

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **6**
(37) 2017

Rola karnityny w leczeniu męskiej niepłodności



GINEKOLOGIA:

- Diagnostyka neoplazji śródnabłonkowej szyjki macicy
- Klasyfikacja anatomii warg sromowych mniejszych

PRAWO:

- Magazynowanie odpadów – nowe rozporządzenie
- e-dokumentacja jeszcze rok później
- Pytania do prawnika
- ZAiKS – muzyka w gabinecie

Mammograf cyfrowy 2D z opcją tomosyntezy

med  fiz
SYSTEMY RADIOLOGICZNE

Planmed



Med-Fiz Sp. z o.o.

www.medfiz.pl

biuro@medfiz.pl

+48 600 851 032

+48 33 498 0253



SYSTEM KOLPOSKOPII MOBILNEJ

- trafne i szybkie obrazowanie szyjki macicy
- lekki, wygodny, intuicyjny w obsłudze kolposkop mobilny
- aplikacja mobilna do obsługi zdjęć i zapisywania adnotacji
- zabezpieczony portal do gromadzenia dokumentacji i zdalnej konsultacji
- certyfikat FDA



Mobile
SCANMED
Systems

mobilescanmed.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. Magazyn jest kierowany do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu art. 52 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 6.01.2001 Prawo Farmaceutyczne. 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

6

Miscellanea

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

14

Pytania do prawnika

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

16

Magazynowanie odpadów

Od grudnia 2017 roku obowiązują nowe rozporządzenie dotyczące postępowania z odpadami medycznymi. Najistotniejszą zmianą jest konieczność przygotowania specjalnego pomieszczenia, w którym będą magazynowane odpady.

20

Rola karnityny w leczeniu męskiej niepłodności

Niepłodność małżeńska w połowie przypadków może być spowodowana przez nieprawidłowe parametry nasienia

u mężczyzny. Zasadne wydaje się podejmowanie prób wspomagania ruchliwości plemników.

24

Diagnostyka neoplazji śródnamionkowej szyjki macicy

Raport cytologicznych zmian widocznych w rozmazach z szyjki macicy, zwany Systemem Bethesda (ang. The Bethesda System, TBS), zaproponowano po raz pierwszy w 1988 roku w Narodowym Instytucie Zdrowia w Maryland w czasie roboczego spotkania, którego przewodniczącym był Robert Kurman.

27

ZAiKS – muzyka w gabinecie

Zapewnienie pacjentowi przyjaznej atmosfery w trakcie leczenia oraz bezpośrednio przed jego rozpoczęciem jest kluczowym elementem budowania przyjaznego wizerunku lekarza. Z pewnością w zdecydowanej większości gabinetów z głośników w poczekalni, czy nawet we wnętrzu samego gabinetu, płynie muzyka z rozgłośni radiowych lub nośników pamięci. Czy jest to legalne?

30

Klasyfikacja anatomii warg sromowych mniejszych

Rozmiary, kształt i asymetria warg sromowych mniejszych (WSM) różnią się znacząco u poszczególnych kobiet. Używane powszechnie określenie „przerostu” warg sromowych mniejszych ma charakter bardzo nieprecyzyjny, indywidualny i niemożliwy do obiektywnej oceny narzuconej przez system klasyfikacji, który jest jedynie formą mapy terenu, jakim jest warga sromowa mniejsza.

32

e-dokumentacja jeszcze rok później

Uff – odetchnie wielu lekarzy. Mamy jeszcze rok na wprowadzenie programu do prowadzenia e-dokumentacji. Jednak warto już dziś wybrać program i go przetestować. Na lamach Nowego Gabinetu Ginekologicznego do kilku miesięcy szczegółowo opisujemy wszystkie zagadnienia związane z wyborem programu. W tym numerze prezentujemy wywiad z Grzegorzem Zygiewskim, specjalistą ds. systemów informatycznych w firmie Hakon Software, który o programach do e-dokumentacji wie chyba wszystko.

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

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

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

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

Ivan Fističić, 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. Jacek Tulimowski
Lekarz ginekolog, redaktor naczelny magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny, Tulimowski&Sterlińska Gabinet Ginekologiczne, Warszawa

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 pocztę
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca






zamówienia do godz. 17:00
każde zamówienie złożone do godziny 17:00 zostanie zrealizowane tego samego dnia



dostępność produktów
99,2% naszego asortymentu jest gotowa do natychmiastowej wysyłki



szybka reakcja obsługi
dzwoniąc na naszą infolinię 62 332 00 00 zawsze odbierzemy telefon



atrakcyjne ceny
nasza oferta „kup więcej za mniej” pozwala poczynić duże oszczędności



zwroty w ciągu 30 dni
każdy z klientów ma możliwość dokonania zwrotu towaru w ciągu 30 dni

**ZADZWOŃ
I SPRAWDŹ NAS**
62 332 00 00
www.sklep.meringer.pl
www.meringer.pl



Jeżeli nie wywiązaliśmy się ze złożonych zobowiązań.



Zyskujesz bon na
30zł!

MISCELLANEA

SZPITALA

Innowacyjna operacja wycięcia macicy

PRZEZ KILKA GODZIN PRACOWAŁY CZTERY ZESPOŁY SPECJALISTÓW ZE SZPITALA KLINICZNEGO NR 2 PUM W SZCZECINIE PRZY OPERACJI WYCIĘCIA MACICY PODCZAS PORODU. Zastosowano innowacyjną metodę, dzięki której zminimalizowano upływ krwi.

Operacja rozpoczęła się od wprowadzenia pacjentce do tętnic biodrowych specjalnych balonów (cewników naczyniowych), następnie po przeprowadzeniu

cesarskiego cięcia, balony zostały napompowane i w ten sposób zamknięto naczynia doprowadzające krew do miednicy. Następnie zespół ginekologów usunął macicę z łożyskiem. Lekarze urolodzy jeszcze przed operacją założyli kobiecie twarde cewniki do obu moczowodów i ocenili stan ścianki pęcherza. Sprawdzili, czy łożysko nie wrasta dodatkowo w pęcherz moczowy. Pacjentka przeszła zabieg bez powikłań.

Do tej pory tego typu zabiegi na Pomorzanach były przeprowadzane bez zamykania naczyń i bez udziału radiologów.

Współpracowano tylko z urologami, jednak dochodziło czasem do większej utraty krwi, co wiązało się z tym, że pacjentki trafiały na oddział intensywnej terapii.

Tego typu operacji dokonuje się m.in. w przypadku powikłań ciąży w postaci wrosniętego łożyska. Zabieg przeprowadziły zespoły klinik: Położnictwa i Ginekologii, Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc, Zakładu Radiologii Zabiegowej oraz Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej szpitala na Pomorzanach. (Przemysław Tórz)

FUNDACJA PRO – PRAWO DO ŻYCIA

Fundacja kontroluje liczbę aborcji

OD 2008 ROKU W SZPITALU BIELAŃSKIM W WARSZAWIE PRZEPROWADZONO BLISKO 800 ABORCJI - POINFORMOWAŁA FUNDACJA PRO - PRAWO DO ŻYCIA. Z danych, jakie Fundacja otrzymała od szpitala, wynika, że z blisko 800 aborcji, najwięcej przeprowadzono w ubiegłym roku.

Spśród 115 płodów poddanych aborcji w 2016 roku – w przypadku 110 przyczyną było podejrzenie o chorobę. W tym 52 dotyczyło podejrzeń o zespół Downa, a 3 o zespół Turnera – tak wynika z dokumentów przedstawionych przez Szpital Bielański. Raport WHO wskazuje, że rocznie na całym świecie wykonuje się 56 milionów aborcji. (PT)

PRAWO

Będą zmiany na opolskich porodówkach

NOWE PROCEDURY DOTYCZĄCE PRZEDWCZESNYCH PORODÓW ZACZNĄ OBOWIĄZYWAĆ W OPOLSKICH SZPITALACH. Zmiany mają wejść w życie po medialnych doniesieniach o tym, że pacjentki opolskich szpitali po poronieniu przed 10. tygodniem ciąży musiały w ciągu dwóch godzin od zabiegu wezwać kuriera, samodzielnie znaleźć laboratorium i zawieźć tam martwy płód.

W laboratorium za kilkaset złotych wykonywane było badanie płci, niezbędne do otrzymania przez kobietę świadczeń po stracie dziecka. Takie procedury spotykały się z krytyką wielu środowisk. W opolskim urzędzie wojewódzkim powołano ko-

misję, która opracowała listę dobrych praktyk w takich sytuacjach. Wytyczne zostały już opracowane i po zaopiniowaniu przez zespół ekspertów zostaną przekazane do wszystkich szpitali i szkół rodzenia na terenie województwa opolskiego. W dokumencie znajdzie się ankieta ewaluacyjna. Za jej pomocą personel medyczny ma być zobligowany do wnikliwej obserwacji zachowania kobiety po poronieniu. W opolskich szpitalach mają zostać wprowadzone zmiany, które stworzą kobiecie możliwość przeżywania żałoby po stracie dziecka. Każda kobieta będzie miała możliwość w samotności lub z rodziną pożegnać się z dzieckiem. (PT)

DOWIEDZIONO, ŻE

Test wykryje ryzyko przedwczesnego porodu

RYZYKO PRZEDWCZESNEGO PORODU, PORONIENIA LUB STANU PRZEDZRUCAWKOWEGO MOŻE OKREŚLIĆ SPECJALNE BADANIE WYKONANE W CIĄGU PIERWSZYCH 12 TYGODNICIAŻY. Test wykrywa cząsteczki mikroRNA obecne w komórkach krwi w łożysku.

Poronienie i stan przedzruciawkowy udało się przewidzieć z dokładnością sięgającą 90 proc., natomiast przedwczesny poród (przed 34 miesiącem ciąży) – z dokładnością 89 proc. na grupie 160 badanych ciężarnych. Badacze twierdzą, że wczesna ocena ryzyka powinna pozwolić na podjęcie odpowiednich działań zapobiegawczych i uniknięcie przedwczesnego porodu. Natomiast eksperci zwracają jednak uwagę, że choć uzyskano statystycznie istotne wyniki, badania są jeszcze we wczesnej fazie i przeprowadzono je na niewielkiej grupie kobiet. O wynikach badań poinformowano na dorocznym kongresie American Association of Reproductive Medicine w Texasie. Przeprowadził je zespół z Laboratory for Reproductive Medicine and Immunology w San Francisco. (PT)



FOT. CHROMA

NOWATORSKIE OPERACJE

Zoperowano dziecko urodzone w 24 tygodniu ciąży

NIECODZIENNĄ OPERACJĘ PRZEPROWADZILI CHIRURDZY Z OSTROWA WIELKOPOLSKIEGO. ZOPEROWALI DZIEWCZYNKĘ URODZONĄ W 24 TYGODNIU CIĄŻY. DZIECKO WAŻYŁO 500 GRAMÓW, OPERACJA WYMAGAŁA UDROŻNIENIA JELITA. Wszystko przebiegło pomyślnie.

Dziecko cały czas przebywa na oddziale intensywnej terapii noworodka, ponieważ ma wiele innych problemów poza chirurgicznymi. Lekarze podkreślają, że medycyna cały czas przesuwania wiek, kiedy mogą być dokonywane operacje. Jeszcze kilka lat temu granicą przeżywalności dla wcześniaka było 1000 gramów. Poniżej tej wagi, mimo wykonywanych operacji, nie było możliwości, żeby utrzymać dziecko przy życiu. Natomiast nasza 500-gramowa dziewczynka rośnie, już waży ponad 800 gramów – powiedział Witold Miałkiwicz, ordynator oddziału chirurgii dziecięcej w ostrowskim szpitalu. W Wielkopolsce są tylko dwa ośrodki trzeciego stopnia referencyjności neonatologicznej. Operacje tak małych dzieci – poniżej 1500 gramów można wykonywać w Poznaniu i Ostrowie. (PT)

SZPITAL

Napisali na Facebooku, dostali karetkę z inkubatorem

GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU WZBÓGACIŁ SIĘ O NOWĄ KARETKĘ Z NOWOCZESNYM INKUBATOREM I SPRZĘTEM DO RATOWANIA ŻYCIA DZIECI. Mercedes Sprinter, który kosztował 650 tysięcy złotych, zastąpi wysłużonego volkswagena craftera.

W ambulansie jest mobilny inkubator, który łatwo wyjąć z auta i przenieść do szpitala. W aucie jest również zamontowany nowoczesny sprzęt do ratowania życia, m.in. respiratory. Do zakupu auta przyczynili się pracownicy poznańskiego szpitala. Napisali na swoim Facebooku, że potrzebują nowego ambulansu do transportu noworodków. Poinformowali, że ten, którym obecnie dysponują, jest już bardzo wysłużony – ma 10 lat i 400 tysięcy kilometrów przebiegu na liczniku. Na tę wiadomość zareagowała fundacja Siepomaga.pl, która śledzi losy pacjentów i sytuację szpitali w Polsce. Pieniądze na zakup ambulansu – ok. 650 tysięcy złotych – pochodzą z działalności statutowej, czyli między innymi crowdfundingu. (PT)

SZPITALE

Pijana kobieta urodziła bliźniaki

PRAWIE PROMIL ALKOHOLU WE KRWI MIAŁY BLIŹNIAKI, KTÓRE URODZIŁA PIJANA

MATKA W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM. Stan zdrowia bliźniaków, które są wcześniakami, jest stabilny. Czterdziestoletnia kobieta podczas przyjęcia na oddział miała we krwi 1,3 promila alkoholu.

Utrudniało to znacznie proces porodu. Zespół lekarzy zdecy-

dował o przeprowadzeniu cięcia cesarskiego.

Czterdziestolatce, która może odpowiedzieć za narażenie dzieci na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia, może grozić kara do pięciu lat pozbawienia wolności. Przesłuchano już konkubenta kobiety. Ustalono, że rodzina korzystała wcześniej z pomocy opieki społecznej. Do zdarzenia doszło z soboty na niedzielę (z 7 na 8 października). (PT)



FOT. 123 RF

SZPITAL

Oddział ginekologiczno-położniczy w Goleniowie zawiesił działalność

SZPITAL W GOLENIOWIE ZAWIESIŁ DZIAŁALNOŚĆ ODDZIAŁU POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO. Powodem jest brak specjalistów. Po zamknięciu oddziału, pacjentki będą musiały dojeżdżać do Nowogardu lub Szczecina.

Z pracy na oddziale zrezygnowało dwóch lekarzy, zarządowi nie udało się ich przekonać, by wycofali wypowiedzenia.

Zarząd szpitala informuje, że oddział będzie zamknięty do końca miesiąca. Wszystkie pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie zostały wypisane do domu, nawet w nagłych przypadkach szpital nie planuje dalszych przyjęć. (PT)

SZPITAL

Walczą o porodówkę w Prudniku

SPADA LICZBA URODZEŃ NA PRUDNICKIEJ PORODÓWCE. Stałe są jednak koszty, które placówka ponosi. Starosta prudnicki, Radosław Roszkowski nie rozważa na razie jednak decyzji o likwidacji oddziału. Ma pomysły, jak uratować porodówkę.

Radosław Roszkowski planuje uruchomienie poradni dla kobiet oraz mobilnych szkół rodzenia. Kobiety po urodzeniu dziecka wraz z potomkiem mają być przewożone do domu transportem PCM. Do porodów w prudnickim szpitalu zachęcić ma program poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem. Udało się pozyskać na ten cel 830 tysięcy złotych z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego. Blisko 330 dzieci przyszło na świat w zeszłym roku na prudnickiej porodówce, próg opłacalności dla placówki szacuje się na poziomie 500 urodzeń. (PT)

AKCJE SPOŁECZNE

Ciężarne oddawały krew pępowinową

KREW PĘPOWINOWĄ NA CELE SPOŁECZNE ODDAŁAŁY KOBIECY RODZĄCE W OSTATNICH DNIACH W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W RADOMIU. Wszystko w ramach kampanii „Zostań dawcą krwi pępowinowej”. Do radomskich kobiet przyłączyły się także ciężarne z ponad trzydziestu innych placówek położniczych w Polsce.

Pozyskaną przy okazji porodu krew pępowinową można będzie, ze względu na znajdujące się w niej komórki macierzyste, wykorzystać w leczeniu chorób hematologiczno-onkologicznych. Celem akcji jest pozyskanie 75 porcji krwi pępowinowej, które mogą być wykorzystane do przeszczepów na całym świecie – mówi Agnieszka Zadrożna – przedstawicielka Polskiego Banku Komórek Macierzystych. Projektowi patronuje Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej i Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników. Kobiety, które oddawały krew, mówiły często, że decydują się na to bez problemów, bo może ona uratować komuś życie. Akcja cieszyła się dużym poparciem ciężarnych. (PT)

PRAWO

Ginekolodzy będą stwierdzać depresję poporodową

PRAWDOPODOBNIJE OD 2019 ROKU CIĘŻARNE I MATKI ZARAZ PO PORODZIE BĘDĄ PODDAWANE TESTOWI DEPRESJI BECKA. Będzie on wykonywany trzykrotnie – w pierwszym trymestrze ciąży, miesiąc przed planowanym porodem oraz miesiąc po porodzie.

