, ani naukowcy w czasie trzymiesięcznego okresu nie wiedzieli, które panie przyjmowały tabletki antykoncepcyjne. Pod koniec badania kobiety były pytane o ogólną jakość życia. Okazało się, że panie, które przyjmowały środki czynne, były mniej zadowolone ze swojego życia, niż kobiety otrzymujące placebo. Zaobserwowano negatywne zmiany dotyczące jakości życia, nie stwierdzono jednak nasilających się symptomów depresyjnych. (PT)

INNOWACJE

Kalendarz płodności „on line”

MINISTERSTWO ZDROWIA PLANUJE URUCHOMIĆ PORTAL, KTÓRY MA SŁUżyć PAROM W STOSOWANIU KALENDARZYKA PŁODNOŚCI. Planuje też przeprowadzić na ten temat kampanie edukacyjno-społeczne. Resort zdrowia zamierza na ten cel przeznaczyć 2,7 miliona złotych.

Celem akcji ma być zwiększenie prokreacji, zaplanowana w sumie 10 inicjatyw. Najważniejszą jednak jest portal, który będzie zawierał kalendarz opisujący poszczególne dni cyklu z możliwością interpretacji wprowadzonych przez kobietę danych. Narzędzie ma wyznaczyć dni płodne, ma również doradzić, w jaki sposób należy się odżywiać. Na portalu znajdują się również „ciekawostki z zakresu zdrowia prokreacyjnego”. Portal ma być również wyposażony w czat, gdzie będą dyżurować specjaliści, którym będzie można zadawać pytania. (PT)

Jeszcze większy komfort i bezpieczeństwo badania ginekologicznego

invisio®

pierwszy wziernik z polską
ekspertyzą CBIET Poznań

Wejdź na invisiospec.com i dowiedz się dlaczego warto wybierać wzierniki Invisio.

5 rozmiarów do wyboru
dla większego
komfortu Pacjentki

XXS
XS
S
M
L

mocno trzymający zamek,
niwelujący ryzyko
zamknięcia się
wziernika podczas badania



polna ekspertyza CBIET Poznań
na **brak szkodliwych ftalanów**
oraz **wysoką wytrzymałość**
wzierników

bez
FTALANÓW



możliwość skorzystania
z **wygodnego dyspensera**
na 25 szt. wzierników Invisio



łatwe i szybkie otwieranie
z folii za pomocą
nacięcia na grzewie


meringer®
tylko dla ginekologii

Zamów już teraz

tel. 62 501 35 50 • sklep.meringer.pl

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.



PYTANIE: Czy mogę przyjąć pacjentkę, która odmawia podpisania oświadczeń pierwszorazowych?

ODPOWIEDŹ: Na wstępie należy zaznaczyć, że nie wspomina Pani, o jakich oświadczeniach pacjenta mowa. Jeżeli oświadczenia pierwszorazowe rozumie Pani jako oświadczenia, o których mowa w § 8 Rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z dnia 15 listopada 2015 r., odpowiedź na pytanie nie

jest jednoznaczna. W przypadku, gdy pacjent, odmawia podpisania oświadczenia, w dokumentacji medycznej należy umieścić adnotację (np. pacjent odmawia podpisania oświadczeń). Wówczas, jeżeli oświadczenia ograniczają się wyłącznie do upoważnienia osoby trzeciej do dokumentacji medycznej do informacji o stanie zdrowia pacjentki, może Pani przyjąć pacjentkę. Jeżeli jednak odmawia ona podpi-



autor:
Maciej Gibiński

FOT. 123 RF

Wymiar czasu pracy, wynoszący 7 godzin i 35 minut, jest przewidziany dla pracowników medycznych podmiotów leczniczych. W praktykach zawodowych czas pracy to 40 godzin tygodniowo

sania zgody na leczenie, to każde działanie bez zgody pacjentki jest działaniem bezprawnym. Wówczas nie rekomenduję przyjmowania pacjentki.

Jeżeli pacjentka nie chce podpisać oświadczenia w kwestii wyrażenia zgody na przetwarzania danych osobowych, należy sprawdzić, jaka jest tego przyczyna. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – w wersji papierowej – jest przez część prawników traktowana jako czynność wymagana przepisami prawa. Z kolei pozostała część prawników uznaje tę czynność za niepotrzebną, bowiem placówka medyczna, zdaniem zwolenników tej teorii, korzysta ze zwolnienia ustawowego z obowiązku pobierania powyższych oświadczeń. W mojej opinii pobieranie oświadczeń nie jest zabronione, a jest wygodne dla placówki medycznej (pozwala udowodnić, że dane pacjentki są przetwarzane w sposób legalny). Jeżeli pacjentka chce skorzystać z usługi medycznej w placówce, a wyłącznie odmawia podpisania zgody na przetwarzanie danych osobowych (nie sprzeciwia się samemu przetwarzaniu danych) – placówka medyczna może taką pacjentkę, moim zdaniem, przyjąć. Jeżeli jednak, pacjentka poprzez odmowę podpisania oświadczenia, sprzeciwia się przetwarzaniu danych przez placówkę, wówczas przyjęcie jest niemożliwe. Już sam fakt przyjęcia pacjentki, a co za tym idzie, obowiązek założenia karty historii zdrowia i choroby, jest rodzajem przetwarzania danych osobowych. Jeżeli pacjentka, sprzeciwia się przetwarzaniu danych, placówka nie może przetwarzać danych pacjenta, a tym samym nie może go przyjąć. W takiej sytuacji pacjent sam uniemożliwia rozpoczęcie leczenia.

PYTANIE: Czy jest zgodne z prawem pobieranie od pacjentki oświadczeń, że jest ubezpieczona. Chodzi o kopie druku z miejsca pracy o odprowadzaniu składek na jego ubezpieczenie.

ODPOWIEDŹ: Takie działanie jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Narusza bowiem przepisy ustawy o prawach pacjenta oraz o ochronie danych osobowych. W przypadku, gdy pacjentka w systemie EWUŚ jest oznaczona jako nieubezpieczona, należy pobrać od niej odpowiednie oświadczenie, zgodnie z przepisami prawnymi. Tylko taki dokument jest legalny z prawnego punktu widzenia.

Zadane pytanie dotyczy problemu rodzaju danych zbieranych od pacjentów. Zgodnie ze stanowiskiem GODO, należy przetwarzać (pobierać od pacjentów) tylko te dane, które są konieczne do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Należy zwrócić uwagę na dane przetwarzane przez placówki medyczne, które leczą pacjentów zarówno w ramach umowy zawartej z NFZ, jak i komercyjnie. Jeżeli pacjentka jest leczona prywatnie, to placówka medyczna nie powinna pobierać od niej informacji o jego ubezpieczeniu. Z doświadczenia wiem, że placówki medyczne „hurtowo” sprawdzają status ubezpieczenia pacjentów, zarówno tych umówionych na wizytę w ramach NFZ, jak również umówionych na wizytę prywatną. Pacjentki, umówionej na wizytę komercyjną, placówka nie powinna sprawdzać czy posiada ubezpieczenia do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dostawca opro-



gramowania powinien dać placówce medycznej możliwość wyłączenia weryfikacji ubezpieczenia pacjentki, jeżeli jest ona zapisana na wizytę komercyjną. Jeżeli pacjentka jest zapisana na wizytę komercyjną, to nie traci uprawnień do uzyskania recepty refundowanej. W takim wypadku sprawdzenie statusu ubezpieczenia jest usprawiedliwione. Jednak nie jest możliwe przypuszczenie już na etapie zapisywania pacjentki na wizytę, że będzie ona potrzebować recepty na lek refundowany.

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, przypominanie 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



Do dnia 31 grudnia 2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie papierowej. Dopiero od 1 stycznia 2018 r. dokumentacja medyczna musi być w pełni prowadzona w formie elektronicznej

PYTANIE: Jestem zatrudniona w ramach umowy o pracę w prywatnym gabinecie jako pielęgniarka. Gabinet funkcjonuje na podstawie działalności gospodarczej właściciela i wpisu do rejestru w Izbie Lekarskiej. Gabinet nie posiada umowy z NFZ. Jaki obowiązuje mnie wymiar czasu pracy 7.35 czy 8 godzin dziennie?

ODPOWIEDŹ: Wymiar czasu pracy, wynoszący 7 godzin i 35 minut, jest przewidziany dla pracowników medycznych podmiotów leczniczych. W przypadku praktyk zawodowych przepisy ustawy o działalności leczniczej określające czas pracy nie mają zastosowania. Oznacza to, że wymiar czasu pracy przy pełnym etacie wynosi 8 godzin dziennie oraz 40 godzin w tygodniu.

PYTANIE: Czy dokumentacja medyczna w wersji papierowej musi być zeskanowana do wersji cyfrowej w związku z wprowadzeniem EDM?

ODPOWIEDŹ: Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych wskazał,

że nowe przepisy nie mogą działać wstecz. Oznacza to, że do dnia 31 grudnia 2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie papierowej. Dopiero od 1 stycznia 2018 r., dokumentacja medyczna musi być w pełni prowadzona w formie elektronicznej.

Sformułowanie „w pełni prowadzona w formie elektronicznej” oznacza zarówno dokumentację indywidualną, jak również zbiorczą. Jeżeli placówka prowadzi np. księgę przyjęć w formie papierowej, to od 1 stycznia dokument ten musi być prowadzony w pełni w formie elektronicznej. Dla placówki medycznej oznacza to konieczność wdrożenia w formie elektronicznej od 1 stycznia 2018 r. księgi przyjęć, której wpisy będą w pełni odzwierciedlały listę zapisanych w placówce pacjentów.

PYTANIE: W jaki sposób placówki medyczne będą pobierać oświadczenia pacjenta po 1 stycznia 2018 r?

ODPOWIEDŹ: Kwestia ta została przekazana do decyzji placówkom medycznym. Pobieranie oświadczeń jest możliwe na kilka sposobów. Pracownik recepcji będzie mógł ustnie pobierać od pacjenta oświadczenia i wpisywać przekazane dane do programu obsługującego dokumentację medyczną. Pacjent może również sam wpisać osoby uprawnione, jeżeli program przewiduje taką możliwość. Oświadczenia mogą być pobierane w formie papierowej, a następnie skanowane do dokumentacji medycznej. Przy takim rozwiązaniu problematyczne jest niszczenie wersji papierowej oświadczenia.

PYTANIE: Czy podpis pacjenta, dokonany za pomocą tabletu, jest ważnym podpisem elektronicznym?

ODPOWIEDŹ: Podpis dokonany za pomocą tabletu nie jest podpisem elektronicznym. Kwestie związane z podpisywaniem dokumentów za pomocą tzw. podpisu elektronicznego reguluje odrębna ustawa. Z kolei podpis, który jest dokonywany za pomocą tabletu, należy rozumieć jako zwykły podpis, złożony za pomocą urządzenia elektronicznego. Przepisy ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta nie wskazują, w jakiej formie powyższa czynność ma być przez pacjenta uwierzytelniona.

PYTANIE: Proszę o przekazanie listy zmian formalno-prawnych, które należy przeprowadzić w przypadku odejścia wspólnika z GPL, posiadającej kontrakt z NFZ oraz kolejność w jakiej te zmiany powinny nastąpić.

ODPOWIEDŹ: Przewszystkim powinni Państwo uzyskać informację z oddziału NFZ, czy jest możliwość dokonania takich czynności. Jeżeli lekarz, który zamierza odejść ze spółki, jest uwzględniony w umowie NFZ, jego miejsce musi zająć osoba z takimi samymi warunkami, jak lekarz, który odchodzi. W przypadku Grupy Praktyki Lekarskiej, lekarz, który będzie zastępować odchodzącego lekarza, musi wejść do spółki. Przepisy nie przewidują możliwości przyjmowania pacjentów przez lekarzy spoza spółki. Jeżeli uda się zastąpić nowego lekarza, kolejny krok to aneksowanie umowy spółki. Kolejne działania to: zmiana w CEIDG, zmiana wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, uzyskanie aneksu z NFZ. Możliwe, że będzie konieczne również aneksowanie wszystkich umów zawartych przez spółkę.



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

VISKOMED

WYROBY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU



**OPTIMALNY WYBÓR
PRODUKTÓW JEDNORAZOWYCH
NA CZAS BADANIA I ZABIEGU**



**NAJWIĘKSZY WYBÓR
NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
CENY PRODUCENTA**

Przyjmujemy indywidualne zamówienia.

Zapraszamy do kontaktu, pomożemy Państwu w wyborze najlepszej oferty.

www.viskomed.pl tel. 42 227 15 22 sprzedaz@viskomed.pl



FOT. CHROMA

Mechanizm działania przeciwnowotworowego metforminy

WEDŁUG DANYCH WHO, U OKOŁO 2,1 MLN LUDZI NA ŚWIECIE OSÓB STWIERDZONO NADWAGĘ LUB OTYŁOŚĆ. W ZWIĄZKU Z TYM OBSERWUJE SIĘ WZROST ZACHOROWAŃ NA CUKRZYCĘ TYPU 2 – NAJBARDZIEJ ROZPOWSZECHNIONĄ CHOROBE CYWILIZACJI XXI WIEKU. W licznych badaniach wykazano i potwierdzono związek otyłości i cukrzycy typu 2 z wzrostem częstości występowania nowotworów złośliwych w licznych lokalizacjach narządowych.

autorzy:
**Janina Markowska,
 Beata Sterlińska-
 Tulimowska,
 Monika Szarszewska**

W 1957 roku francuski lekarz Jean Stern odkrył i zastosował w terapii cukrzycy metforminę, czyli dimetylobiguanid wywodzący się z rutwicy lekarskiej. Renesans metforminy rozpoczął się od doniesień, które przyniosło badanie UKPDS. W badaniu tym, opublikowanym w 1998 roku, dowiedziono, że w okresie 10-letniej obserwacji otyłych cukrzyków leczonych metforminą doszło do znacznego zmniejszenia powikłań cukrzycowych i zmniejszenia śmiertelności.

