

nowy

dwumiesięcznik

# gabinet

## ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka  
terapia  
prawo medyczne

nr **5**  
(48) 2019

## Opcje terapeutyczne zastosowania Dydrogesteronu w ginekologii i położnictwie w świetle aktualnych publikacji naukowych



### GINEKOLOGIA:

- Dwuetapowa rekonstrukcja wargi sromowej mniejszej
- Obrazowanie rozszczepu wargi i podniebienia płodu z użyciem fotorealistycznej wizualizacji trójwymiarowej
- Diagnostyka USG w leczeniu endometriozy
- Sztuczna inteligencja może zmienić badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy w Polsce

### PRAWO

- Zgoda na dokumentację fotograficzną w zabiegach ginekologicznych
- Prezydent podpisał ustawę dotyczącą e-zdrowia
- Czy strona internetowa gabinetu jest reklamą?
- Pytania do prawnika

ISSN 2084-5839

# RĘKAWICE MEDYCZNE

W BAAARDZO  
DOBREJ CENIE

Bezpieczeństwo i komfort dla Twoich rąk

## NOWA GENERACJA RĘKAWIC NITRYLOWYCH

**3 warstwy nawilżenia skóry:**

ALANTOINA – regeneracja

KOLAGEN – nawilżenie i sprężystość

SILIKON – ochrona



Rękawice lateksowe pudrowane i bezpudrowe



CENA  
od 11,00 zł

Rękawice winylowe pudrowane i bezpudrowe

CENA  
od 9,00 zł



Rękawice nitrylowe



CENA  
od 12,50 zł



## ZAMÓWIENIA

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

# Mikołajki z ginekologią estetyczną i rekonstrukcyjną



**6-7**  
**GRUDNIA 2019**  
**WARSZAWA**



## Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Mam ogromną przyjemność zaprosić Państwa na konferencję szkoleniową „**Mikołajki z Ginekologią Estetyczną i Rekonstrukcyjną**”, która odbędzie się w dniach 6-7 grudnia 2019 r. w Warszawie. Jak przystało na ten specjalny dzień, szykujemy dla Was moc prezentów szkoleniowych w postaci prezentacji multimedialnych obrazujących postęp tej niezwykle dynamicznie rozwijającej się dyscypliny medycznej, jaki dokonał się w ostatnim czasie. Będzie to wyjątkowa okazja, aby wymienić doświadczenia, podyskutować z ekspertami oraz podpatrzeć nowinki sprzętowe. Spotkanie to zostało objęte protektorem naukowym przez Polskie Towarzystwo Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej. Ponieważ liczba uczestników tej konferencji jest ograniczona gorąco zachęcam do jak najszybszej rejestracji, która jest już możliwa na stronie [www.ptgeir.alltus.pl](http://www.ptgeir.alltus.pl)

Do zobaczenia w grudniu w Warszawie!

**Prof. dr hab. n.med. Tomasz Paszkowski**  
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii  
Estetycznej i Rekonstrukcyjnej



### Miejsce konferencji:

Hotel Courtyard by Marriott Warsaw Airport  
ul. Żwirki i Wigury 1  
00-906 Warszawa  
[www.warszawacourtyard.pl](http://www.warszawacourtyard.pl)

**Szczegółowe informacje oraz formularz zgłoszeniowy  
znajdują się na stronie [www.ptgeir.alltus.pl](http://www.ptgeir.alltus.pl)**

### Organizator:

**ALLTUS**

tel: 22 290 48 66, kom: 531 075 866  
e-mail: [ptgeir@alltus.pl](mailto:ptgeir@alltus.pl)  
[www.ptgeir.alltus.pl](http://www.ptgeir.alltus.pl)  
[www.konferencje.alltus.pl](http://www.konferencje.alltus.pl)



**Wydawca:**

**Spsmedia**

**Adres redakcji:**

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

**p.o. Redaktora naczelnego:**

Jacek Tulimowski  
jtulimowski@gmail.com

**Dyrektor Działu Wydawnictw,  
Zastępca redaktora naczelnego:**

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

**Redakcja i korekta:**

Halina Szostkiewicz

**Reklama:**

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

**Prenumerata:**

Aleksandra Kowalińska  
Tel. 509 912 963  
prenumerata@spsmedia.pl

**Skład i łamanie:**

Ewa Kopka-Nowakowska

**fot. na okładce:**

123 RF

Nakład: 2500 egz.

**Wydawnictwo dostępne wyłącznie**

**w prenumeracie.** Magazyn jest kierowany do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu art. 52 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 6.01.2001 Prawo Farmaceutyczne. Cena za kolejnych 12 numerów 170 zł (w tym VAT). Redakcja nie odpowiada za treść materiałów reklamowych oraz ma prawo odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny. Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

# W NUMERZE

6

## Miscellanea

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

12

## Pytania do prawnika

Na pytania Czytelników odpowiada dr n. pr. Maciej Gibiński – absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradcze Prawa Medycznego.

14

## Zgoda na dokumentację fotograficzną w zabiegach ginekologicznych

Samo wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu nie jest równoznaczne ze zgodą pacjenta na utrwalanie i wykorzystywanie jego wizerunku przez lekarza.

16

## Dwuetaapowa rekonstrukcja wargi sromowej mniejszej

Znacząca asymetria warg sromowych mniejszych może być wrodzona lub nabyta: pourazowa lub po zabiegach onkologicznych bądź nieudanych labioplastykach.

18

## Obrazowanie rozszczepu wargi i podniebienia płodu z użyciem fotorealistycznej wizualizacji trójwymiarowej TrueVue

20

## Opcje terapeutyczne zastosowania Dydrogesteronu w ginekologii i położnictwie w świetle aktualnych publikacji naukowych

Dydrogesteron jest jednym z najczęściej stosowanych progestagenów od blisko 50 lat. W praktyce klinicznej wykorzystywany jest głównie, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, w przypadkach zagrażającego poronienia oraz suplementacji drugiej fazy cyklu miesięczkowego (w nieregularnych cyklach miesięczkowych lub jako składowa tzw. wstawki progestagenowej w HTM).

25

## Doniesienia prasowe

26

## Diagnostyka USG w leczeniu endometriozy

Endometrioza jest chorobą, która dotyka ok 10 – 15% kobiet, a wśród kobiet leczonych z powodu niepłodności diagnozowana jest nawet u 50

– 60%. W każdym przypadku utrzymujących się długotrwale dolegliwości bólowych w obrębie miednicy mniejszej i jamy brzusznej należy podejrzewać endometriozę.

28

## Prezydent podpisał ustawę dotyczącą e-zdrowia

30

## Czy strona internetowa gabinetu jest reklamą?

Strona internetowa to przede wszystkim wizytówka placówki medycznej, miejsce do publikowania informacji na temat świadczonych usług, danych kontaktowych oraz możliwość rejestracji on-line. Przy placówkach publicznych jest to również BIP.

32

## AVE życie!

Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy bazujące na sztucznej inteligencji są bardzo obiecujące w diagnostyce raka szyjki macicy. Będąc w stanie wykryć zmiany nowotworowe na podstawie pojedynczego obrazu, AVE pomoże ograniczyć śmiertelne przypadki tej choroby.

## Skład Rady Naukowej magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny:

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

**Prof. hab. n. med. Włodzimierz Sawicki**  
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej II Wydział Lekarski WUM;

**Ivan Fistić, 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. 509 912 963, fax 22 398 78 85, e-mail: [prenumerata@spsmedia.pl](mailto:prenumerata@spsmedia.pl) Możliwe jest przesłanie prenumeraty za zaliczeniem pocztowym. Zamówienie należy złożyć telefonicznie lub faksem. Do kosztów prenumeraty doliczamy 12 zł za usługę pobrania pocztowego. Pierwszy zamówiony numer wysyłany jest następnego dnia po złożeniu zamówienia.

### NUMER KONTA:

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

### WARUNKI PRENUMERATY:

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





Mobile  
SCANMED  
Systems



**Mobilny kolposkop  
EVA to nowoczesne  
narzędzie do szybkiej  
i skuteczniejszej  
diagnostyki zmian  
przednowotworowych  
i raka szyjki macicy.**



# EVA System<sup>®</sup>



**EVA System** to podstawowe narzędzie diagnostyczne w każdym gabinecie ginekologicznym.

**Mobilne, lekkie, łatwe i wygodne w obsłudze**, zapewnia bardzo dobrej jakości zdjęcia oraz tworzy bezpieczną archiwizację danych pacjentki. **Dostępna jest już wersja polska!**

**Jeszcze w tym roku EVA System zostanie wzbogacona o VisualPap** – rewolucyjne oprogramowanie do wykonywania badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy. Oparte jest ono na technologii AVE (Automated Visual Evaluation), gdzie sztuczna inteligencja będzie wspomagać proces decyzyjny lekarza, umożliwiając natychmiastową diagnostykę i zaplanowanie kolejnych kroków leczenia.