Według wstępnych założeń, test będzie zlecał lekarz. Będzie mógł być przeprowadzony w gabinecie. Test zawiera 21 pytań wielokrotnego wyboru – m.in. o odczuwanie przyjemności i smutku, samoocenę, poczucie winy, zainteresowanie światem zewnętrznym, myśli samobójcze. Jeżeli wynik wskaże więcej niż 11 punktów, lekarz będzie zobowiązany skierować pacjentkę do specjalisty. Jednak to pacjentka podejmie ostatecznie decyzję, czy skorzysta z porady psychiatry. Samo wykonanie testu ma być już korzystne, ponieważ kobieta dowie się, że istnieje taka przypadłość, jak depresja poporodowa. O to, by włączyć badania przesiewowe w kierunku depresji poporodowej do standardów okołoporodowych, zabiega fundacja Rodzic po Ludzku. (PT)



FOT. 123 RF

SZPITALE

Opole: pacjentki skarżą się na procedury

NA PROCEDURY DOTYCZĄCE PRZEDWCZESNYCH PORODÓW SKARŻĄ SIĘ PACJENTKI W CENTRUM GINEKOLOGII, POŁOŻNICTWA I NEONATOLOGII W OPOLU. Chodzi o przypadki, kiedy ciąża kończy się poronieniem przed dziesiątym tygodniem ciąży.

Wtedy kobiety muszą same w ciągu dwóch godzin od zabiegu wezwać kuriera i następnie samodzielnie znaleźć laboratorium, które za kilkaset złotych wykona badania płci. Takie badanie

pozwala matce na zarejestrowanie dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego i uzyskanie zasiłku pogrzebowego oraz urlopu macierzyńskiego. Sprawę skomentowali przedstawiciele kurii opolskiej. Ksiądz Joachim Kobienia mówi, że praktyki opolskiej porodówki są „niedopuszczalne i haniebne”. Podkreśla, że bardzo ważny jest szacunek dla nienarodzonego dziecka. Mówi również o pogardliwym traktowaniu kobiety, która przeżywa tragedię. (PT)

NFZ

Ponowny konkurs w Łodzi

ŁÓDZKI OW NFZ OGŁOSIŁ KONKURS NA GINEKOLOGIĘ I POŁOŻNICTWO, PONIEWAŻ DO TZW. SIECI SZPITALI ZAKWALIFIKOWAŁO SIĘ ZA MAŁO PORODÓWEK, NIE WESZŁY DO NIEJ NP. PRYWATNE PLACÓWKI MEDEOR I SALVE, KTÓRE DOTYCHCZAS MIAŁY UMOWY Z FUNDUSZEM.

Oferenci nie przygotowali się wystarczająco dobrze do konkursu w zakresie ginekologii i położnictwa – tak uważa łódzki Oddział Wojewódzki NFZ i zapowiada ponowny konkurs. Liczne braki miały oferty, które do tej pory wpłynęły, nawet mimo długiego czasu na ich przygotowanie – twierdzi płatnik. Tylko szpital Salve Medica złożył poprawnie

ofertę i w tej sytuacji mógł zgarnąć całą pulę pieniędzy, jednak dyrektor łódzkiego oddziału NFZ podjął decyzję o unieważnieniu konkursu i ponownym jego ogłoszeniu. Chce w ten sposób zapewnić większą dostępność do świadczeń ginekologiczno – położniczych. Chce także zachować konkurencję pomiędzy lecznicami. (PT)

BANK MLEKA

Pierwszy bank mleka kobiecego w Szczecinie



PIERWSZY W PÓLNOCNIE - ZACHODNIEJ POLSCE BANK MLEKA KOBIECEGO ZACZNIE DZIAŁAĆ W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM SZPITALU KLINICZNYM NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE.

Szczeciński bank mleka nie będzie prowadził działalności dochodowej – zarówno donacja, jak i otrzymywanie mleka dla dzieci odbywać się będą bezpłatnie. Starania, by w tym miejscu powstał bank mleka, trwają od 2015 roku, wtedy rektor uniwersytetu przekazał na ten cel jedno z pomieszczeń w budynku. Problemem był brak pieniędzy, te jednak się znalazły.

Pieniądze na ten cel przekazał Rotary Club Szczecin Center i Urząd Miasta w Szczecinie. W sumie zebrano 400 tysięcy złotych, brakuje jeszcze 50 tysięcy. Brakujące środki zbierane będą podczas organizowanego przez Rotary Szczecin Center Club, koncertu charytatywnego Mietka Szczecińskiego. Otwarcie banku mleka, planowane jest na początku 2018 r. (PT)

DOWIEDZIANO, ŻE

Testy śliny na endometriozę

JEDNA Z FIRM DZIAŁAJĄCYCH W SAN FRANCISCO OPRACOWAŁA DWA TESTY POZWALAJĄCE ROZPOZNAĆ ENDOMETRIOZĘ NA PODSTAWIE BADANIA ŚLINY. Potrzebny do tego jest tylko zestaw testowy, za pomocą którego pobiera się próbkę śliny i wysyła do laboratorium.

Tam wykonywana jest dalsza część badania. Oba testy wykrywają małe fragmenty materiału genetycznego zwanego mikroRNA. Diagnozę można postawić na podstawie stężenia tego materiału w płynach ustrojowych. To stężenie różni się u kobiet z endometriozą. Na świecie może być nawet 200 milionów kobiet z endometriozą. W Polsce zdaniem specjalistów jest ich około miliona – występuje u 6 do 10 proc. pań w wieku rozrodczym. Badacze są przekonani, że od 38 do 50 proc. przypadków niepłodności kobiet może mieć związek z endometriozą. (PT)

PRAWO

Rzecznik Praw Dziecka po raz kolejny apeluje do resortów

RZECZNIK PRAW DZIECKA, MAREK MICHALAK PO RAZ KOLEJNY WYSTĄPIŁ DO MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ, MINISTRA ZDROWIA I MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI Z APELEM O PODJĘCIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU OCHRONĘ DZIECI NARAŻONYCH NA NIEBEZPIECZEŃSTWO UTRATY ŻYCIA I ZDROWIA, NA SKUTEK SPOŻYWANIA ALKOHOŁU LUB INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W TRAKCIE CIĄŻY.

RPD wcześniej już kilkakrotnie apelował o takie działania. Wiadomo już, że w Ministerstwie Sprawiedliwości podjęte zostały prace analityczne w zakresie oceny zachowań matek narażających swoje dzieci na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia, z zastosowaniem obecnie obowiązujących rozwiązań prawnych. Natomiast Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w ramach zadań zapobiegania, diagnozowania i pomocy dla dzieci z FASD i ich opiekunów, prowadzi działania mające na celu utworzenie Poradni FASD w Warszawie. Miałyby ona oprócz diagnozy i terapii dzieci z FASD, prowadzić terapię uzależnień dla kobiet w ciąży, mających problem z zaprzestaniem picia alkoholu. RPD w aktualnym piśmie pyta resorty, czy podjęte już zostały jakieś działania w tym kierunku i na jakim są etapie. (PT)

AKCJE SPOŁECZNE

Mężczyźni wysyłają kobiety na badania

"BO JESTEŚ DLA MNIE WAŻNA..." - TO NOWA FUNKCJONALNOŚĆ, KTÓRĄ URUCHOMIŁ LUBUSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ. Dzięki przesyłaniu wiadomości SMS, w szybki i prosty sposób kobieta zostanie powiadomiona o profilaktycznych badaniach.

Nowa funkcjonalność jest kolejnym narzędziem wspierającym działania mające na celu poprawę zgłaszalności na badania profilaktyczne, finansowane przez NFZ – informuje lubuski oddział Funduszu. Akcja ruszyła w październiku, w miesiącu poświęconym szczególnie walce z rakiem piersi. Jest skierowana do mężczyzn, jej przesłaniem jest przypomnienie ich najbliższym kobietom o badaniach profilaktycznych. Po wejściu na stronę dedykowaną akcji, użytkownik może wysłać wiadomość tekstową z informacją o programach profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy. (PT)

Jeszcze większy komfort i bezpieczeństwo badania ginekologicznego



zwroty w ciągu
30 dni

invisio®

pierwszy wziernik z polską ekspertyzą CBT Poznań,
dodatkowo przebadany na zawartość ftalanów

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

bez
FTALANÓW

polska ekspertyza CBIET Poznań
na brak szkodliwych ftalanów
oraz wysoką wytrzymałość
wzierników

możliwość skorzystania
z wygodnego dyspensera
na 25 szt. wzierników Invisio



łatwe i szybkie otwieranie
z folii za pomocą
nacięcia na zgrzewie




meringer®
10 lat

Zamów już teraz

tel. 62 332 00 00 • www.meringer.pl
www.sklep.meringer.pl

lub szukaj u naszych dystrybutorów na www.invisiospec.com

I co dalej...

ROZPOCZYNAJEMY NOWY CYKL ARTYKUŁÓW, W KTÓRYCH BĘDZIEMY PUBLIKOWAĆ CIEKAWY PRZYPADKI. PROPOZYCJE DALSZEGO POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO PROSZĘ PRZESYLAĆ DO REDAKTORA NACZELNEGO JACKA TULIMOWSKIEGO - JTULIMOWSKI@GMAIL.COM. NAJCIEKAWSZE SPOSTRZEŻENIA WYDRUKUJEMY W KOLEJNYM NUMERZE NOWEGO GABINETU GINEKOLOGICZNEGO.

WYWIAD:

Pacjentka: 49 lat.
Wywiad rodzinny dotyczący chorób onkologicznych bez znaczenia.
2 ciążę; 2 porody; 1 PSN; 1 CC.
Ostatni poród 20 lat temu – CC.
DTA nie stosowała; IUD nie było założone.
Miesiączki regularne 28 – 32 dni, pierwszy dzień obfity.
Od 2 lat obfite miesiączki regularne, co 28 – 30 dni, czas trwania krwawienia 6 – 7 dni, miesiączki obfite zwłaszcza pierwsze dwa dni – skrzepy.
Od 6 miesięcy w wykonanym badaniu morfologii krwi stwierdzono obniżenie poziomu Hb do 10.8g%
Z powodu przedłużającego się krwawienia miesiączkowego – skrzepy, wykonano pobranie materiału z jamy macicy – Pipellobiopsy.

WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO:

Rozpoznanie kliniczne		Data badania / Data
Opis choroby / Objawy		2017.07.27 16:44:42
Miejsce pobrania		Data badania / Data
Opis pobrania / Procedura		2017.07.27 16:47:21
Wynik badania patomorfologicznego		Data badania / Data
Opis badania / Wynik		2017.07.27 16:49:39
Wskazania / Uwagi		
Wskazania / Uwagi		

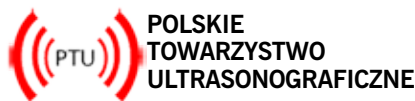
Jaki rodzaj postępowania terapeutycznego Państwo proponują?
Propozycję proszę przysłać na adres mailowy:
jtulimowski@gmail.com.
W następnym numerze zamieścimy opinię naszych konsultantów.

Jacek Tulimowski

reklama

Sorbifer Durules (Ferrosi sulfas). Skład i postać: Tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1 tabletkę zawiera 100 mg żelaza(II) w postaci żelaza(II) siarczanu (*Ferrosi sulfas*) oraz 60 mg kwasu askorbowego (*Acidum ascorbicum*). **Wskazania:** Leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza. Leczenie utajonego niedoboru żelaza. Profilaktyka w okresie ciąży. **Dawkowanie i sposób podania:** Dorosli i młodzież: 2 tabletki na dobę (w dawkach podzielonych, rano i wieczorem). W niedokrwistości z niedoboru żelaza dawkę można zwiększyć do 3 lub 4 tabletek na dobę w dawkach podzielonych (rano i wieczorem). W okresie ciąży: Profilaktycznie 1 tabletkę na dobę. Leczniczco 2 tabletki na dobę (po 1 tabletkę rano i wieczorem). Podanie doustne. Tabletek nie należy ssać, żuć ani trzymać w ustach, lecz połknąć w całości, popijając wodą. Należy je przyjmować przed posiłkiem lub podczas posiłku, w zależności od tolerancji przewodu pokarmowego. Tabletek nie należy przyjmować w pozycji leżącej. Leczenie należy prowadzić do czasu normalizacji stężenia hemoglobiny u pacjenta. W celu uzupełnienia rezerw żelaza w organizmie, leczenie należy kontynuować przez następne kilka miesięcy. Indywidualny schemat leczenia długookresowego - leczenie ciągłe lub z przerwami - jest często stosowany w przypadku długotrwałej utraty żelaza (np. w przypadkach obfitych krwawień menstruacyjnych). **Przeciwwskazania:** Zwężenie przełyku i (lub) inne zmiany utrudniające pasaż w przewodzie pokarmowym. Nadwrażliwość na którykolwiek ze składników produktu. Nadmierne zasoby żelaza w organizmie (hemochromatoza, hemosyderoza). Niedokrwistość niespowodowana niedoborem żelaza. Wielokrotne transfuzje krwi. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Leku nie wolno podawać niemowlętom oraz dzieciom poniżej 12 lat. Pacjenci z utrudnionym połknięciem powinni przyjmować Sorbifer Durules z zachowaniem ostrożności, ponieważ istnieje ryzyko zapalenia błony śluzowej jamy ustnej lub powstawania owrzodzeń w jamie ustnej, jeżeli tabletkę pozostaje w ustach i nie jest połknięta bezpośrednio po przyjęciu. Ze względu na ryzyko owrzodzenia jamy ustnej i przebarwienia zębów tabletek nie należy ssać, żuć ani trzymać w ustach, lecz połknąć w całości, popijając wodą. Należy ostrzec pacjentów, że produkty lecznicze zawierające żelazo mogą powodować zatrucia u dzieci. Produkty lecznicze zawierające żelazo mogą powodować ciemne zabarwienie stolca. **Działania niepożądane:** Działania niepożądane dotyczące przewodu pokarmowego występują częściej wraz ze zwiększeniem dawki. Po podaniu dawek w zakresie 100 - 400 mg/dobę działania niepożądane występują u 7-20 % pacjentów. Zdarzenia niepożądane zostały zestawione według klasyfikacji MedDRA oraz częstości występowania. Bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$), niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$), rzadko ($\geq 1/10000$ do $< 1/1000$), bardzo rzadko ($< 1/10000$). Zaburzenia żołądka i jelit: Często: Nudności, bóle brzucha, biegunka, zaparcia; Rzadko: Owrzodzenia przełyku, zwężenie przełyku. Nieznana: owrzodzenie jamy ustnej (związane z nieprawidłowym podaniem, gdy tabletki są żute, ssane lub przetrzymywane w ustach). Zaburzenia układu immunologicznego: Nieznana: reakcje nadwrażliwości (np. wysypka, reakcja anafilaktyczna, obrzęk naczynioruchowy). U pacjentów w podeszłym wieku i pacjentów z zaburzeniami połknięcia, po błędnym podaniu, mogą ponadto wystąpić uszkodzenia przełyku lub martwica oskrzeli. **Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych: Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel. 22 492 13 01, faks 22 492 13 09, e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu nr 18165 wydane przez MZ. Kategoria dostępności leku: Rp. **Podmiot odpowiedzialny:** EGIS Pharmaceuticals PLC, Węgry. Dodatkowych informacji o leku udziela: EGIS Polska Sp. z o.o., ul. 17 Stycznia 45D, 02-146 Warszawa, tel.: +48 22 417 92 00, faks: +48 22 417 92 92. www.egis.pl. [19.01.2017.]**

1. A. Steciwko et al., „Niedokrwistości niedoborowe w praktyce lekarza rodzinnego”, *Terapia* nr 2 z. 1 (205), LUTY 2008, Strona 75-81.
2. Charakterystyka Produktu Leczniczego Sorbifer Durules.
3. R. Kuthan, Z. Bonek, „Zapobieganie i leczenie niedokrwistości związanej z niedoborem żelaza”, *Lek w Polsce*, vol. 24 NR 5'14 (277).



POLSKIE
TOWARZYSTWO
ULTRASONOGRAFICZNE

rekomenduje system NewNioMed® do pracy
w pracowniach ultrasonograficznych.

System do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej

SYSTEM NEWNIOMED® TO BARDZO PRZYJAZNY PROGRAM, KTÓRY POZWALA NA PROWADZENIE DOKUMENTACJI CAŁEGO NASZEGO CENTRUM MEDYCZNEGO – MÓWI DANUTA POSTOLSKA DYREKTOR CENTRUM MEDYCZNEGO MIŁA W WARSZAWIE. – A OPRÓCZ PEŁNEJ DIAGNOSTYKI USG MAMY TEŻ GABINETY GINEKOLOGICZNE, STOMATOLOGICZNE, CHIRURGICZNE.

– System NewNioMed® idealnie został dostosowany do naszych potrzeb – mówi Danuta Postolska. – Mieliliśmy duże wymagania, tym bardziej, że wcześniej korzystaliśmy już z innego systemu, ale szukaliśmy programu bardziej przyjaznego, łatwego w użytkowaniu i stabilnego.

