

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **3**
(40) 2018

Kwas hialuronowy w praktyce ginekologicznej



GINEKOLOGIA:

- Diagnostyka niewydolności żyłnej
- Wolę zapobiegać, niż leczyć - rak szyjki macicy
- Ministerstwo stawia na cytologię płynną
- Unaczynienie warg sromowych mniejszych a zabiegi labioplastyki

PRAWO:

- Elektroniczna dokumentacja medyczna coraz bliżej
- Darmowe leki dla kobiet w ciąży
- Pytania do prawnika
- RODO – czyli jak się uchronić

ISSN 2084-5839

II KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ I REKONSTRUKCYJNEJ

Jachranka
8-9 czerwca 2018 r.

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Z ogromną przyjemnością informuję, iż w dniach 8-9 czerwca 2018 r. w Hotelu Windsor (Jachranka koło Warszawy) odbędzie się II Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej. Przyszedł czas, aby zakończyć kadencję aktualnego Zarządu Głównego Towarzystwa i wybrać Prezesa oraz Zarząd Główny na kadencję następną. Odbędzie się to podczas Walnego Zgromadzenia PTGEiR, które planujemy na piątek w godzinach popołudniowych. W piątek i sobotę odbędzie się część merytoryczna Kongresu, w ramach której planujemy przedstawić najciekawsze problemy z zakresu ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej. Mito mi poinformować, że zaproszenie w charakterze wykładawców Kongresu przyjęło wielu wybitnych ekspertów.

Po zakończeniu obrad piątkowych planujemy plenerowe spotkanie towarzyskie w pięknych ogrodach Hotelu Windsor nad Zalewem Zegrzyńskim.

Serdecznie zapraszam do udziału w Kongresie, który mam nadzieję podobnie jak poprzednie nasze spotkania (Kongres Założycielski PTGEiR – Warszawa 26-27.06.2015 r.; Konferencja Naukowo-Szkoleniowa PTGEiR „Renesans Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej” – Zamość 09-10.09.2016 r.) okaże się zarówno wyjątkowym forum wymiany zawodowych doświadczeń jak i miłym spotkaniem towarzyskim w gronie przyjaciół.

Gorąco zachęcam do jak najszybszego rejestrowania swojego uczestnictwa w Kongresie (wszystkie informacje i dokumenty znajdziecie Państwo na stronie internetowej www.ptgeir.alltus.pl). Wczesna rejestracja skutkuje niższą opłatą za udział w Kongresie, a ponadto daje gwarancję tego udziału albowiem z powodu dużej liczby chętnych zmuszeni byliśmy w przeszłości do przedwczesnego zamykania listy uczestników. Dla Członków PTGEiR z opłaconymi składkami przewidzieliśmy specjalną, obniżoną wysokość opłaty kongresowej.

Do zobaczenia w Hotelu Windsor w czerwcu 2018 r.!

Prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Paszkowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej

TEMATY WIODĄCE KONGRESU

1. Nowości w operatywie z zakresu ginekologii estetycznej
2. Przegląd najnowszych publikacji/doniesień kongresowych z zakresu ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej
3. Aspekty prawne praktyki z zakresu ginekologii estetycznej
4. Nieprawidłowe gojenie ran operacyjnych w ginekologii/położnictwie – prewencja i leczenie
5. Laser i radiofrekwencja w ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej – co nowego?
6. Rewitalizacja pochwy – terapie holistyczne
7. Aspekty interdyscyplinarne ginekologii estetycznej: chirurgia plastyczna, dermatologia, seksuologia, urologia, psychiatria, endokrynologia itp.
8. Najnowsze trendy w medycynie menopauzy
9. Nowoczesne strategie terapeutyczne w zespołach hyperandrogennych u kobiet
10. Jak unikać powikłań w ginekologii plastycznej?
11. Defekty estetyczne/funkcjonalne po ciąży i porodzie – czy możemy zapobiegać?
12. Nowości w uroginekologii
13. Fizjoterapia w ginekologii estetycznej/rekonstrukcyjnej
14. Antykoncepcja jako narzędzie w medycynie estetycznej



MIEJSCE OBRAD

Hotel Windsor
Jachranka 75
05-140 Serock
(25 km od Warszawy)

REJESTRACJA

Rejestrować się można poprzez kwestionariusz zgłoszeniowy dostępny na stronie:
www.ptgeir.alltus.pl

lub bezpośrednio u organizatora:
tel: +48 22 290 48 66,
+48 531 075 866
ptgeir@alltus.pl
www.konferencje.alltus.pl





EVA System[®]

- Podstawowe narzędzie w każdym gabinecie ginekologicznym
- Doskonałe narzędzie do obrazowania stanu okolic anogenitalnych i historii leczenia
- Celna diagnostyka w kierunku zmian w obrębie tarczy szyjki macicy – bezpieczeństwo lekarza i pacjentek
- Możliwa konsultacja online z innym lekarzem-specjalistą w celu potwierdzenia opinii
- Większe zaufanie wśród coraz bardziej świadomych i dbających o zdrowie pacjentek
- Rozwój biznesu i wzrost dochodów
- Atrakcyjna relacja korzyści do ceny



Partner:
Polskie Towarzystwo Kolposkopii
i Patofizjologii Szyjki Macicy



Wydawca:

Wydawnictwo SPS Media

Adres redakcji:

J. Kaczmarskiego 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
piotr@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:

Shutterstock
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.

12

Pytania do prawnika

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

16

EDM coraz bliżej

Na łamach Nowego Gabinetu Ginekologicznego od roku szczególnie opisujemy zagadnienia związane z wyborem programu do prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Pytań tych jest coraz więcej. Publikujemy kolejną porcję pytań i odpowiedzi o EDM.

20

RODO – czyli jak się uchronić

Od 25 maja 2018 roku zacząć obo wiązywać przepisy europejskiego rozporządzenia DOTYCZĄCEGO ochrony danych osobowych

(w skrócie RODO). Przepisy te funkcjonują w rzeczywistości już od roku 2016, natomiast został ustanowiony dwuletni termin dostosowawczy. Niestety, dopiero w drugiej połowie roku 2017 zaczęto dostrzegać, że czas ten zaczyna mijać.

22

Unacznienie warg sromowych mniejszych a zabiegi labioplastyki

Klasyczna anatomia prawidłowa opisuje dwa systemy odpowiedzialne za unacznienie obszaru warg sromowych mniejszych: przedni, reprezentowany przez tętnicę sromową zewnętrzną i TĘTNICĘ zasłonową i tylny, reprezentowany przez tętnicę sromową zewnętrzną [4]. Hipotetyczna linia podziału tych dwóch systemów przebiega poziomo na wysokości lechtaczki [4].

24

Wolę zapobiegać, niż leczyć

Wywiad z prof. Mariuszem Bidzińskim

26

Kwas hialuronowy w praktyce ginekologicznej

Obecnie kwas hialuronowy jest stosowany w ortopedii (leczenie zmian w stawach), pourazowej regeneracji tkanek (gojenie ran), okulistyce, ginekologii i położnictwie. Od 1980 roku obserwuje się dynamiczny wzrost zastosowania kwasu hialuronowego w medycynie estetycznej, zwłaszcza po zabiegach z zakresu laseroterapii ginekologicznej. Jednak ma on znacznie szersze zastosowanie.

30

Diagnostyka niewydolności żyłnej

Powszechnie stosowane naczewnictwo dotyczące żyłaków i niewydolności żyłnej obejmuje przewlekłą niewydolność żylną, przewlekłą chorobę żylną i zespół pozakrzepowy. Są one często mylnie używane zamiennie. Przewlekła niewydolność żylna to w odniesieniu do klasyfikacji CEAP termin obejmujący stopnie o większym zaawansowaniu choroby tj. od C3 do C6. Natomiast termin przewlekła choroba żylna obejmuje całość problemu (wg CEAP od C0 do C6). Oba opisane terminy należy odróżnić jeszcze od zespołu pozakrzepowego.

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 Gabinety 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 Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej II Wydział Lekarski WUM;

Ivan Fistińić, 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 Gabinety 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 WKB 37 oddział w Warszawie
nr 80 1500 1865 1218 6013 2651 0000,
SPS, ul. J. Kaczmarskiego 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



Serdecznie zapraszamy na:

Laparoskopowe warsztaty przy użyciu lasera CO₂ dla ginekologów prowadzone przez prof. M. Candianiego.

Warsztaty skierowane są do lekarzy ginekologów, którzy chcą rozpocząć wykonywanie zabiegów chirurgicznych laserem CO₂, szczególnie w zakresie endometriozy i łagodnych patologii. Oferujemy relacje na żywo z zabiegów i praktyczne ćwiczenia w laboratorium.



Kompleksowy kurs szkoleniowy zorganizowano w ten sposób, aby uczestnicy zdobyli i utrwaliли wiedzę na temat procedur stosowania lasera CO₂ przy leczeniu endometriozy oraz łagodnych patologii. Przeznaczony jest dla lekarzy, którzy planują rozpocząć korzystanie z lasera CO₂ i chcą poszerzyć wiedzę w tym zakresie. Uczestnicy warsztatów otrzymają certyfikat.

Miejsce kursu:

Szpital San Raffaele, Sala Galileo, ul. Olgettina 60, Mediolan, Włochy

Plan szkolenia:

PONIEDZIAŁEK, 17 WRZEŚNIA 2018 R.	
08:30 - 09:30	Pierwsza operacja laparoskopowa na żywo
09:30 - 09:45	Przerwa
09:45 - 10:00	Podsumowanie zabiegu
10:00 - 11:00	Druga operacja laparoskopowa na żywo
11:00 - 11:15	Przerwa
11:15 - 11:30	Podsumowanie zabiegu
11:30 - 12:30	Trzecia operacja laparoskopowa na żywo
12:30 - 13:15	Miednica - ćwiczenia praktyczne
13:15 - 14:00	Przerwa obiadowa
14:00 - 15:00	Czwarta operacja laparoskopowa na żywo
15:00 - 15:30	Miednica - ćwiczenia praktyczne
15:30 - 16:15	Piąta operacja laparoskopowa na żywo
16:15 - 16:30	Przerwa
16:30 - 17:00	Miednica - ćwiczenia praktyczne
17:00 - 18:00	Pytania i odpowiedzi, wręczenie certyfikatów i zakończenie szkolenia

Opłata rejestracyjna:
200 euro.

Obejmuje ona:

- Obserwację operacji na żywo
- Praktyczny warsztat laserowy
- Przerwę kawową
- Obiad
- Dyplom

Serdecznie zapraszamy!

Dyrektor kursu:
Prof. M. Candiani

Rejestracja:

optimed@optimedpro-office.eu

Ilość miejsc ograniczona

Język wykładowy:
angielski

MISCELLANEA

POŁOŻNICTWO

Pierwszy mężczyzna - położnik - już 25 lat w zawodzie

PIERWSZY MĘŻCZYŻNA - POŁOŻNIK, GRZEGORZ CHAJDAŚ, ZE SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. S. ŻEROMSKIEGO W KRAKOWIE WYKONUJE SWÓJ ZAWÓD JUŻ CZWIERĆ WIEKU. Właśnie mija 25 lat, kiedy to Małopolska Izba Pielęgniarek i Położnych przyznała mu prawo wykonywania zawodu.

Pan Grzegorz był wtedy pierwszym mężczyzną w historii, który na co dzień towarzyszy kobietom podczas porodu. Żaden

z członków rodziny Grzegorza Chajdasia nie jest związany z medycyną, jednak małopolski położnik postanowił zaryzykować i podejść do egzaminu. Naukę w położnictwie rozpoczęło jeszcze dwóch mężczyzn, jeden z nich poddał się już na początku, drugi uzyskał dyplom położnika, ale postanowił ostatecznie podjąć pracę jako ratownik medyczny. Grzegorz Chajdaś odnalazł się jednak w „kobiecy fachu” i postanowił związać swoje życie z jednym z małopolskich szpitali. (PT)



FOT. HEIMA PR

AKCJE SPOŁECZNE

Kielce: rodzice mogą wypożyczać monitory oddechu

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W KIELCACH OTRZYMAŁ OD „STOWARZYSZENIA NA RZECZ WCZEŚNIAKÓW ŚWIĘTOKRZYSKICH” OSIEM MONITORÓW ODDECHU. Czujniki będą wypożyczane rodzicom małych pacjentów po opuszczeniu przez nich kliniki.

Zostały zakupione ze środków Fundacji VIVE Serce Dzieciom i Świętokrzyskiego

Stowarzyszenia Biegaczy „sieBiega”. – Koszt zakupu takiego urządzenia to kilkaset złotych. Nie wszystkich rodziców na to stać, zwłaszcza w przypadku rodzin wielodzietnych. Czujnik będzie wypożyczany na okres trzech miesięcy, z możliwością przedłużenia tego terminu. Kiedy już rodzice nauczą się bezpiecznie żyć z wcześniakiem,

zwrócą to urządzenie szpitalowi, aby służyło kolejnym dzieciom – podkreśliła prezes Stowarzyszenia na Rzecz Wcześniaków Świętokrzyskich Ewa Zajązkowska. Wcześniaki stanowią 10 procent dzieci, które przychodzą na świat w kieleckim szpitalu, są one szczególnie narażone na zjawisko tzw. śmierci łóeczkowej. (PT)

PRAWO

Wcześniaki potrzebują lepszej opieki po wyjściu ze szpitala

POLSKIE TOWARZYSTWO NEONATOLOGICZNE APELUJE DO MINISTERSTWA ZDROWIA - „WCZEŚNIAKI POTRZEBUJĄ LEPSZEJ OPIEKI PO WYJŚCIU ZE SZPITALA”. Niezbędne jest stworzenie ośrodków, w których urodzone przedwcześnie noworodki w jednym miejscu skorzystałyby z opieki wielu specjalistów – twierdzą lekarze.

Idealnym rozwiązaniem byłoby powstanie nowych klinik i poprawa pracy w tych, które już istnieją – chodzi o stworzenie dodatkowych etatów, nowy sposób planowania grafików leka-

rzy, zatrudnienie specjalistów, których dziś w wielu szpitalach brakuje. W Polsce powinno działać około trzydziestu ośrodków, gdzie pod jednym dachem wcześniakiem wypisanym ze szpitala zaopiekowałiby się lekarze różnych specjalizacji – twierdzi profesor Maria Borszewska-Kornacka, prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Dodaje, że w tej chwili wiele tygodni trzeba czekać, by dostać się do kilku specjalistów. Specjaliści przewidują, że z takich ośrodków skorzystałoby rocznie kilka tysięcy wcześniaków. (PT)

DOWIEDZIANO

Cytologia krępuje młode kobiety

CYTOTOLOGIA JEST CORAZ RZADZIEJ WYKONYWANA PRZEZ MŁODE KOBIETY W WIELKIEJ BRYTANII. Mimo, że badanie chroni przed zgonem z powodu raka szyjki, to wiele kobiet nie decyduje się na badania, ponieważ jest to dla nich krępujące.

Tak wynika z sondażu, który opublikował „BBC News”. W Wielkiej Brytanii zwalczaniem raka szyjki macicy zajmuje się organizacja charytatywna Jo’s Cervical Cancer Trust. Na jej zlecenie zostało też przeprowadzone badanie. Przedstawiciele Fundacji twierdzą, że opublikowane dane są bardzo niepokojące. Wykazuje, że coraz więcej kobiet odkłada poddanie się temu badaniu. Natomiast cytologia może zapobiec aż 75 proc. przypadków tego raka. Robert Music z fundacji Jo’s Cervical Cancer Trust apeluje, żeby kobiety nie odkładały tego badania. (PT)



FOT. 123 RF

PRAWO

Darmowe leki dla kobiet w ciąży?

MICHAŁ DWORCZYK, SZEF KANCELARII PREMIERA POWIEDZIAŁ, ŻE OD STYCZNIA 2019 ROKU BĘDĄ WPROWADZONE DARMOWE LEKI DLA KOBIET W CIĄŻY.

– Jeśli chodzi o mamy, wszystkim nam zależy, żeby w czasie ciąży były



FOT. 123 RF

zdrowe i żeby dzieciaki rodziły się zdrowe; w związku z tym wprowadzamy program darmowych leków dla kobiet w ciąży – oświadczyła Beata Szydło podczas konwencji Prawa i Sprawiedliwości. Była premier podczas swojego wystąpienia nie wyjaśniła jednak, jak miałby ten program działać. Program ma być przedstawiony podczas najbliższych dni – zapewnia Michał Dworczyk.

Resort zdrowia analizuje, ile może kosztować wprowadzenie bezpłatnych leków dla kobiet w ciąży. – Pracujemy nad tym w resorcie, analizujemy, jaki jest skład i jakie są koszty leków, które kobiety w ciąży przyjmują.

Na pewno nie będzie to dotyczyło suplementów diety. To jest tak naprawdę kategoria bardzo słabo zdefiniowana i wchodzenie w suplementy diety oznaczałoby otwarcie worka bez dna – powiedział Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia podczas konferencji prasowej. – Na pewno nie będziemy 10 lat analizować kwestii leków dla kobiet w ciąży. Na pewno w tym roku będzie miała miejsce implementacja tych programów, które premier ogłosił – dodał minister Szumowski. (PT)

LUDZIE

Profesor Chazan konsultantem w dziedzinie ginekologii i położnictwa

ŚWIĘTOKRZYSKIM KONSULTANTEM W DZIEDZINIE GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA ZOSTAŁ PROF. BOGDAN CHAZAN.

Zastąpił na tym stanowisku prof. Wojciecha Rokitę. Profesor Chazan swoją funkcję ma pełnić przez pięć lat.

Powołanie prof. Chazana zostało poprzedzone przeprowadzeniem procedury określonej przepisami ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. Kieleckie media o nominacji profesora Chazana informowały już od kilku miesięcy. Chazan nie jest związany z żadnym świętokrzyskim szpitalem. Jest natomiast wykładowcą na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Profesor Chazan został w 2014 r. odwołany z funkcji dyrektora Szpitala św. Rodziny – w wyniku decyzji prezydent Warszawy. (PT)

MINISTERSTWO ZDROWIA

Ministerstwo stawia na cytologię płynną

WICEMINISTER ZDROWIA KATARZYNA GŁOWAŁA POINFORMOWAŁA, ŻE MINISTERSTWO ZDROWIA ANALIZUJE MOŻLIWOŚĆ ZMIANY METODY BADAŃ CYTOLOGICZNYCH. Według Polskiego Towarzystwa Patologów, nowa metoda – cytologia na podłożu płynnym jest dokładniejsza, co może zwiększyć wykrywalność raka szyjki macicy.

– Jesteśmy na etapie analizy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji tej drugiej metody, natomiast przymierzamy się też do modyfikacji programu nowotworowego i prowadzenia pilotażu właśnie w zakresie badań cytologicznych – powiedziała Katarzyna Głowała. Nowa metoda nie różni się bardzo od obecnie stosowanej, pobrany materiał przenoszony jest nie na szkiełko, lecz na podłoże płynne. W laboratorium jest poddawany obróbce i dopiero wtedy badany pod mikroskopem. Dzięki nowej metodzie uzyskane do badania preparaty są pozbawione niepożądanych elementów i zanieczyszczeń powstających m.in. wskutek wysuszenia w metodzie konwencjonalnej. Cytologia na podłożu płynnym jest droższa od konwencjonalnej. (PT)

LECZENIE

Rekonstrukcja piersi bez użycia siatki biologicznej

OPERACJĘ REKONSTRUKCJI PIERSI Z USYTUOWANIEM IMPLANTU NA MIĘŚNIU PIERSIOWYM WYKONANO NA ODZIALE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM. DR. A. SOKOŁOWSKIEGO W WAŁBRZYCHU.