Badania populacyjne wykazały także, że pacjenci chorujący na cukrzycę, u których zastosowano

w terapii metforminę, mają niższe ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe, jak również niższe ryzyko śmiertelności – opublikowane dane są znamienne statystycznie.

Mechanizm klinicznego działania metforminy jest złożony. Hamuje podziały komórkowe, promuje apoptozę i autofagię oraz zmniejsza stężenie krążącej insuliny.

W trakcie badań zaobserwowano, że obniżenie stężenia krążącej w surowicy krwi insuliny wpływa na supresję IGF-R, IR oraz szlaku PI3K, Ras-Raf



PIŚMIENICTWO

- Evans JM., Donnelly LA., Emslie-Smith AM., et al. Metformin and reduced risk of cancer in diabetic patients. *BMJ*. 2005; 330 (7503): 1304-5.
- Decensi A., Puntoni M., Goodwin P., et al. Metformin and cancer risk in diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Prev Res*. 2010; 3 (11): 1451-61.
- Lee MS., Hsu CC., Wahlqvist ML., et al. Type 2 diabetes increases and metformin reduces total, colorectal, liver and pancreatic cancer incidences in Taiwanese: a representative population prospective cohort study of 800,000 individuals. *BMC Cancer*. 2011; 11: 20-6.
- Bosco JL., Antonsen S., Sørensen HT., et al. Metformin and incident breast cancer among diabetic women: a population-based case-control study in Denmark. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20 (1): 101-11.
- Jiralerspong S., Palla SL., Giordano SH., et al. Metformin and pathologic complete responses to neoadjuvant chemotherapy in diabetic patients with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2009; 27 (20): 3297-302.
- Grenader T., Goldberg A., Shavit L. Metformin as an addition to conventional chemotherapy in breast cancer. *J Clin Oncol*. 2009; 27 (35): e259.
- Huo J., Bian XH., Huang Y., et al. Inhibitory effect and mechanism of metformin on human ovarian cancer cells SKOV-3 and A2780. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2017; 21 (3): 484-489.
- Bar D., Lavie O., Stein N., et al. The effect of metabolic comorbidities and commonly used drugs on the prognosis of patients with ovarian cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 207: 227-231.
- Peng B., Chang Q., Wang L., et al. Suppression of human ovarian SKOV-3 cancer cell growth by Duchesnea phenolic fraction is associated with cell cycle arrest and apoptosis. *Gynecol Oncol*. 2008; 108 (1): 173-81.
- Romero JL., McCormick A., McEwen KA., et al. Relationship of type II diabetes and metformin use to ovarian cancer progression, survival, and chemosensitivity. *Obstet Gynecol*. 2012; 119 (1): 61-7.
- de Barros Machado A., dos Reis V., Weber S., et al. Proliferation and metastatic potential of endometrial cancer cells in response to metformin treatment in a high versus normal glucose environment. *Oncol Lett*. 2016; 12 (5): 3626-3632.
- Becker C., Jick SS., Meier CR., et al. Metformin and the risk of endometrial cancer: a case-control analysis. *Gynecol Oncol*. 2013; 129 (3): 565-9.
- Soliman PT., Zhang Q., Broadus RR., et al. Prospective evaluation of the molecular effects of metformin on the endometrium in women with newly diagnosed endometrial cancer: A window of opportunity study. *Gynecol Oncol*. 2016; 143 (3): 466-471.
- Seebacher V., Bergmeister B., Grimm CH., et al. The prognostic role of metformin in patients with endometrial cancer: a retrospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 203: 291-296.
- Hanprasertpong J., Jamsat I., Geater A., et al. The effect of metformin on oncological outcomes in patients with cervical cancer With type 2 diabetes mellitus. *Int J Gynecol Cancer*. 2017; 27 (1): 131-7.
- Han K., Pintilie M., Lipscombe LL., et al. Association between metformin use and mortality after cervical cancer in older women with diabetes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016; 25 (3): 507-12.

i mTOR, co związane jest również z hamowaniem podziałów komórkowych i potencjału przerzutowania nowotworów.

Analiza badań potwierdziła, że metformina obniża zachorowania na niektóre nowotwory. W szczególności udowodniono to w odniesieniu do raka przełyku, raka wątroby, raka jelita grubego, raka trzustki.

Zaobserwowano także pozytywny wpływ stosowania metforminy na zachorowalność i śmiertelność u kobiet chorych na „nowotwory ginekologiczne” [1,2,3].

RAK PIERSI

Obserwacje kliniczne potwierdziły, że zastosowanie metforminy zredukowało częstość występowania raka piersi. Badania wykazały, iż mechanizm działania polega na obniżaniu stężenia cykliny D1, czynnika transkrypcji E2F1, ścieżki sygnałowania MAPK (mitogen activated protein kinase) oraz ACT – efektora złożonego szlaku PI3K/PTEN/AKT odpowiadającego za transformację komórki, apoptozę, a także podziały komórkowe.

W toku dalszych badań stwierdzono, że obniżeniu ulega również częstość występowania raków potrójnie negatywnych; a dodanie metforminy do chemioterapii neoadjuwantowej w znamieny sposób podwyższa odsetek całkowitych odpowiedzi patologicznych. Badania wskazują na to, że metformina może być dodatkowym lekiem do konwencjonalnego leczenia raka [4,5,6].

RAK JAJNIKA

Badania na ustalonych liniach komórkowych ludzkiego raka jajnika SKOV-3 i A280 wykazały, że dodanie metforminy znacząco wpływa proces apoptozy tych komórek. Inne badania na liniach komórkowych potwierdziły ten hamujący proliferację wpływ. Polegał on na hamowaniu cyklu komórkowego w fazie G0 i G1. W analizie danych klinicznych, zaobserwowano wydłużenie odsetka 5-letnich przeżyć u kobiet używających metforminę – wyniki wskazują na korzystne jej działanie w raku jajnika.

Badania 12-letnie u chorych na raka jajnika, z których ponad 15% miało cukrzycę typu 2, wykazały, że stosowanie metforminy, ale również kwasu acetylosalicylowego, znacznie wydłużało czas do wznowy procesu onkologicznego. W opinii autorów spostrzeżenie to wymaga dalszych obserwacji [7,8,9,10].

RAK ENDOMETRIUM

Wykazano na liniach endometrium Ishikawa, że dodanie metforminy do hodowli hamuje aktywność insuliny, demonstrując w ten sposób efekt antyprzerutowy. Inny sposób pozytywnego działania metforminy polega na hamowaniu sygnałowania ścieżki STAT3 związanej z proliferacją komórek i ich migracją.

Opisano pozytywny wpływ metforminy na przeżycia w raku endometrium, szczególnie dotyczy to otyłych pacjentek.

W badaniach kohortowych pacjentek używających metforminę i innych środków antydiabetycznych nie wykazano jednak obniżenia ryzyka rozwoju raka endometrium. Trwające

obecnie próby powinny wyjaśnić wpływ metforminy zarówno na rozwój raka endometrium jak i jego przebieg [11,12,13,14].

RAK SZYJKI MACICY

Badania retrospektywne kobiet chorych na raka szyjki macicy z cukrzycą typu 2, leczonych z powodu cukrzycy metforminą, wykazały wydłużenie czasu do wznowy, ale nie czasu całkowitego przeżycia. Inne analizy prowadzone przez okres ponad 5-lat u starszych pacjentek z rakiem szyjki macicy i cukrzycą typu 2 sugerują obniżenie ryzyka śmiertelności.

Wyniki wstępnych analiz są obiecujące, potwierdzają że stosowanie metforminy u pacjentek z rakami ginekologicznymi może wpływać na lepsze wyniki leczenia. W celu potwierdzenia skuteczności klinicznej konieczne są dalsze badania [15,16].



**PROF. DR
HAB. JANINA
MARKOWSKA**

Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



**LEK. MED. BEATA
STERLIŃSKA-
TULIMOWSKA**

Specjalista Ginekolog-Położnik
bsterlinska@gmail.com
Wykładowca LAHA, wykładowca Fotona, Tulimowski&Sterlińska Gabinety Ginekologiczne, Warszawa