Mobile SCANMED Systems | t. +48 512 354 354 | office@mobilescanmed.pl

**mobilescanmed.pl**



Partner:  
Polskie Towarzystwo Kolposkopii  
i Patofizjologii Szyjki Macicy

# MISCELLANEA

## PRAWO

### Będzie mniej procesów o błędy medyczne?

**Z** **DECYDOWANIE WZROŚLA OPŁATA OD WEZWANIA DO PRÓBY UGODOWEJ.**

Teraz pacjenci, którzy chcieliby się porozumieć ze szpitalem zapłacą 2,5 tysiąca złotych od wniosku. Wcześniej płacili 300 złotych.

Wzrosną również opłaty o zabezpieczenie roszczenia. Część prawników uważa, że wzrost cen utrudni poszkodowanym pacjentom prowadze-

nie procesów o błędy medyczne. Nowe przepisy weszły w życie 21 sierpnia, po zmianach w procedurze cywilnej. Niedawno Rzecznik Praw Pacjenta pochwalił się, że wzrasta liczba ugód w sprawach o zadośćuczynienie za błąd medyczny. W niedługim czasie, po zmianie przepisów statystyki te mogą być znacznie niższe. Prawdopodobnie pacjenci zanim wystąpią na ścieżkę prawną skalkulują koszty i ryzyko, i w wątpliwych sytuacjach raczej odstąpią od roszczenia. (PT)

## DOWIEDZIANO, ŻE

### Przedwczesny poród można przewidzieć badając szyjkę macicy

**NAUKOWCY TWIERDZĄ, ŻE PRZEDWCZESNY PORÓD MOŻNA PRZEWIDZIEĆ NA PODSTAWIE BADANIA BAKTERII ZASIEDLAJĄCYCH SZYJKĘ MACICY ORAZ POZIOMU BIAŁKA ZWIĄZANEGO Z UKŁADEM ODPORNOŚCIOWYM.** Badacze doszli do takich wniosków na podstawie analizy wymazów z pochwy, pobranych od 2000 ciężarnych kobiet w trzech różnych okresach ciąży.

Udało się ustalić, że siedem gatunków bakterii było istotnie związanych ze zwiększonym ryzykiem spontanicznych porodów przedwczesnych. Efekt

ten był silniejszy w przypadku Afroamerykanek. Ustalono, że wyższy poziom w pochwie peptydu przeciwdrobnoustrojowego  $\beta$ -defensyny-2, związanej z naszym układem odpornościowym, obniżał ryzyko przedwczesnego porodu związanego z mikroflorą pochwy i szyjki macicy w sposób zależny od pochodzenia etnicznego. Naukowcy uważają, że badanie szyjki macicy mogłoby dostarczyć informacji pozwalających lepiej przewidzieć poród przedwczesny i zapobiec mu: pozwoliłoby też zwalczać „złe” bakterie lub zwiększać liczbę „dobrych”. (PT)

## INNOWACJE

### Porody domowe tak samo bezpieczne, jak szpitalne

**KANADYJSKY UCZENI TWIERDZĄ, ŻE KOBIECY W PRAWIDŁOWO PRZEBIEGAJĄCEJ CIĄŻY, KTÓRE ZAMIERZAJĄ RODZIĆ W DOMU, NIE MAJĄ ZWIĘKSZONEGO RYZYKA OKOŁOPORODOWEGO ZGONU SWOJEGO, JAK I DZIECKA, W PORÓWNANIU DO KOBIEC, KTÓRE PRAGNĄ RODZIĆ W SZPITALU.**

Badacze sprawdzili bezpieczeństwo miejsca narodzin, analizując częstość zgonów okołoporodowych oraz tych, do których doszło w ciągu pierwszych czterech tygodni po porodzie. Analizowano w tym celu ponad 20 publikacji, natomiast badania dotyczyły danych z ośmiu krajów – Szwecji, Nowej Zelandii, Anglii, Holandii, Japonii, Australii, Kanady i USA. Sprawdzano dane z około 500 tys. porodów domowych i podobnej liczby porodów szpitalnych. Nie stwierdzono żadnej istotnej różnicy w poziomie ryzyka pomiędzy grupą kobiet rodzących w domu i tych, które zdecydowały się rodzić w warunkach szpitalnych. (PT)

## INNOWACJE

### Mleko kozie lepsze od krowiego

**PODOBNE WŁAŚCIWOŚCI PREBIOTYCZNE DO MLEKA MATKI MAJĄ SZTUCZNE MIESZANKI DLA NIEMOWLĄT, CZYLI TZW. MLEKA MODYFIKOWANE, KTÓRE POWSTAJĄ NA MLEKU KOZIM.** Naukowcy z Królewskiego Instytutu Technologii w Melbourne, znanego powszechnie pod nazwą RMIT University, przeanalizowali obecność naturalnie występujących oligosacharydów w sztucznych mieszankach na bazie koziego mleka.

Pod lupę wzięto komercyjne preparaty dla niemowląt. skupiono się na ich właściwościach prebiotycznych i przeciwiinfekcyjnych. Autorzy badania twierdzą, że chociaż to mieszanki oparte na mleku krowim są najpowszechniej stosowaną alternatywą dla karmienia piersią, to pod niektórymi względami mleko kozie wydaje się być bliższe mleku ludzkiemu. Oligosacharydy w mieszankach opartych na mleku kozim skutecznie wspomagają wzrost pożytecznych bakterii (bifidobakterii) i hamują aktywność bakterii szkodliwych, takich jak E. coli.



## BANK MLEKA

# Opole: bank mleka podsumowuje swoje trzyletnie działanie

**B**ANK MLEKA DZIAŁAJĄCY PRZY KLINICZNYM CENTRUM GINEKOLOGII, POŁOŻNICTWA I NEONATOLOGII W OPOLU PODCZAS TRZECH LAT DZIAŁALNOŚCI PRZEKAZAŁ 800 LITRÓW MLEKA BLISKO 200 NIEMOVLAKOM. Takie informacje w przypadający na czwartego lipca Światowy Dzień Mleka przekazał szpital.

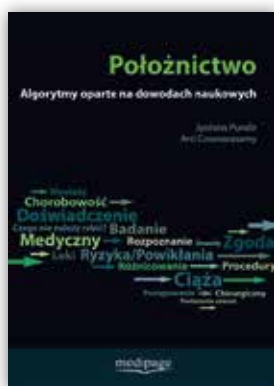
Według przedstawicieli placówki taki wynik świadczy o rosnącej świadomości potrzeby działania banków mleka. Gabriela Kołodziej, lekarz neonatolog poinformowała, że do historii przeszła pierwsza dawczyni, która do banku przekazała około stu litrów swojego mleka. Bank jednak dysponuje ograniczoną ilością mleka kobiecego, dlatego wciąż zachęca się panie do jego oddawania. Decyzję o jego podaniu pacjentowi ostatecznie podejmuje lekarz prowadzący. (PT)



FOT. 123 RF

REKLAMA

## NOWOŚCI NA RYNKU WYDAWNICZYM



1. Położnictwo. Algorytmy oparte na dowodach naukowych (Obstetrics: Evidence-based Algorithms) - polskie wydanie

**CENA: 250 ZŁ**

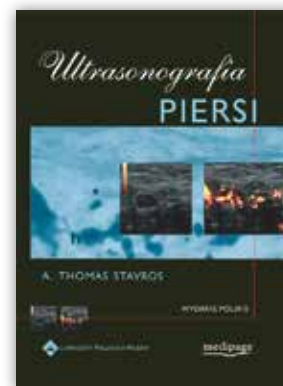
Rok wydania: 2018  
Format: 210 x 295 mm  
Autor: Jyotsna Pundir i Arri Coomarasamy  
Redaktor wydania polskiego: Artur Jakimiuk  
Wydanie: 1  
Liczba stron: 352



2. Atlas malformacji rozwojowych według Smitha - polskie wydanie

**CENA 350 ZŁ**

Rok wydania: 2018  
Format: 184 X 260  
Autor: Kenneth Jones, Marilyn Jones, Miguel del Campo  
Redaktor wydania polskiego: dr n. med. Antoni Pyrkosz  
Wydanie: 1  
Liczba stron: 1008  
Liczba ilustracji: 1500



3. Ultrasonografia piersi. Stavros - wznowienie I wydania

**CENA 300 ZŁ**

Rok wydania: 2007  
Autor: A. Thomas Stavros  
Redaktor wydania polskiego: Dr Maria Cygan  
Wydanie: 1  
Liczba stron: 1015  
Liczba ilustracji: 1500

Zamówienia: tel. 604 37 29 21, e-mail: sklep@e-stom.pl

## FINANSE

# Podwyżki płac w służbie zdrowia?

**R**ZĄD PRZYJĄŁ PROJEKT USTAWY, KTÓRA W PERSPEKTYWIE MA PRZYSPIESZYĆ PODWYŻKI PŁAC W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH. Wzrośnie kwota bazowa, na podstawie której oblicza się najniższe wynagrodzenie. Będzie to wzrost z 3,9 tys. zł do 4,2 tys. złotych.