Nowością jest to, że podczas zabiegu nie użyto siatki biologicznej, w której zostaje umieszczona silikonowa proteza, ale siatki polimerowej. Zabieg został wykonany metodą, która jest uznawana za tańszą i bardziej przyjazną dla pacjentek. Zabieg wykonał kierujący oddziałem dr. Paweł Pyka. Siatka wykonana z polimerów, w której umieszczana jest silikonowa proteza piersi, w ciągu około sześciu miesięcy ulega naturalnemu rozkładowi. Taka metoda to mniejsze ryzyko powikłań, a koszty zabiegu są około trzy razy mniejsze niż w przypadku zastosowania siatek biologicznych – tłumaczy doktor Pyka. (PT)

SZKOLENIA

Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

W DNIACH 21-22.04 W JÓZEFOWIE POD WARSZAWĄ ODBYŁ SIĘ III KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGII PLASTYCZNEJ, KTÓRE W DNIU 21.04 NA ZEBRANIU ZARZĄDU W GŁOSOWANIU ZMIENIŁO NAZWĘ NA POLSKIE TOWARZYSTWO GINEKOLOGII PLASTYCZNEJ

I REKONSTRUKCYJNEJ - PTGPiR. Zmiana nazwy miała na celu poszerzenie zakresu obszaru zainteresowania towarzystwa.

W kongresie wzięło udział 150 osób, w tym 20 wykładowców z Polski i ze świata. Tematyka wykładów była niezmiernie szeroka, od klasycznej chirurgii plastycznej w obrębie narządu płciowego po nowe technologie, takie jak zastosowanie terapii laserowej, użycie nowych metod: HIFU, radiofrekwencji.

Ciekawa była sesja poświęcona marketingowi, pozyskiwaniu środków unijnych, a wykład Iwony Kuźlik o dysmorfobii przybliżył problem pacjentek z zaburzeniami osobowości i postrzegania własnego ciała w praktyce ginekologii plastycznej.

Nowe technologie, coraz częściej wykorzystywane w praktyce ginekologii estetycznej, uzyskują z roku na rok mocne wsparcie dowodów naukowych. Profesor Zimmer przedstawił doskonały wykład pokazujący skuteczność lasera CO₂ w leczeniu niektórych postaci wysiłkowego nietrzymania moczu.

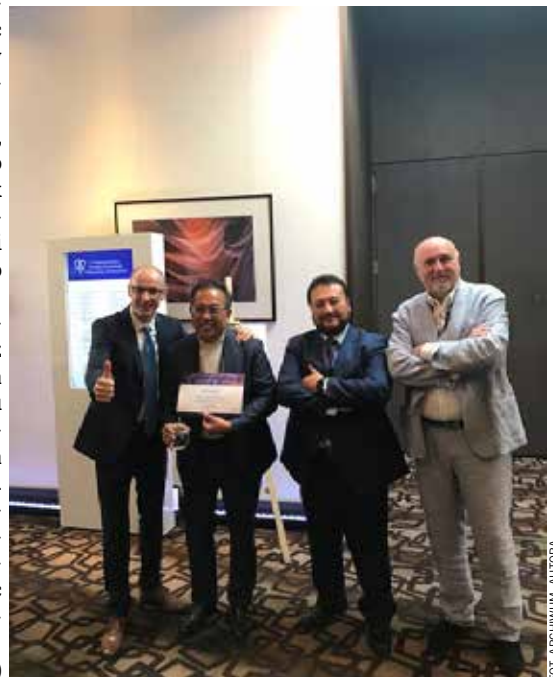
Amr Seifeldin z Kairu zaprezentował w dwóch wykładach zupełnie nie znany polskim ginekologom temat multilacji i następowych rekonstrukcji, problem dotyczący milionów (!!!) kobiet głównie w Afryce Centralnej.

Kongres uświetniły wykłady prawdziwych gwiazd ginekologii estetycznej i plastycznej: Reda Alinsoda, Alexa Badera, Mata Stefanelliego, Maxa Bramblilli, czy Andrzeja Barwijuła. W swoich prezentacjach pokazali nie tylko, jak należy operować, ale również jak wykonywać naprawy zabiegów wykonanych niewłaściwie.

Kongres pokazał, że PTGPiR obrało właściwy kierunek nawiązywania kontaktów z uznanymi ekspertami z całego świata.

Na kongresie miała również miejsce premiera pierwszego numeru kwartalnika „Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna”. Jest to oficjalny periodyk PTGPiR. Prenumeratę kwartalnika można zamawiać na stronie – www.ginekologia.pl.

(Piotr Kolczewski)



FOT. ARCHIWUM AUTORA

PRAWO

Prośba o odroczenie wprowadzenia e-zwolnień

WNIOSEK O ODROCZENIE OBOWIĄZKU WYSTAWIANIA ZWOLNIEŃ LEKARSKICH OD 1 LIPCA WYŁĄCZNIE W FORMIE ELEKTRONICZNEJ ZŁOŻYŁA WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ, ZYTA KAŻMIERCZAK-

ZAGÓRSKA. We wniosku przesłanym do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej czytamy, że zmiana ta powinna być wprowadzana płynnie, w zależności od stopnia z informatyzowania placówek medycznych.

Przed wprowadzeniem takiego obowiązku powinno się także odpowiednio zabezpieczyć system teleinformatyczny, obsługujący wystawianie zwolnień, a także zwiększyć liczbę personelu medycznego. Według samorządowców do momentu wprowadzenia takich zmian powinny obowiązywać obie formy wystawiania zwolnień. Lekarze, którzy na co dzień w swojej pracy nie używają komputera, lub gdzie brakuje dostępu do Internetu, będą mieli utrudnione, a nawet uniemożliwione zadanie wykonywania zawodu – twierdzi Zyta Kaźmierczak – Zagórska. (PT)



FOT. 123 RF

AKCJE SPOŁECZNE

Program „Zdrowy Maluch” ruszył w Poznaniu

W POZNANIU RUSZYŁ PIERWSZY W POLSCE BEZPŁATNY PROGRAM DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT - „ZDROWY MALUCH”. Rodzice maluchów będą mogli skorzystać z bezpłatnych badań swoich dzieci u lekarzy – neonatologów, pediatrów i fizjoterapeutów.

Każdego roku z takich badań ma skorzystać 5 tysięcy wcześniaków i dzieci do trzeciego miesiąca życia. Program będzie realizowany w poznańskim Centrum Inicjatyw Rodzinnych. „Diagnostyka funkcjonalna umożliwia wczesną interwencję, czyli kompleksową i skoordynowaną pomoc dzieciom od najwcześniejszych dni życia. To równoczesne, uzupełniające się wzajemnie działania medyczne, rehabilitacyjne i terapeutyczne. Program jest opracowany i realizowany przez odpowiednio przygotowanych specjalistów: neonatologa, pediatrę, fizjoterapeutę i osteopatę”. (PT)

PRAWO

Dzieci będą rejestrowane przez Internet

NOWEŁĘ USTAWY O EWIDENCJI LUDNOŚCI, KTÓRA M.IN. UMOŻLIWIA ZGŁOSZENIE URODZENIA DZIECKA PRZEZ INTERNET, A TAKŻE DAJE SŁUŻBOM DOSTĘP DO DANYCH Z REJESTRÓW STANU CYWILNEGO ZA POŚREDNICTWEM SIECI TELEKOMUNIKACYJNYCH, PODPISAL PREZYDENT ANDRZEJ DUDA.

– Po zarejestrowaniu urodzenia dziecka przez kierownika urzędu stanu cywilnego, do osoby zgłaszającej urodzenie zostanie przesłany odpis skrócony aktu urodzenia dziecka, powiadomienie o nadanym numerze PESEL oraz zaświadczenie o zameldowaniu – w postaci papierowej albo elektronicznej, w zależności od wyboru osoby dokonującej elektronicznego zgłoszenia urodzenia – podano w komunikacie na stronie prezydenta. Ustawa pozwala również na dodanie numerów PESEL rodziców, jeśli zostały im nadane, w akcie urodzenia dziecka. Dzięki nowym przepisom będzie także możliwość wydawania zaświadczeń o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy w formie dokumentu elektronicznego. Nowe przepisy mają wejść w życie 1 grudnia 2018 r. (PT)

PRAWO

Lekarze nagminnie wystawiają L4

LEKARZE NAGMINNIE WYPISUJĄ KOBIETOM W CIĄŻY ZWOLNIENIA L4. W anonimowych rozmowach mówią, że w ogromnej większości przypadków nie ma do nich żadnych wyraźnych wskazań.

Przyszłe matki są często poddawane naciskom ze strony pracodawców – twierdzą lekarze. Chodzi o to, że zgodnie z Kodeksem Pracy, kobieta w ciąży nie może pracować w nocy ani w systemie zmianowym. Pracodawca nie może też jej obarczyć nadgodzinami. Nie może również zwolnić, zdegradować, a nawet wysłać w delegację. Pracodawcom opłaca się także finansowo wysłać kobietę na zwolnienie lekarskie. Pierwsze 33 dni L4 pokrywane jest ze składek kobiety. Od 34 dnia nieobecności za czas zwolnienia w firmach zatrudniających do 20 osób zapłaci ZUS. (PT)

BADANIA

Witamina D po menopauzie

WITAMINA D MOŻE ZAPOBIEGAĆ UTRACIE MIĘŚNI U KOBIET PO MENOPAUZIE - TWIERDZĄ NAUKOWCY, KTÓRZY WZIĘLI UDZIAŁ DOROCZNYM ZJEJZDZIE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS), KTÓRY ODBYWAŁ SIĘ W LAS VEGAS. DOTYCZY TO KOBIET, KTÓRE SĄ NAWET 12 LAT PO MENOPAUZIE.

Naukownicy prowadzili badania na grupie kobiet po menopauzie – masę mięśniową oceniano na podstawie wyników badań densytometrycznych, a siłę mięśni podczas testu na siłę uścisku. Po upływie dziewięciu miesięcy u kobiet przyjmujących witaminę D zaobserwowano zwiększenie siły mięśniowej o 25 proc. Kobiety, które przyjmowały placebo utraciły średnio 7 proc. masy mięśniowej. Były też dwukrotnie słabsze i narażone na upadki. Najnowsze badania potwierdziły, że niedobór witaminy D u kobiet po menopauzie przyczynia się do zmniejszenia siły mięśni i większego ryzyka upadków, a odpowiednia suplementacja może temu zapobiegać. (PT)

PRAWO

Wysokie kary za brak cennika w gabinecie

NAWET 20 TYSIĘCY ZŁOTYCH KARY MOŻE OTRZYMAĆ WŁAŚCICIEL GABINETU LEKARSKIEGO, KTÓRY NIE WYWIĄZUJE SIĘ Z OBOWIĄZKU INFORMOWANIA O CENACH SWOICH USŁUG. Lekarz powinien to zrobić za pomocą cennika umieszczonego w widocznym miejscu. Taki zapis jest w ustawie o Prawach pacjenta, którą wielokrotnie opisywaliśmy na lamach Nowego Gabinetu Ginekologicznego.

Przypominamy, jak powinien wyglądać cennik, by nie budził wątpliwości u klientów i przy ewentualnych kontrolach. W cenniku – oprócz samej ceny powinny znajdować się również informacje dodatkowe – tzw. przeliczenie na cenę jednostkową – czyli np. za sztukę.

Wszystkie informacje w cenniku powinny być przejrzyste, nie budzące żadnych wątpliwości – szczególnie w cenach usług. Cennik powinien być tak stworzony, by możliwe było porównywanie cen. Jeśli cena ulegnie obniżce, należy określić powód wprowadzenia rabatu. W myśl przepisów prawa możliwa jest sytuacja, w której nie można ustalić ostatecznej kwoty za usługę. Przedsiębiorca musi jednak wtedy w sposób jasny i zrozumiały wyjaśnić, w jaki sposób będą obliczane koszty wykonania usługi. Musi to zrobić najpóźniej w momencie podjęcia przez pacjenta decyzji o wykonanie usługi. Kontrolerzy nakładają kary finansowe na gabinety, które nie podają ceny lub nią manipulują – prowadząc swoich klientów w błąd. (PT)

BADANIA

Łosoś zapobiega astmie u dzieci

BRYTYJSZY NAUKOWCY TWIERDZĄ, ŻE DZIECI KOBIET, KTÓRE PODCZAS CIĄŻY REGULARNIE JADŁY ŁOSOSIA, RZADZIEJ CHOROŹĄ NA ASTMĘ W PORÓWNIANIU Z DZIEĆMI, KTÓRYCH MATKI NIE SPOŻYWAŁY TEJ RYBY. Wykazana zależność ma związek z zawartością w łososiu i innych tłustych rybach morskich kwasów tłuszczowych omega-3.

Naukownicy podkreślają, że są one niezbędne do prawidłowego rozwoju płodu w łonie matki, a później dziecka, po jego przyjściu na świat. Zbadano dwie grupy ciężarnych. W jednej grupie kobiety od 19. tygodnia ciąży jadły porcję łososia dwa razy w tygodniu. Panie z drugiej grupy nie jadły ryby w ogóle. Następnie przeprowadzono testy alergiczne urodzonych dzieci. Po ukończeniu sześciu miesięcy odsetek występowania alergii w obu grupach dzieci nie różnił się, ale między drugim a trzecim rokiem życia dzieci, których matki jadły łososia podczas ciąży, rzadziej miały zdiagnozowaną astmę. (PT)



FOT. OCHSNER HEALTH SYSTEM

BADANIA

Otyłość przez cesarskie cięcie

AŻ O 15 PROCENT WZRASTA PRAWDOPODOBIENSTWO, ŻE DZIECI URODZONE PRZEZ CESARSKIE CIĘCIE BĘDĄ CIERPIEĆ NA OTYŁOŚĆ - TAK WYNIKA Z BADAŃ PRZEPROWADZONYCH W HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH W BOSTONIE. W BADANIU WZIĘŁO UDZIAŁ 22068 DZIECI.

Łosy urodzonych dzieci monitorowano przez 16 lat. W porównaniu z urodzonymi drogami natury, dzieci urodzone dzięki cesarskiemu cięciu średnio o 15 proc. częściej stawały się otyłe. W przypadku rodzeństwa różnica ta sięgała nawet 64 proc. W przypadku dzieci urodzonych drogami natury przez kobiety, które wcześniej rodziły poprzez cesarskie cięcie, dzieci były otyłe o 31 proc. Jest to wynik o wiele rzadszy, niż w przypadku kobiet wielokrotnie rodzących poprzez cięcie cesarskie. Naukownicy szukają odpowiedzi na pytanie, dlaczego narodziny przez cesarskie cięcie może przyczynić się do otyłości. Jedną z tez, którą przyjęli to większa skłonność do otyłości może wynikać z odmiennego składu bakteryjnej flory jelitowej (mikrobiomu). Dziecko „zakaża się” bakteriami matki podczas porodu. (PT)



PRZEŁOM W GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ

MGS Vergine®

Nieinwazyjna rewitalizacja
miejsc intymnych kobiet

Multifunctional Gynecological System Vergine® to połączenie najnowocześniejszych technologii w celu poprawy wyglądu i funkcjonowania wewnętrznych jak i zewnętrznych kobiecych narządów intymnych.

System niweluje suchość, przywraca kobietom pewność siebie, komfort fizyczny i psychiczny oraz pełne zadowolenie z życia seksualnego.

Zastosowanie kilku technologii umożliwia tworzenie indywidualnych zabiegów, w celu uzyskania spektakularnych rezultatów.

MGS Vergine® wyróżnia bezbolesność, brak inwazyjności oraz brak okresu rekonwalescencji.



EndoLight



L-HIFU



V-HIFU



ThermVital

KONTAKT:

533 344 766 | 501 509 569
575 611 511 | 508 143 567
www.mgsvergine.com

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: Spotkałem się ostatnio z interpretacją założeń dla IDO, która mówiła o zakazie zatrudnienia na tym stanowisku osoby pozostającej w relacji rodzinnej (np. zięć) z właścicielem placówki, z powodu domniemanego braku neutralności. Z czego wynika taka opinia? Skąd domyśl, że osoba z rodziny jest z założenia nieneutralna? Czy jest to wyłącznie luźna interpretacja definicji neutralności, czy istnieje przepis rozstrzygający to odgórnie? Czy w końcu prawdą jest, że na stanowisku IDO nie może znajdować się osoba pozostająca w relacji rodzinnej z właścicielem placówki, mimo, iż posiada kompetencje do sprawowania tej funkcji?

ODPOWIEDŹ: Funkcję Inspektora Ochrony Danych może pełnić osoba, która spełnia wymogi z art. 37 Rozporządzenia Unijnego. Ponadto, na podstawie tego aktu prawnego, konieczne jest spełnienie wymogu niezależności, która gwarantuje bezpieczeństwo danych. Stąd też przyjmuje się, iż osoby bliskie mogą nie gwarantować takiego podejścia do bezpieczeństwa danych. Oczywiście w przypadku układu pracodawca-pracownik również można dyskutować, czy jest on niezależny, jednakże w tym wypadku pełnienie funkcji przez inspektora jest przewidziane przepisami rozporządzenia RODO. Z całą pewnością inspektorem nie może

być: administrator danych (właściciel, wspólnik, członek zarządu). Inspektor danych odpowiada wyłącznie przed kierownictwem.

PYTANIE: Uprzejmie proszę o informację, jak rozumiane jest przetwarzanie na dużą skalę danych osobowych. Czy określono konkretną ilość np. posiadanych kartotek pa-



FOT. 123 RF

Pracodawca oraz biuro księgowe, obok umowy określającej zasady współpracy w zakresie prowadzenia ksiąg rachunkowych, zobowiązani są zawrzeć odrębną umowę, której przedmiotem jest powierzenie przetwarzania danych osobowych

autor:
prawnik
Maciej Gibiński



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

cjenta? Od jakiej ilości danych przepisy nakładają obowiązek powołania Inspektora Ochrony Danych?

ODPOWIEDŹ: Problem ten jest bardzo często poruszany. Dostępne są trzy interpretacje tego pojęcia. Według pierwszej interpretacji, przetwarzanie na dużą skalę oznacza porównanie ilości danych zwykłych, jakie posiada jednostka, z ilością danych wrażliwych. Jeżeli danych zwykłych jest więcej, placówka nie ma obowiązku powoływania Inspektora. Przykładowo: jeżeli liczba pracowników jest większa od liczby pacjentów, wówczas ilość danych zwykłych przewyższa dane wrażliwe. Ale oczywiście w gabinetach lekarskich taka sytuacja nie występuje.

Druga interpretacja oznacza podejście ilościowe. Zgodnie z przyjętymi założeniami, jeśli liczba kart pacjentów przekroczy 1000 kart, to mamy do czynienia z przetwarzaniem na dużą skalę.

Zgodnie z ostatnią teorią, ze względu na charakter działalności placówki medycznej, inspektor ochrony danych, powinien być powołany w każdej placówce, bez względu na jej wielkość i liczbę pacjentów.