**DR N. MED. MONIKA
SZARSZEWSKA**

Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Nazwa produktu leczniczego: Siofor[®] 500, Siofor[®] 850 Siofor[®] 1000 **Postać:** Siofor[®] 500 Białe, okrągłe, dwuwypukłe tabletki powlekane; Siofor[®] 850 Białe, podłużne tabletki powlekane z linią podziału po obu stronach. Linia podziału na tabletkę ułatwia tylko jej rozkruszenie, w celu łatwiejszego połknięcia, a nie podział na równe dawki. Siofor[®] 1000 Biała, dwuwypukła, podłużna tabletki powlekana z linią podziału z jednej strony i z rowkiem dzielącym z drugiej. Tabletkę można podzielić na równe dawki. **Skład:** 1 tabletki powlekana Siofor[®] 500 zawiera 500 mg chlorowodoru metforminy (*Metformini hydrochloridum*), co odpowiada 390 mg metforminy; 1 tabletki powlekana Siofor[®] 850 zawiera 850 mg chlorowodoru metforminy (*Metformini hydrochloridum*), co odpowiada 662,9 mg metforminy; 1 tabletki powlekana Siofor[®] 1000 zawiera 1 000 mg chlorowodoru metforminy (*Metformini hydrochloridum*), odpowiada 780 mg metforminy. **Wskazania terapeutyczne do stosowania – Siofor[®] 500, 850, 1000:** Leczenie cukrzycy typu 2 u dorosłych, szczególnie u pacjentów z nadwagą, w celu właściwej kontroli stężenia glukozy we krwi. Siofor[®] może być stosowany u dorosłych w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami przeciwcukrzycowymi lub z insuliną. U dzieci w wieku powyżej 10 lat i młodzieży Siofor[®] może być stosowany w monoterapii lub z insuliną. Wykazano zmniejszenie powikłań cukrzycy u pacjentów z cukrzycą typu 2 i nadwagą, leczonych metforminą jako lekiem pierwszego rzutu, po niepowodzeniu leczenia dietą. **Dawkowanie i sposób podania:** Dorosli; w monoterapii i w skojarzeniu z innymi lekami przeciwcukrzycowymi zazwyczaj dawka początkowa wynosi 500 mg do 850 mg chlorowodoru metforminy 2 lub 3 razy na dobę w czasie lub po posiłku. Jeśli planowane jest zastąpienie innego doustnego leku przeciwcukrzycowego chlorowodorkiem metforminy, należy ten lek odstawić i rozpocząć leczenie chlorowodorkiem metforminy w dawce wskazanej powyżej. W skojarzeniu z insuliną; metformina i insulina mogą być stosowane jednocześnie w celu uzyskania lepszej kontroli stężenia glukozy we krwi. Po 10-15 dniach dawkę należy zmodyfikować na podstawie pomiaru stężenia glukozy we krwi. Powolne zwiększanie dawki może poprawić tolerancję leku ze strony przewodu pokarmowego. U pacjentów przyjmujących dużą dawkę od 2-3 g na dobę możliwe jest zamiana 2 tabletek powlekanych po 500 mg na jedną Siofor[®] 1000 mg. Maksymalna zalecana dawka chlorowodoru metforminy wynosi 3 g na dobę. Metformina jest podawana w zazwyczaj stosowanej dawce początkowej 500 mg do 850 mg chlorowodoru metforminy 2-3 razy na dobę, natomiast dawka insuliny jest dobowo dobierana na podstawie wyników stężenia glukozy we krwi. **W podszym wieku:** Z powodu możliwości zaburzeń czynności nerek u chorych w podszym wieku dawkę chlorowodoru metforminy należy zmodyfikować na podstawie oceny czynności nerek. Konieczne są regularne badania czynności nerek. **U dzieci w wieku powyżej 10 lat i młodzieży:** Siofor[®] może być stosowany w monoterapii lub z insuliną. Zazwyczaj dawka początkowa wynosi 500 lub 850 mg chlorowodoru metforminy raz na dobę w czasie lub po posiłku. Po 10-15 dniach dawkę należy zmodyfikować na podstawie pomiaru stężenia glukozy we krwi. Powolne zwiększanie dawki może poprawić tolerancję leku ze strony przewodu pokarmowego. Maksymalna zalecana dawka chlorowodoru metforminy wynosi 2 g na dobę podawana w 2-3 podzielonych dawkach. **Wskazania terapeutyczne do stosowania: Siofor[®] 500, 850** W zapobieganiu cukrzycy typu 2 u pacjentów ze stanem przedcukrzycowym. **Dawkowanie i sposób podania:** W monoterapii (stan przedcukrzycowy). U pacjentów ze stanem przedcukrzycowym zwykle stosuje się 1 tabletkę powlekana (500 mg) 2 razy na dobę w czasie posiłku lub po posiłku / dawka początkowa to 1 tabletki powlekana (850 mg) raz na dobę w czasie posiłku lub po posiłku. U pacjentów ze stanem przedcukrzycowym zwykle zalecana dawka to 1 tabletki powlekana (850 mg) 2 razy na dobę w czasie posiłku lub po posiłku. Lekarz ocenia, czy leczenie należy kontynuować, na podstawie regularnego badania poziomu glikemii oraz czynników ryzyka. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na chlorowoderek metforminy lub którykolwiek ze składników pomocniczych. Cukrzycowa kwasica ketonowa, cukrzycowy stan przedśpiączkowy, niewydolność nerek lub zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny < 60 ml/min.). Jakikolwiek stan, w przebiegu którego mogą wystąpić zaburzenia czynności nerek, taki (np.: odwodnienie, ciężkie zakażenie, wstrząs). Donacyniowe podanie środka kontrastującego zawierającego jod. Ostra lub przewlekła choroba, która może powodować hipoksję tkank (np.: niewydolność serca, niewydolność oddechu, niedawno przeżyty zawał mięśnia sercowego, wstrząs). Niewydolność wątroby, ostre zatrucie alkoholem, alkoholizm. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności:** **Kwasica mleczanowa** Kwasica mleczanowa jest rzadko występującym, lecz poważnym (duża śmiertelność w razie braku natychmiastowego leczenia) powikłaniem metabolicznym, które występuje z powodu kumulacji chlorowodoru metforminy. Opisywane przypadki kwasicy mleczanowej u pacjentów leczonych metforminą występowały głównie u pacjentów z cukrzycą i ciężką niewydolnością nerek. Częstość występowania kwasicy mleczanowej także i należy zmniejszyć, obejmając także inne czynniki ryzyka, takie jak zła kontrola cukrzycy, ketoza, przedłużające się głodzenie, nadmierne spożycie alkoholu, niewydolność wątroby i wszystkie stany chorobowe przebiegające z hipoksją. Rozpoznanie: Ryzyko wystąpienia kwasicy mleczanowej musi być wzięte pod uwagę w następstwie wystąpienia nietypowych objawów, takich jak nadmierne mięsni z zaburzeniami trawienia takimi jak ból brzucha czy wyraźne osłabienie. Charakterystyczne objawy kwasicy mleczanowej to: oddech kwasicy, ból brzucha i hipotermia, a następnie śpiączka. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się spadek pH krwi, zwiększenie stężenia mleczanów w osoczu krwi powyżej 5 mmol/l oraz zwiększenie luki anionowej i stosunku stężenia mleczanów do stężenia pirogranionów we krwi. W razie podejrzenia kwasicy metabolicznej należy odstawić chlorowoderek metforminy i niezwłocznie umieścić pacjenta w szpitalu. Lekarz powinien poinformować pacjenta o ryzyku wystąpienia i objawach kwasicy mleczanowej. **Czynność nerek** Z uwagi na to, iż metformina jest wydalana przez nerki, przed rozpoczęciem leczenia należy oznaczyć klirens kreatyniny w osoczu krwi (można go obliczyć na podstawie stężeń kreatyniny w surowicy przy pomocy wzoru Cockcrofta-Gaulta) i regularnie powtarzać oznaczenia w trakcie leczenia; nie rzadziej niż raz do roku u pacjentów z prawidłową czynnością nerek, nie rzadziej niż dwa do czterech razy do roku u pacjentów z klirensem kreatyniny na dolnej granicy normy i u pacjentów w podszym wieku. Zaburzenia czynności nerek u pacjentów w podszym wieku występują często i są bezobjawowe. Szczególną ostrożność należy zachować w sytuacjach, gdy może dojść do zaburzeń czynności nerek, na przykład przy rozpoczęciu terapii lekami hipotensyjnymi lub moczopędnymi oraz rozpoczęcie leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ). **Podawanie środków kontrastujących zawierających jod** Z uwagi na to, iż donacyniowe podawanie środków kontrastujących zawierających jod, stosowane przy badaniach radiologicznych, może prowadzić do niewydolności nerek, przed badaniem lub w momencie rozpoczęcia badania należy odstawić chlorowoderek metforminy i nie podawać jej przez 48 godzin po badaniu, a wdrożyć ją ponownie dopiero po potwierdzeniu prawidłowej czynności nerek w badaniu laboratoryjnym. **Zabiegi chirurgiczne** Chlorowoderek metforminy należy odstawić 48 godzin przed planowanymi operacjami chirurgicznymi wykonywanymi w znieczuleniu ogólnym, kanalowym lub zewnątrzoponowym. Leczenie należy wdrożyć ponownie nie wcześniej, niż 48 godzin po operacji lub przy powrocie do żywienia doustnego oraz jedynie po potwierdzeniu prawidłowej czynności nerek. **Inne środki ostrożności:** Wszyscy pacjenci powinni kontynuować stosowanie diety zapewniającej prawidłowy rozkład spożycia węglowodanów w ciągu dnia. Chorzy z nadwagą powinni kontynuować dietę z ograniczeniem kalorii. Regularnie należy wykonywać rutynowe badania laboratoryjne stosowane w kontroli cukrzycy. Chlorowoderek metforminy stosowany w monoterapii nie powoduje hipoglikemii, ale należy go stosować ostrożnie z insuliną lub innymi doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi (np. pochodnymi sulfonilomocznika lub meglitinidami). Dzieci i młodzież: Należy potwierdzić diagnozę cukrzycy typu 2 zanim rozpocznie się leczenie chlorowodorkiem metforminy. Kontrolowane badania kliniczne, które trwały 1 rok nie potwierdziły wpływu chlorowodoru metforminy na procesy wzrostu i dojrzewania, ale brak wyników długoterminowych badań dotyczących tego zagadnienia. W związku z tym zaleca się wnikliwą obserwację w zakresie tych parametrów u dzieci leczonych chlorowodorkiem metforminy, szczególnie u dzieci przed okresem dojrzewania. **Dzieci w wieku pomiędzy 10 lat i 12 lat:** Tylko 15 osób z grupy w wieku pomiędzy 10 i 12 lat było włączonych do badań dotyczących dzieci i młodzieży. Choćże skuteczność i bezpieczeństwo stosowania metforminy u tych dzieci nie różni się od skuteczności i bezpieczeństwa stosowania u starszych dzieci i młodzieży, zaleca się zachowanie szczególnej ostrożności podczas leczenia metforminą dzieci w wieku pomiędzy 10 i 12 lat. **Działania niepożądane: Zaburzenia układu nerwowego:** Częste (> 1/100 do < 1/10): Zaburzenia smaku. **Zaburzenia żołądka i jelit:** Bardzo częste (> 1/10): Nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha i utrata apetytu. Objawy te występują najczęściej na początku leczenia i w większości przypadków ustępują samoistnie. Aby zapobiec wystąpieniu powyższych objawów ze strony przewodu pokarmowego zaleca się przyjmowanie metforminy w 2 lub 3 dawkach, w czasie lub po posiłku. Powolne zwiększanie dawki może także poprawić tolerancję ze strony przewodu pokarmowego. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Bardzo rzadkie (< 1/10 000): Reakcje skórne takie jak rumień, swędzenie i pokrzywka. **Zaburzenia metaboliczne i żywieniowe:** Bardzo rzadkie (< 1/10 000): U pacjentów leczonych metforminą przez dłuższy okres czasu obserwowano spadek wchłaniania witaminy B12 ze spadkiem jej stężenia w surowicy. Może to powodować anemię megaloblastyczną. Bardzo rzadkie (< 1/10 000): Kwasica mleczanowa (0,03 przypadków/1 000 pacjento-lat). **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** Bardzo rzadkie; pojedyncze przypadki nieprawidłowych testów czynności wątroby, nieprawidłowości funkcji wątroby lub zapalenia wątroby, które ustępują po odstawieniu chlorowodoru metforminy. **Dzieci i młodzież:** Ograniczone dane wykazują podobieństwo profilu działań niepożądanych występujących u dzieci (w wieku od 10 do 16 lat) leczonych przez rok metforminą do tych zaobserwowanych u osób dorosłych. **(Aktualizacja: Siofor[®] 1000 – 11.04.14; Siofor[®] 500, Siofor[®] 850 – 24.07.15)** Dotyczy wskazania Leczenie cukrzycy typu 2 **Ceny detaliczne:** Siofor[®] 500 (30) – 4,58 PLN, Siofor[®] 500 (60) – 8,17 PLN, Siofor[®] 500 (90) – 12,00 PLN, Siofor[®] 500 (120) – 15,65 PLN, Siofor[®] 850 (30) – 7,01 PLN, Siofor[®] 850 (60) – 13,43 PLN, Siofor[®] 850 (90) – 19,55 PLN, Siofor[®] 850 (120) – 25,55 PLN, Siofor[®] 1000 (30) – 8,17 PLN, Siofor[®] 1000 (60) – 15,65 PLN, Siofor[®] 1000 (90) – 22,73 PLN, Siofor[®] 1000 (120) – 29,62 PLN. **Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta:** Siofor[®] 500 (30) – 4,02 PLN, Siofor[®] 500 (60) – 3,86 PLN, Siofor[®] 500 (90) – 3,93 PLN, Siofor[®] 500 (120) – 3,82 PLN, Siofor[®] 850 (60) – 3,85 PLN, Siofor[®] 850 (90) – 4,47 PLN, Siofor[®] 850 (120) – 5,44 PLN, Siofor[®] 1000 (30) – 3,86 PLN, Siofor[®] 1000 (60) – 3,82 PLN, Siofor[®] 1000 (90) – 4,99 PLN, Siofor[®] 1000 (120) – 6,40 PLN. **Ceny z dn. 01.03.2017 Numery pozwoleń na dopuszczenie do obrotu wydane przez MZ:** Siofor[®] 500 – 4 572, Siofor[®] 850 – 4 573, Siofor[®] 1000 – 11 477. **Podmiot odpowiedzialny:** Berlin-Chemie AG (Menarini Group), Glienicke Weg 125; 12489 Berlin, Niemcy. **Informacja naukowa o leku:** Berlin-Chemie/ Menarini Polska Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 7 B, 02-677 Warszawa, tel. (022) 566 21 00, fax: (022) 566 21 01. Lek wydawany z przepisu lekarza (Rp). Pełna informacja o leku dostępna na żądanie.

1000 mg 850 mg 500 mg

30 szt.

60 szt.

90 szt.

120 szt.

Siofor[®] 500
4,02
PLN
30 tabletek

Siofor[®] 500
3,86
PLN
60 tabletek

Siofor[®] 500
3,93
PLN
90 tabletek

Siofor[®] 500
3,82
PLN
120 tabletek

Siofor[®] 850
3,82
PLN
30 tabletek

Siofor[®] 850
3,85
PLN
60 tabletek

Siofor[®] 850
4,47
PLN
90 tabletek

Siofor[®] 850
5,44
PLN
120 tabletek

Siofor[®] 1000
3,86
PLN
30 tabletek

Siofor[®] 1000
3,82
PLN
60 tabletek

Siofor[®] 1000
4,99
PLN
90 tabletek

Siofor[®] 1000
6,40
PLN
120 tabletek

Siofor[®]

Metformini hydrochloridum

500 850 1000

W czasie lub po posiłkach^{1,2,3}
3 lub 2
razy na dobę
w leczeniu cukrzycy typu 2



Posiłkuj się skuteczną terapią w leczeniu cukrzycy typu 2^{1,2,3}

1. Na podstawie ChPL Siofor[®] 1000
2. Na podstawie ChPL Siofor[®] 850
3. Na podstawie ChPL Siofor[®] 500

 **BERLIN-CHEMIE**
MENARINI

Berlin-Chemie/Menarini Polska Sp. z o.o.
ul. Cybernetyki 7B, 02-677 Warszawa
tel. +48 (22) 566 21 00, fax +48 (22) 566 21 01, e-mail: biuro@berlin-chemie.com

Przygotowano: marzec 2017, PL-SIO-2017-C1-8-PRINT

HIFU – intymne ultradźwięki

OGNISKOWANIE PROMIENI SŁONECZNYCH SZKŁEM POWIĘKSZAJĄCYM I PODPALANIE W TEN SPOSÓB KARTKI PAPIERU JEST EKSPERYMENTEM, KTÓRY W DZIECIŃSTWIE WYKONYWAŁO WIELU Z NAS. Ta prosta zasada fizyczna znajduje zastosowanie również dla innych fal. Tak powstała technologia HIFU (High Intensity Focused Ultrasound – zogniskowane ultradźwięki o wysokim natężeniu). W HIFU zamiast promieni słonecznych dochodzi do zogniskowania fali ultradźwiękowej.



Technologia HIFU, polega na przeniesieniu energii w formie fali ultradźwiękowej przez różne środowiska tkankowe, wywołując w miejscu będącym celem terapii dwa efekty: termiczny polegający na wzroście temperatury oraz mechaniczny tzw. kawitacji, czyli wytworzenia gazu i jego ruchu w obszarze fali, który generuje siły ściskająco-rozprężające. Siły te tworzą pęcherzyki gazu, które zaczynają oscylować i uszkodzają błony komórkowe. Dzięki skupianiu energii destrukcja tkanki ma miejsce tylko w planowanym określonym

rejonie, a tkanki poza tym obszarem są oszczędzane. Znaczenie destrukcyjne dla tkanki ma także tworzenie wolnych rodników i wymuszanie apoptozy.