Lekarze zatrudnieni w Centrum Medycznym Miła są bardzo doświadczonymi i znanymi lekarzami. Jednak wielu z nich ma ponad 50 lat. Zatem przekonanie ich do korzystania z nowego systemu wcale nie było łatwe. Na szczęście okazało się, że system NewNioMed® jest tak prosty w obsłudze, że po kilku dniach wszyscy lekarze bez trudności korzystali z tego oprogramowania. W Centrum Medycznym Miła pracuje prawie 50. lekarzy. Zdecydowana większość z nich pracuje też w innych przychodniach. Dlatego proponując im system do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, trzeba było znaleźć program tak prosty i przejrzysty, aby lekarz pracujący w innej przychodni i korzystający z innych programów mógł intuicyjnie posłu-

giwać się programem zainstalowanym w centrum medycznym.

I taki właśnie jest NewNioMed®. Prosty, intuicyjny, a zarazem o bardzo dużych możliwościach.

– Mogę zarządzać z dowolnego miejsca na świecie – tłumaczy Danuta Postolska. – Dzięki dostępowi VPN nawet na drugim końcu świata wiem, co się dzieje w mojej przychodni. System ten, oprócz prowadzenia dokumentacji medycznej, ma wiele innych modułów dopasowanych do potrzeb naszego centrum. Bardzo łatwo sprawdzić, które zabiegi przynoszą zysk, a które musimy dofinansowywać. Wiem, ile lekarze zarabiają, jak pracują, ile osób zapisało się na wizyty. Bardzo łatwo zarządzać pracą rejestratorek. Tak naprawdę, ten program, oprócz tego, że prowadzi e-dokumentację, jest też moją sekretarką.

System działa w sieci zbudowanej w przychodni. W osobnym pomieszczeniu jest ustawiony serwer, który zarządza całym systemem i robi automatyczne kopie zapasowe. Do serwera podłączonych jest 17 stanowisk komputerowych: lekarskich, recepcyjnych i administracyjnych. Część z nich działa w systemie Windows, a część w systemie MacOS firmy Apple. W zależności od posiadanych uprawnień użytkownicy mają dostęp do poszczególnych części zgromadzonych danych. Dostęp do dokumentacji medycznej jest chroniony i recepcjonistki nie mają do niego wglądu.

Bardzo dużą zaletą systemu jest możliwość współpracy z wieloma urządzeniami do obrazowania. – Mamy cztery topowe aparaty USG,



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



każdy z innej firmy i wszystkie badania bez problemu są przesyłane do naszego systemu. To bardzo duże ułatwienie – mówi dyrektor przychodni.

Z systemu bardzo zadowolone są również rejestratorki. – Oczywiście baliśmy się zmiany systemu na nowy, ale po kilku dniach okazało się, że ten jest dużo prostszy od poprzedniego. Szablony graficznie są bardzo ładnie ułożone. System nigdy się nie zaciął, pracuje bez zarzutu. Szczerze powiedziawszy, mimo że minął rok od przejścia na nowy system, już nie pamiętam, jak ten stary wyglądał – opowiada jedna z rejestratorek.

Oczywiście najtrudniejszy jest okres przestawienia się z jednego systemu na drugi. Podobnie było w Centrum Medycznym Miła. – Dzięki bardzo sprawniej obsłudze dostawcy systemu, bez problemów udało się uruchomić nowy system. Lekarze też zaakceptowali go bardzo szybko, a dziś jesteśmy zadowoleni z tej inwestycji – kończy Danuta Postolska.



Koniecznienie umów prezentację u siebie: biuro@medtrade.com.pl lub tel.: 602 516 643, 530 000 327, 46 854 15 79.

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 pobierać opłatę w przypadku niestawienia się pacjentki na umówioną wizytę?

ODPOWIEDŹ: Kwestia ta była już wielokrotnie omawiana. Jest dopuszczalne, aby w przypadku leczenia komercyjnego pobierać opłaty w przypadku niestawienia się pacjentki na umówioną wizytę. W przypadku leczenia finansowanego ze środków NFZ nie można od pacjenta pobierać żadnych opłat, jedyną sankcją w tym wypadku jest przeniesienie pacjentki na koniec kolejki oczekujących.

Jeżeli placówka zamierza pobierać opłaty za niestawienie się pacjentki, to musi uregulować tę kwestię w Regulaminie Organizacyjnym placówki i umieścić ją w Informacji dla pacjentki, tak aby była ona poinformowana o możliwych skutkach niestawienia się na wizycie. Należy również pamiętać, że opłata za niestawienie się na wizytę nie jest świadczeniem zdrowotnym, w związku z czym musi uwzględniać podatek od towarów i usług, czyli do usługi musi być doliczony podatek VAT w kwocie 23 proc. Oczywiście pobierając taką opłatę musimy pacjentowi wystawić paragon.

PYTANIE: Prowadzę praktykę zawodową w ramach grupowej praktyki lekarskiej wraz z drugim doktorem. Jest to spółka cywilna – stworzona na potrzeby zorganizowania miejsca pracy wspólnymi nakładami finansowymi. Czy w związku z tym, iż rozliczamy się zupełnie osobno i funkcjonujemy niemal autonomicznie, możemy prowadzić dokumentację swoich pacjentów niezależnie? Czy w takiej sytuacji każda z praktyk może mieć różny cennik usług, choćby ze względu na rozbieżności w zakresie rodzaju udzielanych świadczeń?

ODPOWIEDŹ: W zadanym pytaniu należy odróżnić prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej od prowadzenia spółki. Spółkę zakłada się po to, aby działać wspólnie, a nie osobno. W tym aspekcie poszczególni lekarze nie mogą działać autonomicznie. Zysk spółki jest wspólny, należy go pomiędzy siebie podzielić zgodnie z podpisaną umową spółki. Kasy fiskalne są zarejestrowane na spółkę, a nie na własne działalności.

Prowadzona przez praktykę dokumentacja medyczna może być prowadzona oddzielnie przez każdego lekarza, ale też ze względu na to, że wykonują Państwo działalność leczniczą w formie grupowej praktyki zawodowej, może być ona prowadzona wspólnie dla wszystkich pacjentów. Kwestia ta nie została tak szczegółowo określona, jak ma to miejsce w wypadku dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym. Jeżeli chodzi o cennik, to nie ma przeciwwskazań, żeby każdy wspólnik miał własne stawki, ale musi być to jasno zakomunikowane pacjentom. Cennik jest obowiązkowym elementem Regulaminu Organizacyjnego, ponadto obowiązek jego posiadania wynika z przepisów regulujących kwestie związane z prawem uprawnień klienta i konsumenta.

Opłata za niestawienie się na wizytę nie jest świadczeniem zdrowotnym, w związku z czym musi uwzględniać podatek od towarów i usług, czyli do usługi musi być doliczony podatek VAT w kwocie 23 proc.

PYTANIE: Proszę o informację, w jaki sposób należy dokumentować procesy sterylizacji, mając wprowadzoną dokumentację elektroniczną. Chodzi o oznaczenia sterylnych pakietów, które zawsze były wklejane do karty pacjenta, a przenoszone z użytego aktualnie zestawu.

ODPOWIEDŹ: Nie ma przepisu, który regulowałby postępowanie z paskami sterylizacyjnymi. Proszę pamiętać, że nie ma obowiązku wkładania pasków do każdego zestawu, a jedynie do tych pakietów, które



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

zawierają sprzęt do zabiegów chirurgicznych. Podmioty lecznicze radzą sobie w dwojaki sposób. Jedne drukują listę pacjentów na cały dzień i do tej listy dokleją pasek wraz z podpisem osoby odpowiedzialnej za sterylizację z adnotacją, że sterylizacja przebiegła poprawnie, gdyż jak wiadomo, paski po pewnym czasie bledną. Cała dokumentacja jest przechowywana w formie papierowej, jako dokumentacja zbiorcza. Druga możliwość, to skanowanie paska z adnotacją, że sterylizacja przebiegła pomyślnie, bezpośrednio do karty pacjenta.

PYTANIE: Czy mogę dawać pacjentkom drobne upominki po skończonej wizycie? Jak na to patrzy urząd skarbowy?

ODPOWIEDŹ: Drobne upominki można rozdawać. Przekazywanie lub dawanie pacjentce prezentów z prawnego punktu widzenia jest traktowane jako darowizna. Aby po stronie otrzymującego nie powstały obowiązki z zakresu prawa podatkowego, proszę pamiętać, że wartość wszystkich prezentów w roku na jedną pacjentkę nie może przekroczyć 100 zł. Jeśli ten warunek jest spełniony – nie ma problemu. Jeśli prezenty mają większą wartość, obdarowany ten fakt powinien odnotować w rocznym rozliczeniu podatku i zapłacić podatek od darowizny.

PYTANIE: Prowadzimy rodzinną działalność. Lokal, w którym jest przychodnia, był zapisany na jednego ze współników, który zmarł. Jako praktyka mamy umowę z NFZ. W trakcie ustalania prawa do lokalu okazało się, że współnik podarował ten lokal osobie, która również nie żyje. Co mamy zrobić w takiej sytuacji?

ODPOWIEDŹ: Najważniejszą kwestią, w zadanym przez Panią pytaniu, jest ustalenie, kto jest (był) właścicielem lokalu. Czy właściciel lokalu użyczył, bądź wynajął, spółce ten lokal, w którym obecnie jest prowadzona działalność.

Jeżeli lokal należał do współnika, który nie przepisał go na spółkę (nie był to jego wkład) to, aby spółka mogła korzystać z lokalu, konieczne było spisanie umowy najmu bądź użyczenia tego lokalu spółce przez właściciela. Umowa najmu bądź użyczenia obowiązywała do momentu przepisania tego lokalu osobie trzeciej przez współnika. W ślad za darowaniem lokalu nowy nabywca powinien podpisać ze spółką nową umowę najmu, bądź użyczenia. Jeżeli tego nie zrobiono, to spółka nie ma prawa do lokalu. Nie nabędzie tego prawa do momentu zamknięcia postępowania spadkowego, czyli nabycia spadku przez spadkobierców właściciela lokalu.

PYTANIE: Jestem właścicielem kliniki. Nasza placówka działa na rynku ponad 30 lat. Jesteśmy bardzo znaną placówką i cenioną na rynku. Od 2 lat zatrudniony jest u mnie lekarz z ponad 20-letnim stażem. Od pewnego czasu personel medyczny informuje mnie o pewnych problemach z tym lekarzem. Czekając w gabinecie na pacjentki lubi sobie wypić kieliszek lub dwa. Wiem o tej sytuacji od 2. tygodni, jednak ani razu nie udało mi się jeszcze przyłapać lekarza na gorącym uczynku. Jakie kroki mogę podjąć mając na uwadze to, że mamy jedynie przypuszczenia, a dowodów na to brak.

ODPOWIEDŹ: W przedstawionym przez Pana opisie sytuacji mam wrażenie, że poruszamy się bardziej na przypuszczeniach niż faktach. Jeżeli podejrzewają Państwo, że lekarz ma pewnego rodzaju problemy, to jedynym rozwiązaniem jest wezwanie policji, która będzie mogła potwierdzić fakt, iż lekarz nadużywa alkoholu w miejscu pracy. Podjęcie innych kroków prawnych jest uzależnione od umowy, jaką pracownik posiada z placówką. Jeżeli jest to umowa o pracę, a Państwa przypuszczenia się potwierdzą,

to w grę wchodzi nawet zwolnienie dyscyplinarne. Jeżeli jest to umowa cywilnoprawna, to w każdej chwili możecie ją zerwać. Pomijam kwestie odpowiedzialności zawodowej.

PYTANIA: Zatrudniałam lekarza na kontrakcie, niestety musieliśmy przerwać naszą współpracę. Mój były pracownik zatrudnił się w klinice znajdującej się ok. 100 m od mojej placówki. W umowie między nami był punkt, który mówił o tym, że po zakończeniu naszej współpracy lekarz przez rok nie może zatrudnić się w placówce znajdującej się bliżej niż 3 km od mojej placówki. Rozumiem, że w takiej sytuacji mogę domagać się jakiejś gratyfikacji finansowej? Co jeszcze Pan radzi?

ODPOWIEDŹ: Rodzaj i wysokość roszczeń muszą być określone w umowie zawartej z lekarzem. Sam fakt wprowadzenia do umowy zakazu wykonywania określonej działalności leczniczej przez określony czas, jeżeli nie zawiera jasno określonych sankcji, jest na tyle nie ostry, że może oddziaływać wyłącznie moralnie w stosunku do lekarza. Swoim klientom zawsze proponuję, aby w umowach cywilnoprawnych z lekarzami (jeżeli sobie tego życzą) wpisywali zakazy poparte odpowiednimi karami umownymi.

Z prawnego punktu widzenia, zakaz wykonywania określonych czynności zagrożony odpowiednią karą traktowany jest jako tzw. kara umowna. W przypadku jej naruszenia następuje obowiązek realizacji. W związku z tym, jeżeli Pani lekarz dokonał takiego naruszenia, to powinna Pani na drodze sądowej dochodzić swoich roszczeń.

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

Magazynowanie odpadów

OD GRUDNIA 2017 ROKU OBOWIĄZUJE NOWE ROZPORZĄDZENIE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z ODPADAMI MEDYCZNYMI.

Najistotniejszą zmianą jest konieczność przygotowania specjalnego pomieszczenia, w którym będą magazynowane odpady. W mniejszych placówkach dopuszcza się użycie do tego celu lodówki. Drugą nowością jest konieczność przygotowania wentylowanego pomieszczenia, w którym przechowywane będą wózki lub pojemniki służące do transportu odpadów. Na dostosowanie się do tych przepisów jest 18 miesięcy.



FOT. 123 RF

Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia określa szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi oraz określa sposób postępowania przy ich gromadzeniu w pojemnikach lub workach. Opisane są także warunki transportu wewnętrznego odpadów.

GROMADZENIE ODPADÓW

Rozporządzenie dotyczy zakaźnych odpadów medycznych, którym nadano kody 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80* i 18 01 82*; odpadów niebezpiecznych o kodach 18 01 06*, 18 01 08* i 18 01 10* i odpadów pozostałych o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09 i 18 01 81. W tym zakresie w nowym rozporządzeniu nic się nie zmieniło.

Odpady medyczne należy gromadzić w pojemnikach lub workach, w miejscu ich powstawania oraz wstępnie magazynować w pomieszczeniach należących do przychodni. Odpady zakaźne należy gromadzić do worków lub pojemników czerwonych, odpady

niebezpieczne do żółtych, a pozostałe odpady do worków dowolnego koloru z zastrzeżeniem jednak, że nie może to być worek żółty ani czerwony. Pojemniki lub worki można zapełnić co najwyżej do 2/3 ich objętości, w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków.

Pojemniki lub worki należy wymieniać tak często, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych, jednak nie rzadziej niż co 72 godziny. W przypadku uszkodzenia pojemnika lub worka należy umieścić go w całości w innym większym, nieuszkodzonym pojemniku lub worku.

ODPADY WYSOKO ZAKAŹNE

Odpady medyczne, w których zidentyfikowano lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, nazwane są „wysoko zakaźnymi odpadami medycznymi”. Do ich magazynowania należy użyć dwóch opakowań: wewnętrznego i zewnętrznego. Opakowanie wewnętrzne to worek jednorazowego użycia z folii polietylenowej w kolorze czerwonym, wytrzymały na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Po jego wypełnieniu umieszcza się go dodatkowo w drugim takim samym worku. Worki można zastąpić sztywnymi pojemnikami, odpornymi na przekucie lub przecięcie, oczywiście w kolorze czerwonym. Później taki worek lub pojemnik umieszcza się w opakowaniu zewnętrznym. Jest nim kolejny pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych. Pojemnik ten powinien być wykonany w sposób umożliwiający jego dezynfekcję i z możliwością szczelnego zamknięcia. Wysoko zakaźne odpady medyczne mogą być przechowywane w miejscu ich powstawania nie dłużej niż 24 godziny.

OZNACZENIE POJEMNIKA

Na pojemniku lub worku z odpadami medycznymi muszą być umieszczone konkretne informacje: kod odpadów medycznych, nazwa przychodni, w której odpady powstały oraz numer REGON wytwórcy odpa-

autor:
Piotr Szymański

Odpady medyczne z gabinetu do pomieszczenia magazynującego lub chłodni należy transportować jedynie w specjalnie przygotowanych do tego celu pojemnikach

dów medycznych, numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych, datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania) oraz datę i godzinę zamknięcia.

W przypadku wysoce zakaźnych odpadów medycznych oznakowany pojemnik musi być oznaczony dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym oraz umieszczonym poniżej napisem „MATERIAŁ ZAKAŹNY DLA LUDZI”.