Monika Krasieńska, dyrektor Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg Biura GIODO, w wywiadzie udzielonym Gazecie Lekarskiej mówi: „w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej czy gabinetu prowadzonego przez lekarza, racjonalnie można przyjąć, że nie ma tutaj mowy o działalności na dużą skalę i taki lekarz nie będzie miał obowiązku zatrudniać inspektora ochrony danych”. Natomiast nie podaje żadnych wytycznych, co to jest duża skala. W prawie oparcie się na racjonalności nie jest najlepszym rozwiązaniem.

W preambule RODO, w motywie 91, czytamy: „przetwarzanie danych osobowych nie powinno być uznawane za przetwarzanie na dużą skalę, jeżeli dotyczy danych osobowych pacjentów lub klientów i jest dokonywane przez pojedynczego lekarza, innego pracownika służby zdrowia lub prawnika. W takich przypadkach ocena skutków dla ochrony danych nie powinna być obowiązkowa”. Jednak znów zostajemy w sferze domysłów, gdyż sformułowanie: „nie powinno być uznawane” nie jest jednoznaczne.

PYTANIE: W nawiązaniu do artykułu, jaki pojawił się w magazynie, proszę o informację, w jaki sposób należy przygotować indywidualną praktykę do RODO?

ODPOWIEDŹ: Proces wdrażania RODO w gabinecie powinien rozpocząć się od audytu placówki. Należy określić cele przetwarzania danych osobowych. Ważne jest także zidentyfikowanie zbiorów danych osobowych, przetwarzanych przez placówkę medyczną. Na tej podstawie można podjąć decyzję, czy konieczne będzie opracowanie nowych druków zgód na przetwarzanie danych osobowych. Personel, mający dostęp do danych osobowych, musi być upoważniony. Oznacza to, że należy sprawdzić, czy czynność ta jest aktualna, prawidłowa i odzwierciedla zadania określonej osoby w odniesieniu do danych osobowych, do której ma ona dostęp. Kolejnym krokiem powinno być opracowanie Polityki Ochrony Danych, Rejestru czynności przetwarzania. W momencie publikacji przez PUODO listy operacji przetwarzania koniecznych, dla których należy dokonać oceny skutków ochrony danych, trzeba będzie dokonać tej czynności.

W momencie przyjęcia Kodeksu postępowania, placówka medyczna będzie musiała podjąć kroki do jego wdrożenia.

PYTANIE: Jakie informacje powinno się zamieszczać na odpadach medycznych wg nowego rozporządzenia?

ODPOWIEDŹ: Worki na odpady medyczne nie muszą już być nieprzezroczyste, ale muszą być oznaczone datą i godziną rozpoczęcia użytkowania, godziną zamknięcia oraz nazwą wytwórcy odpadów medycznych. To jedna ze zmian, którą wprowadziły nowe przepisy. Należy się do nich dostosować najpóźniej do maja 2019 roku.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi wprowadzono kilka istotnych zmian, które nakładają na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nowe obowiązki w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Przepisy rozporządzenia weszły w życie 24 listopada, jednak na dostosowanie do nowych wymagań pomieszczeń do wstępnego magazynowania odpadów medycznych oraz pomieszczeń i miejsc do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych jest 18 miesięcy od tej daty, czyli do maja 2019 roku. Doprecyzowano także sposób gromadzenia odpadów medycznych. Odpady medyczne, według nowych przepisów, powinno się gromadzić w pojemnikach lub workach w miejscu ich powstawania oraz wstępnie magazynować, uwzględniając ich właściwości, sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku. Ponadto wskazano, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych powinny zbierać do pojemników lub worków odpady medyczne, powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych, w miejscu wezwania, a następnie przekazywać niezwłocznie do pomieszczenia lub urzędu z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności. Szczegółowo nowe zasady postępowania z odpadami opisaliśmy w numerze 6/2017 Nowego Gabinetu Ginekologicznego.

PYTANIE: Czy można pobrać opłatę przed wykonaniem usługi medycznej, tak aby zabezpieczyć się przed pacjentami, którzy nie chcą zapłacić?

ODPOWIEDŹ: W świetle prawa jest możliwe pobranie opłaty z góry, zanim pacjent skorzysta z porady, jednak po pewnych warunkach.

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



FOT. 123 RF

Przetwarzanie danych osobowych nie powinno być uznawane za przetwarzanie na dużą skalę, jeżeli dotyczy danych osobowych pacjentów lub klientów i jest dokonywane przez pojedynczego lekarza, innego pracownika służby zdrowia lub prawnika. W takich przypadkach ocena skutków dla ochrony danych nie powinna być obowiązkowa

Odpowiedź na to pytanie zdecydowanie nie wiąże się z prawem ochrony zdrowia, jako takim. Nie ma też żadnego znaczenia fakt, iż dotyczy ono konsultacji lekarskiej. W istocie zagadnienie odnosi się do dopuszczalności pobierania opłaty z góry. I tutaj odpowiedź jest twierdząca. Tak, wolno pobrać opłatę z góry.

Z doświadczenia wynika wszak, że w przypadku pobrania zaliczki spada tendencja do niekorzystania z wizyt. Należy jednak zwracać uwagę na przepisy prawa podatkowego, np. art. 106f ustawy z 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług. Powołany przepis dotyczy obowiązku wystawiania faktury. Należy również pamiętać o opracowaniu regulaminu takich przedpłat, z wyraźnym wskazaniem, jakie są warunki zwrotu przedpłaty (siła wyższa, niemożność wykonania usługi, rezygnacja pacjenta, ze wskazaniem na ile dni przed planowaną usługą, itp).

PYTANIE: Czy z księgową należy zawierać umowę powierzenia przetwarzania danych?

ODPOWIEDŹ: Biura rachunkowe nie zawsze zdają sobie sprawy z konieczności ochrony danych osobowych, pozyskanych od swoich klientów. Punktem wyjścia jest przyjęcie, iż osoba zajmująca się obsługą księgową będzie przetwarzać dane osobowe (np. dane zawarte w dokumentach księgowych) na zlecenie usługobiorcy.

Ustawodawca przewidział szereg obostrzeń, związanych z powierzeniem przez administratora danych osobowych (pracodawcę) przetwarzania danych innemu podmiotowi. Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (dalej jako „u.o.d.o.”) administrator danych może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych. Przepis ten oznacza, że pracodawca oraz biuro księgowe, obok umowy określającej zasady współpracy w zakresie prowadzenia ksiąg rachunkowych, zobowiązani są zawrzeć odrębną umowę, której przedmiotem jest powierzenie przetwarzania danych osobowych. Dopuszczalne jest również inkorporowanie (dołączenie) do treści umowy podstawowej (o obsługę księgową) zapisów dotyczących powierzenia i zasad przetwarzania przez biuro księgowe danych osobowych, bądź ewentualne uzupełnienie podpisanej już umowy o stosowne zapisy poprzez zawarcie aneksu. Umową, której zawarcie reguluje art. 31 u.o.d.o. musi przede wszystkim wskazywać zakres i cel przetwarzania danych osobowych. Należy bowiem podkreślić, że podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych, może je przetwarzać wyłącznie w zakresie i w celu przewidzianym w umowie. W przypadku obsługi księgowej zakresem przetwarzania objęte będą dane osobowe pracowników, zaś celem będzie realizacja usług księgowych.

PYTANIE: Kiedy oraz w jaki sposób będą wprowadzane elektroniczne recepty?

ODPOWIEDŹ: Zgodnie z obowiązującą ustawą, e-recepta ma trafić do powszechnego użytku od 1 stycznia 2020 roku. Pilotaż e-recepty będzie także dotyczył leków refundowanych – w poprzednim kształcie miał obejmować tylko leki nierefundowane. Lekarze będą mogli także zatwierdzać elektroniczne recepty z użyciem certyfikatów ZUS. Będzie również istniała możliwość wystawienia takiej recepty w przypadku telemedycyny.

e-recepta jest jednym z wielu elementów składających się na projekt „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” – P1. Ma ona nie tylko usprawnić obsługę pacjentów, ale także ułatwić dostęp do danych medycznych i przyspieszyć wykupywanie leków.

Wystawianie i korzystanie z e-recepty ma ułatwić i przyspieszyć dotychczasowe procedury. Uprawniony pracownik medyczny będzie miał możliwość wystawienia i cyfrowego podpisania elektronicznej recepty, która zostanie wprowadzona do systemu informatycznego. Pacjent otrzyma wydruk recepty, na którym będą widniały wszystkie informacje potrzebne do jej zrealizowania, w tym kod dostępowy i klucz.

e-recepta będzie dostępna także w wersji mobilnej – w formie wiadomości e-mail lub SMS. Pacjent może także zdecydować się na założenie internetowego konta pacjenta, dzięki czemu wydruk recepty nie będzie potrzebny.

Korzyści płynące z wprowadzenia elektronicznych recept:

- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez ograniczenie możliwości wydania nieprawidłowego leku,
- usprawnienie opieki nad przewlekłe chorymi pacjentami, którzy nie będą musieli udać się na wizytę do lekarza w celu odbioru recepty,
- jedna elektroniczna recepta będzie możliwa do zrealizowania w kilku aptekach (np. zakup każdego leku w innej aptece),
- informacje dotyczące dawkowania leków będą zapisane na recepcie,
- pacjenci oraz personel medyczny będzie miał dostęp do historii wystawionych recept, dzięki czemu zwiększy się jakość i bezpieczeństwo leczenia, zaś proces leczenia będzie lepiej skoordynowany.



POLSKIE
TOWARZYSTWO
ULTRASONOGRAFICZNE

rekomenduje system NewNioMed® do pracy
w pracowniach ultrasonograficznych

System NewNioMed zapewnia bezpieczeństwo zgodnie z wytycznymi RODO

RODO

WSZYSTKIE PLACÓWKI MEDYCZNE BĘDĄ MUSIAŁY SPEŁNIAĆ WYMAGI RODO, CZYLI NOWEGO ROZPORZĄDZENIA

O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH. DODATKOWO OD STYCZNIA 2019 DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ BĘDZIE MOŻNA PROWADZIĆ TYLKO W WERSJI ELEKTRONICZNEJ. DLATEGO LOGICZNE JEST ZAKUPIENIE JEDNEGO OPROGRAMOWANIA, KTÓRE ŁĄCZY TE DWIE FUNKCJONALNOŚCI W SOBIE.

Wychodząc na przeciw tym wymogom firma MedTrade Medical Systems sp. z o.o., stworzyła unikatowy program do zarządzania elektroniczną dokumentacją medyczną, który spełnia wszystkie wymogi RODO. Program nazywa się NewNioMed®.

Jest to jedyny program, który posiada rekomendację Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Lekarzy i menagerów klinik czeka trudne pół roku. Najpierw, pod koniec maja 2018 r, zacznie obowiązywać RODO, a pod koniec grudnia trzeba będzie mieć wdrożony system do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia wszystkie podmioty lecznicze od początku 2019 roku będą miały obowiązek przechowywania, tworzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

NewNioMed® to profesjonalny system informatyczny do zarządzania pracą placówek medycznych. Ma on rozbudowane funkcje, poczyna-

jąc od rejestracji pacjentów, do szczegółowych raportów dotyczących pracy personelu. NewNioMed® został także wyposażony we wszystkie narzędzia potrzebne lekarzowi do komfortowego prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu wizyt, takie jak np. szablony wyników badań, czy też automatyczne wczytywanie pomiarów i obrazów z aparatu USG.

Program posiada także moduł PACS zapewniający komunikację i archiwizację z USG w formacie medycznym DICOM 3.0. Dzięki komunikacji z aparatem użytkownik nie wprowadza danych do aparatu, aparat automatycznie pobiera je z systemu. Po zakończeniu badania USG wszystkie obliczenia, jak i zapisane obrazy, automatycznie przesyłane są do systemu. Czas pobrania danych z aparatu USG przy standardowym badaniu położniczym wynosi poniżej 2s. NewNioMed® gwarantuje skrócenie czasu wizyty nawet o 60%!!!. Posiadając moduł PACS użytkownik ma pewność, że przechowywane obrazy i filmy z USG nie stracą na jakości i bez problemów będzie można nimi zarządzać nawet za kilka lat.

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

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



MedTrade
Medical Systems
Sp. z o.o.

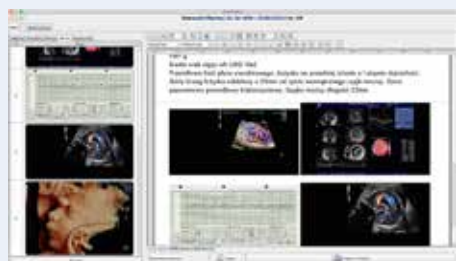
ul. Mały Rynek 7/54
96-300 Żyrardów
kom. (48) 602-516-643
tel. (48) 46-854-15-79
jacek.k@medtrade.com.pl
www.medtrade.com.pl



na videoprinterze. Funkcja natychmiastowego dostępu do pełnego wywiadu o pacjentce, już po utworzeniu wizyty, udostępnia wszystkie informacje do tej pory zapisane. Skracza to czas o kolejne cenne minuty. Przekłada się to na zdecydowanie większą efektywność pracy i tym samym podnosi przychody użytkownika. Użytkownik korzystający z systemu NewNioMed® ma zagwarantowaną pełną archiwizację dokumentacji medycznej wraz z zapisanymi obrazami w formacie medycznym DICOM 3.0, co w przypadku rozszczenia może być decydujące o jego przebiegu. Daje to możliwość skutecznej obrony przed niezasadnym oskarżeniem.

NewNioMed® jako jedyny na rynku, wyprzedzając wszystkie dostępne systemy, zapewnia płynną pracę zarówno w środowisku Windows jak i MacOS czy Linux. System jest niezwykle stabilny i szybki. Poza powyższymi cechami NewNioMed® ma wszystkie funkcjonalności znane z innych systemów.

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



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

EDM coraz bliżej

NA ŁAMACH NOWEGO GABINETU GINEKOLOGICZNEGO OD ROKU SZCZEGÓŁOWO OPISUJEMY ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z WYBOREM PROGRAMU DO PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W WERSJI ELEKTRONICZNEJ. Pytań tych jest coraz więcej. Publikujemy kolejną porcję pytań i odpowiedzi o EDM.



FOT. 123 RF

PYTANIE: Od kiedy wystawianie dokumentów w formie cyfrowej będzie obowiązkowe? Mówimy o e-receptce, e-zwolnieniu i e-skierowaniu.

ODPOWIEDŹ: e-zwolnienie, czyli L4, ma wejść w życie od 30 czerwca 2018 roku. Prezydent podpisał ustawę, która wycofuje papierowe zwolnienie lekarskie. Według informacji z Ministerstwa Zdrowia tylko 3% lekarzy obecnie używa elektronicznego L4. Pozostała część korzysta z papierowego odpowiednika.

e-recepta ma działać już od lutego 2018 roku. Jednak konieczność jej stosowania przewidziana jest dopiero na styczeń 2020 roku.

Od października 2018 roku lekarze będą mogli wystawiać e-skierowania. Jednak ta forma stanie się obowiązującą dopiero od stycznia 2021 roku.

PYTANIE: Jak w praktyce będzie działał system e-recepty, e-skierowań, e-zwolnienia?

ODPOWIEDŹ: W przypadku e-zwolnienia, lekarz wpisując do systemu niezdołność do pracy, czyli L4 pacjenta, automatycznie wyśle dokument do pracodawcy i do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Będzie to spore ułatwienie dla wszystkich stron.

Polskie prawo stanowi, że każda wizyta powinna zostać niezwłocznie opisana w dokumentacji medycznej i podpisana przez lekarza. Od 1 stycznia 2019 roku programy do EDM będą musiały mieć możliwość umieszczania podpisów lekarza pod każdym wpisem w EDM

System wystawienia e-recepty będzie działał podobnie. Lekarz wystawiający receptę w systemie i zatwierdzając ją, automatycznie wyśle pacjentowi

kod. Ten kod pacjent będzie podawał w aptece. Na tej podstawie farmaceuta realizuje wystawioną receptę.

e-skierowania będą kolejnym elementem, który ma rozładować kolejki, odciążać personel medyczny i skrócić czas oczekiwania na badania i zabiegi.

PYTANIE: W definicji dokumentacji medycznej, opublikowanej w nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, pojawiło się sformułowanie sugerujące, że dokumentacja medyczna to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym przez ePUAP. O co chodzi? Czy program musi spełniać jakieś dodatkowe kryteria?

ODPOWIEDŹ: Polskie prawo stanowi, że każda wizyta powinna zostać niezwłocznie opisana w dokumentacji medycznej i podpisana przez lekarza. Od 1 stycznia 2019 roku programy do EDM będą musiały mieć możliwość umieszczania podpisów lekarza pod każdym wpisem w EDM. Jednak jest to na razie tylko zapis w ustawie, ale nie ma do niej jeszcze konkretnych aktów wykonawczych i dyrektyw, które będą szczegółowo opisywały, jak to w praktyce ma być realizowane.

Jak wiadomo, systemy ePUAP, których można używać jako potwierdzenia podpisu, nie działają za dobrze. Lekarze, którzy korzystają z tego systemu, skarżą się, że SMS potwierdzający raz dociera w ciągu 5 sekund, a innym razem w ciągu kilku minut. W tym czasie lekarz nie może nic zrobić, tylko musi czekać na potwierdzenie. Z kolei wdrożenie systemu z indywidualnym podpisem kwalifikowanym to dodatkowy koszt dla placówki i nie każdy będzie chciał ponosić go co roku.

PYTANIE: Czy w ustawie są jeszcze jakieś niespodzianki, które w trakcie użytkowania programu zaskoczą lekarza i trzeba będzie dokupować dodatkowe systemy, moduły, które potwierdzą wiarygodność prowadzonej przez nas dokumentacji?

ODPOWIEDŹ: Ta ustawa to jedna wielka niespodzianka. W konferencji poświęconej wprowadzeniu EDM brali udział przedstawiciele Izb Lekarskich, producenci oprogramowań, przedstawiciele CSIOZ. Jak ruszy serwer P1 (serwer do zarządzania całym systemem EDM w Polsce), a Ministerstwo zakłada jego uruchomienie w połowie 2018 roku, to wówczas okaże się, co nas jeszcze zaskoczy. Obecnie, według ustawy, podmioty lecznicze będą musiały zakupić i wdrożyć systemy do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, komputery do ich obsługi oraz urządzenia peryferyjne (np. urządzenia wielofunkcyjne). Konieczne będzie posiadanie w gabinecie Internetu do komunikacji z serwerem P1.

PYTANIE: Kto jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo danych przechowywanych w programie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji, lekarz czy dostawca programu? Jak ta odpowiedzialność rozkłada się w przypadku programów w chmurze, a jak w przypadku programów desktopowych?

ODPOWIEDŹ: Administrator bazy, czyli właściciel gabinetu lub powołana przez niego osoba jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo danych, które gromadzone są w systemach informatycznych. Niezależnie od przyjętego modelu przechowywania elektronicznej dokumentacji medycznej (serwer lokalny, czy serwer zewnętrzny), należy zadbać o zapewnienie najwyższego poziomu bezpieczeństwa przechowywanych danych. W przypadku serwerów lokalnych trzeba wyznaczyć specjalne pomieszczenie (serwerownię), do której dostęp mają tylko nieliczni pracownicy, oczywiście pacjenci pod żadnym pozorem nie powinni się do niej dostać. Pacjenci nie powinni też mieć dostępu do sieci, przez którą systemy EDM w przychodni łączą się z Internetem. To wymusza stworzenie dwóch niezależnych sieci WiFi – zamkniętej dla dokumentacji i otwartej dla pacjen-

tów. W przypadku serwerów zewnętrznych, podpisując umowę z firmą dostarczającą oprogramowanie chmurowe, trzeba poprosić o certyfikaty bezpieczeństwa serwerów, na których będą przechowywane nasze dane.