Ministerstwo Zdrowia informuje, że projekt ma zniwelować dysproporcje w zakresie poziomu zasadniczych wynagrodzeń grup pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej. Wynagrodzenie minimalne wyliczane jest jako iloczyn kwoty bazowej i współczynnika pracy określonego odrębnie dla poszczególnych grup zawodowych. Dla lekarza specjalisty wynosi on 1,27, natomiast dla stażysty – 0,73.

Nowe rozporządzenie weszło w życie pod koniec lipca, jednak ze skutkiem od 1 lipca 2019 r., czyli od początku miesiąca. (PT)



FOT. 123 RF

## CIEKAWOSTKI

## USA: pomyłono nasienie, para idzie do sądu

**PARA Z AMERYKI ZAMIERZA WNEŚĆ SPRAWĘ DO SĄDU PRZECIWKO INSTYTUTOWI MEDYCZYNY REPRODUKCYJNEJ I NAUKI W SAINT BARNABAS.** Ich zdaniem doszło do pomylenia nasienia. Oboje rodzice są biali, a urodziła się dziewczynka o azjatyckich rysach twarzy.

Badanie DNA miało odpowiedzieć na pytanie, czy dziewczynka jest biologicznie spokrewniona z ojcem, wynik testu potwierdził obawy rodziców – okazało się, że nie jest. Klinika na razie nie komentuje sprawy, zasłaniając się dobrem swoich pacjentów. Jej przedstawiciele podkreślają, że badają sprawę. (PT)

## PRAWO

## UE: większe zaangażowanie ojców po narodzinach

**DYREKTYWĘ O RÓWNOWADZE MIĘDZY ŻYCIEM ZAWODOWYM A PRYWATNYM RODZICÓW I OPIEKUNÓW PRZYJĘŁY PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE UNII EUROPEJSKIEJ.** Ma ona zapewnić, większe zaangażowanie ojców w opiekę nad dziećmi po narodzinach. Polska była przeciwna kompromisowi zawartemu jeszcze w czerwcu zeszłego roku.

Chodziło o klauzulę nakazującą dzielenie się urlopem rodzicielskim między matką i ojcem, regulacje krajowe przewidują, że urlop taki może, ale nie musi być

przekazywany. Przegłosowana dyrektywa przewiduje indywidualne prawo do czterech miesięcy urlopu rodzicielskiego, z których dwa miesiące nie będą podlegać przeniesieniu na drugiego rodzica. Dyrektywa ma zwiększyć uczestnictwo kobiet w rynku pracy oraz korzystanie z urlopów rodzinnych i elastycznej organizacji pracy. Wejdzie ona w życie 20 dni po jej opublikowaniu w dzienniku urzędowym. Państwa członkowskie będą miały trzy lata na wprowadzenie jej zapisów do prawa krajowego. (PT)

## PRAWO

## 36-letnia pacjentka zmarła po porodzie

**PROKURATURA REGIONALNA W RZESZOWIE PROWADZI ŚLEDZTWO DOTYCZĄCE ŚMIERCI 36-LETNIEJ KOBIETY, KTÓRA ZMARŁA PO PORODZIE W SZPITALU MIEJSKIM. KOBIETA W CZERWCU PO PORODZIE STRACIŁA PRZYTOMNOŚĆ, NIE ODZYSKAŁA JEJ AŻ DO ŚMIERCI KILKA TYGODNI PÓŹNIEJ.**

Mąż kobiety zawiadomił prokuraturę, ta z kolei prowadzi śledztwo dotyczące narażenia pacjentki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Mąż zmarłej twierdzi, że personel medyczny w szpitalu miejskim zlekceważył silny ból głowy, na jaki skarżyła się kobieta, i dopuścił się zaniedbań, w efekcie czego kobieta zmarła. Prokuratura zleciła sekcję zwłok, aby ustalić przyczynę śmierci Barbary S., zabezpieczyła także dokumentację medyczną. W najbliższym czasie planuje przesłuchanie świadków i powołanie biegłych. (PT)



## PROFILAKTYKA

# Kiedy Polki chodzą do ginekologa?

**R**ZADZIEJ NIŻ RAZ W ROKU LUB WCALE DO GINEKOLOGA CHODZI PONAD 3 MILIONY POLEK. Regularne badania wykonuje 57 procent rodaczek. Aż 27 procent ankietowanych kobiet przyznaje, że na pierwszą wizytę idzie do ginekologa, kiedy jest w ciąży.

Aż 40 procent kobiet mówi, że nie chodzi regularnie na wizyty, bo nie widzi takiej potrzeby, a 17 procent twierdzi, że nie ma na to czasu. Skrępowanie i strach przed wizytą odczuwa 9 procent badanych, a 7 procent nie odwiedza gabinetu „z lenistwa”. Specjaliści uważają, że w Polsce wciąż pokutuje przekonanie, że sama wizyta jest stresująca i krępująca, dlatego bardzo ważna jest edukacja w tym zakresie od wczesnych lat życia. W Polsce rusza kampania – „W kobiecym interesie”. Ma ona na celu edukację i zachęcanie Polek do regularnych badań ginekologicznych. Kampanię w maju zainauguruje pilotaż bezpłatnych konsultacji i badań ginekologicznych. Będzie ona realizowana w wybranych miastach województwa mazowieckiego. (PT)

## PRAWO

# Klauzula sumienia: lekarz nie będzie musiał wskazywać, kto wykona zabieg w razie jego odmowy

**LEKARZ, KTÓRY ODMÓWI ŚWIADCZENIA ZE WZGLĘDU NA SVOJE PRZEKONANIA, NIE BĘDZIE MUSIAŁ WSKAZYWAĆ, KTO JE WYKONA.** Taki zapis znalazł się w ustawie przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia na bazie projektu rezydentów.

Resort realizuje wyrok Trybunału Konstytucyjnego sprzed kilku lat – stwierdzono wtedy niekonstytucyjność obowiązku nałożonego na lekarzy powołujących się na klauzulę sumienia. To kolejna już wrzutka do nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, projekt zaproponowany przez ministerialny zespół miał wprowadzić reformę kształcenia i uregulować zasady pracy lekarzy. Resort nie zaakceptował wszystkich propozycji. Część przedstawicieli środowiska lekarskiego uważa, że takie zabiegi to odwracanie uwagi od meritum – według nich w tej chwili są ważniejsze do przeprowadzenia zmiany postulowane przez lekarzy. (PT)

## NFZ

## Zmiany w korygowaniu wyceny punktowej

**NFZ KORYGUJE WYCENĘ PUNKTÓW ŚWIADCZEŃ W ZWIĄZKU Z ROSNĄCYMI KOSZTAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ.** Nowelizacja zarządzenia jest symetryczna z dokonaną modyfikacją wartości świadczeń.

Wprowadzono również nowy produkt rozliczeniowy o nazwie – koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna. Wprowadzono także produkty statystyczne sprawozdawane w sytuacji zakończenia opieki DOK oraz KO-CZR, w celu umożliwienia świadczeniodawcom wykazanie, od kiedy dziecko nie jest już objęte opieką w ramach wskazanych świadczeń. Wskazano również, że sprawowana opieka KO-CZR wymaga podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego w porozumieniu z zespołem specjalistycznym o kontynuacji lub zakończeniu opieki KO-CZR, nie później niż po każdym roku. (PT)

## FINANSE

## Ile zarabiają lekarze

**RESORT ZDROWIA POINFORMOWAŁ, JAKIE SĄ ŚREDNIE ZAROBKI LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW.** Dane zostały zawarte w ocenie skutków regulacji projektu uchwalonej kilka dni temu Ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Wynagrodzenia podano w kwotach brutto – jest średnią dla wszystkich pracowników w danej grupie zawodowej. Według zestawienia, lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny zarabia 7 044 zł. Natomiast lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny może liczyć na dochód – 6 090 zł. Lekarz albo lekarz dentyista bez specjalizacji – 4 842 zł, a stażysta – 2 249 zł. (PT)

## STATYSTYKI

## Dane dotyczące przerywania ciąży

**MINISTERSTWO ZDROWIA PRZEDSTAWIŁO DANE DOTYCZĄCE ZABIEGÓW PRZERZYWANIA CIĄŻY.** Wynika z nich, że w 2018 r. w polskich szpitalach przeprowadzono 1076 zabiegów.