MAGAZYNOWANIE ODPADÓW

Nowe rozporządzenia wprowadza sporo zmian w zakresie sposobu magazynowania odpadów. Przede wszystkim odpady medyczne muszą być wstępnie magazynowane w sposób selektywny, z zachowaniem podziału na rodzaj odpadów, w odpowiednio przystosowanym i przeznaczonym tylko do tego celu pomieszczeniu, stacjonarnym urządzeniu chłodniczym lub przenośnym urządzeniu chłodniczym. Lodówkę (przenośne urządzenie chłodnicze) można wykorzystywać do wstępnego magazynowania odpadów medycznych tylko w przychodniach, w których wytwarzane są niewielkie ilości odpadów. Niestety ustawodawca nie napisał, co to znaczy: niewielkie ilości odpadów. Należy się domyślać, że jeśli nasze odpady na bieżąco mieszczą się w lodówce, to możemy z niej korzystać, jeśli nie, to trzeba pomyśleć o drugiej lodówce lub o wydzieleniu specjalnego pomieszczenia.

Pomieszczenie, w którym przechowywane są odpady, musi być przeznaczone wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych. Musi mieć ono niezależne wejście, które jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. Ściany i podłogi powinny być wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. Pomieszczenie to powinno być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt. Drzwi wejściowe nie mogą mieć progów, a ich szerokość i wysokość ma gwarantować swobodny dostęp.

W pomieszczeniu powinny być wydzielone miejsca lub boksy do magazynowania różnych typów odpadów. Chyba, że odpady są magazynowane w szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach, wtedy nie trzeba stosować podziału na boksy. Pomieszczenie musi być wyposażone w termometr, mieć wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego

powietrza. Ustawodawca dopuścił zastosowanie wentylacji grawitacyjnej, ale pod warunkiem magazynowania odpadów jedynie w szczelnie zamkniętych pojemnikach lub

kontenerach i oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych. Pomieszczenie to musi mieć zabezpieczenia techniczne przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, obejmujące również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów.

STACJONARNE URZĄDZENIE CHŁODNICZE

Stacjonarne urządzenie chłodnicze to specjalne pomieszczenie, w którym utrzymywana jest niska temperatura lub duża specjalna lodówka. Ustawodawca wymaga, aby spełniało ono następujące warunki: było zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, miało ściany i podłogi wykonane z gładkich materiałów, które są łatwo zmywalne i umożliwiających dezynfekcję. Było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt i posiadało drzwi wejściowe bez progów, których szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny dostęp. Oczywiście musi być wyposażone w termometr. Urządzenie to musi mieć zamknięcie drzwi wejściowych, które umożliwia ich otwarcie od wewnątrz.

Ustawodawca wymaga, aby przed wejściem do urządzenia chłodniczego był przedsionek. Oczywiście trudno sobie wyobrazić lodówkę z przedsionkiem. Nie mniej ten punkt sugeruje, że jeśli naszym pomieszczeniem chłodniczym jest duża lodówka to powinna stać w jakimś małym osobnym pomieszczeniu, i to pomieszczenie traktowane jest jako przedsionek.

Zarówno przy pomieszczeniu do składowania odpadów, jak i przy stacjonarnym urządzeniu chłodniczym musi być dostęp do: umywalki z bieżącą zimną i ciepłą wodą, zainstalowanej w sposób umożliwiający co najmniej umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia lub urządzenia i wyposażonej w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku. Ponadto musi być zapewniony dostęp do wody bieżącej ciepłej i zimnej do celów porządkowych. Muszą też być wydzielone miejsca do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej dla osób przebywających w miejscach przeznaczonych do wstępnego magazynowania odpadów medycznych.

PRZENOŚNE URZĄDZENIE CHŁODNICZE

Przenośne urządzenie chłodnicze to mała lodówka. Jednak ustawodawca określając jej funkcjonalność nie wymaga, aby można było ją przenosić. Podobnie jak wyżej opisywane pomieszczenia, powinna ona mieć wewnątrz wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, zabezpieczone przed dostępem

reklama

reklama

ECO-ABC
unieszkodliwianie odpadów medycznych i weterynaryjnych

Z nami bezpieczniej
Bezpłatna infolinia: 0 800 200 222, biuro@eco-abc.com.pl

osób nieupoważnionych oraz owadów, gryzoni oraz innych zwierząt. Oczywiście musi mieć system mierzący temperaturę.

W sąsiedztwie przenośnego urządzenia chłodniczego powinien być dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na czyste rękawiczki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte rękawiczki jednorazowe.

Przypomnijmy, że odpady medyczne muszą być magazynowane w sposób selektywny, z zachowaniem podziału na rodzaj odpadów. Zatem lodówka powinna mieć wewnętrzny podział lub powinny być to przynajmniej dwie lodówki na różne typy odpadów (zakaźne i niebezpieczne).

Miejsca, w których przechowujemy odpady, muszą być utrzymywane na bieżąco w czystości. Po każdym usunięciu odpadów zakaźnych (kody: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80* i 18 01 82*) pomieszczenie lub urządzenie należy zdezynfekować, a następnie umyć lub od razu użyć środka myjąco-dezynfekcyjnego. W przypadku pozostałych odpadów medycznych, urządzenia wystarczy umyć. Dezynfekuje się je w zależności do potrzeb.

Opady, które nie są zakaźne i niebezpieczne i nie mają ostrych końców i krawędzi, można przechowywać w pomieszczeniach o mniejszym rygorze niż w przypadku odpadów zakaźnych. Pomieszczenie na „zwykłe” odpady musi mieć uszczelnione podłoże i zorganizowane dojazdy lub dojścia, być zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, gryzoni i innych zwierząt oraz być zabezpieczone przed wpływem czynników atmosferycznych. Musi być zadaszone, z czego wynika, że można do tego celu wykorzystywać np. altanek śmietnikową. Oczywiście trzeba ją utrzymywać w czystości.

TEMPERATURY I CZASY

Odpady medyczne o kodzie 18 01 02* (części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania) mogą być magazynowane tylko w temperaturze do 10°C. Czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

Odpady medyczne o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* i 18 01 82*, jeśli przechowywane są w temperaturze poniżej 10°C, mogą być składowane nawet do 30 dni. Jednak jeśli temperatura waha się w przedziale od 10°C do 18°C, to ich składowanie może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny.

Odpady medyczne, o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09 i 18 01 81 (inne niż niebezpieczne i zakaźne), mogą być magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni.

TRANSPORT ODPADÓW

Odpady medyczne z miejsca ich powstania (gabinetu) do pomieszczenia magazynującego lub chłodni należy transportować jedynie w specjalnie przygotowanych do tego celu pojemnikach. Najlepiej używać do tego celu wózków, choć w przypadku niewielkich ilości odpadów można to zrobić używając jedynie specjalnego transportowego pojemnika. Do transportu odpadów zakaźnych należy użyć pojemników zamykanych.

Pojemniki i wózki służące do transportu odpadów po każdym użyciu należy umyć, a w przypadku materiałów zakaźnych dodatkowo zdezynfekować przed myciem.

Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami, niedopuszczający do ich zmieszania oraz pozwalający na zachowanie warunków higienicznych, w tym ochrony przed zanieczyszczeniem.

W przychodni musi być wyznaczone specjalne miejsce do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia, służących do transportu wewnętrznego odpadów medycznych. Miejsce to powinno mieć ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. Powinien być też zapewniony dostęp do wody bieżącej ciepłej i zimnej

KLASYFIKACJA ODPADÓW MEDYCZNYCH

18 01	Odpady z diagnostyki, leczenia i profilaktyki medycznej
18 01 01	Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03)
18 01 02*	Części ciała i organy oraz pojemnik na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)
18 01 03*	Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82
18 01 04	Inne odpady niż wymienione w 18 01 03
18 01 06*	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne
18 01 07	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06
18 01 08*	Leki cytotoksyczne i cytostatyczne
18 01 09	Leki inne niż wymienione w 18 01 08
18 01 10*	Odpady amalgamatu dentystycznego
18 01 80*	Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie o właściwościach zakaźnych
18 01 81	Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie inne niż wymienione w 18 01 80
18 01 82*	Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych

Czerwone – odpady zakaźne

Żółte – odpady niebezpieczne

Niebieskie – inne odpady medyczne

z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji. Miejsce to musi mieć wentylację. Do tego miejsca musi prowadzić swobodny dostęp umożliwiający wjazd (wniesienie) i wyjazd (wyniesienie) wózka transportowego (pojemnika).

PROCEDURY SANITARNE

Nowe rozporządzenie nakłada na przychodnie obowiązek opracowania, wdrożenia i stosowania szczegółowej procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania odpadów medycznych wraz z instrukcją selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania.

Procedura ta powinna być dostosowana do warunków danej przychodni. To znaczy powinny być w niej opisane szczegółowo poszczególne etapy postępowania. Na przykład, pojemniki służące do transportu odpadów zakaźnych dezynfekuje się i myje w pomieszczeniu technicznym nr 3.



PIOTR SZYMAŃSKI

Zastępca redaktora naczelnego magazynu
Nowy Gabinet Ginekologiczny

23-24 lutego 2018 r.

Hotel Copernicus**, Toruń**

VI SPOTKANIE GINEKOLOGÓW I POŁOŻNIKÓW

Komitet Naukowy:

Przewodniczący:

Prof. Przemysław Oszukowski

Klinika Położnictwa i Perinatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Oddział Ginekologiczno-Położniczy WSS w Zgierzu

Członkowie:

Prof. Włodzimierz Baranowski (Warszawa), Prof. Iwona Bojar (Lublin), Prof. Krzysztof Cendrowski (Warszawa), Prof. Krzysztof Czajkowski (Warszawa)
Prof. Romuald Dębski (Warszawa), Prof. Mariusz Dubiel (Bydgoszcz), Prof. Marek Grabiec (Bydgoszcz), Dr Mariusz Grzesiak (Łódź), Prof. Hubert Huras (Kraków)
Dr Katarzyna Janiak (Łódź), Prof. Jarosław Kalinka (Łódź), Prof. Zbigniew Kojs (Kraków), Prof. Hanna Kwaśniewska (Lublin), Prof. Bożena Leszczyńska-Gorzela (Lublin)
Dr Tomasz Maciejewski (Warszawa), Prof. Magdalena Michalska, Dr Agnieszka Pięta-Dolińska (Łódź), Prof. Stanisław Radowicki (Warszawa), Prof. Wojciech Rokita (Kielce)
Prof. Stefan Sajdak (Poznań), Prof. Dariusz Samulak (Poznań), Prof. Włodzimierz Sawicki (Warszawa), Prof. Piotr Sieroszewski (Łódź), Prof. Jerzy Sikora (Zabrze)
Dr Bogusław Sobolewski (Łódź), Prof. Tomasz Stetkiewicz (Łódź), Prof. Jacek Suzin (Łódź), Prof. Krzysztof Szyłło (Łódź), Prof. Maciej Wilczak (Poznań)
Prof. Jacek Wilczyński (Łódź), Prof. Piotr Woźniak (Łódź), Prof. Dariusz Wydra (Gdańsk), Prof. Tomasz Rechberger (Lublin)

SESJE:

I Sesja - Endokrynologiczna

II Sesja - Perinatologia

III Sesja - Ginekologia

IV Sesja - Onkologia

V Sesja - Położnictwo

VI Sesja - Varia

VII - Warsztaty



Za udział w Konferencji przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

W sprawach merytorycznych prosimy o kontakt:

Prof. dr hab. med. Przemysław Oszukowski

Klinika Perinatologii i Ginekologii ICZMP

ul. Rzgowska 281/289

93-338 Łódź

W sprawach organizacyjnych prosimy o kontakt:

AGORA

ul. Błażeja 10L/2, 61-608 Poznań

Tel./Fax 61 842 74 65, 603 139 708

e-mail: biuro@agora-konferencje.pl

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE oraz REJESTRACJA
www.agora-konferencje.pl



Rola karnityny w leczeniu męskiej niepłodności

NIEPŁODNOŚĆ MAŁŻEŃSKA W POŁOWIE PRZYPADKÓW MOŻE BYĆ SPOWODOWANA PRZEZ NIEPRAWIDŁOWE PARAMETRY NASIENIA U MĘŻCZYZNY. Zasadne wydaje się podejmowanie prób wspomaganie ruchliwości plemników. Jednym ze sposobów jest suplementacja karnityny. Liczne prace wykazały słuszność takiego postępowania.

Niepłodność definiowana jest przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) jako niemożność uzyskania ciąży w czasie 12 miesięcy regularnego współżycia w celach koncepcyjnych. Problem ten występuje u ok. 13-20% par [1, 2].

Niepłodność małżeńska w ok. 25-50% przypadków może być spowodowana przez nieprawidłowe parametry nasienia u mężczyzny [1, 3, 4].

Wśród przyczyn męskiej niepłodności wyróżnić można wiele dobrze zdefiniowanych i opisanych

przyczyn, takich jak: nieprawidłowości anatomiczne układu płciowego, niedrożność dróg wyprowadzających nasienie, zaburzenia ejakulacji, czy zaburzenia procesu wytwarzania plemników [2]. Jednak pomimo coraz doskonalszych metod diagnostycznych, w części przypadków etiologia i patogeneza niepłodności spowodowanej zaburzeniami czynności plemników pozostają nadal nieznanymi i zwane są niepłodnością idiopatyczną. Pewien udział w rozwoju męskiej niepłodności przypisuje się czynnikom środowiskowym,

autor:
**Dr n. med. Elżbieta
Oszukowska**

niedoborom witamin i minerałów, paleniu tytoniu, nadużywaniu alkoholu, które prowadzą do rozwoju tzw. stresu oksydacyjnego. Stres oksydacyjny wywołany jest zaburzeniem równowagi między wytwarzaniem tzw. reaktywnych form tlenu (ang. reactive oxygen species – ROS), a działaniem ochronnego systemu antyoksydacyjnego odpowiedzialnego za usuwanie ROS. Nadmiar ROS jest szczególnie szkodliwy dla plemników. Błona komórkowa plemników zawiera duże ilości nienasyconych kwasów tłuszczowych, które łatwo ulegają procesowi utleniania (peroksydacja lipidów) w kontakcie z ROS. Peroksydacja lipidów prowadzi do utraty integralności błony komórkowej, strukturalnego uszkodzenia DNA, uszkodzenia czynności plemnika, a nawet do śmierci komórki [5, 6, 7]. Konsekwencją narażenia plemników na nadmiar ROS jest zaburzenie ich czynności polegające na obniżeniu ruchliwości, zaburzeniach w budowie morfologicznej, a nawet na zmniejszeniu liczebności, czyli rozwój oligo-astheno-teratozoospermii (OAT) [8]. Ocenia się, że około 25% nieplodnych mężczyzn ma w nasieniu podwyższony poziom ROS z powodu ich nadmiernego wytwarzania lub z powodu obniżenia wydolności układu antyoksydacyjnego [9]. Na ochronny system antyoksydacyjny składają się czynniki enzymatyczne, tzw. triada enzymatyczna (dysmutaza ponadtlenkowa, katalaza, peroksydaza glutationowa) oraz liczne nieenzymatyczne niskocząsteczkowe związki, m.in. L-karnityna [10].

L-KARNITYNA

L-karnityna jest naturalnie występującym w organizmie związkiem organicznym. Po raz pierwszy została wyizolowana z mięśnia wołowego w 1905 roku, a jej strukturę chemiczną (3 hydroksy-4-N-trimetyloamoniomasłan) ustalono w 1927 roku. Jedynie jej L izomer jest aktywny biologicznie. Jest ona niezbędna w każdej komórce do pozyskiwania energii z utleniania kwasów tłuszczowych w mitochondriach. Kwasy tłuszczowe, po związaniu z koenzymem A (Co-A) w cytoplazmie, przenikają przez zewnętrzną błonę mitochondrialną, a następnie po związaniu z L-acetylokarnityną transportowane są przez wewnętrzną błonę mitochondrialną. We wnętrzu mitochondrium dochodzi do utlenienia kwasów tłuszczowych i produkcji adenozy-5'-trifosforanu (ATP), nośnika energetycznego. Pozostała reszta acetylowa przyłączana jest do Co-A. L-karnityna opuszcza wnętrze mitochondrium, tak aby rozpocząć nowy cykl transportowy. Transport cząsteczki acetylokarnityny do wnętrza mitochondrium jest skojarzony z transportem jednej cząsteczki karnityny na zewnątrz.

Większość L-karnityny i L-acetylokarnityny pochodzi z pożywienia, mięsa

i przetworów mlecznych, a jedynie ok. 25% jest syntetyzowana z lizyny i metioniny. Jednak zestaw enzymów niezbędny do biosyntezy de novo karnityny występuje jedynie w nielicznych narządach. Komórki nabłonkowe przewodu najądrza aktywnie wychwytyują i transportują L-karnitynę do światła przewodu. Jej stężenie stopniowo wzrasta i w ogonie najądrza stężenie L-karnityny jest ok. 2000 razy wyższe niż w osoczu krwi. Stężenie L-karnityny stopniowo wzrasta także wewnątrz plemników, w czasie przemieszczania ich wzdłuż przewodu najądrza. Wykazano, że zainicjowanie ruchu plemników, podczas ich dojrzewania w najądrzu, występuje w obecności wysokich stężeń L-karnityny w płynie najądrza i wysokich stężeń L-acetylokarnityny w plemnikach.