PYTANIE: W jaki sposób należy dokumentować procesy sterylizacji, jeśli w gabinecie jest prowadzona dokumentacja medyczna w wersji elektronicznej. Chodzi o oznaczenia sterylnych pakietów, które zawsze były wklejane do karty pacjenta, a przenoszone z użyciem tego aktualnie zestawu?

ODPOWIEDŹ: Nie ma przepisu, który regulowałby postępowanie z paskami sterylizacyjnymi. Nie ma obowiązku wkładania pasków do każdego zestawu z narzędziami, a jedynie do tych pakietów, które zawierają sprzęt do zabiegów chirurgicznych.

Jednak w najbliższym czasie (prawdopodobnie 2018/2019 rok) przepisy ulegną zmianie i takie paski będą wymagane do każdego zestawu. Jak wejdą wytyczne, wówczas producenci systemów do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej będą musieli stworzyć dodatkowy moduł, aby przypisywać paski do konkretnego zabiegu. Jak to będzie wyglądało, będzie zależało od producenta, chyba że przepisy to będą szczegółowo regulować.

PYTANIE: Jak policzyć rzeczywisty koszt użytkowania programów? Dostawcy programów chmurowych wymagają miesięcznej opłaty abonamentowej. Z kolei w przypadku programów pulpitych jest to zazwyczaj jednorazowa opłata, ale każdorazowa aktualizacja kosztuje. Jak w ciągu 5 lat będą wyglądały opłaty za użytkowanie programu?

ODPOWIEDŹ: Zrobimy kalkulację dla systemu lokalnego i chmurowego. Dla przykładu założymy, że potrzebujemy programu do

reklama

www.medfile.pl

Med File

Program dla gabinetu lekarskiego.

Rezerwacja wizyt online. Kartoteka pacjenta.

Oferta specjalna – 708 349 zł/rok

Twój kod rabatowy: GIN2018
Kod ważny do 30.06.2018 i nie łączy się z innymi promocjami.

powered by **BIOSTAT**
MAKING THEM STATISTICS

Lider na rynku medycznym.
Wspieramy branżę od 14 lat.



EDM, który będzie pracował na trzech stanowiskach komputerowych oraz potrzebujemy kilku dodatkowych modułów, chcemy też wykupić usługę wdrożenia programu w gabinecie oraz wysłać personel na szkolenie.

Program pracujący lokalnie w gabinecie – zakup trzech licencji programu (1 x recepcja i 2 x gabinet) to 4950 zł brutto, zakup np. modułu ze zgodami pacjenta na leczenie i tabletu, na którym pacjent podpisze zgody to 1580 zł, jedno samodzielne stanowisko obsługi pacjenta (tablet) to kolejne 1200 zł, moduł magazyn ok. 300 zł, a abonament SMS (umożliwia wysyłanie SMS do pacjenta) – 240 zł, instalacja systemu w gabinecie oraz konfiguracja programu to 200 zł i dochodzi jeszcze szkolenie ok. 600 zł. Zatem łączny koszt zakupu programu to 9070 zł brutto, po negocjacjach powinniśmy zamknąć się w kwocie 8 tys. zł. W tej cenie znajdują się 2 tablety, co podnosi koszt zakupu programu. Jednak te tablety usprawniają pracę w gabinecie i niwelują konieczność prowadzenia dokumentacji papierowej praktycznie do zera. Oczywiście każdy program wymaga aktualizacji i opieki. Kupując nowy program dostaniemy wsparcie informatyczne na rok. Zatem na kolejne lata trzeba będzie wykupić wsparcie informatyczne. Zazwyczaj roczne wsparcie to koszt ok. 20 proc. wartości programu. Zatem rocznie trzeba liczyć ok. 1000 zł. Po zsumowaniu tych wartości otrzymamy sumę 8 tys. + 4 x 1000 zł, czyli ok. 12 tys. zł za 5-letnie używanie programu. Jeśli chcielibyśmy to rozłożyć na koszty miesięczne, to wyjdzie 200 zł.

Program pracujący w chmurze – tu sprawa jest jasna. Co miesiąc płacimy tę samą kwotę ustaloną na początku umowy. W zależności od programu i modułów, które wykupiliśmy, ceny te mogą się wahać w zakresie od 100 zł za jedno stanowisko nawet do 300 zł. Przy trzystanowiskowym systemie będzie zatem to

Niezależnie od przyjętego modelu przechowywania elektronicznej dokumentacji medycznej (serwer lokalny, czy serwer zewnętrzny), należy zadbać o zapewnienie najwyższego poziomu bezpieczeństwa przechowywanych danych

opłata wynosząca ok. 300 zł miesięcznie. Oczywiście w ramach negocjacji być może uda się osiągnąć kwotę ok. 200 zł.

Zatem koszty miesięczne w użytkowaniu obu typów systemów są podobne – ok. 200 zł miesięcznie. Różnica jest taka, że kupując program desktopowy duży wydatek trzeba ponieść na początku, a potem raz w roku płacić abonament. W przypadku programu w chmurze, opłaty są równomierne. Zauważmy, że szósty rok i kolejne lata użytkowania programu będą już znacznie tańsze w przypadku programu lokalnego. Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną różnicę. Otóż programy chmurowe mogą nie obsługiwać urządzeń peryferyjnych, podłączonych do komputera kablem USB. Chodzi o urządzenia typu: USG, drukarka fiskalna, skaner kodów kreskowych, urządzenia wielofunkcyjne, tablet do podpisu zgód.

PYTANIE: Jakimi kryteriami kierować się przy wyborze programu?

ODPOWIEDŹ: Na to pytanie będzie trudno jednoznacznie odpowiedzieć. Dobór programu to wybór na kilka lat. Podstawowe kryteria, którymi kierują się lekarze przy zakupie programu to:

1. Najważniejsza jest cena, która jest pierwszoplanowa.
2. Drugim czynnikiem jest tzw.: „User Friendly”, czyli przyjazny interfejs dla użytkownika.
3. Kolejnym czynnikiem jest typ programu: pracujący lokalnie czy taki, który pracuje w chmurze.
4. Ostatni czynnik decydujący o zakupie to sprawdzenie, od jakiego czasu dany system istnieje na rynku.

Osobiście odwróciłbym tę kolejność i na pierwszym miejscu umieścił ten ostatni czynnik. Najważniejsze jest, aby program działał stabilnie, a informatycy mieli opracowane rozwiązania na wszystkie pojawiające się problemy. Jeśli program jest nowy, to zawsze będą problemy. Jeśli działa już od 2-3 lat, to większość z nich została już wyjaśniona. Na drugim miejscu postawiłbym przyjazny interfejs dla użytkownika, na trzecim cenę, a na ostatnim rodzaj programu: desktop, czy lokalny.

Odpowiedzi na pytania pomógł nam przygotować Grzegorz Żyjewski, specjalista ds. systemów informatycznych w firmie Hakon Software



PIOTR SZYMAŃSKI

Zastępca redaktora naczelnego magazynu
Nowy Gabinet Ginekologiczny

RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE

RĘKAWICE DOMAN

Sam wypróbuj
jakość rękawic!!!

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

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

BEZPŁATNA DOSTAWA

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

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

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

RĘKAWICE LATEKSOWE PUDROWANE

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



11,00 zł

RĘKAWICE LATEKSOWE BEZPUDROWE

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



13,50 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE 200 szt.

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



25,00 zł

RĘKAWICE WINYLOWE pudrowe i bezpudrowe

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



9,00 zł

RĘKAWICE LATEKSOWE PUDROWANE tylko rozmiar XS



16,00 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE KIMBERLY-CLARK



55,00 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE SEMPERCARE



28,00 zł

sklep
internetowy
::: SPRAWDŹ NAS :::

Zamówienia telefoniczne
+48 888 040 666
www.e-rekawice.pl

oraz na e-mail:
sklep@e-stom.pl

RODO - czyli jak się uchronić

OD 25 MAJA 2018 ROKU ZACZNĄ OBOWIĄZYWAĆ PRZEPISY EUROPEJSKIEGO ROZPORZĄDZENIA DOTYCZĄCEGO OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH (W SKRÓCIE RODO). Przepisy te funkcjonują w rzeczywistości już od roku 2016, natomiast został ustanowiony dwuletni termin dostosowawczy. Niestety, dopiero w drugiej połowie roku 2017 zaczęto dostrzegać, że czas ten zaczyna mijać.

Pracujący okres nadejdzie przed samym wejściem w życie tych przepisów. Czy jednak w rzeczywistości zmiana jest aż tak znacząca? Niekoniecznie. W rzeczywistości obowiązujące dotychczas przepisy krajowe były bardzo zbliżone do tych nowych, europejskich. Dużym problemem było to, że przepisy te były rzadko stosowane. Nowe próbują to zmienić, kładą mocny nacisk na zrozumienie potrzeby ochrony danych osobowych. Już teraz można zauważyć wzrost świadomości o konieczności ich ochrony. Może to powodować pojawienie się rzadko spotykanych dotychczas spotykanych konfliktów.

ZAPOMNIANY PACJENT

Jednym z mocno eksponowanych praw zagwarantowanych w RODO jest prawo do bycia zapomnianym. Jest to możliwość usunięcia własnych danych osobowych z miejsc, w których są one przechowywane. Można sobie wyobrazić, że z takim wnioskiem zwróci się do lekarza pacjent, który dowiedział się o istnieniu takiego prawa i nie chce, aby jego dane medyczne były gdzieś przechowywane. Natomiast lekarz będzie zmuszony odmówić spełnienia takiej prośby, zasłaniając się obowiązkiem prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej przez okres 20 lat. I choć w tym przypadku stanowisko lekarza będzie prawidłowe, to pacjent może tego nie rozumieć.

Kolejnymi punktami spornymi może być obowiązek pozyskiwania numerów PESEL, czy też legitymowania się dowodem osobistym. Wraz ze wzrostem świadomości mogą częściej pojawiać się odmowy ich udostępnienia. Będzie to prowadzić do trudnych sytuacji z pacjentem, dlatego warto już teraz przeanalizować możliwości ich zapobiegania. Może to być lepsze wyeksponowanie regulaminu organizacyjnego, bądź też dokładniejsze uregulowanie w nim problematycznych kwestii. Może to również polegać na przeszkoleniu sie-

bie i pozostałego personelu z zakresu ochrony danych osobowych. Wszystkie działania, które przygotowują do trudnych sytuacji, powinny zostać podjęte z wyprzedzeniem.

TRUDNIEJ, CZYLI ŁATWIEJ

Ponieważ dokumentacja medyczna zawiera w sobie dane wrażliwe, to zgodnie z RODO powinna być szczególnie chroniona, co nakłada na lekarza dodatkowe obowiązki. Jednym z nich jest konieczność zatrudnienia lub współpracy z inspektorem ochrony danych osobowych. Dodatkowo konieczne jest zastosowanie rozwiązań organizacyjnych, które będą już w swych założeniach zapobiegać „wyciekowi” danych. Jednakże, należy pamiętać, że znaczna część tych kwestii została już uregulowana. Dobry przykład mogą stanowić zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. Zostały one precyzyjnie określone odrębnymi przepisami.

Podobnie jest w przypadku prawa do informacji o stanie zdrowia czy też obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Lekarze w rzeczywistości już od dłuższego czasu stosują wysokie standardy ochrony tych danych. Tajemnica lekarska przecież obejmuje wszystkie informacje, które lekarz pozyskał w ramach działalności leczniczej, a więc nie tylko te bezpośrednio związane ze stanem zdrowia, ale również inne dane dotyczące pacjenta.

Oczywiście RODO zwraca uwagę, że dane osobowe trzeba chronić kompleksowo na różnych



autor:
prawnik
Tomasz Popielski

FOT. 123 RF

plaszczynach, choćby w zakresie przekazywania tych danych osobom współpracującym z lekarzem. W tym będą pomocne kodeksy postępowania, które są już opracowywane przez organizacje związane z podmiotami leczniczymi. Dobrowolne przyjęcie takiego kodeksu we własnej praktyce lekarskiej na pewno ułatwi zarządzanie ochroną danych, choć będzie nakładało dodatkowe obowiązki. Najlepszym rozwiązaniem byłoby przyjęcie kodeksu postępowania stworzonego specjalnie dla lekarzy, jednakże obecnie opracowywane są kodeksy bardziej ogólne. Do czasu powstania wyspecjalizowanych kodeksów, warto stosować taki, jaki jest, niż nie stosować żadnego.

KARY MAŁO STRASZNE

Prawdziwe są doniesienia o maksymalnych karach wysokości 20 mln euro, czy też 4 proc. całkowitego obrotu i niewątpliwie robią one wrażenie. Jednak poniekąd są to informacje wprowadzające w błąd. Nie wspomina się, że jest mało prawdopodobne, aby takie kary były nakładane automatycznie, bez odniesienia do realiów przedsiębiorstwa, jak też stopnia zawinienia. Ponadto nie wspomina się, że tak wysokie kary zostały wprowadzone przede wszystkim, by dyscyplinować międzynarodowe korporacje, dla których takie kary będą dotkliwe. No i na koniec należy wspomnieć, że dopiero 26 marca 2018 roku rząd przyjął ustawę, na mocy której ma zostać powołany Prezes Ochrony Danych Osobowych. To właśnie ta instytucja ma te kary nakładać. Natomiast ustawę tę musi jeszcze przyjąć Parlament, a następnie organ ten musi rozpocząć funkcjonowanie. Proces ten może jeszcze trwać miesiącami, dlatego też jest mało prawdopodobne, żeby pierwsze kary pojawiły się szybko, a jeżeli już, to zapewne tylko w sprawach głośnych medialnie. Szczególnie więc dla mniejszych podmiotów kary te nie powinny być powodem do zmartwień, a przynajmniej nie najważniejszych.

KOLEJNE ODSZKODOWANIE...

O wiele poważniejsze wyzwanie może stanowić prawo do ubiegania się o odszkodowanie. Skorzystać z niego mogą przede wszystkim osoby, których dane były nieprawidłowo chronione. Dzięki tej procedurze nie muszą zawiadamiać żadnych organów o naruszeniu, a mogą wystąpić z wnioskiem o wypłatę odszkodowania, a następnie skierować pozew do sądu. Dzięki tej regulacji można dochodzić odszkodowania za szkodę majątkową, a także niemajątkową w postaci krzywdy, czyli negatywnych uczuć związanych z samym faktem naruszenia przepisów. Bardzo podobna regulacja odnosi się do naruszenia praw pacjenta. Tam również nie trzeba udowadniać, że wystąpiła określona szkoda, a wystarczy sam fakt, że doszło do naruszenia danego prawa. Kwoty przyznawane z tego tytułu nie są znaczne. Można jednak wyobrazić sobie sytuację, w której na skutek ataku hakerskiego do powszechnego dostępu trafiają dane licznych pacjentów. Liczba osób uprawnionych, nawet

przy stosunkowo małych odszkodowaniach, może przełożyć się na znaczne straty finansowe.

... I KOLEJNE UBEZPIECZENIE?

Dlatego też dla gabinetu lekarskiego o wiele większym zagrożeniem jest mierzenie się z tego typu sytuacjami, które mogą wystąpić zaraz po 25 maja 2018 roku. Niewykluczone, że pojawią się osoby, które będą chciały wykorzystać nieprzygotowanie gabinetu do nowych przepisów, w celu uzyskania pieniędzy. W tego typu przypadkach prócz dobrego wdrożenia zmian, konieczne jest posiadanie odpowiedniego ubezpieczenia. Lekarze oczywiście mają obowiązek posiadania ubezpieczenia OC za szkody, będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, jednakże nie jest pewne, czy takie ubezpieczenie obejmie również odszkodowania za naruszenie przepisów dotyczących ochrony danych. Pewne argumenty przemawiają za, ale również można byłoby przedstawić argumenty przeciwnie. Dlatego w początkowym okresie zasadne byłoby zawarcie dodatkowego ubezpieczenia od tego typu naruszeń. Towarzystwa ubezpieczeniowe w Polsce przygotowują już takie oferty i mają one mieć szerszy zakres niż tylko wypłata odszkodowań. Mogą one również obejmować pokrycie kosztów związanych z naprawą skutków wycieków danych czy też przeprowadzenia niezbędnego postępowania przed organem nadzorującym. Do czasu wyklarowania się sytuacji prawnej i zweryfikowania, jak nowe przepisy funkcjonują, takie ubezpieczenie powinno być mocno rekomendowane.

INSPEKTOR POMOCNY

W zapobieganiu niepożądanym sytuacjom konieczna jest współpraca ze, wspomnianym już, inspektorem ochrony danych osobowych. Jednakże, należy pamiętać, że inspektor nie zastąpi lekarza w obowiązkach wynikających z przetwarzania danych. Rolą inspektora jest przekazywanie informacji o obowiązkach, jakie wynikają z przepisów, sprawdzenie czy przepisy są egzekwowane i udzielanie zaleceń co do pewnych korzystnych rozwiązań. Współpraca z inspektorem jest nie tylko koniecznością, ale również okolicznością łagodzącą w przypadku naruszenia przepisów. Mimo to nie jest możliwe przerzucenie na inspektora odpowiedzialności za naruszenia, które wystąpią. Sytuacja jest podobna do współpracy ze specjalistą ds. BHP. Jednak, dobry inspektor, dzięki swoim sugestiom i radom może znacznie usprawnić organizację ochrony danych osobowych i uchronić przed zdarzeniami niechcianymi.

Ponieważ przepisy dopiero wchodzi w życie, trudno prognozować, jak będą one funkcjonowały. Dopiero po kilku miesiącach da się stwierdzić, czy pewne ryzyka wystąpiły, a może pojawiły się jakieś inne poważniejsze zagrożenia. Po 25 maja czeka wielka niewiadoma, dlatego już teraz warto się przygotować na każdy scenariusz. Później może już nie być na to czasu.

25 maja 2018 r.
Szkolenie:

RODO: Ochrona danych osobowych w placówce medycznej - wszystko, co właściciel gabinetu powinien wiedzieć o nowych wymaganiach.

Na szkoleniu uczestnicy samodzielnie przygotowują dokumenty niezbędne dla gabinetów w kontekście nowych przepisów RODO.

Miejsce szkolenia: Hotel Lord, Warszawa, al. Krakowska 218

Wykładowca: prawnik Maciej Gibiński;

Punkty edukacyjne 6 pkt.

zapisy: www.szkolastomatologii.pl; tel 22 844 49 42



TOMASZ POPIELSKI

Prawnik, absolwent studiów podyplomowych Prawo Medyczne na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Zawodowo specjalizujący się w tematyce roszczeń odszkodowawczych. Główny obszar zainteresowań, to szkody powstałe na zdrowiu, również w trakcie prowadzonego leczenia. Autor artykułów z zakresu praw osób poszkodowanych.