Zdecydowaną większość – 1050 aborcji – wykonano po tym, jak badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. W 25 przypadkach dokonano zabiegu ponieważ ciąża zagrażała zdrowiu lub życiu pacjentki. Najwięcej zabiegów przerywania ciąży przeprowadzono w szpitalach w województwie mazowieckim – było ich 287. Dalej w małopolskim – 106, łódzkim – 105, śląskim – 105 i pomorskim – 101. Natomiast najmniej zabiegów przerywania ciąży wykonano w województwie lubuskim – 18, świętokrzyskim – 17 i lubelskim – 11. W województwie podkarpackim nie zanotowano żadnego zabiegu przerywania ciąży. (PT)

## INNOWACJE

# Emocje rodziców w okresie ciąży przekładają się na dzieci

**C**ZĘSTSZE WYSTĘPOWANIE TRUDNOŚCI Z REGULACJĄ EMOCJI I ZACHOWANIA U MALUCHÓW SĄ ZWIĄZANE Z NEGATYWNYMI EMOCJAMI DOŚWIADCZANYMI PRZEZ RODZICÓW. Badacze w okresie trzeciego trymestru ciąży przeprowadzali z rodzicami wywiady dotyczące poziomu dobrostanu psychologicznego.

Chodziło o doświadczanie napięcia emocjonalnego, lęku lub smutku. Oceniali również jakość ich relacji. Następnie powtórzyli badanie w 4., 14. i 24. miesiącu po narodzinach oraz sprawdzali, jak funkcjonują ich pociechy. Naukowcy doszli do wniosku, że dzieci świeżo upieczonych rodziców, którzy podczas ciąży doświadczali negatywnych emocji lub zaraz po porodzie przeżywali kryzys w związku, przejawiały więcej problemów emocjonalnych i behawioralnych. To jedno z pierwszych badań, które uwzględnia doświadczenia i samopoczucie obojga rodziców, a nie tylko matek – podkreślają specjaliści. Badania przeprowadzili



FOT. 123 RF

badacze z ośrodków naukowych w Wielkiej Brytanii, Holandii i USA. W jego czasie śle-

dzili losy 438 matek i ojców oraz ich dzieci przez ponad dwa lata. (PT)

## FINANSE

## Ruszył program stypendialny dla pielęgniarek i położnych

**PROGRAM STYPENDIALNY DLA PRZYSZŁYCH PIELEŃNIAREK I POŁOŻONYCH FINANSOWANY PRZEZ SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA RUSZYŁ W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM.**

Celem jest zachęcenie studentów pielęgniarstwa do podjęcia pracy w regionie po zdobyciu wykształcenia.

– Jesteśmy zdecydowani wypłacać studentom pielęgniarstwa stypendia w wysokości 1200 zł od października do czerwca, czyli przez okres 10 miesięcy. Pierwszy nabór trwa do 31 października. Jesteśmy pewni, że są to bardzo dobrze wydane pieniądze, bo tylko poprzez wsparcie kadry medycznej możemy poprawić warunki leczenia w naszym regionie – powiedziała podczas konferencji prasowej Elżbieta Polak, marszałek województw lubuskiego. O takie stypendia mogą ubiegać się studenci III roku studiów I stopnia oraz I i II roku studiów II stopnia pielęgniarstwa lub położnictwa. Warunkiem jest podpisanie umowy, która zobowiązuje do podjęcia pracy w lubuskich lecznicach po zakończeniu nauki. Marszałek dodała, że najważniejsi są ludzie – kadra wyspospecjalistyczna. Jesteśmy zgodni, że potrzebujemy na naszym rynku pielęgniarek. A tylko poprzez wsparcie kadry medycznej możemy poprawić warunki leczenia w naszym regionie. (PT)

## PROFILAKTYKA

## Innowacyjne badanie rozwoju psychoruchowego dziecka

**W PIEKARSKIM CENTRUM MEDYCZNYM W PIEKARACH ŚLĄSKICH REALIZOWANY JEST PROJEKT BADAWCZY MAJĄCY NA CELU SKONSTRUOWANIE WIARYGODNEGO I OBIEKTYWNEGO SPOSOBU OCENY ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO DZIECKA.** Całe nieinwazyjne badanie rejestrowane jest kamerą.

Badanie przeprowadza się za zgodą rodziców w drugiej lub trzeciej dobie życia malucha. Stanowisko do badań składa się z leżyska spełniającego normy higieniczne i bezpieczeństwa, zaraz obok niego znajduje się stabilny stelaż, na którym zamontowana jest kamera video. Całe badanie trwa do 10 minut, obejmuje różnorodne aspekty neurologiczne. Autorzy badania skupili się na tym, by w sposób wiarygodny i obiektywny ocenić rozwój psychoruchowy dziecka. Ma to być wiarygodna prognoza dalszego rozwoju we wczesnym etapie życia niemowląt. (PT)



POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
ULTRASONOGRAFICZNE

rekomenduje system NewNioMed® do pracy  
w pracowniach ultrasonograficznych

# NewNioMed® - system do prowadzenia e-dokumentacji

**NEWNIOMED® TO PROFESJONALNY SYSTEM DO ZARZĄDZANIA PRACĄ PLACÓWEK MEDYCZNYCH. PROGRAM DOSTĘPNY JEST W WERSJI KLIENT-SERWER, JAK I TZW. „CHMURZE”. PODSTAWOWĄ RÓŻNICĄ TYCH WERSJI JEST MOŻLIWOŚĆ POSIADANIA MODUŁU PACS ORAZ MOŻLIWOŚĆ PODŁĄCZENIA INNYCH URZĄDZEŃ PERYFERYJNYCH.** Program podłączony jest do systemu wystawiającego e-receptę. Lekarz nie musi się już logować na innych stronach, aby wystawić receptę. System ma rozbudowane funkcje, poczynając od rejestracji pacjentów, do szczegółowych raportów dotyczących pracy personelu. NewNioMed® został wyposażony również 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.

W wersji systemu klient-serwer program posiada 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. NewNioMed® gwarantuje skrócenie czasu

\* PACS (ANG. PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM) – TECHNOLOGIA PRZETWARZANIA OBRAZÓW MEDYCZNYCH, KTÓRA ZAPEWNIĄ 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 POTRZEB UJEDNOLICENIA WYMIANY I INTERPRETACJI DANYCH MEDYCZNYCH REPREZENTUJĄCYCH LUB ZWIĄZANYCH Z OBRAZAMI DIAGNOSTYCZNYMI W MEDYCYNIE.

wizyty nawet o 60%!!! Posiadając moduł PACS użytkownik ma pewność, że przechowywane obrazy i filmy z USG nie tracą na jakości i bez problemów będzie można nimi zarządzać nawet za kilka lat.

NewNioMed® 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.



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  
www.medtrade.com.pl

#### PODSTAWOWE FUNKCJE APLIKACJI:

tworzenie kont lekarza, pielęgniarki, położnej, rejestratora i administratora;
wystawianie e-recept i e-skierowań;
możliwość nadawania użytkownikom zaawansowanych uprawnień;
intuicyjny terminarz wizyt pacjentów z możliwością dodawanie nowych pacjentów także bezpośrednio przy dodawaniu nowego wpisu do terminarza wizyt, zlecenie procedur na etapie rejestracji na wizyte;
automatyczne wyznaczanie czasu i ceny wizyty na podstawie zleconych procedur;
moduł wizyty ogólnej;
moduł wizyty ginekologiczno-polożniczej;
moduł wizyty diagnostyki obrazowej;
moduł wizyty stomatologicznej;
proste zarządzanie danymi pacjentów, wizytami oraz badaniami;
tworzenie własnych procedur medycznych;
tworzenie własnych szablonów opisów badań i skierowań;
możliwość konfiguracji cennika badań ogólnie i dla pojedynczego lekarza;
moduł RECEPT z aktualną bazą produktów leczniczych Pharmindex oraz sprawdzaniem uprawnień w systemie eWUŚ;
dodawanie rozpoznań chorobowych zgodne z ICD10;
zarządzanie dokumentami pacjentów z innych placówek (w postaci skanów importowanych do programu);
łatwe przeglądanie skanowanej dokumentacji medycznej;
przypisanie czasu pracy lekarzy wg zleceń jednorazowych lub zadanego harmonogramu;
podgląd historii wizyt pacjenta (z podglądem opisu badania w zależności od uprawnień);
moduł wydruków dodatkowych z aktywnymi polami, automatycznie uzupełniającymi np. danymi pacjenta, lekarza, wizyty;
raport ilości i wycen procedur wykonanych przez lekarzy;
raport pracy rejestracji;
raport wyznaczający prowizje dla lekarzy wg wykonanych badań;
aplikacja działa na komputerach z systemem Windows, Apple macOS lub Linux 64 bit z minimum 4 GB pamięci RAM.