W związku z powyższym zasadne wydaje się podejmowanie prób wspomagania ruchliwości plemników poprzez suplementację karnityną. Liczne prace wykazały skuteczność takiego postępowania.

WPLYW L-KARNITYNY I L-ACETYLOKARNITYNY

W 2004 roku grupa prof. Lenzi z Rzymu [11] opublikowała dane z randomizowanego, zaślepionego badania z grupą kontrolną, w którym badano wpływ łącznego przyjmowania L-karnityny i L-acetylokarnityny na ruchliwość plemników. Do badania włączono 60 mężczyzn w wieku 20-40 lat z niepłodnością małżeńską, trwającą powyżej 2 lat, bez dodatkowych chorób endokrynologicznych, wnetrostwa, zakażenia układu moczowo-płciowego, żyłaków powrózka nasiennego, czy obecności przeciwciał przeciwplemnikowych. Zakwalifikowani do udziału w badaniu mężczyźni mieli prawidłowe pH i objętość nasienia, koncentrację plemników od 10 do 40 mln/ml, obniżoną ruchliwość plemników, tj. <15% plemników z ruchem postępowym i <40% wszystkich ruchliwych plemników, prawidłową budowę morfologiczną plemników i prawidłową liczbę leukocytów w nasieniu (<1 mln/ml). Badani (26 osób) po 2-miesięcznym okresie obserwacji wstępnej otrzymywali łącznie L-karnitynę w dawce 2 g/dzień oraz L-acetylokarnitynę 500 mg 2 razy dziennie przez okres 6 miesięcy. Grupa kontrolna (24 osoby) otrzymywała placebo

zawierające substancje pomocnicze konieczne do produkcji tabletek. Kontrolne badania nasienia wykonywano po 3 i 6 miesiącach suplementacji oraz po 2 miesiącach po zakończeniu badania. Po 6 miesiącach suplementacji wykazano znamienne statystycznie wzrost całkowitej liczby ruchliwych plemników (przed 11,88±8,45, po 30,66±21,8 mln/ejakulat) oraz całkowitej liczby plemników z ruchem postępowym (przed 7,45±5,94, po 25,15±24,3 mln/ejakulat). Ponadto wykazano, że najwyższy wzrost liczby ruchliwych plemników (o ok. 100%) zaobserwowano w podgrupie mężczyzn z koncentracją plemników <5 mln/ml i w podgrupie z całkowitą liczbą ruchliwych plemników <4 mln/ejakulat. Przyjmowanie karnityny nie miało wpływu na koncentrację, ani na budowę morfologiczną plemników. Podczas badania doszło do 4 spontanicznych ciąży w grupie mężczyzn przyjmujących karnitynę (15,4% badanych). Wszystkie ciąży uzyskano po co najmniej 4 miesiącach suplementacji. Zwiększenie odsetka ruchliwych plemników w czasie przyjmowania karnityny pojawiło się już po 3 miesiącach suplementacji, natomiast po jej zakończeniu parametry nasienia wracały do wartości wyjściowych. Autorzy wskazują, że spożywanie L-karnityny i L-acetylokarnityny prawdopodobnie działa na plemniki nie tylko jako czynnik wspomagający produkcję energii, ale być może w mechanizmie zmniejszania stresu oksydacyjnego i stabilizowania błon mitochondriów i błony komórkowej plemników.

WPLYW KARNITYNY NA RUCHLIWOŚĆ PLEMNIKÓW

Wpływ karnityny na ruchliwość plemników podczas nasilonego stresu oksydacyjnego w nasieniu był przedmiotem badania, podwójnie randomizowanego z grupą kontrolną przeprowadzonego w 2005 roku przez Balercia i wsp. [12]. Badano wpływ łącznego i oddzielnego podawania L-karnityny i L-acetylokarnityny na ruchliwość plemników oraz na potencjał antyoksydacyjny plazmy nasienia. Do badania włączono 60 mężczyzn z koncentracją plemników >20 mln/ml, odsetkiem plemników ruchliwych <50% i prawidłowymi pozostałymi parametrami nasienia. Badanych podzielono na 15-oso-

Wśród przyczyn męskiej niepłodności wyróżnić można wiele dobrze zdefiniowanych i opisanych przyczyn, takich jak: nieprawidłowości anatomiczne układu płciowego, niedrożność dróg wyprowadzających nasienie, zaburzenia ejakulacji, czy zaburzenia procesu wytwarzania plemników



PIŚMIENNICTWO

- Bablok L., Dziadecki W., Szmyslik I., i wsp. Patterns of infertility in Poland - multicenter study. *Neuro Endocrinol Lett.* 2011, 32, 799-804.
- Hull M. G., Glazener C. M., Kelly N. J., i wsp. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985, 291, 1693-1697.
- Sharlip I. D., Jarow J. P., Belker A. M., i wsp. Best practice policies for male infertility. *Fertil Steril.* 2002, 77, 873-82.
- Safarinejad M. R. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Androl.* 2008, 31, 303-314.
- Halliwel B. Free radicals, antioxidants, and human disease: curiosity, cause, or consequence? *Lancet.* 1994, 344, 721-724.
- Walczak-Jedrejowska R., Wolski J.K., Słowińska-Hilczek J. The role of oxidative stress and antioxidants in male fertility. *Cent European J Urol.* 2013, 66, 1, 60-67.
- Walczak-Jedrejowska R. Stres oksydacyjny a nieplodność męska. Część I: Czynniki wywołujące stres oksydacyjny w nasieniu. *Postępy Androl Online.* 2015, 2, 5-15.
- Aitken R. J., De Iulius G. N., Finnie J. M., i wsp. Analysis of the relationships between oxidative stress, DNA damage and sperm vitality in a patient population: development of diagnostic criteria. *Hum Reprod.* 2010, 25, 2415-2426.
- Agarwal A., Sekhon L. H. The role of antioxidant therapy in the treatment of male infertility. *Hum Fertil (Camb).* 2010, 13, 217-229.
- Walczak-Jedrejowska R. Stres oksydacyjny a nieplodność męska. Część II: Antyoksydanty w leczeniu męskiej nieplodności. *Postępy Androl Online.* 2015, 2, 16-33.
- Lenzi A., Sgro P., Salacone P. i wsp.. A placebo-controlled double-blind randomized trial of the use of combined L-carnitine and L-acetyl-carnitine treatment in men with asthenozoospermia. *Fertil Steril.* 2004, 81, 6, 1578-1584.
- Balerica G., Regoli F., Armeni T. i wsp. Placebo-controlled double-blind randomized trial on the use of L-carnitine, L-acetylcarnitine, or combined L-carnitine and L-acetylcarnitine in men with idiopathic asthenozoospermia. *Fertil Steril.* 2005, 84, 3, 662-671.
- Vicari E., Calogero AE. Effects of treatment with carnitines in infertile patients with prostatic-vesiculourethral dysfunction. *Hum Reprod.* 2001, 16, 2338-2342.
- Cavallini G., Ferraretti AP, Gianaroli L. i wsp. Cinnocinam and L-carnitine/acetyl-L-carnitine treatment for idiopathic and varicocele-associated oligoasthenospermia. *J Androl.* 2004, 25(5):761-70; discussion 771-772.
- Cavallini G., Magli MC, Crippa A. i wsp. Reduction in sperm aneuploidy levels in severe oligoasthenoteratospermic patients after medical therapy: a preliminary report. *Asian J Androl.* 2012, 14, 4, 591-598.

bowe podgrupy, które otrzymywały 3 razy dziennie: grupa pierwsza 3 g L-karnityny w płynie, grupa druga: 3 g L-acetylokarnityny w tabletkach, grupa trzecia łącznie 2 g L-karnityny i 1 g L-acetylokarnityny oraz ostatnia grupa: placebo, tj. substancje pomocnicze wykorzystywane do produkcji tabletek i płynu. Po 1 miesiącu okresu przesiewowego, w którym wykonano 2 badania nasienia, mężczyźni rozpoczęli przyjmowanie badanych substancji przez 6 miesięcy. Badania nasienia powtarzano co 3 miesiące aż do miesiąca 9., tj. 3 miesiące po zakończeniu przyjmowania badanych substancji. W 6. miesiącu leczenia wykazano znamienne statystycznie zwiększenie całkowitej liczby ruchliwych plemników u mężczyzn przyjmujących L-acetylokarnitynę oddzielnie lub łącznie z L-karnityną w porównaniu z grupą mężczyzn przyjmujących placebo lub samą L-karnitynę (38 tys. 10 mln/ejakulat). We wszystkich badanych grupach wykazano, że mężczyźni z gorszymi parametrami ruchliwości plemników w fazie przesiewowej lepiej odpowiadali na leczenie, tj. wykazywali większą poprawę, niezależnie od tego, jaki preparat karnityny przyjmowali. Podobnie, we wszystkich badanych

grupach 3 miesiące po zakończeniu suplementacji stwierdzono znamienne statystycznie pogorszenie parametrów ruchliwości plemników. Ponadto w grupach, które otrzymywały oddzielnie lub łącznie L-acetylokarnitynę, zaobserwowano znamienne statystycznie zwiększenie koncentracji plemników (średnio o 42%) w 6 miesiącu leczenia. Wykazano ponadto, że w grupach leczonych karnityną doszło do zmniejszenia stresu oksydacyjnego w nasieniu. W szóstym miesiącu suplementacji preparatami karnityny doszło do znamiennego statystycznie zwiększenia całkowitego potencjału antyoksydacyjnego plazmy nasienia (zarówno dla rodników ponadtlenkowych, jak i hydroksylowych). Wyższy całkowity potencjał antyoksydacyjny plazmy nasienia dodatkowo korelował z parametrami ruchliwości plemników, szczególnie z liczbą plemników z ruchem prostoliniowym. W 3 miesiące po zakończeniu podawania preparatów karnityny nie zaobserwowano różnic w stosunku do parametrów wyjściowych, a wszystkie opisane powyżej pozytywne zmiany w nasieniu nie były już zauważalne. W czasie badania doszło do 12 spontanicznych ciąży (9 w grupie przyjmującej suplementację

i 3 w grupie z placebo). Najwięcej, bo 5 ciąż pojawiło się w grupie przyjmującej łącznie L-karnitynę i L-acetylokarnitynę (33% mężczyzn z tej grupy). Wszystkie ciąży uzyskano po co najmniej 3 miesiącach suplementacji. Po dwie ciąży zaobserwowano w grupach przyjmujących samą L-karnitynę lub samą L-acetylokarnitynę (13% mężczyzn w każdej grupie). Cięża te pojawiły się po co najmniej 2 miesiącach suplementacji. W grupie z placebo zaobserwowano 3 ciąży, ale 2 pojawiły się w czasie 3-miesięcznej obserwacji po zakończeniu podawania preparatów.

Pozytywny wpływ przyjmowania karnityny na parametry nasienia u mężczyzn z ultrasonograficznymi cechami zapalenia w układzie moczowo-płciowym wykazali Vicari i Calogero [13]. Zastosowali oni suplementację preparatami karnityny u mężczyzn z obecnymi w obrazie ultrasonograficznym cechami zapalenia, ale z prawidłową liczbą leukocytów w nasieniu i z ujemnymi posiewami nasienia, uzyskując zwiększenie liczby plemników.

SKUTECZNOŚĆ KARNITINY

Skuteczność podawania karnityny wraz z niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym (NLPZ) u mężczyzn z OAT oraz z towarzyszącymi jednostronnie żyłkami powrózka nasiennego badali Cavallini i wsp. [14]. Do badań włączono 325 mężczyzn (130 z OAT i 195 z OAT i lewostronnymi żyłkami powrózka nasiennego), których podzielono na 3 grupy. Każda grupa złożona była zarówno z mężczyzn z idiopatycznym OAT i z żyłkami powrózka o różnym nasileniu. Przez 6 miesięcy grupa 1. otrzymywała placebo, grupa 2. - L-karnitynę (2 g/dziennie) i L-acetylokarnitynę (1 g/dziennie), a grupa 3 oprócz preparatów karnityny co 4 dni otrzymywała także czopek z NLPZ (cinnoksykam 30 mg/dziennie). Badanie nasienia wykonywano na początku suplementacji, a następnie po 3, 6, i 9 miesiącach. Mężczyźni z OAT otrzymujący preparaty karnityny (grupa 2 i 3) po 3 i 6 miesiącach leczenia mieli znamienne poprawę parametrów nasienia (koncentracji, ruchliwości i budowy morfologicznej plemników) w porównaniu



z grupą otrzymującą placebo. Dodatkowo poprawa ta była najwyższa w grupie leczonej preparatami karnityny wraz z NLPZ i była ona znamienne wyższa nie tylko w porównaniu do grupy z placebo, ale także do grupy leczonej tylko L-karnityną i L-acetylokarnityną. Znamienne poprawa parametrów nasienia obserwowana była także u mężczyzn z żyłakami powrózka nasiennego w stopniu I-III. U mężczyzn z żyłakami w stopniu IV i V poprawa była znacznie mniejsza lub nieobecna. U wszystkich badanych uzyskana poprawa zniknęła 3 miesiące po odstawieniu opisanych preparatów. Liczba uzyskanych ciąż była najwyższa w grupie 3 (38%) i była znamienne wyższa od grupy 2 (21,8%) i grupy z placebo (1,7%). Nie zanotowano znaczących działań niepożądanych u leczonych mężczyzn.

Korzystne działanie łącznego leczenia L-karnityną, L-acetylokarnityną i NLPZ zostało potwierdzone także w grupie mężczyzn ze skrajnie niską liczbą plemników (<1 mln/ml), uczestniczących w programie zapłodnienia pozaustrojowego (ang. in vitro fertilisation - IVF) z zastosowaniem procedury wstrzyknięcia plemnika do cytoplazmy komórki jajowej (ang. intracytoplasmic sperm injection - ICSI) [15]. Do badań włączono 33 mężczyzn, którzy przeszli co najmniej 1 nieudany cykl IVF. Przyjmowali oni L-karnitynę (1 g 2 razy dziennie) i L-acetylokarnitynę (500 mg 2 razy dziennie) oraz cinnoksykam (30 mg co 4 dni) przez co najmniej 100 dni. Po takim leczeniu badano nasienie, w którym oprócz standardowych parametrów oceniano także aneuploidię materiału genetycznego plemników. Po leczeniu u 22 z 33 mężczyzn stwierdzono poprawę budowy morfologicznej plemników i zmniejszenie odsetka plemników z aneuploidią, oraz znamienne wyższy odsetek biochemicznych i klinicznych ciąż niż u pozostałych 11 mężczyzn, u których ani parametry nasienia, ani odsetek plemników z aneuploidią, nie uległy zmianie. W grupie mężczyzn odpowiadających na leczenie (22 osoby) po wykonaniu kolejnego cyklu IVF-ICSI doszło do 12 biochemicznych ciąż (54,4%) i urodzenia 10 zdrowych dzieci (45,4% leczonych). W grupie 11 mężczyzn nie reagujących na leczenie, po wykonaniu kolejnego cyklu IVF-ICSI uzyskano 1 ciążę (9,1%) zakończoną urodzeniem zdrowego dziecka.

PODSUMOWANIE

Dodatni wpływ karnityny na płodność u mężczyzn z idiopatyczną OAT i z żyłakami powrózka nasiennego został wykazany w badaniach klinicznych z grupą otrzymującą placebo, ale także w badaniach obserwacyjnych, retrospektywnych. Dokładny mechanizm działania suplementacji karnityny nie został jednak do końca wyjaśniony. Podkreśla się udział związków karnityny w metabolizmie energetycznym komórek, w tym również plemników. Wysokie stężenie karnityny w płynie najądrza być może służy stabilizacji przemian energetycznych plemników. Inną ważną rolę karnityny mogą być jej właściwości neutralizowania wolnych rodników tlenowych i wiązania wolnej grupy acetylowej, a także zachowania wysokich stężeń wewnątrzkomórkowego Co-A. Ponadto karnityna w wysokim stężeniu wiąże elektrony wpływające z mitochondriów i stabilizuje ich błony. Bardzo ważna jest obserwacja zmniejszenia odsetka plemników z aneuploidią oraz zwiększenia szansy na uzyskanie ciąży spontanicznie i w zapłodnieniu pozaustrojowym pod wpływem podawania karnityny.

DR N. MED. ELŻBIETA OSZUKOWSKA

II Klinika Urologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Poradnia Andrologii i Endokrynologii Płodności, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi.
Polskie Towarzystwo Andrologiczne.