Unaczynienie warg sromowych mniejszych a zabiegi labioplastyki

KLASYCZNA ANATOMIA PRAWIDŁOWA OPISUJE DWA SYSTEMY ODPOWIEDZIALNE ZA UNACZYNIENIE OBSZARU WARG SROMOWYCH MNIEJSZYCH: PRZEDNI, REPREZENTOWANY PRZEZ TĘTNICĘ SROMOWĄ ZEWNĘTRZĄ I TĘTNICĘ ZASŁONOWĄ, TYLNY, REPREZENTOWANY PRZEZ TĘTNICĘ SROMOWĄ ZEWNĘTRZĄ [4].

Hipotetyczna linia podziału tych dwóch systemów przebiega poziomo na wysokości łechtaczki [4].

Io niedawna znajomość przebiegu naczyń w obrębie warg sromowych mniejszych opierała się na pracy Salomona z 1936 roku „Les Arteres de la Peau”, w której autor opisał, że tętnice w obrębie wargi sromowej mniejszej biegną prostopadle do osi długiej wargi sromowej mniejszej oraz, że dwie trzecie dolne unaczynione są przez tętnicę sromową wewnętrzną, a jedna trzecia górna przez tętnicę sromową zewnętrzną.

W 2015 roku Georgiou i wsp. w oparciu o angiografię rotacyjną, przedstawili szczegółowe unaczynienie warg sromowych mniejszych, które, co wykazali autorzy, tworzy powtarzalny wzór [1, 2, 3].

W badanym materiale sekcyjnym, w każdej wardze sromowej mniejszej stwierdzono obecność czterech biegnących prostopadle do osi długiej wargi sromowej tętnic. Tętnica centralna wargi sromowej (C) biegnie nieco powyżej środka wargi sromowej (na wysokości 55 percentyla) i po dotarciu do krawędzi wargi sromowej

zmienia przebieg i biegnie wzdłuż krawędzi i do przodu. Do tyłu od tętnicy centralnej biegną dwie tętnice wargowe tylne (P1, P2), które kończą przebieg na wysokości krawędzi. Najmniejszą tętnicą jest tętnica wargowa przednia (A), któ-



Ryc. 1. Pozostawiony fragment wargi sromowej jest dobrze unaczyniony, liniowa resekcja



Ryc. 2. Dolna klinowa resekcja stwarza ryzyko powstania płata o najgorszym unaczynieniu i ryzyku rozejścia się rany



Ryc. 3. Środkowa klinowa resekcja znacząco upośledza unaczynienie pozostałych płatów



Ryc. 4. Deepitelializacja (fenestracja) z uwagi na powierzchowny przebieg naczyń i ich uszkodzenie stwarza ryzyko przetok skórnych

autor:
dr n. med.
Piotr
Kolczewski



PIŚMIENNICTWO:

1. Georgiou A, Benatar M et al. A cadaveric study of the arterial blood supply of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 136;167, 2015
2. Hamori C, H, Banwell P, E, Alinsod R. *Female Cosmetic Genital Surgery Thieme* 2017
3. Goodman M. *Female Genital Plastic and Cosmetic Surgery Willey Blackwell* 2017: 71-77
4. Heusse JL, Cousin-Verhoest S, Aillet S, Watier E. Renements in the labia minor reduction procedures]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2009;54:126-134.

ra również kończy swój przebieg na wysokości krawędzi wargi sromowej. Naczynia te, co podkreślają autorzy, zlokalizowane są powierzchownie do skóry i błony śluzowej. Ponadto badacze wykazali, że tętnica sromowa zewnętrzna naczyń napletek łechtaczki i łechtaczki oraz łączy się z naczyniami pochodzącymi od tętnicy sromowej wewnętrznej przez tętnicę biegnącą w wędzidełku łechtaczki [1].

IMPLIKACJE KLINICZNE

Powyższe obserwacje wskazują, że przednia część wargi sromowej unaczyniona jest słabiej niż część środkowa i tylna, a opisa-

ne naczynia biegną bardzo powierzchownie do skóry i błony śluzowej wargi sromowej mniejszej. Jaki może mieć to wpływ na praktykę chirurgiczną?

- 1. Jeżeli chcemy zmniejszyć ilość powłok w postaci rozejścia się rany w technikach resekcji klinowej, powinniśmy oszczędzać naczynie centralne (c) i naczynia tylne (P1, P2) [1].
- szczyt nacięcia typu „V” w resekcji centralnej powinien znajdować się do przodu od 55 percentyla jej długości;
- resekcja przednia typu „V” z uwagi na dobre unaczynienie płata tylnego (P1

i P2) niesie ze sobą niskie ryzyko rozejścia się rany;

- resekcja liniowa w kategoriach perfuzji naczyniowej jest lepsza niż resekcje klinowe.

2. Technika resekcji liniowej wargi sromowej mniejszej niesie najmniejsze ryzyko upośledzenia ukrwienia, a tym samym rozejścia się rany.

3. Techniki Defenestracji (deepitalializacji), z uwagi na powierzchowny przebieg naczyń tętniczych, związane są ze zwiększonym ryzykiem upośledzenia ukrwienia.



DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

Asystent Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej, współpracownik kliniki Medifem w Warszawie i kliniki Artmedicalcenter w Szczecinie. 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 w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, uroginekologii, ginekologii onkologicznej i ginekologii plastycznej. Jest członkiem międzynarodowych towarzystw naukowych tematycznie związanych z operacjami rekonstrukcyjnymi i plastycznymi w ginekologii (International Urogynecological Association, International Continence Society). Wykładowca na polskich i międzynarodowych kongresach poświęconych tematycznie ginekologii plastycznej

NOWY MAGAZYN

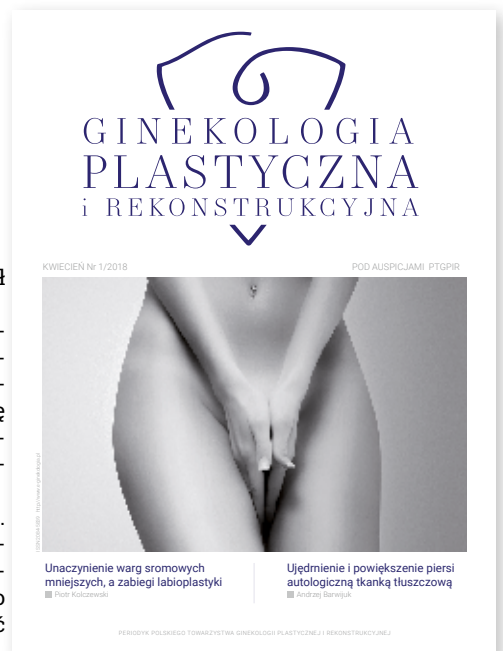
Kwartalnik „Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna”

GINEKOLOGIA PLASTYCZNA I REKONSTRUKCYJNA - TO NOWY KWARTALNIK, KTÓRY POJAWIŁ SIĘ OSTATNIO NA POLSKIM RYNKU PRASOWYM. Pierwszy numer tego tygodnika wydano przy okazji Kongresu Ginekologii Plastycznej. Redaktorem naczelnym kwartalnika jest dr n. med. Piotr Kolczewski, a w radzie naukowej pisma znaleźli się: prof. dr hab. n. med. Dariusz Szperek, prof. nadzw. dr hab. n. med. Sławomir Jędrzejczyk, dr med. Andrzej Barwijk,

dr med. Rafał Kuźlik, lek. med. Michał Barwijk.

W pierwszym numerze znajdą państwo artykuły autorstwa dr Kolczewskiego, dr Kuźlika oraz obu panów Barwijków. Szczegółowy spis treści znajduje się na stronie www.e-ginekologia.pl w zakładce Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna.

Pismo dostępne jest w prenumeracie. Koszt rocznej prenumeraty (cztery numery) to 120 zł. Można też zamawiać pojedyncze numery. Wtedy koszt zakupu jednego numeru wynosi 30 zł. Można zamówić na stronie – www.e-ginekologia.pl (PS)



WYWIAD Z PROF. MARIUSZEM BIDZIŃSKIM

Wolę zapobiegać, niż leczyć



Prof. Mariusz Bidziński – ginekolog-onkolog, profesor nauk medycznych, kierownik Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie.

FOT. ARCHIWUM AUTORA

ROZWIJA SIĘ Z NABŁONKA POKRYWAJĄCEGO SZYJKĘ LUB KANAŁ MACICY, A GŁÓWNA PRZYCZYNĄ ZACHOROWANIA JEST WIRUS BRODAWCZAKA LUDZKIEGO HPV O WYSOKIM POTENCJALE RAKOTWÓRCZYM.

W Polsce jest drugim co do częstości występowania nowotworem narządów płciowych u kobiet do 45 roku życia. Rak szyjki macicy. Na świecie w ciągu roku rozpoznaje się pół miliona przypadków zachorowań i szacuje się, że do 2050 roku liczba ta wzrośnie do miliona. W Polsce rocznie na ten nowotwór zapada 3 - 3,5 tys. kobiet. Zatrważające są statystyki umieralności, na poziomie 50 proc. Tymczasem odpowiednio wcześniej zdiagnozowane stany przedrakowe można łatwo wyleczyć.

programach profilaktyki pierwotnej, cytologii i kolposkopii oraz narzędziu wspierającym wczesne wykrywanie raka szyjki macicy rozmawiamy z prof. Mariuszem Bidzińskim, ginekologiem-onkologiem, profesorem nauk medycznych, kierownikiem Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie.

JAK PAN OCENIA SYTUACJĘ ZDROWOTNĄ POLEK W KONTEKŚCIE RAKA SZYJKI MACICY I JAK POLSKA WYPADA NA TLE INNYCH KRAJÓW?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: W Polsce mamy wysoką śmiertelność z powodu raka szyjki macicy, co świadczy o nieefektywnych działaniach profilak-

tycznych. Wśród krajów UE jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc, jeśli chodzi o efektywność działań mających na celu zmniejszenie umieralności kobiet z powodu tego nowotworu. Programy profilaktyki pierwotnej, czyli szczepienia przeciw wirusom HPV są jedynie rekomendowane, a nie wchodzą do kalendarza szczepień, pomimo wykazania znaczącej skuteczności tej metody.

JAKA POWINNA BYĆ NAJBARDZIEJ SKUTECZNA ŚCIEŻKA MEDYCZNA DO WYKRYWANIA ZMIAN ONKOGENNYCH?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: Badania z wykorzystaniem płynnej cytologii i, w przypadkach, gdy wykryjemy patologię cytologiczną z tej samej próbki, oznaczanie

rozmawiała:
**Monika
Mikołajczak**

Kolposkopia, jako uzupełnienie badań cytologicznych staje się standardem w ofercie najlepszych polskich gabinetów ginekologicznych. Jednym z narzędzi jest mobilny kolposkop Eva System z aplikacją do obsługi doskonałej jakości zdjęć z opcją adnotacji i portalem do gromadzenia dokumentacji zgodnej z EMR i HIPAA oraz zdalnej konsultacji.



FOT. MOBILE SCANNED SYSTEMS

„Bardzo bym się cieszył, jeśli kolposkop będzie stałym wyposażeniem gabinetu ginekologa, podobnie jak fotel do badań”

DNA wirusów HPV. Ta metoda także potwierdziła w wielu krajach swoją skuteczność.

CZY KOLPOSKOPIA JEST CENĄ METODĄ DODATKOWĄ W POZYSKIWIANIU INFORMACJI O STANIE TARCZY SZYJKI MACICY? CZY CYTOLOGIA W DOBIE NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII I METOD DIAGNOZOWANIA TO JUŻ ZA MAŁO?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: Kolposkopia jest bardzo pomocnym narzędziem do diagnostyki patologii szyjki macicy. Powinna być używana w przypadkach stwierdzenia wysokiego prawdopodobieństwa patologii szyjki macicy w badaniach cytologicznych. Jest to zatem metoda pozwalająca bardziej dokładnie zdiagnozować z jaką patologią szyjki macicy mamy do czynienia i jedno-

cznie precyzyjnie pobrać biopsję z miejsc w obrębie szyjki macicy objętych zmianami.

CO PAN MYŚLI O POMYŚLE ROZPOWSZECHNIENIA KOLPOSKOPII, ABY DAĆ LEKARZOM I PACJENTKOM WIĘKSZĄ SZANSĘ NA TRAFNĄ DIAGNOZĘ I LECZENIE?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: Bardzo bym się cieszył, jeśli kolposkop będzie stałym wyposażeniem gabinetu ginekologa, podobnie jak fotel do badań. Jest to narzędzie niezbędne i jednocześnie w wielu sytuacjach pozwalające na bardzo precyzyjną diagnostykę patologii szyjki macicy.

JEST PAN KOLPOSKOPISTĄ I MA PAN OGROMNE DOŚWIADCZENIE. UŻYTKOWAŁ PAN SYSTEM EVA - CO PAN O NIM SĄDZI?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: System EVA to bardzo pomocne narzędzie, proste w obsłudze i wiarygodne, jeśli chodzi o uzyskiwany obraz. Pozwala także w prosty sposób ocenić ryzyko patologii, dzięki zainstalowanemu algorytmowi oceny kolposkopowej. Wydaje się, że takie kompaktowe urządzenie może być powszechnie używane w praktyce ambulatoryjnej, a nie tylko w oddziałach ginekologii.

CZY KWESTIA PORTALU, ELEKTRONICZNEJ KARTY PACJENTKI, OBRA-

ZOWANIA, CZY WRESZCIE SAMEJ MOBILNOŚCI URZĄDZENIA MA ZNACZENIE I WARTO POCHYLIĆ SIĘ NAD EVA SYSTEM?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: Te elementy są bardzo mocną stroną urządzenia, gdyż pomagają łatwo interpretować uzyskiwane obrazy.

TELEMEDYCYNĄ MA PRZYSZŁOŚĆ W POLSCE?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: W mojej opinii tak, choć jeszcze na ten efekt musimy poczekać, co wiąże się z przyzwyczajeniami szeregu lekarzy, którzy nie mają takiego nawyku, aby konsultować przypadki.

PROFILAKTYKA, DIAGNOZA I LECZENIE - STAWIA JE PAN NA RÓWNI?

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI: Uważam, że wszystkie trzy elementy są ważne, choć zdecydowanie stawiam na profilaktykę. Diagnostyka jest również bardzo istotna, gdyż pozwala nam zoptymalizować leczenie. Natomiast trzeci element – leczenie, jest dla mnie wymiarem niepowodzenia pierwszego elementu. Wolałbym zapobiegać niż leczyć.

DZIĘKUJĘ ZA ROZMOWĘ MONIKA MIKOŁAJCZAK

ZASTOSOWANIE DROBNOCZĄSTECZKOWEGO KWASU HIALURONOWEGO BASHYAL W POSTACI ŻELU LUB GLOBULEK (MUCOVAGIN) – W PRAKTYCE GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEJ ORAZ PO ZABIEGACH Z ZAKRESU LASEROTERAPII GINEKOLOGICZNEJ

Kwas hialuronowy w praktyce ginekologicznej

OBECNIE KWAS HIALURONOWY JEST STOSOWANY W ORTOPEDII (LECZENIE ZMIAN W STAWACH), POURAZOWEJ REGENERACJI TKANEK (GOJENIE RAN), OKULISTYCE, GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE. Od 1980 roku obserwuje się dynamiczny wzrost zastosowania kwasu hialuronowego w medycynie estetycznej, zwłaszcza po zabiegach z zakresu laseroterapii ginekologicznej. Jednak ma on znacznie szersze zastosowanie.



FOT. 123RF

V 1934 roku John Palmers i Karl Meyer po raz pierwszy wyizolowali kwas hialuronowy (HA) z ciała szklistego bydłowego oka. Obecnie obowiązująca nazwa wywodzi się z greckiego słowa: „hyalos” – szkło, opisując najtrafniej szklisty, przezroczysty wygląd kwasu hialuronowego. W latach 80. Andre Balazs przeprowadzając szereg badań potwierdził zasadność zastosowania kwasu hialuronowego w medycynie.

W początkach stosowania kwas hialuronowy był otrzymywany z grzebieni kogutów, obecnie jest produktem typowo biotechnologicznym.

Endogenny kwas hialuronowy to najsilniej działająca substancja higroskopijna. Należy do grupy glikozaminoglikanów – GAG (pochodne cukrów prostych), tak jak: siarczan chondroityny, dermatan, siarczan heparanu, heparyna oraz siarczan keratanu.

WYSTĘPOWANIE HA W ORGANIZMIE

GAG wchodzi w skład wielu tkanek organizmu, występują w skórze w postaci wolnych kwasów (hialuronowy, chondroitynosiarkowy) lub w postaci związanej. Obecność kwasu hialuronowego stwierdza się w chrząstce, maści stawowej, skórze, tkankach podporowych. Siarczan dermatanu występuje w skórze, naczyniach krwionośnych, sercu. Siarczan heparanu obecny jest w błonie podstawnej, tętnicy płucnej. Heparyny występują w płucach, wątrobie, skórze, komórkach tłuszczowych, a siarczan keratanu – w chrząstce, rogówce, krążkach międzykręgowych.

Ze względu na specyfikę budowy, kwas hialuronowy (bardzo często nazywany honorowym proteoglikanem) wchodzi w swoiste interakcje z kolagenem, elastyną, fibronektyną, lamininą. Jest to bardzo istotny proces z perspektywy tworzenia odpowiedniej struktury tkanki łącznej. Kwas hialuronowy jest obecny w dużych ilościach w skórze, substancji pozakomórkowej tkanki łącznej, błonie maziowej stawów, ścianach naczyń krwionośnych, ciele szklistym oka, ścianie jelit, chrząstce, pochwie, jajnikach, błonie śluzowej jamy macicy, ośrodkowym układzie nerwowym, krążkach międzykręgowych kręgosłupa, galarecie Whartona (otaczającej naczynia pępowinowe). Wpływa na uwodnienie skóry, błon śluzowych, zarówno w stanach fizjologicznych, jak i patologicznych, zapewniając odpowiedni poziom nawilżenia tkanek.

Poziom kwasu hialuronowego w surowicy krwi wynosi od 10 – 100 ug/l. Jego stężenie rośnie w przypadku marskości wątroby, reumatoidalnego zapalenia stawów, sklerodermii. Półokres trwania HA wynosi 2,5 – 5,5 minut, a jego wydalanie zachodzi przez nerki.

U człowieka 50% całkowitej ilości kwasu hialuronowego występuje w skórze (około 15 g), z tego najwięcej znajduje się w naskórku, warstwie kolczystej, a najmniej w warstwie podstawnej. Brak kwasu hialuronowego stwierdzono w warstwie ziarnistej

autor:
Beata Sterlińska-Tulimowska

i rogowej naskórka. W skórze właściwej obecny jest w warstwie brodawkowej, mikrofibrylach kolagenu oraz między włóknami kolagenowymi i sprężystymi warstwy siateczkowej.

WŁAŚCIWOŚCI KWASU HIALURONOWEGO

W organizmie ludzkim cząsteczka kwasu hialuronowego wiąże duże ilości wody. Ma właściwości higroskopijne (jedna cząsteczka kwasu hialuronowego wiąże 250 cząsteczek wody). Właściwości higroskopijne w macierzy komórkowej wpływają na uwodnienie skóry, błon śluzowych, nadając lepkość, sprężystość i plastyczność. Z wiekiem w organizmie zmniejsza się synteza HA, co w konsekwencji powoduje zwiotczenie skóry, pojawienie się zmarszczek oraz zmian troficznych w obrębie błon śluzowych.