Do niedawna większość badań i zastosowań klinicznych HIFU koncentrowała się głównie na działaniu ablacyjnym na tkankę fali dźwiękowej o charakterze ciągłym (FUS – Focused Ultrasound Surgery), chociaż zakres możliwych zastosowań jest znacznie większy: wpływ na hemostazę, trombolizę i wiele innych.

autor:
Piotr Kolczewski

LITERATURA

1. White WM, Mankin IR, Slyton MH, et al. Selective transcutaneous delivery of energy to porcine soft tissues using intense ultrasound. *Lasers Surg Med* 2008; 40: 67-75
2. White WM, Mankin IR, Barthe PG, et al. Selective creation thermal injury zones in the superficial musculoaponeurotic system using intense ultrasound therapy: a new target for noninvasive facial rejuvenation. *Arch Facial Plast Surg* 2007;9:22-9
3. US Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research: Ulthera KJ 725505 approval letter 2009
4. Christina Skovbellings Haak, Monika Illes, Uwe Paasch, Merete Haedersdal
5. Histological Evaluation of vertical Laser channels from ablative fractional resurfacing: ex vivo pig skin model. *Lasers Med Sci* 2011 26: 465-471



Z PUNKTU WIDZENIA FIZYKI

Dźwięk definiowany jest jako zakłócenie energii mechanicznej, które rozprzestrzenia się w ośrodku sprężystym w formie fal. Fala dźwiękowa przenosi energię ze źródła do innego obszaru. Ultradźwięki są falą o częstotliwości niesłyszalnej dla ucha ludzkiego, przyjmują się, że jest to powyżej 20 000 Hz. Natężenie dźwięku (SI – sonic intensity) informuje, ile energii przenosi fala akustyczna. Natężenie to średnia wartości strumienia energii akustycznej przepływającego w czasie jednej sekundy przez pole o powierzchni 1 m². Ultradźwięki o wysokim natężeniu (HIFU) odpowiadają natężeniu dźwięku o mocy od 3 do 5 W/cm².

Ten typ ultradźwięków przenosi ilość energii zdolną do wywołania denaturacji białek, a w konsekwencji martwicy tkanki. Dla kontrastu ultradźwięki o niskim natężeniu (0,125 – 3 W/cm²) wywołują w tkance efekt cieplny o nieablastycznym charakterze i są stosowane w fizykoterapii, gdzie przyspieszają regenerację tkanki łącznej i mięśniowej po urazie.

MECHANIZM DZIAŁANIA W TKANKACH

Przetwornik urządzenia wytwarza ściśle zdefiniowaną, zogniskowaną falę energii dźwiękowej skierowaną w określony punkt w tkance. Zaabsorbowana energia wywołuje międzycząsteczkowe wibracje, a w następstwie podniesienie temperatury (60 – 63 stopnie Celjusza) wystarczającej do denaturacji kolagenu. W wyniku tego dochodzi do powstania stref uszkodzenia termicznego w ściśle określonym obszarze tkanki (TIZ – Thermal Injury Zone albo TCP – Thermal Coagulation Point)

Co ciekawe, nieskupione „fragmenty” fali dźwiękowej wytwarzają wokół punktu końcowego temperaturę niewystarczającą do denaturacji kolagenu, a tym samym ograniczają strefę termicznego uszkodzenia do szerokości 1 – 1,5 mm³. Modele matematyczne oraz badania na fantomach i zwłokach zgodnie przyznają, że wraz ze wzrostem energii dochodzi do pogłębienia penetracji w danym środowisku, przy jedynie minimalnej emisji obwodowej. Aż 95 proc. energii fali dźwiękowej dostarczana jest do zaplanowanego punktu (focal point).

W badaniach na skórze świńskiej wykazano, że w punkcie końcowym strefa uszkodzenia ma kształt litery V, a wraz ze wzrostem energii przybiera kształt cygara, co więcej, nawet przy energii dochodzącej do 8 J, nie dochodzi do termicznego uszkodzenia powierzchniowych warstw skóry.

Każdy wystrzał wytwarza 25 mm liniowy obszar TIZ (strefy uszkodzenia termicznego), a ilość TIZ wynosi od 17 do 25 na linię w odstępach 1,1 do 1,5 mm w zależności od przetwornika. Równoległe liniowe obszary TIZ układają się co około 3 mm, tworząc podobny do kratki obszar strefy TIZ z leżącą w jej oczkach tkanką nie poddaną działaniu fali dźwiękowej. Ten model uszkodzenia jest podobny do modelu pracy laserów frakcyjnych. Podobnie jak lasery wywołuje w tkance nienaruszonej (oczkach kratki) pobudzenie fibroblastów, neokolagenogenezę oraz neoelastogenezę. Końcowym efektem klinicznym jest zwiększenie napięcia skóry i jej pogrubienie. W porównaniu jednak do lasera, poziom neokolagenogenezы i neoelastogenezы jest większy, a końcowy punkt ogniskowania fali ultradźwiękowej wynosi nawet do 4,5 mm. W przypadku lasera są to 2 mm.

W porównawczych badaniach histologicznych wycinków pobranych ze skóry policzka przed i po ekspozycji na HIFU wykazano zwiększenie o 23,7% ilości kolagenu, bardziej regularny układ włókien elastycznych (prostsze i bardziej równoległe) oraz pogrubienie skóry.

KLINICZNE ZASTOSOWANIA HIFU

Pierwsze doniesienia o zastosowaniu technologii frakcyjnej HIFU w medycynie estetycznej pojawiły się w 2008 roku (White i wsp.), a technologia ta w 2009 została zaaprobowana przez FDA w celu podnoszenia opadającego łuku brwiowego. Zachęciło to producentów do dalszego rozwoju technologii i jej aplikacji w innych obszarach ciała. Obecnie technologia frakcyjna HIFU stosowana jest do odmładzania twarzy, konturowania ciała i liftingu pochwy, chociaż procedury te nie mają oficjalnych medycznych rejestracji i stosowane są off the label.

Ekstrapolując wyniki badań i efektów klinicznych technologii HIFU z dermatologii i medycyny estetycznej do ginekologii plastycznej można spodziewać się efektów lepszych niż przy laserach, szczególnie, jeżeli porównamy głębokość penetracji (laser CO₂ do 2 mm, a technologia HIFU do 4,5 mm).

Wydaje się, że stoimy przed kolejnym etapem w ginekologii plastycznej. Konieczne są dalsze badania, szczególnie w zakresie ginekologii i szeregowego działania HIFU w Zespole Łuznej Pochwy i wysiłkowym nietrzymaniu moczu. W dostępnej bazie danych Pubmedu brak opracowań dotyczących tych zagadnień. W Polsce jest kilka urządzeń tego typu. W ginekologii technologia ta jest nowością i stosowana jest off the label, podobnie zresztą jak lasery.

KAWITACJA

– zjawisko fizyczne polegające na gwałtownej przemianie fazowej z fazy ciekłej w fazę gazową pod wpływem zmniejszenia ciśnienia, wykorzystywane m.in. w myjkach ultradźwiękowych.



DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

Asystent Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej, współpracownik firmy Medifem. W latach 2010-2013 był ordynatorem oddziału Ginekologii i Położnictwa 109. Szpitala Wojskowego w Szczecinie. Od ponad 20 lat zajmuje się leczeniem operacyjnym w zakresie szeroko pojętej ginekologii operacyjnej, głównie z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, uroginekologii, ginekologii onkologicznej i ginekologii plastycznej. Jest członkiem międzynarodowych towarzystw naukowych tematycznych związanych z operacjami rekonstrukcyjnymi i plastycznymi w ginekologii i uroginekologii (International Urogynecological Association, International Continence Society).



FOT. 123RF

Vulvodynia

- rzadko rozpoznawany zespół bólowy

VULVODYNIA JEST, NIESTETY, ZBYT RZADKO ROZPOZNAWANA PRZEZ LEKARZY GINEKOLOGÓW. PACJENTKI CZĘSTO PRZEZ WIELE LAT BEZSKUTECZNIE SZUKAJĄ POMOCY, A PRZECIEŻ SZYBKIE PODJĘCIE LECZENIA ZWIĘKSZA SZANSE NA SUKCES TERAPEUTYCZNY. Jest schorzeniem, które wymaga holistycznego podejścia do pacjentki. W związku z tym niezwykle ważne jest prawidłowe postawienie diagnozy, a następnie wdrożenie skutecznego leczenia, co wymaga interdyscyplinarnej współpracy lekarzy kilku specjalności.

Vulvodynię określamy jako: „uczucie dyskomfortu w okolicy sromu, krocza, pęcherza moczowego, ujścia zewnętrznego cewki moczowej czy odbytu, najczęściej opisywane jako piekący ból pojawiający się mimo braku zmian patologicznych lub jawnych klinicznie zaburzeń neurologicznych”. Według badań epidemiologicznych dotyczy nawet do 16% populacji kobiet w wieku 20 – 50 lat. Przebieg vulvodynii jest przewlekły, często wieloletni.

W obrazie vulvodynii dominuje obraz zapalenia błony śluzowej. U kobiet z tym schorzeniem, stwierdza się wzmożoną ekspresję genów powodujących wzrost produkcji czynników prozapalnych. Zaburzenie równowagi w układzie immunologicznym, pomiędzy inhibitorami a promotorami reakcji zapalnej, powo-

autor:
Tomasz Leonowicz

KLASYFIKACJA VULVODYNII:

- uogólniona – zajęcie całego sromu;
- zlokalizowana – zajęcie części sromu np. przedsionka czy techtaczki;
- prowokowana – obecna tylko przy stosunku płciowym lub dotyku;
- nieprowokowana – występuje samoistnie;
- mieszana – prowokowana i nieprowokowana.

duże i utrwała przewlekły stan zapalny. Powoduje on proliferację zakończeń czuciowych w tym rejonie. Pod wpływem czynników prozapalnych na zakończeniach czuciowych dochodzi do obniżania się progu bólowego. Reakcja bólowa, nawet na niewielki bodziec, również przyczynia się do wzrostu stężenia czynników prozapalnych. Mamy tu do czynienia z mechanizmem „błędnego koła” podtrzymującym zapalenie błony śluzowej. Z czasem zmienia się również odczuwanie bólu w ośrodkowym układzie nerwowym. Vulwodynię zaliczamy do bólu o charakterze neuropatycznym, gdzie występują: parestezje – pieczenie, mrowienie, kłucie, drętwienie, hyperpatia (ból nieproporcjonalny do bodźca) oraz allodynia (ból wywołany przez bodźce, które normalnie go nie wywołują). Proces może dotyczyć nerwów sromowych oraz nerwów biodrowo – pachwinowych i biodrowo – podbrzuszných, wychodzących z nerwów rdzeniowych L1 i L2. U zdecydowanej większości pacjentek obserwuje się znaczne wzmożone napięcie mięśni dna miednicy.

ETIOLOGIA VULVODYNII

Etiologia jest wieloczynnikowa i nie do końca poznana. Przyczyny wywołujące kaskadę zmian doprowadzających do vulwodynii mogą być różne. Najczęściej obserwuje się związek z nawracającymi infekcjami drożdżakowymi, infekcją wirusem HPV czy nawracającymi zapaleniami pęcherza moczowego. Obecnie brak jest dowodów, że vulwodynia powstaje na podłożu psychoseksualnym.

Częste jest jednoczesne występowanie śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego, zespołu jelita drażliwego, endometrioz, fibromialgii, zespołu przewlekłego zmęczenia, atopowego zapalenia skóry, zespołu pęcherza nadreaktywnego, dysfunkcji stawów skroniowo – żuchwowych.

Istnieje wiele znanych przyczyn bólu w okolicy pochwy i sromu, takich jak: zapalenia pochwy wywołane przez grzyby, bakterie, rzeźsistka pochwowego, opryszczkę, HPV, zapalenie gruczołu Bartholina, zmiany nowotworowe: VIN, chorobę Pageta, rak pochwy, rak sromu, alergię: zapalenia kontaktowe, zmiany skórne: liszaj płaski, liszaj zwykły przewlekły, liszaj twardzinowy, przyczyny neurologiczne: ból związany z układem mięśniowo – szkieletowym, stwardnienie rozsiane, podrażnienie lub uraz nerwu sromowego, neuralgia po łożysku, zmiany dystroficzne sromu: o podłożu endokrynnym, zmiany po chemioterapii i radioterapii.

Powszechnie znane są czynniki wywołujące podrażnienia sromu i pochwy: upławy, płyny do kąpieli, mydła toaletowe, kosmetyki, środki do prania, prezerwatywy, środki plemnikobójcze, substancje nawilżające, irygacje pochwy, maści, kremy i płyny przeciwgrzybicze sprzedawane bez recepty, podpaski, wkładki higieniczne, tampony, papier toaletowy, stringi, bielizna z włókien syntetycznych, ciasne spodnie.

ROZPOZNANIE I DIAGNOSTYKA

Jeśli pacjentka skarży się na piekący ból sromu, dyspareunię lub ból związany z zakładaniem tamponów do pochwy lub świąd, trwający co najmniej 3 miesiące, to może być to znak, że mamy do czynienia z vulwodynią. Kolejnymi objawami, na które powinniśmy zwrócić uwagę, są widoczne zaczerwienienie o różnym nasileniu w przedsionku pochwy oraz bolesność przy ucisku wacikiem miejsc w obrębie przedsionka (Q-tip test). W zdecydowanej większości przypadków przy występowaniu vulwodynii jest wzmożone napięcie mięśni dna miednicy. Rozpoznanie vulwodynii polega na eliminacji innych schorzeń mogących wywoływać ból sromu, przy tej chorobie są prawidłowe pH wydzieliny z pochwy, prawidłowy obraz mikroskopowy wydzieliny oraz ujemne wyniki posiewów w kierunku grzybów i bakterii.