Koniecznienie umów prezentację u siebie: [biuro@medtrade.com.pl](mailto:biuro@medtrade.com.pl) lub tel.: 530 000 327; 602 516 643.



# Pytania do prawnika

PYTANIA PROSIMY KIEROWAĆ NA ADRES E-MAILOWY  
– [prawnik@e-ginekologia.pl](mailto:prawnik@e-ginekologia.pl)

NA PAŃSTWA PYTANIA ODPOWIADA DR N. PR. MACIEJ GIBIŃSKI,  
absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego,  
właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradcze Prawa Medycznego.



FOT. 123RF

**PYTANIE:** Minał termin, w którym należało zmienić oznaczenia usług w kasach fiskalnych. Czy, jeśli nie zastosowaliśmy się do zmian, to grozi nam jakaś kara? Skąd możemy spodziewać się ewentualnej kontroli? Sami nie umiemy zmienić oznaczeń, a serwis będzie u nas dopiero w październiku.

**ODPOWIEŹ:** Szanowni Państwo, oczywiście, że za brak zmiany oznaczeń w kasach fiskalnych grozi kara. Karę może na was nałożyć Urząd Skarbowy. Jeżeli sami nie potraficie Państwo dokonać zmian oznaczeń, sugerowałbym zatelefonować do serwisu w celu przyśpieszenia wizyty serwisanta. Argument dotyczący braku umiejętności nie uratuje Państwa przed ewentualną karą.

**PYTANIE:** Jesteśmy dużą kliniką. Jednym z naszych większych problemów dotyczących pacjentów są nagminnie odwoływane wizyty. Jako firma jesteśmy na tym stratni, bo w tym czasie moglibyśmy przyjąć inną osobę. Czy możemy zacząć wymagać od pacjenta za-

liczkę na poczet wizyty? Gdy pacjent się nie zjawi to zaliczka przepada. Jak „podejść” do tematu od strony prawnej?

**ODPOWIEŹ:** Takie rozwiązania są coraz częściej stosowane przez placówki medyczne. Są one również dopuszczalne z punktu widzenia przepisów prawnych.

Oczywiście należy pamiętać, że będzie mieć zastosowanie wyłącznie do świadczeń komercyjnych. W przypadku wizyt finansowanych ze środków publicznych, takie rozwiązanie są niedopuszczalne.

Aby rozwiązanie było w pełni poprawne i możliwe do zastosowania względem pacjenta należy: dokonać odpowiednich zmian w Regulaminie Organizacyjnym; umieścić informację o opłacie w miejscach ogólnodostępnych w placówce; umieścić stosowną adnotację na stronie internetowej placówki.

**PYTANIE:** Czy posiada Pan informacje dotyczące daty wejścia Kodeksu branżowego dla ochrony zdrowia?

**ODPOWIEŹ:** Data wejścia w życie Kodeksu postępowania jest bliżej nieznaną, choć jego twórcy zapewniają, że będzie to jeszcze w tym roku. Obecnie, ostatnie zapisy są jeszcze konsultowane z Urzędem Ochrony Danych Osobowych. Warto pamiętać, że jeśli Kodeks zostanie przyjęty i zaakceptowany przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, każda placówka medyczna będzie musiała przyjąć jego stosowanie.

**PYTANIE:** Pracuję jako rejestratorka medyczna. Mamy dwie zmiany: ranną oraz popołudniową. Jednak jest u nas problem zbyt małej liczby szafek pracowniczych, zmiana dzienna musi je udostępnić zmianie popołudniowej. Zdarzają się sytuacje, w których dochodziło do kradzieży, nikogo jednak za rękę nie złapano. Czy istnieje jakiś przepis, który mówi o przechowywaniu rzeczy pracowników, bądź o osobnych szafkach dla personelu?

**ODPOWIEŹ:** Nie ma szczegółowych przepisów w tym zakresie. Powszechnie obowiązujące przepisy, wskazują, że pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia odpowiednich warunków pracy dla pracowników. Jed-

autor:  
Maciej Gibiński



Pytania proszę przesyłać na adres: [prawnik@e-ginekologia.pl](mailto:prawnik@e-ginekologia.pl)

nak nie jest nigdzie konkretnie wskazane, w jaki sposób musi on ten wymóg realizować.

**PYTANIE:** Piszę jako pacjentka. Byłam na zabiegu laserowej depilacji całego ciała. Całe moje ciało zostało dosłownie poparzone. Oczywiście zwróciłam się do gabinetu, w którym przeprowadzałam depilację laserową o zwrot środków na pokrycie mojego leczenia, lecz klinika nie poczuwa się do odpowiedzialności. Dostałam odpowiedź, że pracownica, która przeprowadzała zabieg została już zwolniona; i tyle. Nie poczuwają się do tego, że stała mi się krzywda. Czy mogę prosić o poradę, co powinnam zrobić w takiej sytuacji?

**ODPOWIEDŹ:** Zakładam, że przeprowadzony u Pani zabieg nie jest świadczeniem zdrowotnym. W takiej sytuacji może Pani zwrócić się do placówki o: wskazanie ubezpieczyciela i rozpocząć prowadzenie postępowania przed ubezpieczycielem; wystąpić na drogę sądową celem dochodzenie odszkodowania za wyrządzoną szkodę.

Zwolnienie pracownika w tym wypadku jest na Pani korzyść, ponieważ, jeżeli zostało dokonane w związku z tą czynnością, jednoznacznie wskazuje fakt popełnienia błędu po stronie personelu, za który de facto odpowiada pracodawca. Jeśli uzyskała Pani taką informację, proszę o niej pamiętać, będzie bowiem przydatna w trakcie prowadzonego postępowania sądowego.

**PYTANIE:** Mieszkam w małej miejscowości i wiem, że konkurencja (inna placówka) w ramach zemsty, tak sądzę, co chwilę nasyła na mnie kontrole. Z kontroli wychodzę obronną ręką, gdyż swoją pracę wykonuje zgodnie z przepisami. Jestem jednak już zmęczona ciągłymi kontrolami oraz szkalującymi mnie oraz moją placówkę opiniami. Jeżeli wiem, kto dokładnie robi mi pod górę, to czy mogę na to jakoś reagować? Działania owej kliniki zaczęły się odbijać bardzo negatywnie na moim stanie zdrowia.

**ODPOWIEDŹ:** Każdy ma prawo, w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów powszechnie obowiązujących przez inną osobę, poinformować o tym odpowiednie służby i inspekcje. Nie ma możliwości prawnej, aby zablokować działania określonej osoby.

Jeśli stan Pani zdrowia, rzeczywiście ucierpiał w związku z prowadzonymi kontrolami, może Pani rozważyć wystąpienie z powództwem cywilnym. Nie wiem tylko, czy takie postępowanie ma szanse powodzenia.

**PYTANIE:** Zamierzam przekształcić praktykę zawodową w podmiot leczniczy. W związku z powyższym bardzo proszę o zwięzłą odpowiedź na poniższe pytania: Czy można zmienić formę prawną działalności i nadal prowadzić kontrakt z NFZ (w sensie zachowania aktualnej umowy)? Posiadam indywidualną praktykę lekarską – jakie nowe obowiązki dojdą mi w przypadku chęci przekształcenia w podmiot leczniczy? Prowadzę ksiązkę przychodów i rozchodów – czy w przypadku zmiany formy działalności będę musiał przejść na pełną księgowość? Jak większość prowadzących własną działalność, odprowadzam najniższe składki ZUS, czy po zmianie również będę miał taką możliwość? Czy jeśli przyjąłbym jako współnika moją siostrę (również aktualnie prowadzącą swoją praktykę), to będziemy mogli rozliczać się podatkowo odrębnie, czy będziemy musieli jako jedna firma? Zatrudnianie (najlepiej na podstawie kontraktu) innych lekarzy i ewentualne zyski z tego tytułu to odrębna kwestia, ale każde z nas zajmuje się innymi dziedzinami i posiadamy z tego tytułu różne przychody. Czy istnieje możliwość, aby w podmiocie medycznym każdy z lekarzy odpowiadał prawnie w ramach własnego OC, bez stwarzania zagrożenia dla firmy?

**ODPOWIEDŹ:** Tak, można zmienić formę prawną działalności i nadal prowadzić kontrakt z NFZ (w sensie zachowania aktualnej umowy). W przypadku przekształcenia w podmiot leczniczy zmienia się zasady wynagrodzenia personelu, dojdą nowe obowiązki sprawozdawcze (SSRMZ), oprócz dokumentacji medycznej indywidualnej trzeba będzie też prowadzić dokumentację zbiorczą. Trzeba będzie wykupić polisę dla podmiotu, zamiast praktyki.