Mechanizm działania kwasu hialuronowego opiera się na właściwościach hydrofilowych, zdolności tworzenia plastycznego żelu, umożliwiającego proces dyfuzji związków rozpuszczalnych w wodzie, a także migrację komórek. HA pobudza aktywność i migrację limfocytów. Dotyczy to także innych mediatorów procesu zapalnego, co ma istotne znaczenie w procesie gojenia się uszkodzeń w obrębie skóry i błon śluzowych.

DZIAŁANIE KWASU HIALURONOWEGO

Liczne badania potwierdziły, że kwas hialuronowy ma działanie: przeciwzapalne, przeciwwysiękowe i antyoksydacyjne.

Na uwagę zasługuje także wpływ HA na proces angiogenezy. W zależności od masy cząsteczkowej i stężenia może pobudzać angiogenezy, dotyczy to mniejszych cząsteczek, lub ją hamować w przypadku większych cząsteczek. Te charakterystyczne cechy HA powodują, że proces gojenia się ran z zastosowaniem egzogennego kwasu hialuronowego przebiega podobnie, jak gojenie płodowe – bez tworzenia się blizn. Należy nadmienić, że duże cząsteczki HA pobudzają syntezę kolagenu typu III – charakterystycznego dla procesów bliznowacenia i włóknienia, a nie kolagenu typu I. Najnowsze badania wykazały, że fragmenty HA o niskiej masie cząsteczkowej są najlepiej dostosowane do dostarczania białek i peptydów w przewlekłym leczeniu ran. Każdy uraz, niezależnie od jego charakteru zapoczątkowuje kaskadę zjawisk biochemicznych (bimolekularnych), których nadrzędnym celem jest szybka naprawa uszkodzonej tkanki. Niezależnie od typu naprawy (pierwotna, czy wtórna) HA odgrywa istotną rolę we wszystkich fazach procesu gojenia się ran, uszkodzeń skóry i błon śluzowych:

- w fazie hemostazy, wiążąc się z fibryną i fibronektyną, HA tworzy macierz tymczasową w łożysku rany;
- w fazie zapalnej – stymuluje uwalnianie cytokin, pobudzając adhezję limfocytów i usuwanie wolnych rodników;
- w fazie ziarninowania – stabilizuje, uelastycznia skrzep, stymulując aktywność fagocytarną, a także wpływa na migrację i proliferację komórek, syntezę kolagenu i proces tworzenia się nowych naczyń – angiogenezy;
- w fazie epitelializacji – w procesie proliferacji i migracji keratynocytów, tworzących nowy naskórek;
- w fazie przebudowy (remodelingu) – obkurcza powierzchnię rany, powodując dojrzewanie ziarniny i redukcję tworzenia się blizn.

Uwzględniając specyfikę działania HA, liczne badania kliniczne wykazały zasadność, skuteczność i bezpieczeństwo stosowania w profilaktyce oraz leczeniu uszkodzeń błon śluzowych, skóry, niezależnie od etiologii:

- pacjentki po porodach zarówno fizjologicznych, jak i po cięciu cesarskim;
- po zabiegach z zakresu laseroterapii ginekologicznej (kłykciny kończyste, rewitalizacja pochwy i sromu, wysiłkowe nietrzymanie moczu);
- pacjenci onkologiczni (radioterapia) – opóźnienie i łagodniejszy przebieg kliniczny miejscowego odczynu popromiennego skóry;
- oparzenia I i II stopnia;

- owrzodzenia podudzi;
- odleżyny;
- przetoki;
- rany pourazowe (poinfekcyjne);
- rany pooperacyjne;
- stopa cukrzycowa.

Miejscowe stosowanie HA:

- znacząco skraca okres gojenia;
- znacznie przyspiesza proces naskórkowania;
- zmniejsza ilość powikłań powstałych w procesie gojenia.

Dotyczy to zarówno w przypadkach drobnych uszkodzeń błon śluzowych, skóry jak również gojenia się ran.

WSKAZANIA DO ZASTOSOWANIA KWASU HIALURONOWEGO

W trakcie terapii przy użyciu HA (niezależnie od zastosowanej postaci: żel, globulki) na powierzchni uszkodzenia tworzy się cienki „film” izolujący gojącą się powierzchnię od niekorzystnych warunków zewnętrznych. „Film” zabezpiecza jednocześnie przed jej ponownym uszkodzeniem (uraz, zadrapanie), a także nadkażeniem, uniemożliwiając jednocześnie przenikanie drobnoustrojów do gojącej się rany, tym samym korzystnie wpływając na cały proces gojenia. Hydrofilowe działanie HA zwiększa uwodnienie między komórkami, zmniejsza przesuszenie tkanek i przyspiesza proces gojenia. W praktyce klinicznej po zastosowaniu HA u pacjentów zaobserwowano zmniejszenie odczuwania bólu spowodowanego uszkodzeniem ciągłości tkanek – działanie przeciwbólowe prawdopodobnie odbywa się w mechanizmie oddziaływania na zakończenia nerwowe.

Liczne badania potwierdziły dużą skuteczność kliniczną HA w gojeniu ran i uszkodzeń skóry i błon śluzowych, korzystnego wpływu na nawilżenie i regenerację błony śluzowej pochwy oraz korzystny profil toksykologiczny, nawet przy długotrwałym stosowaniu.

Atrofia urogenitalna – VVA (vulvovaginal atrophy) to kolejne wskazanie do stosowania HA. W większości przypadków VVA związana jest z miejscowym hipostrogenizmem, z towarzyszącym spadkiem poziomu glikogenu. VVA obserwuje się u kobiet w okresie menopauzy, ale również w okresie poporodowym (pogowym, karmienia piersią), jak i u pacjentek po usunięciu jajników. Oceniając obecność elementów strukturalnych macierzy u kobiet z VVA w okresie okołomenopauzalnym w obrębie tkanek otaczających pochwę, przymaciczkę i okolice okołocewkowej zaobserwowano zmniejszone stężenie endogennego kwasu hialuronowego. Najczęściej dolegliwości związane z VVA charakterystyczne są dla kobiet w okresie około i pomenopauzalnym, a także pacjentek poddanych leczeniu onkologicznemu (chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia). Do grupy tej zalicza się również pacjentki leczone analogami gonadoliberynu – GnRh, z powodu mięśniaków macicy, endometrioz, pacjentki po porodach, karmiące piersią powyżej 12 miesięcy, czy stosujące doustną antykoncepcję hormonalną. Dolegliwości, z którymi najczęściej zgłaszają się pacjentki to: uczucie suchości pochwy (zgłaszane częściej przez kobiety aktywne seksualnie) świąd, pieczenie, ból, dyspareunia, uczucie dyskomfortu. U nielicznej grupy pacjentek może pojawić się skrócenie, bądź zarośnięcie szczytu pochwy, zwężenie przedsionka pochwy z towarzyszącym spłaszczeniem marszczek pochwowych.

U kobiet z VVA statystycznie częściej obserwuje się zwiększoną podatność na urazy mechaniczne i otarcia – nawet po ginekologicznym badaniu wziemikiem. Według statystyk w Polsce około 9 milionów kobiet w wieku około i pomenopauzalnym (także w wieku rozrodczym) z powodu rozpoznanej VVA ma wskazania do zastosowania suplementacji hormonalnej lub metod alternatywnych, takich jak stosowanie miejscowo działających preparatów zawierających kwas hialuronowy. Dotyczy to głównie kobiet, które ze względów zdrowotnych lub innych powodów nie mogą lub nie

SYNTETYCZNY KWAS HIALURONOWY

Ze względu na prostą budowę chemiczną oraz współczesne możliwości biotechnologii obecnie jest możliwa synteza HA, gdyż naturalne źródła, jakimi są tkanki zwierzęce lub produkcja na bazie *Streptococcus equi*, są niewystarczające. Hialuronian poddaje się stabilizacji, co zwiększa jego trwałość, a tym samym możliwości zastosowania w medycynie estetycznej. Usieciowany hialuronian wiąże więcej wody (do 1000 cząsteczek na 1 cząsteczkę HA). Lekarze wykorzystują do wstrzyknięcia szeroką gamę preparatów HA, różniących się pochodzeniem, stężeniem i stopniem usieciowania, co ma wpływ na jego zachowanie w tkance. W razie potrzeby, część wstrzykniętego kwasu można usunąć naturalnymi hialuronidazami.

chcą stosować lokalnej terapii hormonalnej. North American Menopause Society (NAMS) w 2007 roku ustaliło, że miejscowe preparaty zawierające HA w terapii zanikowego zapalenia pochwy są lekami pierwszego rzutu, w związku z dużą skutecznością terapeutyczną oraz bezpieczeństwem długotrwałego stosowania.

Badania kliniczne przeprowadzone u pacjentek z objawami suchości pochwy (wywołanych różnymi przyczynami) wykazały, że dopochwowe stosowanie HA wywołuje korzystne działanie:

- regenerujące;
- nawilżające błonę śluzową sromu, przedsionka pochwy i pochwy;
- zmniejszające objawy dyspareunii;
- znacznie poprawiające komfort współżycia seksualnego, zwiększającego współczynnik samooceny.

HA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

Właściwości HA dały podstawy do stosowania kwasu hialuronowego w ginekologii i położnictwie jako metody w leczeniu:

- powierzchniowych urazów;
- uszkodzeń, owrzodzeń (śluzowych i skóry);
- zmian zanikowych w obrębie pochwy i sromu niezależnie od wieku pacjentki i czynnika etiopatogenetycznego.

W licznych badaniach wykazano korzystny wpływ działania HA, zarówno w terapii przedoperacyjnej, jak i pooperacyjnej, w zabiegach uro-ginekologicznych i chirurgicznych w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy.

Zastosowanie HA powoduje:

- poprawę ukrwienia błony śluzowej;
- zwiększenie syntezy kolagenu;
- normalizację odczynu pH wydzieliny pochwy;
- polepszenie odtwarzanie i utrzymywania prawidłowej biocenozy pochwy – zapobieganie infekcjom i nawrotom infekcji urogenitalnych.

Działanie HA w konsekwencji prowadzi do przyspieszenia procesu regeneracji i gojenia się uszkodzeń w obrębie błon śluzowych, a także ran po zabiegach.

ZASTOSOWANIE HA PRZY LASEROTERAPII

Postanowiono ocenić zasadność zastosowania preparatu Mucovagin (żel, globul-

ki) oraz preparatu Mucovagin – emulsja, w procedurze przygotowania do zabiegu i okresu pozabiegowego u pacjentek z kłykciami kończystymi, wysiłkowym nietrzymaniu moczu oraz rewitalizacji pochwy, u których wykonano laseroterapię.

ZABIEG USUNIĘCIA KŁYKCIN KOŃCZYSTYCH LASEREM CO₂

Do przygotowania do zabiegu usunięcia kłykcin kończystych laserem laser CO₂ (w trybie przed zabiegowym) zastosowano w okresie 5 – 7 dni przed zabiegiem preparat Mucovagin – emulsja do codziennej higieny osobistej okolic: pochwy i sromu. Mucovagin – preparat w postaci emulsji (korzystny profil działania) stworzony z formułą Bashyal, czyli drobno-cząsteczkowym kwasem hialuronowym, nie zawiera konserwantów, mydła, SLS, SLES. W swoim składzie zawiera oktenidynę – substancję antyseptyczną o działaniu bakteriobójczym, grzybobójczym, przeciwwirusowym. Dodatkowo pantenol, alantoina, kwas mlekowy i gliceryna łagodzą podrażnienia, utrzymują stałe pH na powierzchni gojącej się błony śluzowej, a także wspomagają procesy regeneracji.

W okresie pozabiegowym preparat Mucovagin – emulsja zastosowano do codziennej higieny osobistej w okresie pozabiegowym przez 7 – 14 dni uzyskując lepszy profil gojenia się błony śluzowej po zabiegu usunięcia kłykcin. Większość pacjentek zdecydowała się stosować Mucovagin – emulsja do codziennej higieny osobistej, ze względu na korzystny profil działania i brak reakcji uczuleniowych (dobra tolerancja), a także wysoką skuteczność.

Jednocześnie u pacjentek po laserowym usunięciu kłykcin kończystych w okresie 5 – 7 dni po zabiegu zastosowano preparat Mucovagin w postaci żelu. Żel był stosowany codziennie (na noc) po uprzednim umyciu okolic sromu pre-

paratem Mucovagin emulsja. Co 2 – 3 dzień dopochwowo (zastosowano Mucovagin globulki) 1 globulkę na noc. Standardowo terapia prowadzona była przez okres 14 dni. U pacjentek menopauzalnych leczenie przedłużono do 30 dni. Zawarty w preparacie Mucovagin żel/globulki drobno-cząsteczkowy kwas hialuronowy – Bashyal ze względu na profil działania poprawił ukrwienie błony śluzowej obrębie sromu, przedsionka pochwy i pochwy, zwiększył syntezę kolagenu, znormalizował odczyn pH wydzieliny pochwy, a także polepszył odtwarzanie i utrzymywanie prawidłowej biocenozy pochwy, zapobiegając jednocześnie infekcjom i nawrotom infekcji okolic urogenitalnych.

ZABIEG: REWITALIZACJI POCHWY I LECZENIA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU LASEREM ER: YAG

Ten sam schemat stosowania preparatów Mucovagin – emulsja, Mucovagin żel i globulki zastosowano u pacjentek poddanych laseroterapii (laser Er: YAG), z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu oraz zabiegom rewitalizacji pochwy. Uzyskano lepsze nawilżenie i regenerację błon śluzowych, a tym samym zwiększenie skuteczności przeprowadzanych zabiegów laserowych.

WNIOSKI

Zastosowanie przed i po zabiegach laserowych preparatów Mucovagin z drobno-cząsteczkowym kwasem hialuronowym Bashyal – emulsja, żel i globulki w sposób znaczący wpłynęło na przyspieszenie (po laseroterapii) regeneracji błony śluzowej sromu, przedsionka pochwy i pochwy, skrócenie okresu rekonwalescencji, a tym samym zwiększenie skuteczności terapeutycznej przeprowadzonego leczenia.



BEATA STERLIŃSKA-TULIMOWSKA

Specjalista ginekolog-położnik, wykładowca LAHA, wykładowca FOTONA, Tulimowski&Sterlińska Gabinety Warszawa



DROBNA CZĄSTECZKA POTEŻNA SKUTECZNOŚĆ

w regeneracji i nawilżaniu
błony śluzowej pochwy

NOWOŚĆ!

MUCOVAGIN[®]



Unikalna formuła **drobnocząsteczkowego HA BASHYAL™**



FOT. SHUTTERSTOCK

Diagnostyka niewydolności żyłnej

POWSZECHNIE STOSOWANE NAZEWNICTWO DOTYCZĄCE ŻYŁAKÓW I NIEWYDOLNOŚCI ŻYŁNEJ OBEJMUJE PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚĆ ŻYLNĄ, PRZEWLEKŁĄ CHOROBE ŻYLNĄ I ZESPÓŁ POZAKRZEPOWY. Są one często mylnie używane zamiennie. Przewlekła niewydolność żylna to w odniesieniu do klasyfikacji CEAP termin obejmujący stopnie o większym zaawansowaniu choroby tj. od C3 do C6. Natomiast termin przewlekła choroba żylna obejmuje całość problemu (wg CEAP od C0 do C6). Oba opisane terminy należy odróżnić jeszcze od zespołu pozakrzepowego.

Nimo, że objawy zespołu pozakrzepowego są podobne, to dla jego rozpoznania konieczne jest udowodnienie ich związku z przebyłą zakrzepicą w układzie żył głębokich kończyny. Wynika to z nakładania się w początkowym okresie objawów zakrzepicy i zespołu pozakrzepowego. Rozpoznanie stawia się dopiero po około 12 miesiącach od incydentu zakrzepowego.

WYWIAD

autor:
dr n. med. Marcin
Kucharzewski

Wywiad chorobowy to pierwszy moment kontaktu z pacjentem, który daje możliwość poznania problemu,

z jakim zwraca się on do lekarza, obecności objawów, czasu trwania dolegliwości i ich nasilenia.

OBJAWY PODMIOTOWE I PRZEDMIOTOWE

Objawy niewydolności żyłnej, z jakimi zgłaszają się pacjenci, są bardzo zróżnicowane i nie zawsze jednoznacznie wskazują na sedno problemu. Znaczna część objawów podmiotowych i przedmiotowych jest niecharakterystyczna i występuje również w innych schorzeniach. Objawy podmiotowe, czyli te odczuwane przez pacjenta to: parestezje, świąd skóry (szczegól-

nie na podudziach), skurcze mięśni łydek (są bolesne, mają tendencję do nasilania się w nocy i w pozycji stojącej), uczucie ciężkości nóg, ból wzdłuż przebiegu żyłaka (często świadczy o toczącym się procesie zakrzepowym) oraz tzw. zespół niespokojnych nóg. Wszystkie to objawy mogą równie dobrze występować w innych schorzeniach: skurcze i parestezje w zwyrodnieniu kręgosłupa, albo być wynikiem przemęczenia kończyn, związanego z wykonywaną stojącą pracą lub uprawianym sportem. Uczucie ciężkości nóg może być wynikiem obrzęku limfatycznego.

BADANIA FIZYKALNE

Badanie fizykalne przeprowadza się w pozycji stojącej, co pozwala na lepsze uwidocznienie żył, ponieważ spływająca krew wypełnia wtedy naczynia oraz w pozycji leżącej. Pacjent powinien być rozebrany od pasa w dół, w takim stopniu, aby można była dokładnie zobaczyć całe kończyny. Często konieczne jest oglądanie okolicy podbrzusza i spojenia łonowego. W tym miejscu, w przypadku przebytej zakrzepicy żyłnej biodrowej, pojawiają się naczynia krążenia obocznego. Oglądając kończyny należy zwracać uwagę na opisane poniżej objawy przedmiotowe.

Objawy przedmiotowe stwierdzane przez badającego lekarza to teleangiektazje, żyłaki, obrzęki łydek, przebarwienia skóry i stwardnienie skóry, zaniki skóry oraz obecność owrzodzeń lub blizn po ich zagojeniu.

Teleangiektazje to drobne poszerzone naczynia, zlokalizowane w skórze, o średnicy do około 1 mm, koloru od czerwonego do fioletowego. Charakterystycznym miejscem ich pojawiania się jest boczna powierzchnia uda. Kolejnym miejscem jest okolica poniżej kostki przyśrodkowej, gdzie charakterystyczna siateczka drobnych fioletowych naczyń określana jest jako *corona phlebectatica*. Naczynia o nieco większej niż teleangiektazje średnicy (2 – 4 mm), to tzw. żyły siatkowate. Są to naczynia o podobnej lokalizacji, ale o dłuższym przebiegu, przypominającym oczka sieci. Żyły siatkowate i teleangiektazje niekoniecznie są objawem nadciśnienia żylnego. Traktowane są wtedy jako problem głównie kosmetyczny, a ich usunięcie nie wpływa na zmniejszenie objawów.