W przypadku podejrzenia vulwodynii badanie powinno obejmować dokładny wywiad dotyczący rodzaju bólu i sytuacji, w których pacjentka go odczuwa. Kolejne elementy diagnostyki to wywiad dotyczący stanów zapalnych pochwy – głównie grzybiczych, za-

LECZENIE VULVODYNII

- Dieta uboga w szczawiany, z wyłączeniem cukrów prostych i laktozy;
- Leki miejscowo znieczulające;
- Leki przeciwdepresyjne (działania przeciwbólowe): Amitryptylina, Clomipramina, Doksepina;
- Leki przeciwpadaczkowe i normotymiki: Gabapentyna, Pregabalina, Carbamazepina;
- Leki przeciwgrzybicze stosowane doustnie – Fluconazol;
- Inne leki, sterydy, estrogeny;
- Biofeedback – EMG, terapia manualna mięśni dna miednicy, trening mięśni Kegla;
- Trening relaksacyjny i wizualizacja;
- Psychoterapia kognitywno – behawioralna;
- Błokady nerwów sromowych;
- Akupunktura;
- Leczenie operacyjne – vestibulectomia.

SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

- Najwyższa skuteczność uzyskiwana jest w trakcie leczenia wielospecjalistycznego: ginekolog, psychiatra, seksuolog, psycholog, fizjoterapeuta. Farmakoterapia powinna być prowadzona przez minimum 6 miesięcy, biofeedback i metody relaksacyjne powinny trwać przez 20 – 30 sesji. Pełne wyleczenie według statystyk 60 – 70%, w pozostałych przypadkach możliwe znaczne złagodzenie dolegliwości. 90% kobiet podejmuje aktywność seksualną.

pałen pęcherza moczowego, parć nagłących, bolesnego oddawania moczu i bólu pęcherza moczowego oraz problemy z wypróżnieniami – w kierunku zespołu jelita drażliwego.

W przedsionku pochwy i na sromie może wystąpić zaczerwienienie śluzówek i skóry. Należy wykonać Q-tip test i mapowanie bólu. Zwykle obserwuje się zwiększoną ilość wydzieliny z pochwy. Podczas badania należy wykluczyć zmiany chorobowe dotyczące skóry i śluzówek w badaniu wulwoskopowym. Badanie wewnętrzne może być trudne do przeprowadzenia ze względu na lęk pacjentki, spowodowany dotychczasowymi urazowymi dla niej badaniami oraz bólem.

PODSUMOWANIE METOD LECZENIA

Aktualnie brak jest danych wysokiej jakości, takich jak kontrolowane randomizowane badania oceniające skuteczność metod terapii vulwodynii. Podstawową zasadą w terapii vulwodynii jest leczenie bólu. Stosuje się leczenie miejscowe i ogólne. Zastosowanie mają tu leki znieczulające miejscowo, takie jak Lidocaina 2% – 5% żel stosowany doraźnie.

Podstawowym lekiem doustnym jest Amitryptylina w dawce terapeutycznej do 150 mg/dobę w dawkach podzielonych. W wypadku niedostatecznej reakcji na Amitryptylinę można zastosować Gabapentynę, w dawce do 3600 mg/dobę w dawkach podzielonych lub Carbamazepinę w dawce do 800 mg/dobę w dawkach podzielonych. Stosuje się również leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI.

W terapii wykorzystujemy najczęściej działania uboczne wymienionych preparatów, a nie ich wskazania rejestracyjne. U pacjentek, u których vulwodynię poprzedzały częste infekcje grzybicze, stosuje się zwykle przewlekle – do pół roku podawanie Fluconazolu w dawce 150 mg raz w tygodniu, mimo ujemnych wyników posiewów z pochwy.

Ograniczone zastosowanie mają sterydy podawane ogólnie. Miejscowa sterydoterapia nie powinna być prowadzona dłużej



FOT. 123RF

U kobiet cierpiących na vulwodynię, stwierdza się wzmożoną ekspresję genów powodujących wzrost produkcji czynników prozapalnych

Przyczyny wyzwalające kaskadę zmian doprowadzających do vulwodynii mogą być różne. Najczęściej obserwuje się związek z nawracającymi infekcjami drożdżakowymi, infekcją wirusem HPV czy nawracającymi zapaleniami pęcherza moczowego

Rozpoznanie vulwodynii polega na eliminacji innych schorzeń mogących wywoływać ból sromu, bowiem przy tej chorobie są: prawidłowe pH wydzieliny z pochwy, prawidłowy obraz mikroskopowy wydzieliny oraz ujemne wyniki posiewów w kierunku grzybów i bakterii

niż 4 – 6 tygodni. Lokalne stosowanie estrogenów ma znaczenie głównie u pacjentek w wieku okołomenopauzalnym. Stosuje się maści i kremy, zawierające w swym składzie leki przeciwdepresyjne i przeciwpadaczkowe (np. Amitryptylina, Gabapentyna).

Ważnym i skutecznym elementem terapii jest zastosowanie technik biofeedback, terapii manualnej mięśni dna miednicy, treningu mięśni Kegla i treningu relaksacyjnego połączonego z wizualizacją, prowadzących do zmniejszenia nadmiernego napięcia mięśni dna miednicy.

Uznaną metodą jest psychoterapia kognytywno – behawioralna. W czasie terapii uwzględnia się takie problemy jak depresja, stany lękowe, obniżenie libido czy problemy partnerskie w związku, często towarzyszące vulwodynii. W opornych na leczenie zachowawcze postaciach vulwodynii dokonuje się blokad nerwów sromowych czy nawet zewnątrz oponowej blokady ogona końskiego.

Chirurgiczne metody leczenia, takie jak vestibulectomia, są zarezerwowane dla choroby dobrze zlokalizowanej, zwłaszcza vestibulodynii, a ich stosowanie powinno być brane pod uwagę jedynie w najbardziej opornych przypadkach, kiedy zawiodły inne metody leczenia

PODSUMOWANIE

Vulvodynia jest niestety zbyt rzadko rozpoznawana przez lekarzy ginekologów. Pacjentki często przez wiele lat bezskutecznie szukają pomocy, a przecież szybkie podjęcie leczenia zwiększa szanse na sukces terapeutyczny.

Jakość życia kobiet cierpiących na vulwodynię jest obniżona w porównaniu do populacji ogólnej. Ich aktywność fizyczna, psychiczna, społeczna i zawodowa są istotnie ograniczone. Pacjentkom często towarzyszą depresja i stany lękowe. Brak satysfakcji z życia seksualnego negatywnie wpływa na ich samoocenę i rzutuje na relacje partnerskie. Vulvodynia jest schorzeniem, które wymaga holistycznego podejścia do pacjentki. W związku z tym niezwykle ważne jest prawidłowe postawienie diagnozy, a następnie wdrożenie skutecznego leczenia, co wymaga interdyscyplinarnej współpracy lekarzy kilku specjalności.



**LEK. MED.
TOMASZ
LEONOWICZ**

Specjalista ginekolog, specjalista seksuolog
www.ginekologia.waw.pl



**POLSKIE
TOWARZYSTWO
ULTRASONOGRAFICZNE**

rekomenduje system NewNioMed® do pracy
w pracowniach ultrasonograficznych.

Pracuj bezpiecznie. Oszczędzaj czas i pieniądze. Nie daj się zaskoczyć przepisom. Ministerstwo Zdrowia od 1 stycznia 2018 roku bezwzględnie będzie wymagało prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

NEWNIOMED® TO **KOMPLEKSOWE OPROGRAMOWANIE MEDYCZNE, KTÓRE MA ZA ZADANIE USPRAWNIECIE ORGANIZACJI PRACY W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH.** Poza wszystkimi funkcjami systemu EDM (Elektronicznej Dokumentacji Medycznej) posiada moduł PACS* zapewniający komunikację i archiwizację z USG w formacie medycznym DICOM 3.0*. Dzięki temu, czas, jaki lekarz poświęca na wprowadzenie danych pacjentki do aparatu oraz danych obliczeniowych z aparatu do opisu wizyty, skraca się o 99%.

Dzięki komunikacji z aparatem użytkownik nie wprowadza danych do aparatu. Aparat automatycznie pobiera je z systemu. Po zakończeniu badania USG wszystkie obliczenia, jak i zapisane obrazy, automatycznie przesyłane są do systemu.

Czas pobrania danych z aparatu USG przy standardowym badaniu położniczym wynosi poniżej 2s. NewNioMed® gwarantuje skrócenie czasu wizyty nawet o 60%!!!

Użytkownik, dzięki unikatowej funkcji tworzenia własnych szablonów opisów badań z możliwością dodawania komponentów obliczeniowych, po wybraniu konkretnego szablonu ma automatycznie wczytane obliczenia z aparatu. Funkcja ta dotyczy również wyników

z laboratorium pobieranych przez system automatycznie.

NewNioMed® zapewnia również możliwość dodawania do opisu badania wybranych obrazów, czym ogranicza koszty związane z drukiem na videoprинтере.

Funkcja natychmiastowego dostępu do pełnego wywiadu o pacjentce już po otworzeniu wizyty udostępnia wszystkie informacje do tej pory zapisane. Skraca to czas o kolejne 10%!!! Przekłada się to na zdecydowanie większą efektywność pracy i tym samym podnosi przychody użytkownika.

Użytkownik korzystający z systemu NewNioMed® ma zagwarantowaną pełną archiwizację dokumentacji medycznej wraz z zapisanymi obrazami w formacie medycznym DICOM 3.0, co w przypadku roszczenia może być decydujące o jego przebiegu. Daje to możliwość skutecznej obrony przed nieuzasadnionym oskarżeniem.

System działa na zasadzie klient – serwer. Serwer wraz z kopiami zapasowymi, wykonywanymi automatycznie, znajduje się w miejscu tworzenia dokumentacji, czyli w gabinecie lub przychodni. Jest niezależny od dostępności Internetu. Zapewnia pełne bezpieczeństwo przechowywanych danych. Na życzenie użytkownika, poprzez łącze VPN, zapewnia pełną funkcjonalność z dowolnego miejsca na świecie.

Architektura systemu stworzona była przy udziale samych lekarzy. Dzięki temu jest on niezwykle prosty i intuicyjny w obsłudze.



**MedTrade
Medical Systems
Sp. z o.o.**

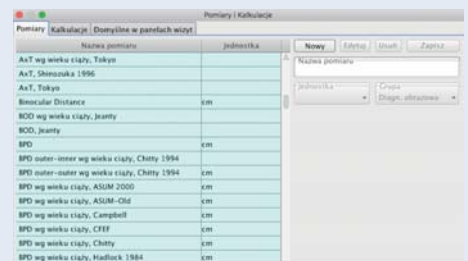
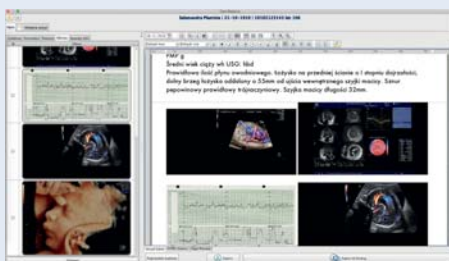
ul. Mały Rynek 7/54
96-300 Żyrardów
kom. (48) 602-516-643
tel. (48) 46-854-15-79
jacek.k@medtrade.com.pl
www.medtrade.com.pl

Większość dostępnych programów na rynku pracuje wyłącznie w środowisku Windows. NewNioMed® jako jedyny na rynku, wyprzedzając wszystkie dostępne systemy, zapewnia płynną pracę zarówno w środowisku Windows, jak i MacOS, czy Linux. System jest niezwykle stabilny i szybki. Świadczy to bezsprzecznie o innowacyjności i ogromnym potencjale twórcy systemu.

Poza powyższymi cechami NewNioMed® ma wszystkie funkcjonalności znane z innych systemów.