Jeśli działalność będzie utrzymana w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, to nie będzie konieczna zmiana zasad rozliczania się z urzędem skarbowym, natomiast jeśli zamierza Pan zmienić działalność na spółkę, to może Pan pozostać na prostej rachunkowości albo przejść na pełną rachunkowość. Nadal będzie można odprowadzać najniższy ZUS, pod warunkiem, że działalność zostanie utrzymana w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej.

Odnosnie zatrudnienia. Jeśli zamierza Pan z jednoosobowej działalności gospodarczej przejść w spółkę, to wszystkie wymienione wątpliwości są możliwe do zrealizowania. Zależy to od umowy spółki. Trzeba jednak pamiętać, że spółka to będzie zupełnie inny podmiot niż praktyka prywatna. Dlatego przy zmianie formy prowadzenia działalności konieczna będzie cesja z NFZ (pytanie pierwsze).

Jeśli zamierza Pan zmienić działalność w spółkę, to odpowiedzialność za błędy medyczne całego gabinetu jest odpowiedzialnością solidarną.

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](mailto:biuro@cdpm.pl), e-mail: [info@cdpm.pl](mailto:info@cdpm.pl)  
[www.cdpm.pl](http://www.cdpm.pl)

# Zgoda na dokumentację fotograficzną w zabiegach ginekologicznych

**NIŻEJ OPISANY PRZYPADEK WSKAZUJE NA OBOWIĄZEK UZYSKANIA PRZEZ LEKARZA PISEMNEJ ZGODY PACJENTA NIE TYLKO NA WYKONANIE DANEGO ZABIEGU, ALE RÓWNIEŻ NA WYKONANIE DOKUMENTACJI FOTOGRAFICZNEJ Z PRZEBIEGU ZABIEGU.** Samo bowiem wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu nie jest równoznaczne ze zgodą pacjenta na utrwalanie i wykorzystywanie jego wizerunku przez lekarza.



FOT. 123RF

Pacjentka zgłosiła się do lekarza ginekologa w celu wykonania zabiegu z zakresu ginekologii estetycznej. W czasie wizyty pacjentka (która uprzednio korzystała wielokrotnie z usług tego ginekologa) zwróciła się do niego z prośbą o wykonanie zdjęć w celu udokumentowania stanu jej zdrowia przed i po zabiegu, na co lekarz się zgodził. Zarówno prośba pacjentki jak i zgoda lekarza wyrażone zostały ustnie. Nie prowadzono żadnej korespondencji w zwykłej formie, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub sms, która potwierdzałaby sformułowanie wspomnianej prośby lub zgody. Pacjentka nie podpisywała również żadnego dokumentu, z którego bezpośrednio lub pośrednio wynikałoby, iż prosiła o wykonanie zdjęć lub, że lekarz zgodził się na ich wykonanie bądź je wykonał.

## **PACJENTKA POPROSIŁA, LEKARZ WYKONAŁ**

Ginekolog zgodnie z prośbą pacjentki wykonał szczegółową dokumentację fotograficzną, przedstawiającą stan pacjentki przed zabiegiem, sam zabieg jak i stan pacjentki bezpośrednio po zabiegu. Zabieg został wykonany w znieczuleniu ogólnym, co nie pozostawało bez znaczenia dla dalszego rozwoju wypadków.

autor:  
**Wojciech  
Wojciechowski**

Po prawidłowo wykonanym zabiegu ujawniły się powikłania, o możliwości wystąpienia których pacjentka została poinformowana szczegółowo na piśmie przed zabiegiem. Świadoma możliwości wystąpienia powikłań pacjentka wyraziła zgodę na wykonanie zabiegu. Po wykonaniu zabiegu i wystąpieniu powikłań zmieniła swój dotychczas pozytywny stosunek do ginekologa i wystąpiła w stosunku do niego z roszczeniami: o zwrot uiszczanego wynagrodzenia za wykonany zabieg, o zadośćuczynienie za naruszenie dóbr osobistych. Podstawą tego ostatniego roszczenia było, zdaniem pacjentki, wykonanie bez jej zgody zdjęć jej ciała przed zabiegiem i po zabiegu. Pacjentka zagroziła ginekologowi, że w przypadku nieuiszczenia przez niego żądanego zadośćuczynienia utworzy stronę na znanym portalu społecznościowym, na której poinformuje o swoich zastrzeżeniach do ginekologa.

Powstaje zatem pytanie, jak lekarz ginekolog winien zachować się w omawianym przypadku?

W związku z tym, że ginekolog wykonał zabieg zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz przed jego wykonaniem poinformował pisemnie pacjentkę o możliwych powikłaniach, nadto uzyskał pisemną zgodę pacjentki na wykonanie zabiegu, kwestia roszczeń o zwrot uiszczanego wynagrodzenia za zabieg i zadośćuczynienia za cierpienia związane z powstaniem powikłań po zabiegu ma tu drugorzędne znaczenie. Roszczenia te były całkowicie bezzasadne. Istotną stała się natomiast kwestia roszczenia o zadośćuczynienie pacjentki z tytułu rzekomego wykonania bez jej zgody i wiedzy, w czasie, gdy znajdowała się w znieczuleniu ogólnym, zdjęć jej ciała przez ginekologa.

## **NIE MA PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH ZDJĘĆ**

Należy wskazać, że ani przepisy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997, poz. 152 z późn. zm.), ani ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. 52, poz. 417 z późn. zm.) nie regulują zagadnień związanych z wykonywaniem zdjęć pacjentów na potrzeby zabiegu. Do kwestii tej nie odnoszą się również wprost a jedynie pośrednio, o czym niżej, normy deontologiczne zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej. Pośrednio jednak odnoszą się



do tej problematyki art. 36 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta oraz art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 52, poz. 417 z późn. zm.) zgodnie z którym pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, i art. 22 ust. 1 tej ustawy, zgodnie z którym w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Z przepisów tych można wyprowadzić obowiązek lekarza, polegający na uzyskaniu zgody pacjenta na utrwalenie jego wizerunku w czasie świadczenia usług medycznych.

## PRAWNA STRONA ZAGADNIENIA

Najistotniejsze znaczenie w opisywanym przypadku mają przepisy art. 23 i 24 kodeksu cywilnego, określające katalog dóbr osobistych oraz sposób ich ochrony. Jednym z dóbr osobistych wymienionych w art. 23 kodeksu cywilnego jest wizerunek danej osoby. Bez żadnych wątpliwości należy stwierdzić, iż lekarz w świetle wszystkich wyżej wymienionych przepisów powinien uzyskać zgodę pacjenta na wykonywanie zdjęć jego wizerunku. W przeciwnym razie naraża się na odpowiedzialność prawną i zawodową – za naruszenie przepisów wspomnianych ustaw oraz art. 1 ust. 2, art. 3 i art. 12 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Problem, jaki wynikł na tle omawianego przypadku, ma charakter dowodowy – w jaki sposób ginekolog mógł udowodnić, że pacjentka prosiła go sama o wykonanie zdjęć a zatem wykonał je nawet nie z własnej inicjatywy za jej zgodą, ale na jej życzenie.

W przypadku opisywanego ginekologa można stwierdzić, że pacjentka, nie dysponując niezbędnymi informacjami, nie przeżyła gruntownie swojego stanowiska odnośnie żądania od niego zadośćuczynienia za wykonanie zdjęć.

Ginekolog w przypadku wielu pacjentek wykonywał, na potrzeby własnej pracy naukowej lub by zapewnić pacjentkom dokumentację z zabiegu, zdjęcia fotograficzne, za każdym razem za zgodą pacjentek lub na ich prośbę. Wynikało z tego, że wykonywanie zdjęć odbywało się za każdym razem na podstawie zgody lub prośby sformułowanej ustnie. Nie zdarzył się nadto w okresie ponad dwudziestu lat prowadzenia gabinetu ginekologicznego przypadek, w którym ginekolog wykonałby zdjęcia bez zgody pacjentki lub bez jej prośby. W szczególności nigdy nie było prowadzone w stosunku do lekarza żadne postępowanie karne, cywilne lub przed



FOT. 123RF

## Jednym z dóbr osobistych wymienionych w art. 23 kodeksu cywilnego jest wizerunek danej osoby

organami samorządu lekarskiego w takiej sprawie. Ginekolog w ewentualnym postępowaniu sądowym mógł wykazać zwyczaj ustnego pozyskiwania zgody pacjentek na wykonanie dokumentacji fotograficznej za pomocą zeznań kilkudziesięciu świadków (pacjentek). Na sali zabiegowej obecny był anestezjolog, który słyszał rozmowę na temat wykonania zdjęć i prośbę pacjentki. Zatem w odpowiedzi na wezwanie do zapłaty, skierowane do ginekologa podniesiono powyższe okoliczności, co skutkowało zaniechaniem jakichkolwiek dalszych działań przez pacjentkę.