ŻYLAKI KOŃCZYN DOLNYCH

Żyłaki kończyn dolnych to wrzecionowate lub workowate, o krętym przebiegu, patologicznie poszerzone naczynia układu żylnego powierzchownego. Takim zmianom może ulec krótki odcinek naczynia lub żyła na swojej całej długości. Istotny jest ich rozkład: czy są to izolowane żyłaki, żyłaki okolicy krocza związane z niewydolnością żyłną miednicy (*pelvic congestions syndrom*),

z niewydolnością perforatorów, czy pochodzą z dorzecza jednego z głównych pni układu powierzchownego: żyły odpiszczelowej lub żyły odstrzałkowej. Żyłaki związane z żyłą odpiszczelową są znacząco częstsze w stosunku do żyłaków zaopatrywanych od żyły odstrzałkowej (80-90% vs. 5-10%). Przy planowaniu leczenia owrzodzeń konieczne jest identyfikacja żyłaków w jego okolicy. Często w badaniach obrazowych stwierdza się obecność niewydolnego perforatora w bezpośredniej bliskości.

OBRZĘK ŻYLNÝ

Obrzęk żylny występuje u około 50% pacjentów z PChŻ i obejmuje głównie okolicę stawu skokowego oraz podudzie do wysokości stawu kolanowego. Charakterystyczne jest jego nasilanie się w okresie letnim, przy czym w okresie jesienno-zimowym objawy nie ustępują całkowicie. Dobowa zmienność obrzęków wiąże się z jego nasileniem się w ciągu dnia i ustępowaniem po nocnym odpoczynku. Taki obraz charakterystyczny jest dla początkowego okresu. Z biegiem czasu dochodzi do utrwalania się obrzęku na skutek zmian w mikrokrążeniu oraz w tkance podskórnej w miarę postępu choroby. Obrzęk symetryczny sugeruje obecność obrzęków pochodzenia układowego (np. niewydolność krążenia) lub patologii żyłnej obu kończyn. Obrzęk asymetryczny dotyczący tylko jednej kończyny, w przypadku patologii żyłnej, wskazuje często na

udzia, na przyśrodkowej stronie lub okężnie. Mogą mieć postać plamek lub zlewają się, tworząc jednolite powierzchnie. W wyniku procesu zapalnego dochodzi do zaniku tkanki podskórnej (*dermatitis*). W miejscach elastycznych tkanek dochodzi do rozwoju zwłóknienia i stwardnienia, w wyniku pojawienia w tym miejscu tkanki łącznej (*lipodermatosclerosis*). Pokrywająca te okolice skóra jest bardzo cienka i delikatna, bardzo wrażliwa na wszelkiego typu urazy. Jeśli proces zwłóknienia obejmuje dalszą część podudzia, nad kostką, wtedy kończyna przybiera charakterystyczny wygląd odwróconej butelki od szampana – wąska część na kostce ze zwłókniałą brązową skórą, bez obrzęku oraz poszerzona część górnej części podudzia z obrzękiem w tkance podskórnej. W bezpośredniej bliskości do brązowych przebarwień obecna są miejsca koloru białego (*atrophia blanche, atrophia biala*). Są to miejsca na skórze, w których doszło do zaniku naczyń krwionośnych.

OWRZODZENIE PODUDZI

Owrzodzenie podudzi rozwija się często w wyniku niewielkiego urazu skóry. Miejsce to nie goi się w wyniku zaburzeń ukrwienia i odżywienia skóry, na tle toczącego się procesu zapalnego. Zwykle zlokalizowane są w dolnej 1/3 łydki, po stronie przyśrodkowej, ale w bardziej zaawansowanym stadium choroby obrzęk może obejmować cały obwód kończyny. Na powierzchni owrzo-

Żyły siatkowate i teleangiektazje niekoniecznie są objawem nadciśnienia żylnego. Traktowane są wtedy jako problem głównie kosmetyczny, a ich usunięcie nie wpływa na zmniejszenie objawów

zakrzepicę żylną, jeśli wystąpił nagle lub PChŻ, czy też zespół pozakrzepowy, jeśli rozwijał się stopniowo. Oceniając obrzęk konieczne jest wykonanie pomiaru obwodów kończyn i zapisanie różnic obwodów na tym samym poziomie. Zwykle dokonuje się pomiarów na poziomie stawu skokowego, w najszerszym miejscu podudzia, pod kolanem, ok. 15 cm powyżej stawu kolanowego. Przykładowy zapis różnic pomiarów obu kończyn: kostka +1 cm, podudzie +2 cm, pod kolanem +3 cm, udo +1 cm.

PRZEBARWIENIA SKÓRY

Charakterystyczne dla PChŻ przebarwienia skóry podudzi w kolorze brązowym lub czerwono-brązowym wynikają z odkładania się w tkankach złogów hemosyderyny, produktu rozpadu hemoglobiny. Zlokalizowane są najczęściej w dalszej części pod-

dzenia występują liczne szczepy bakteryjne i nierzadko dochodzi do infekcji rany. Próba całkowitej ich eradykacji nie przynosi sukcesów. W miejscach usuniętych szczepów pojawiają się kolejne, często o większej zjadliwości. Owrzodzenia nie są zwykle zbyt głębokie, są pokryte ziarniną, włóknikiem oraz treścią ropną. Dobrze jest wykonać na początku leczenia posiew z rany oraz antybiogram, nawet jeśli na tym etapie leczenia, nie przewiduje się antybiotykoterapii. Przy długoletnich owrzodzeniach, które nie poddają się standardowemu leczeniu, powinno się wykonać badania histopatologiczne wyskrobin z dna owrzodzenia, ze względu na możliwość rozwoju zmian nowotworowych na podłożu przewlekłego zapalenia.

Badanie fizykalne nie pozwala na jednoznaczne oszacowanie rozległości zmian zakrzepowych w układzie żył powierzch-

CZYNNIKI RYZYKA

Analizując historię choroby pacjenta, warto zwrócić uwagę na obecności modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka. Do czynników sprzyjających pojawieniu się przewlekłej niewydolności żyłnej, zalicza się:

■ **Wiek** – czynnik niemodyfikowalny. Nasilenie się objawów PChŻ wraz z wiekiem chorego: 30 – 35 roku życia – ok. 20%, > 60 roku życia – ok. 40%.

■ **Płeć** – czynnik niemodyfikowalny. U kobiet zauważono większą częstość występowania patologii żylnych: teleangiektazje (K vs. M – 4:3), owrzodzenia (K vs. M – 2:1).

■ **Praca stojąca lub siedząca** – czynnik częściowo niemodyfikowalny. Sprzyja nadciśnieniu w układzie żylnym i powstawaniu obrzęków. Ciśnienie na poziomie stawu skokowego w pozycji stojącej sięga nawet do 100 mmHg, w leżącej ok. 18 mmHg, podczas chodzenia ok 25 mmHg, w siedzącej ok. 50

mmHg. Przyjmuje się ok. 0,8 mmHg na 1 cm odległości między stawem skokowym a poziomem serca.

■ **Zaparcia, otyłość** – czynnik modyfikowalny. Powodują zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej i wiążą się często z siedzącym trybem życia.

■ **Płaskostopie** – czynnik modyfikowalny. Nieprawidłowe działania „pompy stopy” podczas chodzenia upośledza odpływ krwi z kończyny.

■ **Przebyta zakrzepica żylna (szczególnie nawrotowa)** – czynnik niemodyfikowalny. Zwiększa ryzyko uszkodzenia zastawek żylnych i rozwoju zespołu pozakrzepowego.

■ **Ciąża** – szczególnie wielokrotne ciąże. Poprzez ucisk płodu na naczynia miednicy mniejszej, zmiany hormonalne, zwiększenie objętości płynów ustrojowych podnoszą ciśnienie w jamie brzusznej i wpływają na nasilenie obrzęków.

■ **Zażywanie doustnych środków antykoagulantów** – czynnik modyfikowalny. Może zwiększać ryzyko zakrzepicy żyłnej i rozwoju zespołu pozakrzepowego.

■ **Czynniki dziedziczne** – czynnik niemodyfikowalny, ryzyko rozwoju żylaków sięga nawet 90%, gdy chorowało oboje rodziców.

PRÓBY CZYNNOŚCIOWE: PRÓBA PERTHESA, PRÓBA PRATTA, PRÓBA TRENDELENBURGA, PRÓBA SCHWARTZA

Obecnie próby czynnościowe straciły na znaczeniu na rzecz badań obrazowych, a szczególnie badania USG Duplex Doppler.

■ **Próba Trendelenburga** – pozwala na ocenę wydolności ujścia żyły odpiszczelowej. Leżącemu pacjentowi zakłada się opaskę uciskową na górną część uda i zaleca pionizację. Wypełnienie się żyłaków w krótkim czasie, przy założonej opasce, może świadczyć o niewydolności perforatorów. Szybkie napełnianie się żyłaków od góry (<25 s.), po zdjęciu opaski, wskazuje na niewydolność ujścia żyły odpiszczelowej.

■ **Próba Perthesa** – pozwala na ocenę drożności układu głębokiego oraz wydolności perforatorów. Pacjentowi poleca się wykonanie ćwiczeń (chodzenie, stanie na palcach, zginanie kolan) z założoną opaską uciskową, umieszczoną bezpośrednio poniżej kolana. Zmniejszenie się żyłaków w trakcie wykonywania ćwiczenia świadczy o drożności żył głębokich i wydolności perforatorów.

■ **Próba Schwartza** – pozwala na ocenę niewydolnych zastawek żył powierzchownych oraz zależności między żyłkami. Polega na opukiwaniu żyłki oraz ocenie fali wstrząsanej krwi – obecność fali świadczy o niewydolności zastawki i przenoszeniu się refleksu.

■ **Próba Pratta** – pozwala na ocenę i lokalizację niewydolnej żyły przesywającej. Leżącemu pacjentowi z uniesioną kończyną zakłada się opaskę w okolicy ujścia żyły odpiszczelowej oraz bandażuje bandażem elastycznym całą kończynę. W pozycji stojącej stopniowo odwijają się bandaże. Miejsce, od którego pojawiają się żyłki, wskazuje na niewydolny perforator, od którego są one zaopatrywane.

chownych – wykonywana ocena chirurgiczna (rozcięcie naczyń) lub badanie USG Doppler pokazuje zwykle większy o kilka centymetrów zasięg zmian. U pacjentów, u których rozpoznano zakrzepicę żył powierzchownych, niezbędne jest wykonanie ultrasonograficznej oceny układu żył głębokich, ze względu na możliwe współwystępowanie obu tych patologii (5,6% przypadków). Wykonując u pacjentów z zakrzepicą żylną poziom D-dimerów, należy pamiętać o ograniczeniach tego badania. Wynik negatywny prawie jednoznacznie wyklucza obecność zakrzepicy (10% przypadków zakrzepicy może przebiegać z ujemnym wynikiem D-dimerów). Z drugiej strony dodatni wynik D-dimerów jest niediagnostyczny i może być wynikiem innych patologii, np.: urazu mięśni i innych tkanek, krwiaka, pękniętej torbieli Bakera, przebytej operacji, obecności stanu zapalnego.

Badając pacjenta i planując na podstawie tego badania leczenie, niezbędna jest ocena stopnia ukrwienia kończyn. Badanie polega na ocenie obecności tętna w typowych miejscach (tętnica udowa wspólna w pachwinie, tętnica podkolanowa w dole podkolanowym, tętnica piszczelowa tylna za kostką przysródkową oraz tętnica piszczelowa przednia na grzbiecie stopy, w okolicy zgięcia). Badanie należy wykonać na obu kończynach, porównując obecność tętna i jego napięcie.

BADANIA HEMATOLOGICZNE

U części chorych, w wyniku nieprawidłowości genetycznych (oporność na aktywne białko C, niedobór białka C, białka S lub antytrombiny III) lub obecności antykoagulantu toczniowego, dochodzi do wzrostu ryzyka zakrzepicy żyłnej i uszkodzenia zastawek. Sugeruje się wykonanie badań laboratoryjnych w kierunku nadkrzepliwości krwi

w grupie chorych obciążonych wywiadem rodzinnym, z nawracającą zakrzepicą żylną lub epizodami zatorowości płucnej. Ważne jest również, aby pamiętać, że nawracająca wędrująca zakrzepica żylna może być objawem zapowiadającym rozwój choroby nowotworowej.

BADANIA OBRAZOWE: USG FALI CIĄGŁEJ - TZW. „ŚLEPY DOPPLER”

Spośród testów do niedawna bardzo popularnych, ale o zmniejszającym się znaczeniu w okresie coraz większej dostępności aparatów USG Doppler, jest badanie dopplerowskie falą ciągłą. Jest to proste badanie, możliwe do wykonania w każdym gabinecie lekarskim i stosunkowo niedrogie, ze względu na niskie koszty zakupu urządzenia. Służy ono ocenie dynamiki przepływu krwi w układzie żylnym. Badanie polega na przyłożeniu

sondy (przypominającej swoim wyglądem długopis) nad badaną żyłą i ocenie w niej przepływu. W drożnej żyłce obecny będzie przepływ jednokierunkowy i zatrzymanie przepływu na szczycie wdechu lub w próbie Valsalvy. Obecność dwukierunkowego przepływu wewnątrz naczyń, prawidłowego w kierunku serca, pod wpływem ucisku mięśni poniżej miejsca przyłożonej głowicy, a następnie wstecznego przy braku ucisku, świadczy o uszkodzeniu i niewydolności zastawek.

USG COLOR DOPPLER - „ZŁOTY STANDARD”

Zmniejszenie kosztów zakupu i eksploatacji aparatów USG Doppler oraz jego olbrzymie możliwości diagnostyczne sprawiły, że badanie USG Duplex Doppler stało się w wielu ośrodkach podstawowym badaniem diagnostycznym i uznawanym za „złoty standard”. Nie wyobrażam sobie prowadzenia praktyki z zakresu chirurgii naczyń i flebologii bez możliwości dostępu bezpośredniego i stałego do badania USG w trakcie wizyty lekarskiej. Badanie to daje możliwość dokładnego obrazowania anatomii i przebiegu żył oraz ich średnicy, obecności żylaków, obecności

w świetle naczyń skrzepliny i zmian pozakrzepowych, jak również pośrednio umożliwia ocenić „wiek” zakrzepicy. Możliwe jest również dynamiczne badanie oceny przepływu żylnego (spontanicznego i wymuszonego) i funkcji zastawek żylnych, z ewentualną opcją zastosowania kontrastu, podawanego dożylnie (mikropęcherzyki gazu np. dwutlenek węgla, fluorek siarki). Badanie USG Color Doppler jest podstawowym badaniem stosowanym w planowaniu rozległości zabiegu usunięcia żylaków – mapowanie żył przed klasycznym zabiegiem chirurgicznym lub nowoczesnymi metodami wewnątrznaczyniowymi.

Badanie USG Doppler jest dokładnym i specyficznym badaniem, pozwalającym na ocenę większości patologii żylnych. Wadą tego badania jest duża zależność od doświadczenia wykonującego badania oraz klasy aparatu, używanego w trakcie diagnostyki. Pomieszczenie przeznaczone do diagnostyki USG powinno być ogrzane do odpowiedniej temperatury, aby ograniczyć wpływ niskich temperatur na skurcz naczyń krwionośnych. Badania naczyń położonych powierzchownie – kilka centymetrów pod skórą (główne żyły układu

powierzchnowego, perforatory oraz główne żyły układu głębokiego poniżej więzadła pachwinowego) wykonuje się głowicą liniową o częstotliwości kilku do kilkunastu MHz. Im większa częstotliwość pracy głowicy USG, tym większe możliwości oceny naczyń położonych powierzchownie, bezpośrednio pod skórą, o małej średnicy. W przypadku pacjentów z dużą masą kończyny, z nasilonymi obrzękami, zamiast głowicy liniowej można użyć głowicy sektorowej o niskich częstotliwościach, zwykle używanej do oceny głębiej położonych żył (żyła biodrowa, żyła główna dolna). Nieodłączną częścią badania ultrasonograficznego jest ocena naczyń zlokalizowanych w jamie brzusznej, powyżej więzadła pachwinowego.

OCENA REFLUKSU ŻYLNEGO - PRZEPIY WSTECZNY

Refluks żylny to odwrócony przepływ, który może występować nie tylko jako objaw patologiczny, ale również w prawidłowo funkcjonujących żyłach. Fizjologiczne odwrócenie przepływu wynika z czasu potrzebnego na zamknięcie zastawek żylnych. W żyłce głównej dolnej i w żyłach biodrowych zwykle zastawki nie wystę-

REKLAMA

Detramax®

Detramax®
Lekkie nogi
24h

SUPLEMENT DIETY KOSMETYK TERAPIA UCISKOWA

Detramax® to kompletna linia produktów, które dbają o właściwe krążenie żyłne nóg przez całą dobę.

Suplementy diety **Detramax®** i **Detramax® Plus** zawierają przebadany ekstrakt z **Vitis vinifera**, który wspiera szczelność naczyń żylnych. **Detramax® Plus** dzięki ekstraktowi z **ruszczyka** pomaga też redukować obrzęki. Unikalny skład obu preparatów uzupełniają **diosmina i hesperydyna**.

Detramax® to także terapia kompresyjna w postaci rajstop i podkolanówek uciskowych oraz żel kojący do nóg.

Stosowane pojedynczo lub w dowolnej kombinacji preparaty **Detramax®** przynoszą ulgę ciężkim i zmęczonym nogom, co potwierdzają badania przeprowadzone na składnikach suplementów diety **Detramax®**.

Rekomendacje: **Polskie Towarzystwo Ginekologiczne*** i **Centrum Flebologii**.

* rekomendacja dotyczy suplementu diety Detramax®

NOVASCON
PHARMACEUTICALS

FLEBOGRAFIA - WSTĘPUJĄCA I ZSTĘPUJĄCA

Bauer w 1940 r. opublikował dokumentację flebograficzną anatomii żyłnej kończyn dolnych oraz obrazu ostrej i przewlekłej zakrzepicy żył głębokich. Od 1960 r. badanie to powszechnie wykorzystywane było w diagnostyce zakrzepicy żyłnej.

■ **Flebografia wstępująca** jest dynamicznym badaniem, polegającym na podaniu środka kontrastowego do żyły na grzbietowej powierzchni stopy i śledzeniu jego przepływu pod kontrolą rentgenowską. Na okolicę stawu skokowego zakłada się opaskę uciskową, aby uniemożliwić przepływ kontrastu w układzie powierzchownym. Przepływ w żyłach powierzchownych nakładając się na obraz żył głębokich utrudniałby właściwą ich ocenę. Szczególnie wysoką czułość i swoistość wykazywała flebografia w wykrywaniu zakrzepicy w odcinku podkolanowym. Charakterystyczny obraz flebograficzny zakrzepicy żyłnej to tzw obraz „szyn tramwajowych”, czyli widoczne dwa równoległe przysięcenne pasma kontrastu opływającego zlokalizowaną w środku naczynia skrzeplinę.

■ **Flebografia wsteczna (zstępująca)** jest dynamicznym badaniem polegającym na podaniu środka kontrastowego do żyły udowej, po wcześniejszym wprowadzeniu do niej cewnika. Pozwala na dokładną ocenę

żył biodrowych oraz refluku (cofania się krwi) w żyłach kończyny dolnej objętej badaniem lub rozpoznania agenezji zastawek.