Pomagamy rozwiązywać męskie problemy



Proxeed® Plus



ROVERS

Suplementy diety

www.meskieproblemy.pl

Diagnostyka neoplazji śródnabłonkowej szyjki macicy

RAPORT CYTOLOGICZNYCH ZMIAN WIDOCZNYCH W ROZMAZACH Z SZYJKI MACICY, ZWANY SYSTEMEM BETHESDA (ANG. THE BETHESDA SYSTEM, TBS), ZAPROPONOWANO PO RAZ PIERWSZY W 1988 ROKU W NARODOWYM INSTYTUCIE ZDROWIA W MARYLAND W CZASIE ROBOCZEGO SPOTKANIA, KTÓREGO PRZEWODNICZĄCYM BYŁ ROBERT KURMAN. Celem było opracowanie systemu klasyfikacji obrazów morfologicznych na trzech podstawowych zasadach.

asady te wciąż obowiązują. Po pierwsze, obraz morfologiczny musi być jednoznacznie zrozumiały, klinicznie przydatny i zapewniający prawidłową komunikację między diagnostami i pacjentami. Po drugie, musi mieć jednolitą i powtarzalną terminologię, która może być zastosowana przez patomorfologów i diagnostów laboratoryjnych, niezależnie od lokalizacji geograficznej, terminologia powinna wynikać z bieżącej wiedzy dotyczącej patogenezy neoplazji śródnabłonkowej szyjki macicy.

PIERWSZE KLASYFIKACJE

Po historycznym spotkaniu w 1988 roku, w latach 1991, 2001 i 2014, powstawały kolejne wersje TBS. Ich celem było jak najlepsze opracowanie morfologicznych kryteriów cytologicznych zmian śródnabłonkowych w nabłonku wielowarstwowym płaskim nierogowaczącym szyjki macicy, z uwzględnieniem infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Między 1991, a 2001 rokiem znaczący postęp w diagnostyce patologii szyjki macicy dokonał się przez wprowadzenie cytologii na podłożu płynnym (ang. liquid-based cytology, LBC), automatyzacji procesu barwienia preparatów cytologicznych, komputerowej wizualizacji preparatów i zastosowania testów HPV. Jednocześnie eksperci zaangażowani w diagnostykę cytologii szyjki macicy dążyli do poprawy jakości i uzyskania jak najlepszej powtarzalności rozpoznania. W tym celu został zamieszczony na stronie internetowej zbiór obrazów cytologicznych, zawierających

Pod pojęciem okolicy anogenitalnej rozumiany jest obszar pokryty błoną śluzową lub skórą, w terenie szyjki macicy i pochwy oraz sromu, prącia i krocza oraz kanału odbytu i okolicy około odbytniczej, podatny na infekcję wirusem HPV

przykłady z różnych kategorii zmian (ang. web-based Bethesda Interobserver Reproducibility Study, BIRST) z możliwością przeprowadzenia indywidualnych testów, a w 2004 roku opublikowano atlas wymienionych zmian. W Stanach Zjednoczonych w 2003 roku 85,5% laboratoriów stosowało opisane wyżej zasady diagnostyki zmian śródnabłonkowych w szyjce macicy. Były one podstawą do skринingu, wykrywającego wczesne zmiany nowotworowe w tej lokalizacji.

TERMINOLOGIA SYSTEMU BETHESDA 2001

Terminologia zmian przedinwazyjnych w szyjce macicy została zaproponowana w formie klasyfikacji

autor:
**Anna Nasierowska-
-Guttmejer**



Światowej Organizacji Zdrowia z 1975 roku wyróżniającej dysplazję małego, średniego i dużego stopnia oraz raka przedinwazyjnego. Następnie, w 1980 roku, International Society of Gynecological Pathologists wprowadziło pojęcie „szyjkowej neoplazji śródnałonkowej” (ang. cervical intraepithelial neoplasia, CIN) z podziałem na trzy stopnie CIN I, CIN II i CIN III, włączając do ostatniej wymienionej kategorii raka przedinwazyjnego” (carcinoma in situ). W 2001 roku opracowano i wdrożono do diagnostyki raport cytologiczny TBS, zawierający terminy dla określenia przedrakowych atypowych zmian i neoplazji śródnałonkowej na podstawie nieprawidłowych morfologicznych cech komórek nabłonka wielowarstwowego płaskiego i gruczołowego szyjki macicy. Zasady wymienionej klasyfikacji przedstawiono w tabeli 1. Według wytycznych z 2001 roku, wprowadzono terminy dla określenia komórek rozmazu, które wykazywały cechy morfologiczne nie pozwalające ich zakwalifikować do LSIL czy HSIL; były to ASC (ang. atypical squamous cells), podzielone na podkategorie ASC-US (ang. atypical squamous cells of undetermined significance) i ASC-H (ang. atypical squamous cells – cannot exclude HSIL).

W 2012 roku Amerykańskie Kolegium Patologów (CAP, College of American Pathologists) i Amerykańskie Towarzystwo Kolposkopii i Patologii Szyjki Macicy (ASCCP, American Society of Colposcopy and Cervical Pathology) wprowadziło terminologię zmian płaskonabłonkowych okolic anogenitalnych (LAST, Lower Anogenital Squamous Terminology) wywołanych infekcją wirusem brodawczaka ludzkiego (Human Papillomavirus, HPV). Pod pojęciem okolicy anogenitalnej rozumiany jest obszar pokryty błoną śluzową lub skórą, w terenie szyjki macicy i pochwy oraz sromu, prącia i krocza oraz kanału odbytu i okolicy około odbytniczej, podatny na infekcję wirusem HPV. Podtypy immunologiczne HPV podzielone zostały na dwie grupy różniące się

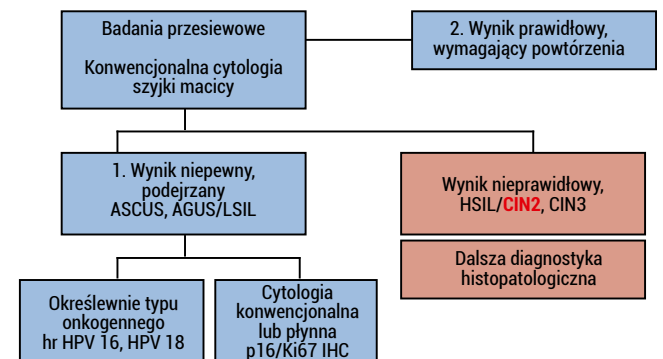
TABELA 1. TERMINOLOGIA SYSTEMU BETHESDA 2001

NIEPRAWIDŁOWE KOMÓRKI NABŁONKA WIELOWARSTWOWEGO PŁASKIEGO	
ASC-US	Atypowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego o nieokreślonym charakterze;
ASC-H	Atypowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego, nie można wykluczyć neoplazji śródnałonkowej dużego stopnia (HSIL);
LSIL	Śródnałonkowa neoplazja małego stopnia; obejmuje infekcje HPV/dysplazję małego stopnia/CIN I;
HSIL	Śródnałonkowa neoplazja dużego stopnia; Obejmuje dysplazję średniego i dużego stopnia, CIS (carcinoma in situ), CIN II i III;
Rak płaskonabłonkowy	W przypadku podejrzenia inwazji;
NIEPRAWIDŁOWE KOMÓRKI NABŁONKA GRUCZOŁOWEGO	
AGC	Atypowe komórki nabłonka gruczołowego szyjki (AGC) lub trzonu macicy lub inne gruczołowe;
AIS	Endocerykalna neoplazja śródnałonkowa;
Gruczolakorak	Komórki raka gruczołowego szyjki lub trzonu macicy lub nowotworu pozamacicznego.

ryzykiem transformacji nowotworowej. Podtypy o niskim ryzyku jak, HPV6, 11, 42, 43, 44 i 53 związane są z neoplazją śródnałonkową małego stopnia i brodawkowatymi rozrostami nabłonka o charakterze kłykcin kończystych i płaskich. Natomiast średnim i wysokim ryzykiem określane są infekcje następującymi onkogennymi typami wirusa HPV6, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 i 68. Typy HPV 16 i HPV 18 współistnieją z neoplazją śródnałonkową dużego stopnia (HSIL) i rakiem płaskonabłonkowym inwazyjnym określane są terminem wysokiego ryzyka (hr HPV, high risk HPV). TBS 2014 zaproponował małe zmiany w terminologii: raportowanie obecności prawidłowych komórek endometrialnych w rozmazach u kobiet w wieku 45 lat i powyżej oraz poddanie pod dyskusję i zdefiniowanie trzeciej kategorii zmian LSIL-H, w przypadkach neoplazji śródnałonkowej małego stopnia i pojedynczych komórek z cechami HSIL.

Podkreślenia wymaga, iż dwustopniowa klasyfikacja zmian śródnałonkowych szyjki macicy i pozostałych lokalizacji regionu anogenitalnego:

– LSIL (ang. low-grade squamous intraepithelial lesion) – śródnałonkowe zmiany dysplastyczne małego stopnia – odpowiednik CIN I;

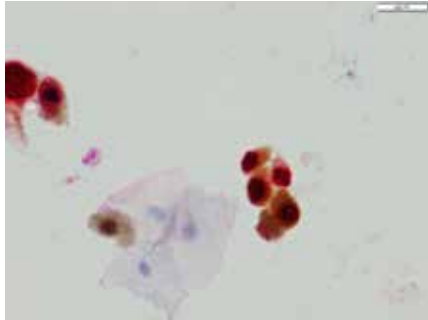


Ryc. 1. Schemat postępowania w ramach badań przesiewowych i diagnostyki pogłębionej opracowany na podstawie propozycji ASCCP (8).

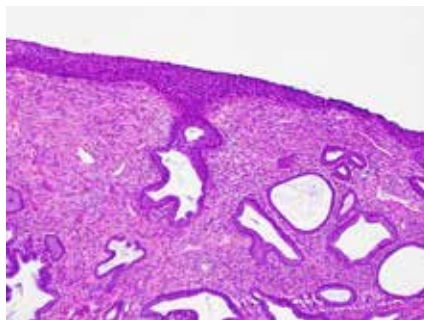


PIŚMIENNICTWO

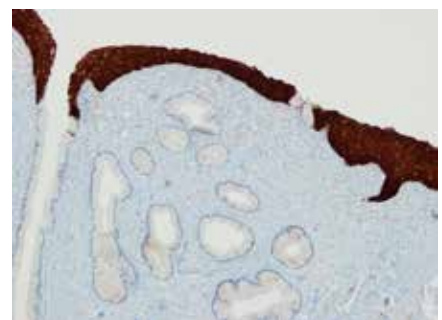
1. National Cancer Institute Workshop: The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. JAMA 1989; 262:931-934.
2. Kurman RJ, Solomon D (eds): The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes for Terminology and Specimen Adequacy. New York, Springer, 1994.
3. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al: The Bethesda System 2001: terminology for reporting the results of cervical cytology. JAMA 2002; 287:2114-2119.
4. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, et al: The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Arch Pathol Lab Med 2012; 136: 1266-1297.
5. Nasierowska-Guttmejer A, Kędzia W, Rokita W, Wojtylak Sz, Lange D, Jach R, Wielgoś M. Polish recommendations regarding diagnostics and treatment of cervical squamous intraepithelial lesions according to the CAP/ASCCP guidelines. Ginekologia Polska 2016, vol. 87, no. 9, 676-682
6. Stoler M, Bergeron C, Colgan TJ, et al: Epithelial tumours; in Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH (eds): Tumours of the Uterine Cervix: WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs, ed Lyon, IARC Press, 2014, chap 7, pp 172-198.
7. Nayar R, Wilbur DC: The Pap Test and Bethesda 2014. Acta Cytologica 2015;59:121-132DOI: 10.1159/000381842
8. Huh WK, Ault KA, Chelmow DC et al. Use of Primary High-Risk Human Papillomavirus Testing for Cervical Cancer Screening: Interim Clinical Guidance. J Lower Gen Tract Dis 2015;19: 91-96.



Ryc. 2. Odczyn immunohistochemiczny p16/Ki-67 i badania molekularne HPV wykonywane w Zakładzie Patologii Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach



Ryc. 3A. Wycinek z szyjki macicy u kobiety lat 28. Preparat histopatologiczny, barwiony hematoksylina i eozyną.



Ryc. 3B. Wycinek z szyjki macicy u kobiety lat 28. Preparat histopatologiczny, odczyn immunohistochemiczny p16 potwierdza rozpoznanie HSIL

– HSIL (ang. high-grade squamous intraepithelial lesion) – śródnabłonkowe zmiany dysplastyczne dużego stopnia – odpowiednik CIN II i CIN III; jest rekomendowana przez WHO, CAP i ASCCP jako obowiązująca w TBS.

Jednocześnie, obie wymienione kategorie zostały przyjęte przez WHO i CAP do weryfikacji śródnabłonkowych zmian histopatologicznych w terenie szyjki macicy.

POSTĘPOWANIA W RAMACH BADAŃ PRZESIEWOWYCH

W ostatnich latach nastąpił na świecie znaczący postęp w jakości prowadzenia skriningu, profilaktyki i leczenia zmian śródnabłonkowych szyjki macicy. Wiąże się on z coraz bardziej powszechnym stosowaniem cytologii na podłożu płynnym, która w bardzo istotny sposób poprawia jakość oceny preparatów cytologicznych i powtarzalność wyników, w porównaniu do cytologii konwencjonalnej. Również istotnym postępowaniem jest stosowanie testów HPV DNA w celu wykrycia hrHPV, które proponowane są w skriningu jako alternatywne badanie do cytologicznego.

Na rycinie 1 przedstawiono schemat postępowania w ramach badań przesiewowych i diagnostyki pogłębionej, na podstawie propozycji ASCCP.

Na rycinie 2 przedstawiono odczyn immunocytochemiczny p16/Ki-67 pozwalający na identyfikację białka p16 oraz białka Ki-67 (markera proliferacji komórkowej) w preparatach cytologicznych. Za wynik dodatni uznaje się jednoczesne wybarwienie jądra komórkowego (ekspresja białka Ki-67) na kolor czerwony i cytoplazmy na kolor brązowy (nadekspresja białka p16) w przynajmniej jednej komórce. Dwubarwna reakcja świadczy o zaburzonym cyklu komórkowym. W złożonym procesie transformacji nowotworowej dochodzi do zwiększonej produkcji i gromadzenia się białka supresorowego p16 w cytoplazmie komórek zakażonych wirusem HPV. P16 jest markerem immunohistochemicznym, przydatnym do diagnostyki trudnych SIL/CIN, jest surogatą dla zmian wysokiego ryzyka HPV-zależnych. P16 (INK4A) jest białkiem supresorowym, należącym do rodziny inhibitorów cyklinozależnych kinaz (CDK) biorących udział w cyklu komórkowym. Gen CDKN2A kodujący białko p16 umieszczony

jest na ramieniu krótkim chromosomu 9 (9p). Funkcją białka p16 jest kontrola cyklu komórkowego.

Rycina 3 przedstawia odczyn immunohistochemiczny p16 w wycinku z szyjki macicy, potwierdzający HSIL w nabłonku wielowarstwowym płaskim. Wynik reakcji immunohistochemicznej p16 należy interpretować jako uzupełniający do obrazu histopatologicznego preparatu barwionego hematoksylina i eozyną. Wynik pozytywny p16 to silna i jednolita rozlana reakcja barwna, rozpoznawana jest w kategorii zmian HSIL. Wynik negatywny p16 identyfikuje zmiany typu atypii zapalnej, nabłonka metaplastycznego, LSIL i nie związanych z infekcją HPV.

Podsumowując, biomarkerami immunohistochemicznymi przydatnymi do oceny cytologii szyjki macicy są p16 i Ki-67. Według zaleceń CAP, ASCCP, PTG i PTP wynik pozytywny p16 jest podstawą do diagnostyki pogłębionej czyli kolposkopii i abrazji diagnostycznej endocervix. HSIL/CIN 2 w wycinku z szyjki macicy wymaga potwierdzenia immunohistochemicznego markerem p16 przed dalszą terapią.



PROF. DR HAB. N. MED. ANNA NASIEROWSKA-GUTTMEJER

Lekarz patomorfolog onkolog, profesor UJK w Kielcach. Kierownik Zakładu Patomorfologii CSK MSWiA w Warszawie i Zakładu Patologii na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.
Adres do korespondencji: anna.guttmejer@gmail.com



FOT. 123

ZAiKS - muzyka w gabinecie

ZAPEWNIENIE PACJENTOWI PRZYJAZNEJ ATMOSFERY W TRAKCIE LECZENIA ORAZ BEZPOŚREDNIO PRZED JEGO ROZPOCZĘCIEM JEST KLUCZOWYM ELEMENTEM BUDOWANIA PRZYJAZNEGO WIZERUNKU LEKARZA. Z pewnością w zdecydowanej większości gabinetów z głośników w poczekalni, czy nawet we wnętrzu samego gabinetu, płynie muzyka z rozgłośni radiowych lub nośników pamięci. Czy jest to legalne?

I odstawą do rozważań na ten temat będzie art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2017, poz. 880, j.t). Stanowi on, iż posiadacze urządzeń służących do odbioru programu radiowego lub telewizyjnego mogą za ich pomocą odbierać nadawane utwory, choćby urządzenia te były umieszczone w miejscu ogólnie dostępnym, jeżeli nie łączą się z tym osiągnięcie korzyści majątkowych.