System NewNioMed® polecają, pracującą na nim, największe autorytety ultrasonografii w Polsce. Potwierdzeniem są referencje Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

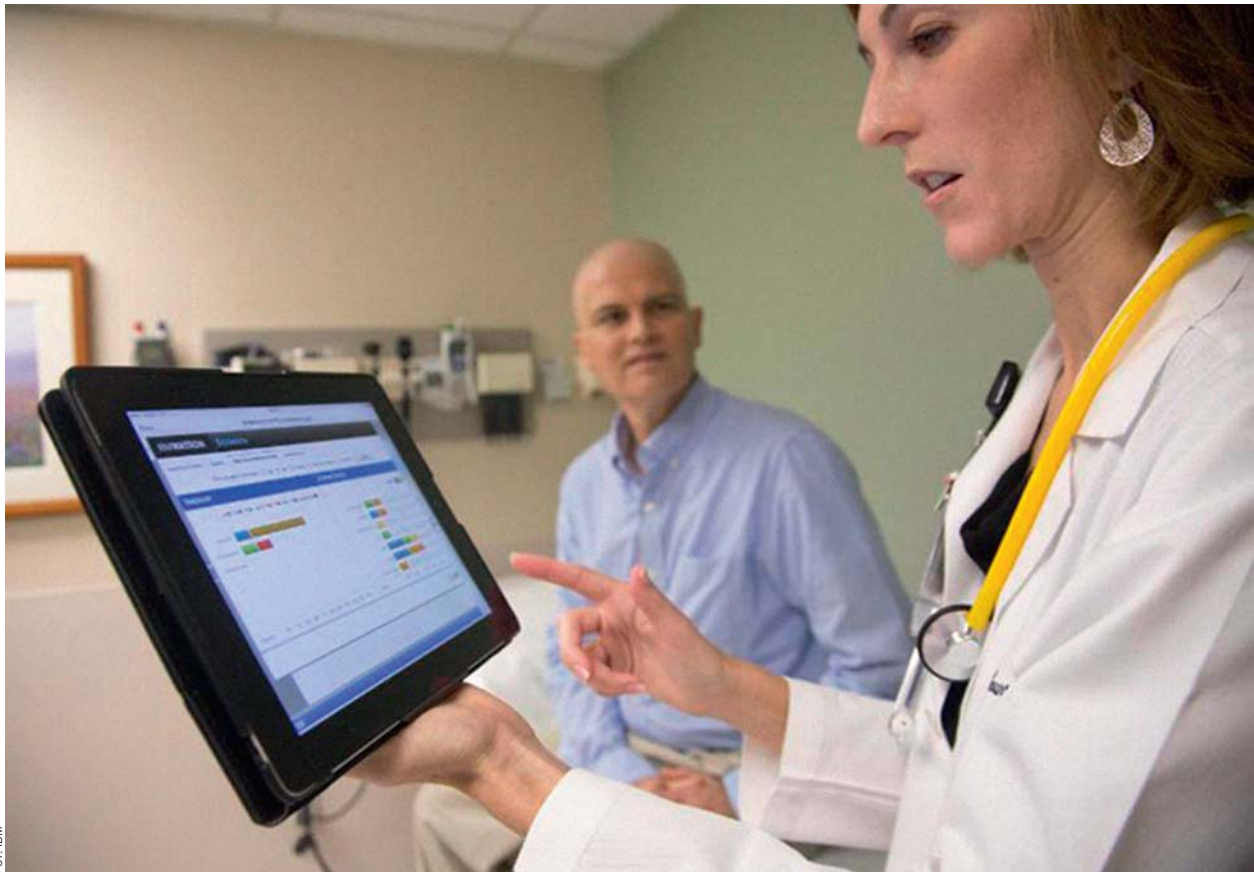
* PACS (ANG. PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM – TECHNOLOGIA PRZETWARZANIA OBRAZÓW MEDYCZNYCH, KTÓRA ZAPEWNIĄ EKONOMICZNY SPOSÓB SKŁADANIA ORAZ WYGODNY DOSTĘP DO OBRAZÓW Z RÓŻNYCH ŹRÓDEŁ – MINISTERSTWO ZDROWIA PRACUJE AKTUALNIE NAD WPROWADZENIEM BEZWZGLĘDNEGO WYMAGU ARCHIWIZACJI OBRAZÓW, NA PODSTAWIE KTÓRYCH STAWIĄCIE SA DIAGNOZY).
* DICOM 3.0 (DIGITAL IMAGING AND COMMUNICATION IN MEDICINE – NORMA OPRACOWANA PRZEZ ACR (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY) I NEMA (NATIONAL ELECTRICAL MANUFACTURERS ASSOCIATION) DLA POTRZEB UJEDNOLICENIA WYMIANY I INTERPRETACJI DANYCH MEDYCZNYCH REPREZENTUJĄCYCH LUB ZWIĄZANYCH Z OBRAZAMI DIAGNOSTYCZNYMI W MEDYCYNIE).



Konieczne umów prezentację u siebie: biuro@medtrade.com.pl lub tel.: 602 516 643, 530 000 327, 468 54 15 79.

Bezpieczne przechowywanie e-dokumentacji

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA TO TERMIN, KTÓRY DLA OSÓB NIEZBYT BIEGŁYCH W INFORMATYCE, BRZMI ZŁOWROGO. Jeśli dodamy, że to na lekarzu lub właścicielu kliniki spoczywa obowiązek zachowania bezpieczeństwa dokumentacji, sprawa jeszcze bardziej się komplikuje.



FOT. IBM

Centrum Systemów Informatycznych opracowało bardzo szczegółowe wytyczne, zasady i rekomendacje dla usługodawców w zakresie budowy i stosowania systemu bezpiecznego przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej. Zostały przedstawione wszystkie możliwe rozwiązania w zakresie cyfrowego przechowywania dokumentacji medycznej.

autor:
Piotr Szymański

(artykuł przygotowany na podstawie wytycznych rządowego Centrum Systemów Informatycznych)

PRZEPISY PRAWNE

W marcu 2017 roku Sejm przyjął nowelizację ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W art. 24 ust. 2 czytamy, że: „do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego,

w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, uprawnione są: osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych”.

Z tego przepisu wynika, że administrator danych może udzielić upoważnienia do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji osobie, która nie wykonuje zawodu medycznego. Czyli możliwe jest przekazanie zarządzania e-dokumentacją informatykowi lub firmie informatycznej. Oczywiście wszystkie te osoby są obowią-

TABELA: PODZIAŁ ODPOWIEDZIALNOŚCI POMIĘDZY PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ A DOSTAWCĄ OPROGRAMOWANIA W POSZCZEGÓLNYCH MODELACH PRZECHOWYWANIA ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

	MODEL KLASYCZNY (PULPIT, DESKTOP)	KOLOKACJA	HOSTING	CHMURA OBLICZENIOWA – INFRASTRUCTURE AS A SERVICE (IAAS) INFRASTRUKTURA JAKO USŁUGA	CHMURA OBLICZENIOWA PLATFORM AS A SERVICE (PAAS) PLATFORMA JAKO USŁUGA	CHMURA OBLICZENIOWA SOFTWARE AS A SERVICE (SAAS) OPROGRAMOWANIE JAKO USŁUGA
Serwer	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania
Sieć	Placówka medyczna	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania
Środowisko wykonywalne	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Dostawca oprogramowania	Dostawca oprogramowania
Program do prowadzenia e-dokumentacji	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Dostawca oprogramowania
Dane (e-dokumentacja)	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna	Placówka medyczna

zane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań.

PODZIAŁ ODPOWIEDZIALNOŚCI

W tabeli dotyczącej rodzaju odpowiedzialności wymieniliśmy wszystkie dopuszczalne modele informatyczne oraz niezbędne do prawidłowego funkcjonowania części systemu informatycznego. W zależności od wybranego rozwiązania różnie przedstawia się zakres odpowiedzialności placówki medycznej i dostawcy oprogramowania.

Serwer to jest twardy dysk, na którym przechowywana jest dokumentacja medyczna. Sieć to system umożliwiający łączność pomiędzy serwerem a komputerami w gabinetach lekarskich i na recepcji. Tzw. środowisko wykonywalne to oprogramowanie potrzebne do uruchomienia programu EDM. W skład środowiska wykonywalnego nie wchodzi przeglądarka internetowa czy system operacyjny stacji końcowej użytkownika. Za te elementy, w każdym z modeli, odpowiedzialna jest placówka medyczna.

MODEL KLASYCZNY

W modelu klasycznym, zwanym też pulpitym lub z angielska – desktopowym, placówka medyczna musi mieć własną infrastrukturę informatyczną. Dlatego istotny jest dla niej koszt zakupu i instalacji serwerów, infrastruktury sieciowej, oprogramowania, zapewnienia pomieszczenia odpowiednio przygotowanego do pracy serwera, zatrudnienia administratora zajmującego się konserwacją sprzętu i usuwaniem awarii.

Administrator danych może udzielić upoważnienia do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji osobie, która nie wykonuje zawodu medycznego. Czyli możliwe jest przekazanie zarządzania e-dokumentacją informatykowi lub firmie informatycznej

W ramach tego modelu są dwa rozwiązania. Dane mogą być przechowywane lokalnie na komputerze użytkownika, lub w systemie typu: klient-serwer. W tym drugim systemie wszystkie dane przechowywane są na jednym serwerze, a komputery z poszczególnych gabinetów łączą się z tym serwerem. Z punktu widzenia polskiego prawodawstwa, ten pierwszy model, w którym wszystkie dane są na jednym komputerze jest nie do przyjęcia. Wymogi GODO są bardzo restrykcyjne i nakazują, aby dane były przechowywane na serwerze, który jest zainstalowany w pomieszczeniu z systemem z ograniczonym dostępem osób trzecich. Zatem z modelu klasycznego pozostaje nam system: klient-serwer.

OUTSOURCING

Outsourcing (ostatnio bardzo modne pojęcie) polega na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej placówki medycznej niektórych czynności i przekazaniu ich innym podmiotom.

Wysoki koszt infrastruktury teleinformatycznej i zabezpieczeń, wymaganych w przypadku elektronicznego archiwum dokumentacji medycznej, może stanowić barierę samodzielnego prowadzenia tego archiwum przez placówkę medyczną. Dlatego rozważono możliwość korzystania z zewnętrznych centrów przetwarzania danych. Jednakże, decydując się na wybór tego modelu, należy również wziąć pod uwagę ryzyko większego uzależnienia od dostawcy zewnętrznego niż w przypadku modelu klasycznego. Sposoby możliwe do zastosowania w ramach outsourcingu to kolokacja oraz hosting.

Kolokacja polega na przekazaniu firmie zewnętrznej serwerów, które są własnością placówki medycznej. Serwery umieszczone są w serwerowniach, które zapewniają optymalne warunki klimatyczne (temperaturę, wilgotność), bezpieczeństwo danych (ochronę fizyczną, sprzętową, zabezpieczenia przeciwpożarowe, monitoring, podtrzymanie zasilania w przypadku awarii prądu, dublowanie łącz, tak by w przypadku awarii obciążenie przejęło łącze zapasowe) oraz szybkie łącza. Istotne jest zapewnienie łącza o wysokiej przepustowości wysyłania i pobierania danych. W usłudze kolokacji serwer jest formalnie własnością podmiotu medycznego (choć znajduje się poza jego siedzibą), zaś outsourcing polega na powierzeniu zarządzania nim w specjalistycznym ośrodku przetwarzania danych.

Z kolei hosting to usługa polegająca na dzierżawie serwera (tzw. serwer dedykowany) lub części przestrzeni dyskowej (serwer VPS). Serwer dedykowany to oddzielny komputer, przeznaczony tylko dla danego klienta. Jest to rozwiązanie wygodne, jednak kosztowne. Serwer VPS to wydzierżawienie części, a nie całego serwera.

RODZAJE USŁUG DOSTĘPNYCH W CHMURZE

- **Infrastructure as a Service – IaaS (Infrastruktura jako usługa)** to usługa polegająca na korzystaniu ze sprzętu informatycznego za pośrednictwem Internetu. Może to być korzystanie z przestrzeni na wirtualnym dysku czy miejsca na wydzierżawionym serwerze w celu zainstalowania własnego systemu operacyjnego. W ramach tej usługi instaluje się samodzielnie systemy operacyjne, komponenty i programy. Unika się w ten sposób kosztownych inwestycji w sprzęt, a koncentruje się na programach. Odbiorca ma możliwości konfiguracji, musi jednak samodzielnie zadbać o zapewnienie bezpieczeństwa danych. W tym modelu dane przechowywane są w konkretnym miejscu i przetwarzane za pomocą dostarczonej infrastruktury.
- **Platform as a Service – PaaS (Platforma jako usługa)** to usługa, w ramach której odbiorca uzyskuje dostęp nie tylko do infrastruktury, ale także do platformy programistycznej. Odbiorca

nie ma jednak dostępu do systemu operacyjnego. Usługa ta jest zazwyczaj wykorzystywana przez odbiorców w celu rozwijania i hostingu programów w celu spełnienia wewnętrznych wymogów lub świadczenia usług stronom trzecim.

- **Software as a Service – SaaS (Oprogramowanie jako usługa)** to usługa, w ramach której odbiorca uzyskuje dostęp nie tylko do infrastruktury sprzętowej wraz ze środowiskiem operacyjnym, ale również do określonych aplikacji. W odróżnieniu od modelu PaaS wykorzystywane oprogramowanie jest własnością dostawcy, dlatego też odpowiada on za jego aktualizację i niezawodność. Restrykcje dotyczące dostępu są w tym modelu największe, ponieważ odbiorca nie posiada nad platformą niezbędnej kontroli do działania aplikacji, nad systemem operacyjnym niezbędnym do działania platformy i przestrzenią dyskową służącą do zapisu danych z aplikacji.

UNORMOWANIA PRAWNE OUTSOURCINGU

Przepisy krajowe i unijne dopuszczają zlecenie przetwarzania danych osobowych podmiotowi zewnętrznemu, zajmującemu się profesjonalnym przetwarzaniem danych zgodnie z art. 17 ust. 3 dyrektywy 95/46/We Parlamentu Europejskiego i Rady z 24 października 1995 r. Jednak musi to być uregulowane w formie umowy lub aktu prawnego. Z dokumentu tego musi wynikać, że przetwarzający działa wyłącznie na polecenie administratora danych oraz że ma obowiązek wprowadzić środki techniczne i organizacyjne wymagane do zapewnienia ochrony danych. Polskie prawodawstwo (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych) nakazuje, aby umowa określała cel oraz czynności związane z przetwarzaniem danych, które są powierzane. Art. 27 ust. 2 tej ustawy stwierdza, że przetwarzanie tych danych jest dopuszczalne w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych, gdy są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych.

Możliwość stosowania outsourcingu przetwarzania danych medycznych przewiduje art. 72 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zgodnie z tym przepisem, dokumentacja wewnętrzna powinna być przechowywana przez podmiot, który ją sporządził. Nie oznacza to jednak, że miejsce położenia podmiotu oraz miejsce składowania dokumentacji muszą być tożsame. Zapis ten wyraźnie zmienił się w stosunku do poprzednio obowiązującego zapisu z dnia 21 grudnia 2006 r., które określało, że „dokumentacja medyczna jest przechowywana w zakładzie, w którym została sporządzona”, co oznaczało, że dokumentacja medyczna nie mogła być archiwizowana poza terenem placówki medycznej.