Główną wadą tych badań jest ich inwazyjność wynikająca z podawania kontrastu (ryzyko uczulenia, niewydolności nerek, indukcji zakrzepicy w wyniku podrażnienia jej światła środkiem kontrastowym), konieczność nakłucia żyły i wprowadzenia cewnika (ryzyko krwiaka w miejscu wkłucia), narażenie pacjenta na promieniowanie jonizujące, koszt badania oraz trudności techniczne wykonania. Flebografia była kiedyś powszechnie stosowana i traktowana jako „złoty standard” do potwierdzenia obecności zakrzepicy. Badanie to straciło obecnie na wartości i znaczeniu. Jest niezwykle rzadko zlecana i znajduje główne swoje zastosowanie u pacjentów zakwalifikowanych do operacji układu żył głębokich (chirurgicznej plastyki zastawek żylnych czy implantacji stentów żylnych, oceny malformacji żylnych, trombolizy).



FOT: SHUTTERSTOCK

pują, więc tam przepływ dwukierunkowy może występować cały czas. W żyłę udowej (wcześniejsza nazwa „udowa powierzchowna” została wycofana, aby nie mylić tej żyły z układem powierzchownym), żyłę udowej wspólnej i żyłę podkolanowej przyjęto fizjologiczny czas zamknięcia zastawek pomiędzy 500 a 1000 milisekund. Dla układu żył powierzchownych, głównych naczyń łydki i żył śródmięśniowych,

wartość jest mniejsza niż 500 milisekund, a dla żył przesywających to 350 milisekund. Badanie refluku powinno być wykonywane w pozycji stojącej, z odciążeniem badanej kończyny (pozycja „na spocznij”) – w przypadku oceny naczyń udowych pacjenta zwraca się przodem do badającego, a przy ocenie naczyń podudzia tyłem. Cześć osób wykonujących badania USG ocenia naczynia udowe

Nieodłączną częścią badania ultrasonograficznego jest ocena naczyń zlokalizowanych w jamie brzusznej, powyżej więzadła pachwinowego

i podudzia w pozycji stojącej przodem do badającego. Naczynia biodrowe i żyłę główną dolną ocenia się w pozycji leżącej. Opisywane są dwa sposoby oceny refluku – manualny oraz z użyciem specjalnego mankieta uciskowego. W metodzie manualnej badający uciska mięśnie poniżej przyłożonej sondy dopplerowskiej (opcja Dopplera pulsacyjnego (PW) z bramką dopplerowską w badanej żyły) i ocenia czas zwrotnego przepływu po gwałtownym puszczeniu ucisku. W drugiej metodzie mankieta uciskowego służy do wywołania ucisku i jego zwolnienia. Ta metoda daje za każdym razem tę samą siłę ucisku i czas zwolnienia. Stosowana jest głównie w badaniach naukowych (standaryzacja i powtarzalność próby) oraz w USA.



DR N. MED. MARCIN KUCHARZEWSKI

Specjalista chirurgii ogólnej oraz chirurgii naczyń. Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyń i Angiologii ; SPSK nr 7 GCM SUM im. Leszka Gieca w Katowicach. Od 2012 roku Członek Zarządu – Sekretarz Generalny Polskiego Towarzystwa Flebologicznego.

Nimesil®

Nimesulidum



Nazwa produktu leczniczego Nimesil® 100 mg **Skład i postać farmaceutyczna** Każda saaszka zawiera: 100 mg nimesulidu (*Nimesulidum*), granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej. **Wskazania do stosowania** Leczenie ostrego bólu. Pierwotne bolesne miesiączkowanie. Nimesulid należy przepisywać wyłącznie jako lek drugiego rzutu. Decyzja o zastosowaniu nimesulidu powinna być podejmowana na podstawie indywidualnej dla każdego pacjenta oceny całkowitego ryzyka. **Dawkowanie i sposób podawania** Przyjmowanie leku przez najkrótszy okres konieczny do łagodzenia objawów zmniejsza ryzyko działań niepożądanych. Najdłuższy czas nieprzerwanego stosowania nimesulidu wynosi 15 dni. **Dorośli:** 100 mg dwa razy na dobę po posiłkach. **Pacjenci w podeszłym wieku:** Nie ma konieczności zmniejszania dawki dobowej leku. **Dzieci (< 12 lat):** Nimesil® jest przeciwwskazany w tej grupie pacjentów. **Młodzież (od 12 do 18 lat):** nie ma konieczności modyfikowania dawkowania u pacjentów z tej grupy wiekowej. **Zaburzenie czynności nerek:** Z uwagi na właściwości farmakokinetyczne produktu leczniczego, nie ma konieczności modyfikowania dawkowania u pacjentów z łagodnym do umiarkowanego zaburzeniem czynności nerek (klirens kreatyniny 30-80 ml/min.), natomiast ciężkie zaburzenie czynności nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min) stanowi przeciwwskazanie do podawania produktu leczniczego Nimesil®. **Zaburzenie czynności wątroby:** Zaburzenie czynności wątroby stanowi przeciwwskazanie do stosowania nimesulidu. **Przeciwwskazania** Znana nadwrażliwość na nimesulid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Reakcje nadwrażliwości w wywiadzie (np. skurcz oskrzeli, nieżyt nosa, pokrzywka) na kwas acetylosalicylowy lub inne niesteroidowe leki przeciwzapalne. Objawy uszkodzenia wątroby wywołane podaniem nimesulidu w wywiadzie. Jednoczesna ekspozycja na substancje o potencjalnym działaniu uszkadzającym wątrobę. Uzależnienie od alkoholu, leków lub narkotyków. Czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, przebyte, nawracające epizody choroby wrzodowej lub krwawień z przewodu pokarmowego, krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie oraz inne czynne krwawienia i choroby przebiegające z krwawieniem. Ciężkie zaburzenia krzepnięcia. Ciężka niewydolność serca. Ciężkie zaburzenia czynności nerek. Zaburzenia czynności wątroby. Pacjenci z gorączką i (lub) objawami grypopodobnymi. Dzieci poniżej 12 lat. Trzeci trymestr ciąży i okres karmienia piersią. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania** Przyjmowanie leku w najmniejszej dawce skutecznej przez najkrótszy okres konieczny do łagodzenia objawów zmniejsza ryzyko działań niepożądanych oraz ryzyko dotyczące przewodu pokarmowego i sercowo-naczyniowego podane poniżej. W przypadku braku spodziewanej skuteczności leczenia należy przerwać. Należy unikać jednoczesnego stosowania leku Nimesil® z innymi lekami z grupy NLPZ, włączając selektywne inhibitory cyklooksygenazy-2. Pacjentom przyjmującym Nimesil® należy zalecić powstrzymanie się od stosowania innych leków przeciwbólowych. W rzadkich przypadkach podawania leku Nimesil® opisywano wystąpienie ciężkich reakcji ze strony wątroby, w tym również niezwykle rzadkich przypadków prowadzących do zgonu. U pacjentów, u których w czasie podawania leku Nimesil® wystąpiły objawy mogące świadczyć o uszkodzeniu wątroby (m.in. jądłowstręt, nudności, wymioty, bóle brzucha, uczucie nadmiernego zmęczenia, ciemne zabarwienie moczu) lub, u których stwierdzone zostaną nieprawidłowe wyniki testów czynnościowych wątroby leczenie należy przerwać. U takich pacjentów nie należy ponownie podawać nimesulidu w przyszłości. Uszkodzenie wątroby, w większości przypadków przemijające, opisywano nawet po krótkotrwałym leczeniu nimesulidem. U pacjentów, u których podczas stosowania nimesulidu wystąpi gorączka i (lub) objawy przypominające objawy grypy, leczenie powinno zostać przerwane. Krwawienie, owróżdzenie lub perforacja przewodu pokarmowego mogą wystąpić w każdym momencie leczenia z lub bez objawów ostrzegawczych lub zdarzeń dotyczących przewodu pokarmowego w wywiadzie. W przypadku wystąpienia krwawienia lub owróżdzenia przewodu pokarmowego, nimesulid należy bezwzględnie odstawić. Należy zachować ostrożność w przypadku podawania nimesulidu pacjentom z zaburzeniami przewodu pokarmowego, w tym z chorobą wrzodową żołądka w wywiadzie, po przebytych krwawieniach z przewodu pokarmowego, z wrzodziejącym zapaleniem okrężnicy lub chorobą Leśniowskiego-Crohna. Opisywano krwawienia z przewodu pokarmowego, chorobę wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy i perforacje mogące prowadzić do zgonu w przypadku stosowania wszystkich NLPZ. Ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego, choroby wrzodowej żołądka i (lub) dwunastnicy i perforacji zwiększa się wraz ze zwiększaniem dawek NLPZ, jest większe u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy w wywiadzie, w szczególności jeżeli było powikłane krwawieniem lub perforacją oraz u osób w podeszłym wieku. U takich osób leczenie należy rozpocząć od najmniejszych skutecznych dawek. U takich pacjentów oraz u pacjentów wymagających jednoczesnego podawania kwasu acetylosalicylowego w małej dawce lub innych leków, które mogą zwiększać ryzyko zdarzeń dotyczących przewodu pokarmowego należy rozważyć jednoczesne podawanie z lekami o działaniu ochronnym na błonę śluzową żołądka (np. mizoprostolem lub inhibitorami pompy protonowej). Pacjenci, u których w wywiadzie występują działania niepożądane dotyczące przewodu pokarmowego, w szczególności osoby w podeszłym wieku, powinni zgłaszać wszystkie nieprawidłowe objawy brzuszne (szczególnie krwawienie z przewodu pokarmowego), w szczególności na początku leczenia. Należy zalecić ostrożność u pacjentów otrzymujących jednocześnie leki, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia choroby wrzodowej żołądka i (lub) dwunastnicy lub krwawienia, takie jak doustne kortykosteroidy, leki przeciwzakrzepowe, takie jak warfaryna, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny lub leki przeciwplótkowe, takie jak kwas acetylosalicylowy. Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek lub serca, ponieważ podczas stosowania produktu leczniczego Nimesil® może spowodować pogorszenie czynności nerek. W przypadku pogorszenia czynności nerek leczenie należy przerwać. Pacjenci w podeszłym wieku są szczególnie podatni na występowanie objawów niepożądanych po podaniu leków z grupy NLPZ, w tym na występowanie krwawień i perforacji przewodu pokarmowego, które mogą prowadzić do zgonu oraz zaburzeń czynności nerek, serca i wątroby. Z tego względu zalecane jest prowadzenie dokładniejszej obserwacji klinicznej w przypadku pacjentów z tej grupy. Ponieważ nimesulid może zaburzać czynność płytek krwi, należy zachować ostrożność podczas podawania go pacjentom ze skazą krwotoczną. Należy jednak pamiętać, że produkt leczniczy Nimesil® nie może zastępować kwasu acetylosalicylowego w profilaktyce chorób układu krążenia. Stosowanie nimesulidu może niekorzystnie wpływać na płodność u kobiet, toteż nie jest zalecany u kobiet planujących ciążę. W przypadku kobiet mających trudności z zacięciem w ciąży oraz diagnozowanych z powodu niepłodności należy rozważyć odstawienie produktu leczniczego. Pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie i (lub) łagodną do umiarkowanej zastoinową niewydolnością serca należy odpowiednio kontrolować i wytyczać właściwe zalecenia, ponieważ zatrzymanie płynów i obrzęki były zgłaszane w związku z leczeniem NLPZ. Z badań klinicznych i danych epidemiologicznych wynika, że przyjmowanie niektórych NLPZ, (szczególnie w dużych dawkach i przez długi okres czasu) może być związane z niewielkim zwiększeniem ryzyka zatorów tętnic (np. zawał serca lub udar). Brak wystarczających danych, aby wykluczyć takie ryzyko dla produktu leczniczego Nimesil®. Pacjenci z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, zastoinową niewydolnością serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą tętnic obwodowych i (lub) chorobą naczyń mózgowych, powinni być leczeni produktem leczniczym Nimesil® bardzo rozważnie. Podobną rozważnie należy zachować przed rozpoczęciem długotrwałego leczenia pacjentów z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, cukrzyca, palenie tytoniu). Bardzo rzadko opisywano w związku ze stosowaniem NLPZ występowanie ciężkich reakcji skórnych, niektórych ze skutkiem śmiertelnym, w tym złączającego zapalenia skóry, zespołu Stevensa-Johnsona i toksycznej martwicy naskórka. Wyjdaje się, że największe ryzyko wystąpienia tych reakcji występuje na początku leczenia: w większości przypadków początek takiej reakcji występuje w trakcie pierwszego miesiąca leczenia. W razie wystąpienia pierwszych oznak wysypki skórnej, zmian na błonie śluzowej lub innych objawów nadwrażliwości, należy odstawić produkt leczniczy Nimesil®. Produkt leczniczy Nimesil® zawiera sacharozę: należy to uwzględnić podając produkt pacjentom z cukrzycą i pacjentom stosującym dietę ubogokaloryczną. Pacjenci, u których występuje nietolerancja niektórych cukrów przed zastosowaniem produktu leczniczego powinni skonsultować się z lekarzem. **Działania niepożądane** wymieniono działania niepożądane stwierdzone podczas badań klinicznych* (przeprowadzonych z udziałem około 7800 pacjentów) oraz monitorowania produktu leczniczego po jego wprowadzeniu do obrotu. Objawy podzielono na występujące bardzo często (> 1/10), często (> 1/100, < 1/10), niezbyt często (> 1/1 000, < 1/100), rzadko (> 1/10 000, < 1/1 000) i bardzo rzadko (< 1/10 000), nie znana (nie może być oceniona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia krwi i układu chłonnego** Rzadkie Niedokrwistość*, Eozynofilia*. **Bardzo rzadkie** Małopłytkowość, Pancytopenia, Plamica. **Zaburzenia układu immunologicznego** Rzadkie Nadwrażliwość*. **Bardzo rzadkie** Anafilaksja. **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania** Rzadkie Hiperkalemia*. **Zaburzenia psychiczne** Rzadkie Lęki*, Niepokój*, Koszmary senne*. **Zaburzenia układu nerwowego** Niezbyt częste Zawroty głowy. **Bardzo rzadkie** Bóle głowy, Senność, Encefalopatia (zespół Reya). **Zaburzenia oka** Rzadkie Zamazane widzenie*. **Bardzo rzadkie** Zaburzenia widzenia. **Zaburzenia ucha i błędnika** **Bardzo rzadkie** Zawroty głowy. **Zaburzenia serca** Rzadkie Tachykardia*. **Zaburzenia naczyniowe** Niezbyt częste Nadciśnienie*. **Rzadkie** Krwawienia*, Zmiany ciśnienia tętniczego*, Uderzenia gorąca*. **Zaburzenia układu oddechowego** kłاتی piersiowej i śródpiersia Niezbyt częste Dusznosc*. **Bardzo rzadkie** Astma, Skurcz oskrzeli. **Zaburzenia żołądka i jelit** Często Biegunka*, Nudności*, Wymioty*. Niezbyt częste Zaparcia*. **Rzadkie** Wzdęcia*, Zapalenie błony śluzowej żołądka*, Krwawienie z przewodu pokarmowego, Owróżdzenie i perforacja dwunastnicy Owróżdzenie i perforacja żołądka. **Bardzo rzadkie** Bóle brzucha, Niestrawność, Zapalenie jamy ustnej, Smoliste stolce. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych** Często Zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych. **Bardzo rzadkie** Zapalenie wątroby, Piorunujące zapalenie wątroby (włączając przypadki śmiertelne), Żółtaczka, Cholestaza. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej** Niezbyt częste Świąd*, Wysypka*, Zwiększona potliwość*. **Rzadkie** Rumień*, Zapalenie skóry*. **Bardzo rzadkie** Pokrzywka, Obrzęk naczyńioruchowy, Obrzęk twarzy, Rumień wielopostaciowy, Zespół Stevensa-Johnsona, Toksyczna nekroliza naskórka. **Zaburzenia nerek i dróg moczowych** Rzadkie: Bolesne oddawanie moczu*, Krwimocz*, Zatrzymanie moczu*. **Bardzo rzadkie** Niewydolność nerek, Skapomocz, Śródmiaższowe zapalenie nerek. **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania** Niezbyt częste Obrzęki*. **Rzadkie** Złe samopoczucie*, Osłabienie*. **Bardzo rzadkie** Nadmierne obniżenie temperatury ciała. (*częstość oceniana na podstawie badań klinicznych) Najczęściej obserwowano działania niepożądane dotyczące przewodu pokarmowego. Chorobę wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy, perforację lub krwawienia z żołądka i (lub) dwunastnicy, w niektórych przypadkach zakończone zgonem, obserwowano szczególnie u osób w podeszłym wieku. Po zastosowaniu nimesulidu występowały: nudności, wymioty, biegunka, wzdęcia, zaparcia, niestrawność, ból w podbrzuszu, smoliste stolce, krwawe wymioty, wrzodziejące zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, zaostrenie zapalenia okrężnicy oraz choroby Crohna. Rzadziej obserwowano zapalenie błony śluzowej żołądka. Reakcje pęcherzowe łącznie z zespołem Stevensa-Johnsona i martwicą toksyczno-ropłą naskórka (bardzo rzadko). Po zastosowaniu leków z grupy NLPZ obserwowano: obrzęki, nadciśnienie i niewydolność serca. Z badań klinicznych i danych epidemiologicznych wynika, że przyjmowanie niektórych niesteroidowych leków przeciwpalniczych (szczególnie długotrwałe w dużych dawkach) jest związane z niewielkim zwiększeniem ryzyka zatorów tętnic (np. zawał serca lub udar) – aktualizacja 11.02.2014. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU** Laboratori Guidotti S.p.A., Via Livornese 897, 56122 Piza, Włochy **NUMER POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU** wydany przez Prezesa URPLWMIPIB: 10403. **Maksymalna dopłata ponoszona przez pacjenta** do opakowania zawierającego 30 saaszek wynosi 8,92 PLN. **Cena detaliczna** 17,83 PLN. Ceny z dnia 01.03.2018. Poziom odpłatności opakowania 30-saszetkowego wynosi 50%. Lek wydawany z przepisu lekarza (Rp.) Pełna informacja o leku dostępna na żądanie. Informacja naukowa: BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA Sp. z o.o., ul. Stominskiego 4, 00-204 Warszawa, tel. 22 566 21 00.

Pierwotne bolesne miesiączkowanie¹

Nimesil®

Nimesulidum

leczenie bólu ostrego,
pierwotne bolesne miesiączkowanie¹

szybki początek działania
przeciwbólowego po 15 minutach²

szczególnie odpowiedni w leczeniu różnych
form ostrego bólu zapalnego³

niskie ryzyko krwawień z górnego
odcinka przewodu pokarmowego
vs ketoprofen i naproksen⁴



50%
refundacja
12+
lat!
w przypadku leczenia
bólu ostrego*:#



Przygotowano: marzec 2018, PL-NIM-2018-C1-24-PRINT

1. ChPL Nimesil® (aktualizacja 11.02.2014).
2. Na podstawie: Rainsford KD, Inflammopharmacology 2006; 14:120-37, wnioski na podstawie badań eksperymentalnych i klinicznych.
3. Kress et al. Curr Med Res Opin. 2016; 32(1): 23-36
4. Na podstawie: Laporte J et al., Drugs Safety 2004; 27:411-20.

* Dotyczy opakowania 30-saszetkowego. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26.02.2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 01.03.2018 r.
Nimesulid należy przepisywać wyłącznie jako lek drugiego rzutu. Najdłuższy czas nieprzerwanego stosowania nimesulidu wynosi 15 dni.
Obowiązkowa informacja o leku znajduje się w dalszej części publikacji.