## PODSUMOWANIE

Z opisanego wyżej przypadku wynika, że lekarz, który chce uniknąć podnoszenia w stosunku do niego roszczeń w związku z wykonywaniem zdjęć pacjenta przed zabiegiem lub po zabiegu, powinien uzyskać nie ustną a pisemną zgodę pacjenta na wykonywanie dokumentacji fotograficznej związanej z zabiegiem. W treści oświadczenia pacjenta powinno znaleźć się wyraźne wskazanie, w jakim celu ma być wykonana dokumentacja fotograficzna oraz w jakim zakresie lekarz może ją wykorzystywać.



## WOJCIECH WOJCIECHOWSKI

Jest adwokatem, współnikiem w Wojciechowski Stopa Adwokaci s.c. Specjalizuje się w prawie medycznym, odpowiedzialności prawnej lekarzy, prawach pacjenta, eksperymentach medycznych i zabiegach kosmetycznych. Wielokrotnie reprezentował lekarzy w sprawach karnych, cywilnych oraz przed organami samorządu lekarskiego.

# Dwuetapowa rekonstrukcja wargi sromowej mniejszej

**ZNACZĄCA ASYMETRIA WARG SROMOWYCH MNIEJSZYCH MOŻE BYĆ WRODZONA LUB NABYTA: POURAZOWA LUB PO ZABIEGACH ONKOLOGICZNYCH BĄDŹ NIEUDANYCH LABIOPLASTYKACH.**



FOT. AUTOR

roblemem jest nie tylko widoczny efekt estetyczny, który wpływa na życie seksualne i samoocenę pacjentki, ale również przewlekłe zapalenia sromu, ból czy suchość pochwy.

W odtworzeniu amputowanej wargi sromowej pomocny bywa płat wytworzony z fragmentu napletka łechtaczki czy fałdu okołowargowego po tej samej stronie, lub płat V-Y utworzony z fragmentów amputowanej wargi sromowej mniejszej, jednak techniki te nie zawsze są możliwe do zastosowania.

autor:  
**Piotr Kolczewski**

FOT. AUTOR

**W odtworzeniu amputowanej wargi sromowej pomocny bywa płat wytworzony z fragmentu napletka łechtaczki czy fałdu okołowargowego po tej samej stronie**



## PIŚMIENNICTWO:

1. Philip H. Zeplin et al. Two-stage posterior cross-labial transposition flap: A novel technique for labium minus reconstruction. *Best Plast Surg* (2014) 38:930-932



W 2014 roku w „Aesthetic Plastic Surgery” ukazał się artykuł autorstwa DH. Zeepina pokazujący nowatorskie podejście do problemu rekonstrukcji wargi sromowej mniejszej.

Po resekcji guza w obrębie wargi sromowej mniejszej po stronie prawej, w przebiegu choroby Bowena, powstał asymetryczny ubytek o wymiarach 24 mm na 14 mm (długość x szerokość) będący problemem nie tylko estetycznym, ale również generującym objawy opisane powyżej.

Planujący zabieg rekonstrukcji lekarze ocenili, że pokrycie ubytku płatem z napletka łechtaczki, czy płatem V-Y, nie będzie możliwe i podjęli decyzję o wytworzeniu płata uszypułowanego z nieco przerośniętej wargi sromowej po drugiej stronie i pokrycia nim opisywanego defektu.

W pierwszym etapie zabiegu, utworzony z lewej wargi sromowej, uszypułowany płatek został przeniesiony w miejsce ubytku, a następnie po 3 tygodniach obserwacji „żywołności” przeniesionego płata odcięto szypułę, uzyskując zadowalający estetyczny i kliniczny efekt oraz ustąpienie dolegliwości pacjentki.

Przedstawiona technika może być interesującą alternatywą w przypadku niemożności wytworzenia uszypułowanego płata z napletka łechtaczki, czy płata V-Y lub, jak w opisywanym przypadku, jedyną możliwą opcją rekonstrukcyjną.

W dobie narastającej ilości zabiegów labiominoroplastyki, powikłanych czasami amputacją czy znaczącą asymetrią, zna-



jomość tych technik jest niezbędna u ginekologów zajmujących się tymi zagadnieniami.



### DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej, współpracownik kliniki Medifem w Warszawie i kliniki Dom Lekarski 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 z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, uroginekologii, ginekologii onkologicznej i ginekologii plastycznej. Jest członkiem międzynarodowych towarzystw naukowych tematycznie związanych z operacjami rekonstrukcyjnymi i plastycznymi w ginekologii i uroginekologii (International Urogynecological Association, International Continence Society). Wykładowca na polskich i międzynarodowych kongresach poświęconych tematycznie ginekologii plastycznej



# Obrazowanie rozszczepu wargi i podniebienia płodu z użyciem fotorealistycznej wizualizacji trójwymiarowej TrueVue

Wyniki uzyskane w opisanych przypadkach nie muszą odpowiadać wynikom możliwym do uzyskania w innych przypadkach. W innych przypadkach wyniki mogą być odmienne.



**Ryc. 1.** Projekcja trójwymiarowa z obrazowaniem powierzchni jamy ustnej i podniebienia (SROP) przy otwartych ustach z użyciem sondy V6-2 i technologii TrueVue. Wyraźnie wykazano obustronny rozszczep wargi oraz uzyskano lepszy wygląd obustronnego rozszczepu sięgającego podniebienia wtórnego (strzałki), wargi oraz uzyskano lepszy wygląd obustronnego rozszczepu sięgającego podniebienia wtórnego (strzałki).

**Ryc. 2.** Projekcja trójwymiarowa z obrazowaniem powierzchni z użyciem sondy V6-2 i technologii TrueVue. Obustronny rozszczep wargi i wystająca rylenka przed szczęką są wyraźnie widoczne.

Ultrasonografia diagnostyczna jest szeroko stosowana do oceny prenatalnej wzrostu i anatomii płodu oraz prowadzenia ciąży mnogich i wykrywania wad płodowych.

Szczegółowe zdjęcia anatomii płodu cechuje większa rozdzielczość, co umożliwia bardziej wszechstronną ocenę anatomii płodu. Trójwymiarowe obrazowanie ultrasonograficzne może zapewnić lepsze zdjęcia anatomii płodu, zawierające więcej szczegółów, umożliwiające głębszy poziom przygotowania klinicystów.

## HISTORIA PACJENTKI

29-letnia ciężarna kobieta, ciąża II, poród I, została skierowana do Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Płodu w Szpitalu Pediatrycznym w Filadelfii (CFDT) z obustronnym rozszczepem wargi i podniebienia płodu w wywiadzie. Szacowana data porodu to 25 kwietnia 2018 roku, co odpowiadało czasowi trwania ciąży 29

tygodni 0 dni w czasie oceny. Amniopunkcja wykazała prawidłowy męski kariogram płodu. Wywiad chorobowy matki i wywiad rodzinny były ujemne. Ojciec w wywiadzie rodzinnym miał siostrę z jednostronnym rozszczepem wargi i podniebienia, wiążącymi się z niezdolnością do poruszania i artykulacji oraz koniecznością żywienia przez rurkę gastrostomijną. Rodzina podała, że uważano, iż te problemy neurokognitywne są wtórne do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych przebytego w okresie noworodkowym. Badanie ultrasonograficzne wykonane poza ośrodkiem w 21 tygodniu 2 dniu ciąży wykazało obustronny rozszczep wargi i podniebienia. Wkrótce potem wykonano także badanie metodą rezonansu magnetycznego poza ośrodkiem, ale było ono niewystarczające ze względu na artefakt związany z ruchem.

Pacjentkę skierowano do CFDT w celu dalszej oceny i porady w zakresie rozpoznania, rokowania i możliwości postępowania.

autor:  
**Beverly G. Coleman**



## PIŚMIENNICTWO:

1. Rotten D, Levailant J-M, Benouaiche L, Nicot R, Couly G. Visualization of Fetal Lips and Palate Using a Surface-Rendered Oropalatal (SROP) View in Fetuses with Normal Palate or Orofacial Cleft Lip With or Without Cleft Palate. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47:244-246.
2. Platt LD, DeVore GR, Pretorius DH. Improving Cleft Lip/Palate/Cleft Lip Antenatal Diagnosis by 3-Dimensional Sonography. *J Ultrasound Med.* 2006;25:1423-1430.
3. Rotten D, Levailant JM. Two- and Three-Dimensional Sonographic Assessment of the Fetal Face. 2. Analysis of Cleft Lip, Alveolus and Palate. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24:402-411.



**Ryc. 3. Projekcja trójwymiarowa poprzeczna z użyciem sondy C9-2, umożliwia zmierzenie obustronnej wady wyrostka zębodołowego, ale nie pozwala na określenie zakresu rozszczepu podniebienia wtórnego.**

## PROTOKÓŁ POSTĘPOWANIA

Wykonano pełne szczegółowe badanie anatomii płodu z użyciem systemu Philips EPIQ 7 i różnych głowic, w tym V6 2, C9 2 i L12 5.