Dokumentacja wewnętrzna powinna być przechowywana w zakładzie, w którym została sporządzona, jednak dopuszcza się archiwizację dokumentacji przez inny podmiot, pod warunkiem zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych

Z kolei w art. 58 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, pozostawiono wcześniej obowiązujący zapis mówiący, iż „Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w zakładzie, w którym została sporządzona”, jednak zapis ten uzupełniono stwierdzeniem o dopuszczalności archiwizacji dokumentacji przez inny podmiot, pod warunkiem zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych. Zgodnie z art. 74 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa placówka medyczna. W związku z tym, w przypadku zlecenia przetwarzania i archiwizowania elektronicznej dokumentacji medycznej, wymagana jest jednoznaczna identyfikacja miejsca przetwarzania danych medycznych. Zatem przy podpisywaniu umowy outsourcingu bardzo wyraźnie musi być określony system (aplikacja, baza danych, itp.) oraz urządzenie (serwer, dysk, macierz dyskowa, taśma do backupu, itp.) na którym będą przetwarzane, przechowywane i archiwizowane dane medyczne.

ZABEZPIECZENIE DOKUMENTACJI

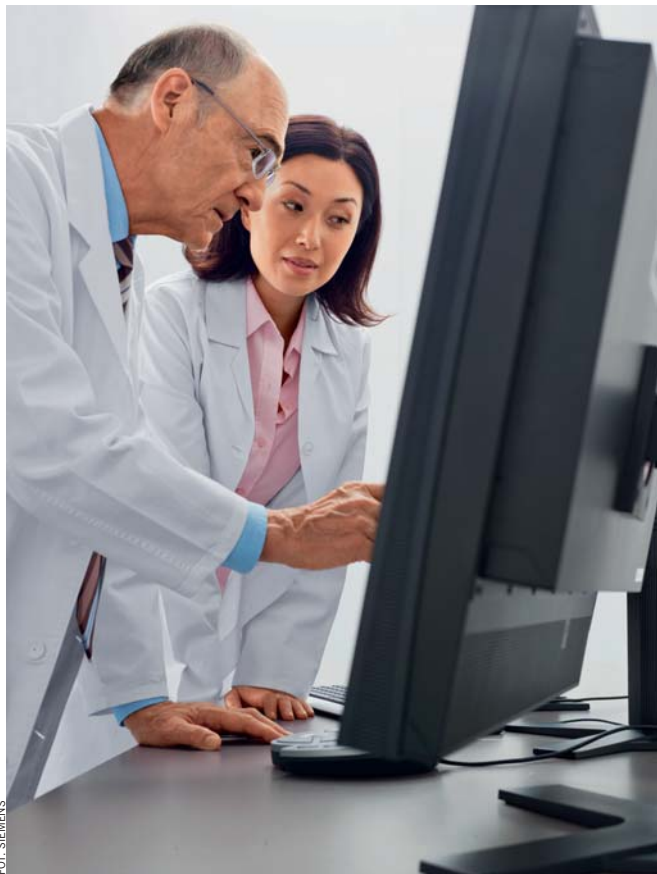
Zgodnie z art. 73 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. za bezpieczeństwo dokumentacji medycznej odpowiada podmiot, który tę dokumentację sporządził. Placówka medyczna musi zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

Zabezpieczenie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej zgodnie z art. 86 tego rozporządzenia ma miejsce wtedy, gdy spełnione są następujące warunki: jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem, są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem, dostosowanym do obowiązujących przepisów, jest system backupów w czasie rzeczywistym, polegający na automatycznym tworzeniu kopii bezpieczeństwa w momencie zapisywania danych. Dzięki temu dane kopii bezpieczeństwa są na bieżąco aktualizowane i w przypadku utraty danych możliwe jest ich odzyskanie.

CHMURA OBLICZENIOWA

Przetwarzanie danych w chmurze obliczeniowej to obecnie jedna z najszybciej rozwijających się usług informatycznych. Placówka medyczna nie ponosi nakładów na infrastrukturę informatyczną,



FOT. SIEMENS

lecz korzysta z wynajętej infrastruktury. Komputery są wyłącznie terminalami do prezentacji wyników.

Chmura to serwery, oprogramowanie, światłowody itd., do której uzyskuje się dostęp za pośrednictwem Internetu. Jest kilka rozwiązań działających w tym systemie: Infrastructure as a Service – IaaS (Infrastruktura jako usługa), Platform as a Service – PaaS (Platforma jako usługa) oraz Software as a Service – SaaS (Oprogramowanie jako usługa).

UWARUNKOWANIA PRAWNE OPROGRAMOWANIA DZIAŁAJĄCEGO W CHMURZE

Możliwe jest zainstalowanie w chmurze programów do prowadzenia e-dokumentacji. Jednak są ograniczenia wynikające z przepisów prawa. Placówka medyczna musi wiedzieć, na którym serwerze są archiwizowane jego dane medyczne (art. 74 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania „Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot”).

Ponadto placówka medyczna powinna wskazać miejsce przetwarzania danych (Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne nakłada na podmioty publiczne, w tym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, obowiązek wdrożenia polityki bezpieczeństwa). Zaś Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych, określa, że polityka bezpieczeństwa powinna zawierać wykaz pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe.

Zabezpieczenie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej ma miejsce wtedy, gdy spełnione są następujące warunki: jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem, są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana

ZALECENIA GIODO

W przypadku wyboru rozwiązań opartych o model chmury obliczeniowej należy wziąć pod uwagę zalecenia Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, przedstawione w dokumencie „Dziesięć zasad stosowania usług chmurowych przez administrację publiczną”. Do najważniejszych zaleceń należy to, aby podmiot, decydujący się na przekazanie swoich zasobów do chmury obliczeniowej, zobowiązał dostawcę tej usługi do przekazania pełnej informacji o wszystkich fizycznych lokalizacjach serwerów, na których są przetwarzane lub mogą być przetwarzane dane. Dostawca usługi powinien także umożliwić pełny dostęp do dokumentacji dotyczącej zasad bezpieczeństwa oraz środków technicznych przyjmowanych w poszczególnych centrach przetwarzania danych. Ponadto dostawca usługi powinien przekazać pełną informację dotyczącą podwykonawców i podmiotów współpracujących, mających udział w dostarczaniu usługi chmury obliczeniowej. Każdy z podwykonawców powinien być traktowany również jako przetwarzający dane osobowe i być związany takimi samymi klauzulami umownymi jak dostawca usługi. Odbiorca usługi powinien pozostać wyłącznym administratorem danych osobowych przekazanych do chmury. Dostawca usługi powinien również poinformować odbiorcę usługi o wszelkich zobowiązaniach publicznych wobec organów ścigania, służb specjalnych w zakresie przekazywania i dostępu do danych zamieszczanych w chmurze obliczeniowej.

PODSUMOWANIE

Każdy podmiot medyczny ma możliwość wyboru dowolnego rozwiązania opisanego w tym artykule, który powstał na bazie wytycznych rządowego Centrum Systemów Informatycznych. Decydując się na wybór określonego modelu przetwarzania danych kierownik lub właściciel placówki medycznej określa podział odpowiedzialności pomiędzy siebie a dostawcę oprogramowania nad wykorzystywanymi zasobami IT w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa.



PIOTR SZYMAŃSKI

Zastępca redaktora naczelnego magazynu
Nowy Gabinet Ginekologiczny



FOT. CHROMA

Telemedycyna w opiece okołoporodowej

TELEMEDYCYNĄ JEST DYNAMICZNIE ROZWIJAJĄCYM SIĘ NURTEM WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM. Łącząc w sobie elementy medycyny, informatyki oraz telekomunikacji, w znaczący sposób poprawia jakość usług medycznych. Oferuje rozwiązania w wielu dyscyplinach, w tym w opiece okołoporodowej, powstało bowiem mobile KTG.

MONITOROWANIE ZA POMOCĄ KTG

60 lat temu, w 1957 roku, Orvan Hess i Edward Hon opracowali pierwsze urządzenie do monitorowania akcji serca płodu. Od tego czasu badanie dobrostanu płodu przeszło szereg udoskonalień. Kardiotokograf (KTG) rutynowo używany jest w szpitalach i gabinetach ginekologiczno-położniczych do monitorowania dobrostanu płodu. Wykorzystuje sondę ultrasonograficzną do pomiaru akcji serca płodu (FHR) oraz sondę umożliwiającą pomiar czynności skurczowej mięśnia macicy (TOCO). Dodatkowo za pomocą znacznika zliczane są ruchy płodu. KTG jest sprawdzonym i szeroko stosowanym urządzeniem w opiece okołoporodowej. Standardowy KTG ma jednak ograniczenia, zarówno dla lekarza, jak i dla samej pacjentki. Należą do nich między innymi:

- dostępność sprzętu, ograniczona jedynie do bazy lokalowej ośrodków zdrowia,

- konieczność przeprowadzenia badania przez wykwalifikowany personel medyczny,
- brak dodatkowych czujników różnicujących akcję serca płodu od tętna matki i z tym związane ryzyko nieprawidłowego ułożenia sondy FHR,
- duże gabaryty i ciężar urządzenia wpływające na małą mobilność urządzenia oraz konieczność wydzielenia przestrzeni do badania,
- w wielu przypadkach archiwizacja danych odbywa się jedynie w wersji papierowej,
- wysoki koszt zakupu urządzenia,
- konieczność wcześniejszego umówienia badania lub ryzyko oczekiwania na badanie,
- dojazd do ośrodka zdrowia, często odległego od miejsca zamieszkania pacjentki.

INNOWACJA W KTG, CZYLI TELEKTG

Przełomem technologicznym we współczesnej opiece okołoporodowej może okazać się teleKTG. Urządzenie łączy w sobie cechy profesjonalnego, stacjonarnego urządzenia KTG oraz nowoczesność i łatwości w obsłudze urządzeń mobilnych. TeleKTG umożliwia przeprowadzenie badań u kobiet w ciąży w dowolnym momencie oraz miejscu. Po zakończeniu badania zapis wyników przesyłany jest, z wykorzystaniem sieci bezprzewodowej, do interpretacji. Zajmuje się tym wykwalifikowany personel medyczny, który informuje pacjentkę o wynikach badania. Jeśli odczyt wzbudzi zaniepokojenie personelu Medycznego Centrum Telemonitoringu, uruchomione zostaną stosowne procedury medyczne. Wgląd we wszystkie wyniki mają jednocześnie lekarz lub położna sprawujący opiekę nad daną pacjentką.

MOBILNE KTG NA POLSKIM RYNKU

Mobilne KTG są już dostępne w Polsce. Wyznaczają nowy trend w badaniach dobrostanu płodu i mają szansę podnieść poziom profilaktyki okołoporodowej. O zastosowaniu urządzenia u danej pacjentki, między wizytami kontrolnymi, decyduje lekarz lub położna. Decyzję taką mogą podjąć na bazie historii przebiegu ciąży, ciąż poprzednich

lub wskazań zdrowotnych. Niezmiernie ważną kwestią jest także instruktaż obsługi mobilnego KTG, który ekspert udzieli swojej pacjentce. Na polskim rynku obecne są zarówno urządzenia medyczne, których działanie oparte jest na pełnej funkcjonalności KTG, jak również urządzenia konsumencie, o zdecydowanie mniejszej skuteczności diagnostycznej.

Jakie parametry są ważne i stanowią o tym, że dane urządzenie może być niezawodnym teleKTG?

- Wykorzystanie w urządzeniu 4 sensorów - sondy FHR pozwalającej wyznaczyć wartości akcji serca płodu, sondy TOCO umożliwiającej pomiar poziomu skurczów mięśnia macicy, znacznika ruchu płodu oraz opaski do pomiaru tętna.
- Bazujące na algorytmach danych z sond i pulsometru podejście do pomiarów, pozwalające odróżnić akcję serca płodu od pulsu mamy.
- Bezprzewodowe przesłanie danych z pomiarów do interpretacji.
- Bieżąca analiza kontrolnych zapisów KTG. Przesyłane z mobilnych KTG wyniki powinny być na bieżąco analizowane przez profesjonalny personel medyczny.
- Zastosowanie oprogramowania, które umożliwia segregację zapisów w kolejności od tych najbardziej niepokojących, wymagających pilnego sprawdzenia.

- Natychmiastowy kontakt z pacjentką w sytuacji, kiedy wyniki KTG są niepokojące oraz uruchomienie procedury medycznej.
- Natychmiastowe przekazanie wyników z pomiarów lekarzowi i/lub położnej sprawujących opiekę nad pacjentką.
- Łatwość i intuicyjność obsługi urządzenia przez pacjentkę oraz dostępność dla niej personelu Medycznego Centrum Telemonitoringu, który w każdej chwili może służyć profesjonalną poradą.

ZAPOTRZEBOWANIE NA TELEKTG

Nieprawidłowości w przebiegu ciąży odnotowuje się u około 20% ciężarnych. Natomiast niepokój, związany ze stanem zdrowia płodu, intensywnością lub brakiem jego ruchów, odczuwa większość kobiet oczekujących narodzin dziecka. Wysoki odsetek kobiet ciężarnych, przynajmniej raz w czasie ciąży, odwiedza placówki medyczne w celu sprawdzenia, czy wszystko w przebiegu ciąży jest prawidłowo. Jednym z badań wówczas stosowanych jest właśnie KTG. Dzięki teleKTG, kobiety w ciąży, w sytuacji niepokoju, mają ułatwiony dostęp do bieżącej kontroli stanu zdrowia dziecka, co ważne, w komfortowych, domowych warunkach. Warto podkreślić, że nic nie jest w stanie zastąpić doświadczenia i wiedzy specjalistów. Telemedyczny system KTG powstał, by wspierać ekspertów w ich codziennej praktyce, nie aby ich zastąpić.