KONTROLA LEGALNOŚCI ODTWARZANIA MUZYKI

Na gruncie wspomnianej ustawy uprawnienie do kontrolowania legalności odtwarzania muzyki powierzone zostało organizacjom zbioro-

wego zarządzania prawami autorskimi lub prawami pokrewnymi (dalej: OZZ). W Polsce takich organizacji jest kilka, np. Związek Producentów Audio-Video (ZPAV), Związek Artystów Wykonawców STOART, czy najpopularniejszy Związek Autorów i Kompozytorów Scenicznych ZAiKS (dalej: ZAiKS). Najczęściej z kontrolą przychodzą pracownicy ZAiKS-u – największej oraz najstarszej organizacji zbiorowego zarządzania prawami autorskimi lub prawami pokrewnymi w Polsce. Podczas kontroli pytają oni, czy w gabinecie odtwarzana jest muzyka, a jeśli tak, to czy z tego tytułu została opłaconą licencja na rzecz twórców odtwarzanych utworów. Według kontrolerów OZZ emitowanie muzyki w gabinecie lekarskim trak-

autor:
Maria Zadora

towane jest jako publiczne odtworzenie, co w konsekwencji wiąże się z koniecznością zawarcia umowy licencyjnej i opłacenia tantiem, czyli wynagrodzeń autorskich.

Jednak, czy na pewno właściciele miejsc, w których można usłyszeć muzykę płynącą z radia, są zobligowani do płacenia opłat licencyjnych za publiczne odtwarzanie utworów? Według kontrolerów OZZ zdecydowanie tak, niemniej jednak linia orzecznicza sądów, zarówno krajowych, jak i europejskich, zdaje się wskazywać inaczej.

ORZECZNICTWO EUROPEJSKIE

W 2012 r. sprawa trafiła na wokandę Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w Luksemburgu (1). TSUE powołał się na dyrektywy unijne 92/100/EWG (Dz.U. L 346, s. 61) oraz 2001/29/WE (Dz.U. L 167, s. 10), jednocześnie dając wskazówki w zakresie uznania odtwarzania za „publiczne”. Trybunał orzekł, iż odtwarzanie publiczne musi spełniać minimum dwa poniższe warunki: liczba potencjalnych odbiorców ma być nieokreślona („udostępnianie utworu [...] w jakikolwiek właściwy sposób ogółowi ludności, to znaczy bez ograniczenia do poszczególnych osób należących do prywatnej grupy”), a na dodatek dość znaczna („pewien minimalny próg, co wyklucza z tego pojęcia zbyt małą lub nieznaczną liczbę danych osób”).

KWALIFIKACJA ODTWARZANIA MUZYKI W GABINECIE

Po przeniesieniu powyższych założeń teoretycznych na grunt konkretnej sprawy rozpatrywanej przez Trybunał, mianowicie sporu włoskiego stomatologa z włoskim odpowiednikiem ZAiKS-u, nasuwa się wniosek, że emitowanie muzyki w gabinecie lekarskim nie jest publiczne. Grono potencjalnych odbiorców jest bowiem określone, ich krąg jest ustabilizowany. Nie jest spełniona również druga przesłanka – liczba odbiorców. Liczba osób słuchających muzyki w tym samym czasie w gabinecie jest ograniczona, a pacjenci przychodzą kolejno po sobie. Ponadto trudno założyć, że lekarz, w którego gabinecie włączone jest radio, liczy z tego tytułu na zwiększenie dochodów, a nawet, że do takiego zwiększenia dochodzi. Cena zabiegów nie jest zależna od okoliczności puszczania muzyki, również zaskakujące byłoby, gdyby z powodu odtwarzania muzyki do gabinetu przychodziło więcej pacjentów. W przypadku lekarzy decydującym kryterium jest renoma lekarza, jakość po-

siadanego sprzętu, czy wreszcie lokalizacja gabinetu. Racjonalny pacjent nie wybiera lekarza na podstawie muzyki w poczekalni czy gabinecie. Zdaniem TSUE „w rzeczywistości, pacjenci udają się do gabinetu lekarskiego jedynie w celu poddania się zabiegom, natomiast odtwarzanie fonogramu nie jest nieodłącznym elementem przy świadczeniu opieki zdrowotnej. Jedynie przypadkowo i niezależnie od swej woli, pacjenci korzystają z dostępu do pewnych fonogramów, w zależności od momentu przybycia do gabinetu i czasu trwania oczekiwania oraz charakteru leczenia, któremu są poddawani. W tych okolicznościach nie można domniemywać, by zwykli pacjenci byli podatni na odtwarzanie muzyki.” Poglądy doktryny (2) wskazują, „że termin „muzyka tła” (niebędący przedmiotem szczegółowej analizy Trybunału) powinien być interpretowany wąsko; obejmować takie sytu-

program dla pacjentów (np. udostępnianie programu telewizyjnego – kanałów dziecięcych w gabinetach przeznaczonych dla najmłodszych).”

ORZECZNICTWO KRAJOWE

Podobny spór rozstrzygany był również przez polski wymiar sprawiedliwości. Fryzjer, prowadzący salon fryzjerski, wywiesił w swoim zakładzie ogłoszenie z prośbą o niesłuchanie muzyki przez klientów, jednocześnie informując, że muzyka przeznaczona jest dla personelu. Swoim klientom przedkładał do podpisu oświadczenia, że nie słuchają muzyki podczas wizyty w salonie. Aby ułatwić niesłuchanie muzyki podczas wykonywania usługi, rozdawał im stopery do uszu. Podobną praktykę wywieszania ogłoszeń informacyjnych zaczęły masowo stosować inne salony fryzjerskie, salony kosmetyczne czy sklepy.



FOT. FREEIMAGES.COM

acje, gdy zasadniczo odtwarzanie muzyki ma znaczenie marginalne, stanowi na tyle nieistotne tło, że jest niemal niezauważalne dla klientów. Kwestią dyskusyjną jest, czy rzeczywiście lekarz nie może oczekiwać zwiększenia liczby klientów w związku z odtwarzaniem programu, szczególnie gdy w praktyce niektóre gabinety dobierają

Takie działanie miało chronić od odpowiedzialności w przypadku kontroli organów zbiorowego zarządzania prawami autorskimi lub prawami pokrewnymi w sytuacji niepłacenia tantiem z tytułu muzyki puszczanej z radia. W powyższym przypadku okazało się to niewystarczające. Kontrolerzy ZAiKS-u zażądali wykupienia licencji i opłacania tantiem. Spór zakończył się w sądzie (3). W pierwszej instancji sąd okręgowy oddalił pozew ZAiKS-u, przyznając rację przedsiębiorcy. Stowarzyszenie twórców nie złożyło

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w Luksemburgu orzekł, iż odtwarzanie publiczne musi spełniać minimum dwa warunki: liczba potencjalnych odbiorców ma być nieokreślona, a na dodatek dość znaczna



LITERATURA:

1. Wyrok z dnia 15 marca 2012 r. o sygnaturze C-135/10
2. Prawo autorskie i prawa pokrewne. Komentarz, Flisak D. (red.), Bukowski M., Okoń Z., Podrecki P., Raglewski J., Stanisławska-Kloc S., Targosz T.
3. Wyrok z dnia 14 kwietnia 2014 r., sygn. akt: I C 2418/13

jednak broni i wniosło apelację do sądu apelacyjnego. Także druga instancja zakończyła się dla ZAiKS-u niepowodzeniem.

Sąd apelacyjny podtrzymał wyrok pierwszej instancji i oddalił apelację, wpisując się w dotychczasową linię orzecznictwa, w tym wspomniane orzecznictwo europejskie. Sąd wskazał, że emitowanie muzyki w salonie fryzjerskim mieści się w granic

jeśli spór powstanie w dużym przedsiębiorstwie, wyrok byłby inny. Każdą sytuację należy rozpatrywać indywidualnie, biorąc pod uwagę grono odbiorców i charakter wykonywanej usługi, a także ilość spędzanego czasu przy dźwiękach muzyki z radia.

INNE OBOWIĄZKI ZAPŁATY

Należy wskazać, że podobnie wygląda kwestia z posiadaniem urządzeń służących do odbioru programów telewizyjnych. Ponadto podkreślenia wymaga fakt, iż brak obowiązku płacenia opłat licencyjnych organizacjom zbiorowego zarządzania prawami autorskimi nie wyłącza obowiązku płacenia abonamentu radiowo-telewizyjnego. W tym przypadku nie ma znaczenia grono odbiorców, ani okoliczność, że muzyka jest „tylko dla personelu”, a pacjenci proszeni są o jej niesłuchanie. Liczy się sam fakt posiadania odbiornika.

Włączone radio w gabinecie lekarskim z pewnością nie jest



FOT. 123 RF

cach dozwolonego użytku utworu, gdyż nie wiąże się ze wzrostem przychodów zakładu. Fryzjerzy nie zarabiają na muzyce grającej w tle podczas wykonywania usługi, lecz na samej usłudze. Klienci słuchają muzyki niezależnie od swojej woli, a wybór salonu nie jest uzależniony od faktu puszczenia muzyki. Ponadto sąd podkreślił, że muzyka w salonie fryzjerskim jest zakłócana np. przez dźwięk suszarki do włosów, zatem siłą rzeczy nie może być dobrej jakości. W związku z tym zwiększenie obrotów zakładu z tego tytułu wydaje się jeszcze bardziej wątpliwe.

WPLYW NA ANALOGICZNE SPORY

Mimo, iż polski system nie jest oparty na precedensie, powyższe orzecznictwo oraz argumentacja w nim zawarta odgrywają dużą rolę w podobnych sporach. Często sądy biorą pod uwagę orzecznictwo w analogicznych sprawach, jednak należy pamiętać, że w powyższa sytuacja miała miejsce w małym zakładzie. Nie jest wykluczone, że

rzadkością. Mimo że wspomniane orzeczenie może być wyznacznikiem w kontekście podobnych sporów, nie należy sugerować się nim w pełni. Istotny jest również fakt, że mimo wątpliwości w sprawie zapłaty tantiem za odtwarzane utwory, samo posiadanie odbiornika skutkuje obowiązkiem zapłaty abonamentu radiowo-telewizyjnego.



MARIA ZADORA

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

Klasyfikacja anatomii warg sromowych mniejszych

ROZMIARY, KSZTAŁT I ASYMETRIA WARG SROMOWYCH MNIEJSZYCH (WSM) RÓŻNIĄ SIĘ ZNACZĄCO U POSZCZEGÓLNYCH KOBIET. Używane powszechnie określenie

„przerostu” warg sromowych mniejszych ma charakter bardzo nieprecyzyjny, indywidualny i niemożliwy do obiektywnej oceny narzuconej przez system klasyfikacji, który jest jedynie formą mapy terenu, jakim jest warga sromowa mniejsza. Wargi, które jedna pacjentka uważa za „przerośnięte”, dla innej mogą być prawidłowe.

Wydaje się jednak, iż dla potrzeb dokumentowania postępowania leczniczego, badań naukowych, czy być może doboru najbardziej optymalnej metody operacyjnej, taki system klasyfikacji warg sromowych mniejszych jest potrzebny. Począwszy od ostatniej dekady XX wieku, kilku badaczy zaproponowało metodykę opisu warg sromowych mniejszych.

KLASYFIKACJA WG FRANCO

Jako pierwszy w 1993 zasadę opisu WSM podał Franco, który wyróżnił cztery typy przerostu warg sromowych mniejszych, mierząc odległość od przedsionka pochwy do najbardziej oddalonego punktu krawędzi warg sromowych mniejszych.

Określenie „przerostu” warg sromowych mniejszych ma charakter bardzo nieprecyzyjny, indywidualny i niemożliwy do obiektywnej oceny narzuconej przez system klasyfikacji.

Pacjentki typu pierwszego, to takie, u których odległość od przedsionka pochwy do krawędzi WSM wynosi mniej niż 2 cm. U kobiet zaliczonych przez Franco do typu II odległość od przedsionka pochwy do krawędzi WSM wynosi maksymalnie 4 cm. U pacjentek typu III odległość ta zawiera się w przedziale od 4 do 6 cm, a w typie IV wynosi więcej niż 6 cm.

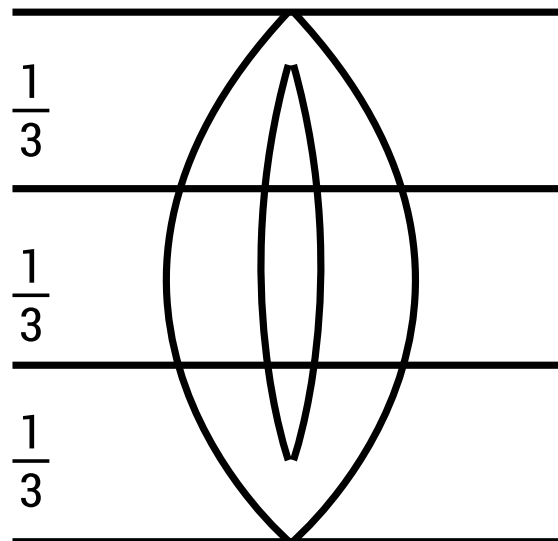
KLASYFIKACJA WG CHANGA

Kolejna, uproszczona klasyfikacja przerostu WSM została opisana w 2013 roku przez P. Changa. W odróżnieniu od Franco nie mierzył on warg sromowych mniejszych, ale użył metody porównawczej. Jego podział także obejmuje cztery grupy. Do pierwszej są zaliczane pacjentki, u których wargi sromowe mniejsze nie wystają ponad wargi sromowe większe. Do drugiej grupy zaliczył pacjentki, u których wargi mniejsze wystają ponad wargi większe. Trzecia grupa to pacjentki, u których widoczny jest przerost napletka lechtaczki. W ostatniej grupie znalazły się kobiety, których wargi mniejsze rozciągają się aż do krocza.

KLASYFIKACJA WG MOTAKEFA

W 2015 roku Motakef zaproponował kolejną klasyfikację przerostu warg sromowych mniejszych, w której, w odróżnieniu od klasyfikacji opisanej przez Franco, pomiaru dokonuje się mierząc odległość od bruzdy bocznej (pomiędzy wargą sromową większą i mniejszą) do najbardziej oddalonego punktu krawędzi WSM. Motakef podzielił pacjentki na trzy grupy. Pierwszą grupę stanowią pacjentki, u których odległość ta jest mniejsza niż 2 cm. Druga grupa to pacjentki, u których pomiar dał wynik w zakresie od 2 do 4 cm, a trzecia grupa to pacjentki, u których odległość ta wynosi powyżej 4 cm.

Klasyfikacja Motakef jest aktualnie najszerzej stosowana. Ponadto Motakef sugerował dostosowanie metody labioplastyki do stopnia przerostu WSM.



Rys. 1. Klasyfikacja wg Banwella

KLASYFIKACJA WG BANWELLA

Najbardziej rozbudowaną klasyfikację przedstawił w 2013 roku chirurg plastyczny Paul Banwell, a jej szczegółowy opis znajduje się w podręczniku Female Cosmetic Genital Surgery pod redakcją Ch.Hamori. P. Banwell, R. Alinsond, wydawnictwa Thieme.

Przy ustalaniu klasyfikacji wg. Banwella pod uwagę branych jest wiele elementów.



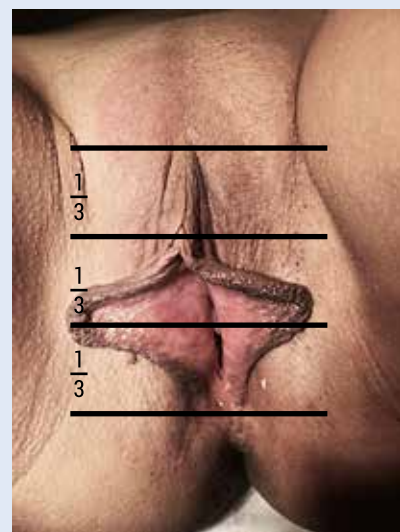
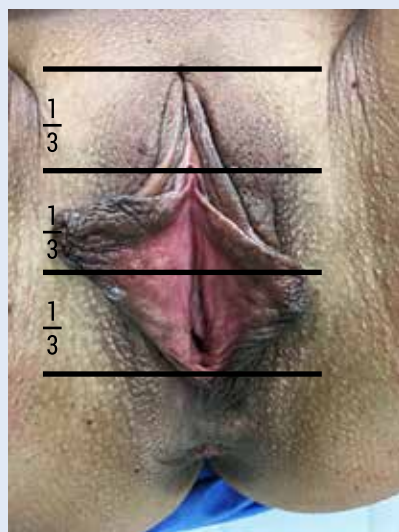
PIŚMIENNICTWO:

1. Motakef S et al. Vaginal Labiaplasty: Current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg* 135:774, 2015
2. Banwell PE et al. Classification and anatomical variations of the female genitalia : implication for labiaplstry surgery (submitted for publication)
3. Franco T et al. Hipertrofia de nimfas. *J Bras Ginecol* 103:163, 1993
4. Chang P et al. Vaginal labiaplstry: defense of the simple „ clip and snip” and a new classification system. *Aesthetic Plast Surg* 37:887, 2013

Ustalenie najdalej położonego punktu WSM: po rozłożeniu warg sromowych mniejszych na boki, nanosimy 4 poziome linie od łechtaczki do wędzidełka warg sromowych mniejszych, dzieląc wargę mniejszą na 3 części: 1/3 górną, środkową i dolną (ryc. 1). W zależności od tego w, której części znajduje najdalej wysunięty punkt krawędzi WSM, opisujemy typ. Do typu pierwszego zaliczamy pacjentki, u których punkt ten znalazł się w części górnej, pacjentki typu drugiego – to te, u których punkt znajduje się w części środkowej i analogicznie, typ III to pacjentki, u których punkt ten znajduje się w części dolnej. Typ ułożenia najdalej wysunięty punkt krawędzi WSM opisuje się osobno dla wargi prawej i lewej.