UMIERALNOŚĆ OKOŁOPORODOWA W POLSCE

W Polsce rodzi się około 370 tys. dzieci rocznie. Umieralność okołoporodowa, definiowana jako urodzenia martwe i zgony niemowląt w pierwszych 6. dobach życia, w liczbach bezwzględnych, w 2012 roku wyniosła 2519, w 2013 roku 2232, a w 2014 roku 2122. Zauważalny jest trend spadkowy. Jednak na tle wielu krajów Europy nie kształtuje się tak pozytywnie. Z danych „Rocznika GUS” z 2015 roku wynika, że w Polsce współczynnik umieralności okołoporodowej, definiowany jako urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni, na 1000 urodzeń żywych, w roku 2013 wyniósł 6,0 ‰. W tym samym roku, w innych krajach europejskich, kształtował się na poziomie: Finlandia 2,7 ‰, Estonia 2,9 ‰, Islandia 2,9 ‰, Portugalia 3,4 ‰, Czechy 3,4 ‰, Hiszpania 3,6 ‰, Norwegia 4,1 ‰, Włochy 4,1 ‰, Irlandia 4,8 ‰, Szwecja 5,2 ‰. Wiele śmiertelnych przypadków nie jest powiązanych z wadą płodu, a dotyczy, między innymi, okręcenia pępowiny, obumarcia płodu lub zbyt późno rozpoznanego odklejenia się łożyska. Z medycznego punktu widzenia nie wszystkim powikłaniem można zapobiec. Możliwa jest natomiast poprawa w obszarze profilaktyki oraz dostępności badań, kontrolujących stan matki oraz dobrostan płodu. (PR)



FOT. 123RF

Nieprawidłowości w przebiegu ciąży odnotowuje się u około 20% ciężarnych. Natomiast niepokój, związany ze stanem zdrowia płodu, intensywnością lub brakiem jego ruchów, odczuwa większość kobiet oczekujących narodzin dziecka

OBOWIĄZEK PODAWANIA PRZEZ LEKARZY INFORMACJI O UDZIELANYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH A ZAKAZ REKLAMY

Czy i jak reklamować gabinet

REKLAMA JEST OBECNIE PODSTAWĄ FUNKCJONOWANIA WIĘKSZOŚCI PROWADZONYCH PRZEDSIĘBIORSTW. POZWALA ONA DOTRZEĆ DO OSÓB POTENCJALNIE ZAINTERESOWANYCH USŁUGĄ. SYTUACJA, W PRZYPADKU LEKARZY, JEST JEDNAK NIECO SKOMPLIKOWANA. Są oni bowiem zobowiązani przez

ustawę do podawania niektórych informacji, jednakże ich treść nie może być dowolna, a konkretnie, informacje te nie mogą mieć cech reklamy.

uwagi na możliwe konsekwencje prawne, warto wiedzieć, w jakiej formie lekarz obowiązany jest udzielać informacji pacjentom, nie naruszając przy tym zakazu reklamy. Istotnym zagadnieniem jest również określenie konsekwencji zachowania sprzecznego z tym ograniczeniem.

OBOWIĄZEK UDZIELANIA INFORMACJI PRZEZ LEKARZA

Zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638 t. j., ze zm.), podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Za podmiot leczniczy, zgodnie z wyżej wymienioną ustawą, należy uznać między innymi lekarza. Powyższa ustawa nie wskazuje jednak, jak obowiązek informacyjny powinien być realizowany. W związku z tym należy odwołać się do Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 t. j., ze zm.), która przewiduje w art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 w zw. z art. 12 zdanie drugie, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, przez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym (na przykład poprzez tablicę informacyjną). W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, informację udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa (1). Informacje te nie mogą mieć cech reklamy.

DEFINICJA REKLAMY

Ustawa o działalności leczniczej zakazuje podania do wiadomości publicznej informacji, które mają cechy reklamy, jednak nie definiuje jej pojęcia. W związku z tym należy sięgnąć do Dyrektywy 2006/114/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej reklamy wpro-

wadzającej w błąd i reklamy porównawczej (Dz. U. UE.L.2006.376.21). Na jej gruncie, pojęcie „reklama” oznacza przedstawienie zalet towaru lub usług, w jakiegokolwiek formie, w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów, w celu wspierania zbytu towarów lub usług, w tym nieruchomości, praw i zobowiązań. Termin ten jest również definiowany na gruncie ustawodawstwa krajowego, a konkretnie w Ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz.U. z 2016 r., poz. 639 t. j., ze zm.). Zgodnie z jej art. 4 pkt 17 reklamą jest przekaz handlowy, pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego, w związku z jego działalnością gospodarczą lub zawodową, zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług; reklamą jest także autopromocja.

Należy wziąć pod uwagę również powszechnie przypisywane znaczenie tego słowa, mianowicie, reklamą jest działanie mające na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania z określonych usług (2). W doktrynie uznaje się, że na gruncie Ustawy o działalności leczniczej za reklamę należy uznać „podawanie przez podmiot wykonujący działalność

Pojęcie „reklama” oznacza przedstawienie zalet towaru lub usług, w celu wspierania zbytu tych towarów lub usług

leczniczą do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych połączone z zachęcaniem do korzystania z tych świadczeń, mającym na celu np. zwiększenie liczby pacjentów i realizowanych świadczeń opieki zdro-



FOT. 123RF

wotnej, a w rezultacie – zwiększenie przychodów finansowych. „Wydaje się więc, że w tym wypadku zakaz reklamy bardziej odnosi się do świadczeń tzw. komercyjnych (niefinansowanych przez publicznych płatników – NFZ, ministrów)” (1).

ZAKRES INFORMACJI PODAWANYCH DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI

Uchwała Nr 18/98/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 kwietnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej określa zasady, na podstawie których lekarz, wykonujący indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, może podawać do publicznej wiadomości informację o udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z nią, informacja ta powinna zawierać następujące dane: tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni i godziny przyjęć. Ponadto może ona zawierać inne, podane w powyższej uchwale dane: stopień naukowy, tytuł naukowy, specjalizacje, umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, szczególne uprawnienia oraz numer telefonu. Co więcej, może ona także zawierać dane o szczególnym zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednakże można je zamieścić po uzyskaniu zgody właściwej terytorialnie okręgowej rady lekarskiej.

SPOSÓB UDZIELANIA INFORMACJI

Przywołana uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej określa również sposób udzielania powyższych informacji, a mianowicie wskazuje, że może się to odbywać wyłącznie przez nie więcej niż dwie stałe tablice ogłoszeniowe, opatrzone w górnej części napisem „praktyka lekarska” lub „specjalistyczna praktyka lekarska”, umieszczone na zewnątrz budynku, w którym prowadzona jest praktyka i ewentualnie, dodatkowo, nie więcej niż dwie tablice

NRL określiła zasady podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Powinna ona zawierać: tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni i godziny przyjęć, a także stopień lub tytuł naukowy, specjalizacje, umiejętności z zakresu węższych dziedzin, szczególne uprawnienia oraz numer telefonu. Jeśli zgodzi się OIL, można też podać informację o szczególnym zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych

ogłoszeniowe przy drogach dojazdowych do siedziby praktyki. Co ciekawe, określono również wymiary tablic - powinny być one nie większe niż 40 cm na 60 cm. Okręgowa Rada Lekarska została upoważniona do określenia szczegółowego wzoru tablicy ogłoszeniowej. Zgodnie z uchwałą dopuszczalne jest także udzielanie informacji przez umieszczanie ogłoszeń prasowych w rubrykach dotyczących usług lekarskich, informacje zawarte w książkach telefonicznych i informatorach o usługach medycznych w dziale dotyczącym usług lekarskich oraz informację elektroniczną (Internet, specjalne telefony informacyjne).



BIBLIOGRAFIA

1. Tomasz Rek, Komentarz do art.14 ustawy o działalności leczniczej [w:] Dercz M., Rek T., Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz., Warszawa 2014, LEX 2014
2. <http://sjp.pwn.pl/sjp/2573777>
3. Wyrok NSA w Szczecinie z dnia 18 kwietnia 2001 r., SA/Sz 2000/00, LEX nr 48952).
4. Opinia prawna Zespołu Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej z 6 marca 2013 roku, w przedmiocie ograniczeń reklamy i informowania o zakresie i rodzaju udzielanych w praktyce lekarskiej świadczeń lekarskich (sygnatura dokumentu NRL/ZRP/WI/163/2013).

ZAKAZ POSIADANIA CECH REKLAMY

Ustawa o działalności leczniczej wyraźnie zabrania posiadania cech reklamy przez informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. W wyżej przywołanej uchwale, jako przykłady niedozwolonych informacji, podano: wszelkie formy zachęty do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, potoczne określenia, obietnice, informacje o metodach i czasie leczenia, określenie cen i sposobu płatności, informacje o jakości sprzętu medycznego. Należy zatem uznać, że dozwolone jest podawanie do publicznej wiadomości obiektywnej informacji, natomiast zakazane jest zachęcanie do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, jak na przykład informowanie o promocjach, jakości świadczeń czy też

Lekarz może umieścić na zewnątrz budynku dwie tablice ogłoszeniowe, opatrzone w górnej części napisem „praktyka lekarska” i ewentualnie dodatkowo nie więcej niż dwie tablice ogłoszeniowe przy drogach dojazdowych do siedziby. Określono również wymiary tablic - powinny być one nie większe niż 40 cm na 60 cm

o innych pacjentach, korzystających z usług lekarza (1).

Co ważne, dotyczy to jedynie informacji podawanych do wiadomości publicznej. Publiczny sposób prowadzenia reklamy to taki, który charakteryzuje się powszechnością, jawnością, ogólną dostępnością oraz przeznaczeniem dla (lub do) ogółu, w zależności od użytego sposobu jej wyrazu (3). Z powyższego należy wnioskować, że lekarz uprawniony jest do skierowania oferty do indywidualnego pacjenta, zachęcającej do skorzystania z oferty (na przykład telefonicznie) (1).

Co więcej, art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej zabrania wszelkiego reklamowania się przez lekarzy. Nie powinni oni również wyrażać zgody na używanie ich nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

NARUSZENIE ZAKAZU REKLAMY

Zgodnie z art. 147a § 2 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2015 r., poz. 1094 t. j., ze zm.) osoba, która podaje do wiadomości publicznej informację o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych mającej formę i treść reklamy, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. Co więcej, jak nadmieniono wyżej, również Kodeks Etyki Lekarskiej zabrania reklamowania się przez lekarzy. Wobec czego należy uznać, że naruszenie tego zakazu będzie stanowiło nie tylko wykroczenie na gruncie kodeksu wykroczeń, ale również przewinienie zawodowe, a co za tym idzie będzie skutkowało odpowiedzialnością zawodową, którą przewiduje Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 522, t. j., ze zm.). Możliwe kary, jakie mogą zostać orzeczone przez sąd

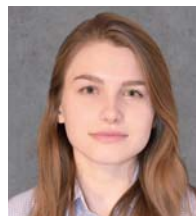


FOT. 123 RF

lekarski to: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, a nawet pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Ponadto jeżeli reklama jest sprzeczna z przepisami prawa, dobrymi obyczajami lub uchybia godności człowieka, zgodnie z Ustawą z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 r., nr 153, poz. 1503 t. j., ze zm.) należy ją uznać za czyn nieuczciwej konkurencji, a tym samym może w niektórych sytuacjach podlegać karze aresztu albo grzywny (4).

Reasumując, należy zachować szczególną ostrożność w kwestii informowania o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, ze względu na dosyć płynną granicę dzielącą informowanie od reklamowania świadczeń, a także możliwe dotkliwe konsekwencje, wynikające z naruszenia powyższego zakazu, to jest nie tylko odpowiedzialność w zakresie prawa wykroczeń, skutkująca karą grzywny bądź aresztu, ale także możliwa odpowiedzialność zawodowa.



MARIA ZADORA

Prawnik z SMW Legal Stolarski, Majewski i Współpracownicy Kancelaria Radców Prawnych sp.p.

IV MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA ENDOKRYNOLOGII
ROZRODCZOŚCI POD PATRONATEM PTG



Development of Scientific Cooperation in Reproductive Medicine Research IV

WARSZAWA
09-10. 06. 2017

ENDOKRYNOLOGIA ROZRODU
PCO/PCOS W NIEPŁODNOŚCI
DIAGNOSTYKA PREIMPLANTACYJNA
ONCOFERTILITY
CHIRURGIA W NIEPŁODNOŚCI
YOUNG SCIENTISTS ORAL
COMMUNICATIONS SESSION
KOMERCJALIZACJA BADAŃ
NAUKOWYCH

www.cooperationivf.eu

Organizator:
Ogólnopolskie Centrum Badania, Edukacji i Monitorowania Problemów Płodności



MEDtube

sharing
medical
knowledge™

oncofertility



Turun yliopisto
University of Turku



ptmrie



medicalguidelines.pl

e-ginekologia.pl
Portal dla ginekologów



MEDYK
BIAŁOSTOKI

Oferujemy demonstracyjne
oraz rekondycjonowane
aparaty ultrasonograficzne
marki General Electric
po konkurencyjnych cenach.

Zapewniamy fachowy
serwis gwarancyjny
i pogwarancyjny.