1. Asymetria: stosując schemat (rys. 1) zaznaczymy, w której części i po której stronie jest większy przerost, np: typ II strona lewa opisuje asymetrię jako większy przerost po stronie lewej w części (1/3) środkowej.
2. „Labial perineal takeoff”: miejsce tylnego przyczepu WSM, czy punktu wyjścia warg sromowych mniejszych od strony krocza. Autor wyróżnia trzy typy: niski (dolny) – przyczep wargi sromowej mniejszej rozpoczyna się w części dolnej (wg ryc. 1), sięgając czasami do krocza lub zachowując ciągłość z wargą sromową po drugiej stronie w postaci Furchette; pośredni – przyczep wargi sromowej mniejszej rozpoczyna się w części środkowej i wysoki – przyczep wargi sromowej rozpoczyna się w części górnej.
3. Kompleks łechtaczkowo-wargowy – pod uwagę brana jest wielkość kompleksu łechtaczkowego (żołądź łechtaczki i napełek łechtaczki, fałdy okołołechtaczkowe) w porównaniu do warg sromowych mniejszych. Autor opisuje dominację kompleksu łechtaczkowego lub wargowego.

PRZYKŁADOWY OPIS PRZEDOPERACYJNY WG KLASYFIKACJI BANWELLA (zdjęcia z archiwum dr Piotra Kolczewskiego).



FOT. AUTOR

WSM L typ II	WSM L typ II 3 cm
WSM P typ I 4,5 cm	WSM P typ II 4,5 cm
Asymetria	Asymetria
Boczne fałdy łechtaczkowe LP	Boczny fałd łechtaczkowy L
Dominacja wargowa	Dominacja wargowa
Perineal takeoff typ niski L=P	Perineal takeoff typ niski L=P

ZDJĘCIA SĄ WŁASNOŚCIĄ AUTORA TEKSTU I BEZ JEGO ZGODY NIE MOGĄ BYĆ PUBLIKOWANE.



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 tematycznie związanych z operacjami rekonstrukcyjnymi i plastycznymi w ginekologii i uroginekologii (International Urogynecological Association, International Continence Society).

e-dokumentacja jeszcze rok później

UFF – ODECHNIE WIELU LEKARZY. MAMY JESZCZE ROK NA WPROWADZENIE PROGRAMU DO PROWADZENIA E-DOKUMENTACJI. JEDNAK WARTO JUŻ DZIŚ WYBRAĆ PROGRAM I GO PRZETESTOWAĆ. NA ŁAMACH NOWEGO GABINETU GINEKOLOGICZNEGO DO KILKU MIESIĘCY SZCZEGÓŁOWO OPISUJEMY WSZYSTKIE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z WYBÓREM PROGRAMU. W tym numerze prezentujemy wywiad z Grzegorzem Żyjewskim, specjalistą ds. systemów informatycznych w firmie Hakon Software, który o programach do e-dokumentacji wie chyba wszystko.



FOT. 123RF

PIOTR SZYMAŃSKI: Od jakiegoś czasu Izby lekarskie i środowiska medyczne naciskały Ministerstwo Zdrowia w sprawie zmiany terminu rozpoczęcia obowiązywania rozporządzenia nakładającego na wszystkie placówki medyczne konieczności prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. Głosy te zostały wysłuchane.

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Do dnia 18 sierpnia 2017 roku wszyscy uważali, że obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej będzie od 1 stycznia 2018 roku. Dziś wiemy, że te terminy zostały przesunięte. Zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2017 o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie

zdrowia oraz niektórych innych ustaw, poszczególne terminy zostały przeniesione:

- w zakresie określonych rodzajów dokumentacji medycznej, które zostaną sprecyzowane w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy, obowiązek EDM wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2019 roku. Czyli placówki medyczne zyskują dodatkowe 12 miesięcy na wdrożenie EDM;
- w zakresie e-recept 31 grudnia 2019 roku;
- w zakresie e-skierowań 31 grudnia 2020 roku.

Ministerstwo wskazuje, iż podmioty lecznicze do dat granicznych będą miały obowiązek dostosować swoją infrastrukturę do prowadzenia dokumentacji medycznej

autorzy:
Piotr Szymański,
Grzegorz Żyjewski



FOT. 123 RF

w formie elektronicznej. Dodatkowo podmioty będą musiały odpowiednio wcześniej zgłosić gotowość podłączenia swoich systemów do Platformy PI.

PIOTR SZYMAŃSKI: Czy to oznacza, że na rok mogą odłożyć projekt wprowadzenia e-dokumentacji medycznej do swojej placówki, czy lepiej już teraz wdrożyć system do przychodni?

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Tu zastosowanie ma stare porzekadło: „im szybciej tym lepiej”. Obowiązek wprowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej wchodzi w 2019 roku. Jednak należy pamiętać, iż jest to termin, kiedy podmiot medyczny musi mieć zainstalowany system i rozpocząć wprowadzenie informacji do niego.

Wdrażając system informatyczny należy pamiętać, iż jest to proces rozłożony w czasie. Często od momentu zakupu programu do rozpoczęcia pracy mijają jakiś czas. Wszystko zależy od wielkości placówki medycznej. W przypadku jednoosobowej praktyki ten czas wynosi od 3 do 10 dni. W przypadku praktyki medycznej wieloosobowej okres wdrożenia wydłuża się nawet do miesiąca. Wszystko zależy od ilości danych, które należy wprowadzić do systemu, aby sprawnie można było w nim wprowadzać dane.

Nie warto czekać na ostatnią chwilę również z tego powodu, iż firmy dostarczające systemy informatyczne będą miały ogrom pracy, co może spowodować wydłużenie tego czasu.

PIOTR SZYMAŃSKI: Jakie są korzyści z wprowadzenia systemu do placówki medycznej?

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Oczywiście: „nie ma róży bez kolców”. Sam etap przejścia

z dokumentacji papierowej na elektroniczną wiąże się z dużym nakładem poświęconego czasu, często i nerwów. Ale jak już przetrwamy ten okres, to korzystanie z cyfrowej formy dokumentacji medycznej ma wiele korzyści. Jakie to korzyści? Po pierwsze, lekarze mają błyskawiczny dostęp do całości, lub części dokumentacji medycznej pacjenta. Również pacjentka szybko może uzyskać część, lub całość dokumentacji medycznej.

Prowadząc dokumentację w formie elektronicznej w rejestracji uzyskamy więcej miejsca, znikną bowiem szafy z dokumentacją papierową. Oczywiście trzeba pamiętać o konieczności przechowywania dokumentacji przez 20 lat i jeśli nie mamy w planie przenieść dokumentację papierową zgromadzoną w naszym archiwum do wersji elektronicznej, musimy przechowywać karty pacjentów. Ale to może być zupełnie inne pomieszczenie, gdyż szybki dostęp do tej dokumentacji nie będzie już potrzebny. Elektroniczne bazy danych nie zajmują tyle miejsca, co dokumentacja papierowa. Ponadto wprowadzenie programu ułatwia przeprowadzanie analiz związanych z funkcjonowaniem placówki (rozliczanie personelu, statystyki opłacalności, stany magazynowe, raporty NFZ, itp.). Systemy informatyczne zintegrowane z programem do prowadzenia EDM umożliwiają szybką komunikację z pacjentem przez wysyłanie SMS, e-mail. Możliwe jest też wdrożenie rejestracji pacjentów w systemie on-line (czyli pacjenci zapisują się na wizytę bezpośrednio na stronie internetowej).

PIOTR SZYMAŃSKI: Co z dotychczasową dokumentacją prowadzoną w formie papierowej? Czy muszę ją wprowadzić do systemu, a jeżeli tak to w jaki sposób?

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Dokumentacja w postaci papierowej musi być archiwizowana przez okres przewidziany ustawowo. Wdrażając system informatyczny do Państwa praktyki nie ma obowiązku wprowadzania dotychczasowej dokumentacji do systemu. Dla własnej wygody często gabinety wprowadzają karty pacjentów do systemu. Najczęściej jest to skan w postaci dokumentu zapisanego jako PDF. Jednak dokumentację nie wszystkich pacjentów warto wprowadzić.

PIOTR SZYMAŃSKI: Który system w praktyce lepiej się sprawdza – w chmurze, czy na pulpicie. Czy są gabinety, w których polecane jest rozwiązanie chmurowe, lub rozwiązanie pulpitemowe.

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Trudno odpowiedzieć w sposób jednoznaczny na to pytanie. Ustawa dopuszcza tworzenie bazy danych zarówno w programie z lokalną bazą danych, jak i w programie z bazą danych w chmurze. Każde rozwiązanie ma swoje zalety i wady. Wiem jednak, iż 80 proc. użytkowników wybiera system desktopowy (lokalny), a 20 proc. ten pracujący w chmurze.

Każda placówka ma swoje indywidualne preferencje i do nich dostosowywany jest system do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

Przy doborze oprogramowania warto zwrócić uwagę, aby:

- program był funkcjonalny, tak aby każdy mógł dopasować system do swoich potrzeb;
- program powinien mieć sprawny serwis z szybkim czasem reakcji od momentu zgłoszenia problemu;
- firma sprzedająca program powinna zaoferować szkolenie personelu;
- program powinien współpracować z innymi systemami elektronicznymi, które są w naszym gabinecie (np. USG, mammograf);
- program powinien zapewniać współpracę z urządzeniami peryferyjnymi, takimi jak drukarka, drukarka fiskalna, skaner kodów kreskowych, czy nawet z tabletem biometrycznym.

Takim papierkiem lakmusowym jest czas, od jakiego program funkcjonuje na rynku oraz ilość klientów korzystających z niego. Warto także poprosić o listę referencyjną. Jeśli program działa już od kilku lat, programiści na pewno uporali się z wadami tzw. „wieku dziecięcego” i zaoferują nam sprawdzony program. Przy programach pisanych w ostatnim roku tej pewności mieć nie możemy.

PIOTR SZYMAŃSKI: Jakie powinny być spełnione warunki, aby myśleć o rozwiązaniu chmurowym lub pulpitemowym?

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Każdy dostawca ma swoje wymagania dotyczące sprawnego działania systemu i takie informacje uzyskają Państwo na stronach producenta. Można też poprosić o przesłanie specyfikacji drogą elektroniczną.

Każdy gabinet przed wdrożeniem systemu musi spełniać pewne warunki.

W przychodni musi być dostępny Internet. Jego szybkość zależy od programu. Systemy w chmurze wymagają lepszego łącza niż programy desktopowe. Zatem jeśli wiemy, że mamy problem z szybkim Internetem, lepiej zdecydować się na program pulpitowy.

W przychodni powinna być też zainstalowana sieć lokalna LAN (kablowa) lub WiFi (bezprowadowa), która jest zabezpieczona (firewall, antywirus). Bardzo ważna uwaga: sieć ta powinna mieć ograniczony dostęp do innych stron internetowych. Zazwyczaj to jest źródło wszelkich problemów z wirusami. Ograniczenie możliwości przeglądania innych stron niż strona z naszym programem jest najskuteczniejszym sposobem walki z wirusami.

Jeśli chcemy, aby pacjenci mieli dostęp do Internetu, powinniśmy do tego celu stworzyć osobną sieć.

Oczywiście programy do e-dokumentacji potrzebują sprawnych komputerów. W przypadku programów pulpitowych, parametry komputerów powinny być lepsze, niż parametry komputerów pracujących w programach chmurowych. W obydwu przypadkach nie warto oszczędzać i kupować komputerów posiadających minimalne wymagania. Warto dołożyć troszkę więcej i przygotować komputery o optymalnej dla programu konfiguracji. Dzięki temu sprzęt posłuży nam dłużej.

PIOTR SZYMAŃSKI: Czy zmiana systemu do e-dokumentacji jest możliwa. Wszyscy sprzedawcy mówią, że tak, ale jak jest naprawdę? Przecież wystarczy, że inaczej będzie skonstruowana baza danych i już przeniesienie danych z programu A do programu B będzie trudne.

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Ustawa mówi wyraźnie, o tym, iż dostawcy systemów do elektronicznej dokumentacji medycznej muszą umożliwić swobodne przejście między nimi. Wszystkie wytyczne zawarte są w ustawie.

W praktyce jak to będzie wyglądać, trudno mi powiedzieć. Mogę się spodziewać, iż nie wszyscy dostosują się do tego wymogu.

PIOTR SZYMAŃSKI: Co się dzieje, gdy komputer się zepsuje, padnie dysk, nie będzie połączenia z Internetem, jak w praktyce odzyskać dane? Ile czasu to trwa, czy w tym czasie gabinet może działać?

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Jest to bardzo dobre pytanie. Słyszę je na co dzień wielokrotnie. Odpowiedź jest bardzo prosta. Każdy klient, który będzie wprowadzał dane do systemów musi zabezpieczyć się przed ich utratą. To są tylko komputery i są zawodne.

Warto wykonywać kopie zapasowe czy to na pendrive, czy na dysku zewnętrznym albo w chmurze. Dziś mamy szeroki zakres zabezpieczenia się przed utratą danych. Osobiście polecam posiadanie dwóch kopii. Proponuje swoim klientom, aby jedną kopie robili na dysku zewnętrznym, a drugą w chmurze (jeśli chmura spełnia wymogi bezpieczeństwa).

Jeżeli coś mi się stanie z komputerem – to sprawny serwis jest w stanie w przeciągu do 1 godziny uruchomić system awaryjnie i umożliwić prace. Mówię tu o programie działającym lokalnie.

W przypadku programu w chmurze, dochodzi jeszcze jeden problem. Jeśli jest to awaria jednostkowa, prawdopodobnie dość szybko zostanie usunięta, ale jeśli problem jest globalny, a nasz gabinet jest dziesiąty na liście oczekujących, to przerwa w działaniu potrwa dłużej. W obydwu przypadkach gabinet może pracować i przyjmować



FOT. 123 RF

pacjentów. Ograniczony mamy jedynie dostęp do historii leczenia pacjenta i do terminarza.

PIOTR SZYMAŃSKI: W wielu programach za dodatkową opłatą można dokupić funkcjonalne moduły? Które z nich są warte polecenia, które są koniecznością, a które to typowy wodotrysk i nie warto wydawać na niego pieniądze?

GRZEGORZ ŻYJEWSKI: Na pewno polecam moduł do komunikacji z pacjentem za pośrednictwem SMS. Również rejestracja on-line bardzo przydatna. Ciekawym rozwiązaniem jest tablet do podpisu dokumentów, bez konieczności ich drukowania i przechowywania w formie papierowej. Duże praktyki potrzebują narzędzi do zarządzania, raportowania i do marketingu – więc na to bym też zwrócił uwagę. Utrzymanie pacjenta przy swojej placówce jest bardzo ważne, dlatego wiele gabinetów, począwszy od jednoosobowych do sieci klinik, wdraża systemy lojalnościowe, aby zatrzymać pacjentów.

Nie jestem w stanie powiedzieć, jakich modułów nie warto wdrażać, gdyż to jest indywidualne podejście klienta, co potrzebuje a czego nie.



PIOTR SZYMAŃSKI

Zastępca redaktora naczelnego magazynu
Nowy Gabinet Ginekologiczny



**GRZEGORZ
ŻYJEWSKI**

Jest specjalistą ds. systemów informatycznych w firmie Hakon Software.



mediDOK[®]

www.medidok.com.pl
biuro.polska@medidok.de

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA 2019

bezpieczna archiwizacja i dostępność już dziś!

MULTIMEDIALNE ARCHIWUM

DICOM PACS USG ENDOSKOPIA
SKANY DOKUMENTACJI
w jednym systemie



ELEKTRONICZNA LISTA PACJENTÓW DICOM

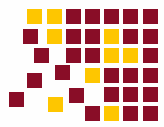
USG ENDOSKOPIA RTG CT MRI
SKANERY SIECIOWE
bez pomyłek w danych osobowych

PRZEGLĄDARKA MEDYCZNA

DICOM VIDEO ZDJĘCIA
kompleksowa diagnostyka



Ponad 11 000 instalacji w Europie, klienci referencyjni oraz dystrybucja w Polsce
Integracja z systemami medycznymi, np. KS-SOMED i standardy **IHE XDS HL7 DICOM**
Wyrób medyczny klasy IIA rozwijany od ponad 15 lat






Sorbifer® Durules®

Ferrosi sulfas + Acidum ascorbicum

Gdy niedobór żelaza odbiera energię



-  wysoko przyswajalne żelazo Fe^{2+} 1,2,3
-  poprawa wchłaniania dzięki zawartości wit. C^{1,2}
-  kontrolowane uwalnianie z opatentowanej tabletki Durules® 2