## WYNIKI

W szczegółowym badaniu anatomii płodu stwierdzono, że jest to płód płci męskiej, w położeniu główkowym, z łożyskiem przodującym, wolnym ujściem wewnętrznym szyjki macicy. Wskaźnik płynu owodniowego był prawidłowy, 18,6 cm, najgłębsza kieszonka wielkości 5,5 cm. Badanie biometryczne płodu wykazało, że średni wiek ciąży wynosił około 29 tygodni i 6 dni, a szacunkowa masa ciała płodu – 1442 gramy, co było wartością prawidłową na 64. centylu. Stwierdzono obustronny rozszczep wargi i podniebienia, po prawej stronie nieznacznie bardziej nasilony.

Obrazowanie trójwymiarowe TrueVue wykazało, że rozszczep sięga głęboko do tylnej części podniebienia twardego. Wykazano ruchy aktywnego przełykania płynu w części ustnej gardła i prawidłowe rozciągnięcie żołądka.

## WNIOSEK

Rozszczep jamy ustnej i twarzy, z rozszczepem podniebienia lub bez, występuje w Stanach Zjednoczonych z częstotścią 1 na 940 urodzeń (według Centrów Kontroli i Prewencji Chorób – CDC) i stanowi jedną z najczęstszych wad płodowych.

Rozpoznanie rozszczepu wargi lub podniebienia może być powiązane z licznymi zespołami. Ryzyko związane z rozszczepem jamy ustnej i twarzy rośnie, jeśli wada jest obustronna, obejmuje samo podniebienie lub jest powiązana z innymi wadami wrodzonymi w badaniu ultrasonograficznym. Z użyciem V6 2 MHz szerokopasmowej konweksowej sondy wolumetrycznej z TrueVue wyraźnie uwidoczniliśmy obszar jamy ustnej płodu, z wargami, wyrostkami zębodołowymi i podniebieniem twardym. Badanie wykonano z użyciem projekcji trójwymiarowej z obrazowaniem powierzchni jamy ustnej i podniebienia przy otwartych ustach

(Rycina 1) oraz tradycyjnego trójwymiarowego obrazowania powierzchni (Rycina 2), z użyciem sondy konweksowej C9 2 (Rycina 3).

Technologia TrueVue firmy Philips umożliwia przesuwanie źródła światła w dowolne miejsce w obrębie obrazu trójwymiarowego, na różną głębokość, co umożliwiło lepszą charakteryzację wad twarzy i pozwoliło na dokładniejsze określenie rozszczepu wyrostków zębodołowych, wysunięcia rynienki przed szczękę i zajęcia podniebienia wtórnego (Rycina 1 – strzałki).

Taka doskonała wizualizacja umożliwia klinicyście lepsze przewidzenie nasilenia wady, co z kolei może wspomóc chirurga i rodziców w zakresie realnych oczekiwań dotyczących potencjalnie trudnych zabiegów operacyjnych w przyszłości oraz ostatecznych efektów kosmetycznych.



Firma Philips zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w danych technicznych i/lub zaprzestania wytwarzania jakiegokolwiek produktu w dowolnym momencie, bez uprzedniego powiadomienia bądź jakichkolwiek zobowiązań, i nie będzie ponosić odpowiedzialności za ewentualne konsekwencje wynikające z korzystania z niniejszej publikacji.

**LEK. MED. BEVERLY G. COLEMAN, FACR**

Osrodek Diagnostyki i Leczenia Płodu, Szpital Pediatryczny w Filadelfii (CFDT), Filadelfia PA, Stany Zjednoczone

# Opcje terapeutyczne zastosowania Dydrogesteronu w ginekologii i położnictwie w świetle aktualnych publikacji naukowych

**DYDROGESTERON JEST JEDNYM Z NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANYCH PROGESTAGENÓW OD BLISKO 50 LAT.** W praktyce klinicznej wykorzystywany jest głównie, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, w przypadkach zagrażającego poronienia oraz suplementacji drugiej fazy cyklu miesięczkowego (w nieregularnych cyklach miesięczkowych lub jako składowa tzw. wstawki progestagenowej w HTM). Wykorzystywany jest także w diagnostyce celem wykonania próby progesteronowej (zwykle w dawce 2 x 10 mg przez 10 – 14 dni).

**D**ydrogesteron jest retroprogesteronem, czyli stereoisomerem progesteronu z podwójnym wiązaniem pomiędzy 6 i 7 węglem (1). Charakteryzuje się wysoką biodostępnością po podaniu doustnym – wiąże się to z możliwością stosowania mniejszej dawki leku, która w zależności od wskazania wynosi 10 – 30 mg dziennie. Dawka ta jest wystarczającą do stabilizacji endometrium (przekształcania endometrium proliferacyjnego w postać wydzielniczą). Wysokie powinowactwo do receptora progesteronowego i jego selektywność związane są z retrostrukturą leku, która umożliwia wiązanie tylko receptora progesteronowego (1). Nie daje zatem efektów ubocznych związanych z wiązaniem z innymi receptorami np. glikokortykoidowym. W związku z tym dydrogesteron ma znikomy wpływ na profil lipidowy pacjentek, a efekt antyandrogeny i antymineralokortykoidowy jest niewielki (1). Nie stwierdzono działania antygonadotropowego dydrogesteronu, a tym samym nie powoduje zahamowania owulacji (1). Nie wpływa także na wzrost ryzyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej oraz chorób naczyń wieńcowych, czy udaru mózgu w terapii łączonej z estrogenami w hormonalnej terapii menopauzy [2, 3].

## Skróty:

**ART** – *Assisted Reproductive Technology* (techniki wspomaganego rozrodu),  
**HTM** – hormonalna terapia menopauzy,  
**IUGR** – *Intrauterine Growth Restriction* (wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu),  
**PIBF** – *Progesterone Induced Blocking Factors* (indukowane progesteronem czynniki blokujące).

Metabolizm dydrogesteronu polega na redukcji węgla C20 do 20- $\alpha$ -hydroksypochodnych oraz hydroksylacji w grupie metylowej węgla C21 i pozycji C16  $\alpha$  [4]. Główny metabolit dydrogesteronu – 20- $\alpha$ -dihydrodydrogesteron (DHD) wykazuje również działanie gestagenne. W przeciwieństwie do progesteronu, dydrogesteron nie ulega wydalaniu z moczem w postaci pregnandiolu. W związku z tym ocena stężenia pregnandiolu w moczu jako wskaźnika wydzielania endogennego progesteronu jest nadal możliwa u kobiet leczonych za pomocą dydrogesteronu [1].

autorzy:

**Kornelia Zaręba,  
Michał Ciebiera,  
Grzegorz Jakiel**



W badaniach klinicznych przeprowadzonych u kobiet po menopauzie wykazano, że dydrogesteron charakteryzuje się silnym działaniem stabilizującym endometrium [5]. Dawki transformacyjne dla endometrium zależą od drogi podania progestagenu oraz schematu stosowania (terapia ciągła lub sekwencyjna). Dawka dydrogesteronu w terapii sekwencyjnej wynosi 10 – 20 mg. W terapii ciągłej stosujemy dawkę 2,5 – 10 mg z możliwością zwiększenia do 20 mg w zależności od odpowiedzi klinicznej [5].

W literaturze ostatnich lat pojawiły się nowe opcje zastoso-  
wania dydrogesteronu. Większość artykułów dotyczy badań na niewielkich grupach pacjentek w różnych zakątkach świata, niemniej jednak może stanowić interesujący punkt wyjścia do dalszych badań. W niniejszym artykule przedstawiamy najciekawsze doniesienia.

### **WSPARCIE FAZY LUTEALNEJ W PROCEDURACH WSPOMAGANEGO ROZRODU**

Od wielu lat pojawia się w akademickich dyskusjach zagadnienie niedomogi zwanej także niewydolnością lutealną. Istnieją rozbieżne opinie, czy zaburzenie to istnieje jako choroba i czy suplementacja progesteronom lub progestagenami drugiej fazy cyklu zwiększa odsetek koncepcji, zarówno w przypadku cykli naturalnych, jak i we wspomaganym rozrodzie. Należy pamiętać, iż progesteron jest niezbędny do prawidłowego zagnieżdżenia się zarodka i podtrzymania ciąży. Stymulacja owulacji niezbędna w procedurze IVF wiąże się z niewydolnością lutealną w II fazie cyklu [6, 7]. Głównej przyczyny zjawiska upatruje się w hamowaniu zwrotnym czynności przysadki przez agonistów GnRH oraz hCG stosowanych celem wywołania owulacji. Niewydolność lutealna może być także związana ze zmianą stosunku stężenia estrogenów do progesteronu, w wyniku aspiracji płynu pęcherzy-

ność, spowodowaną metabolicznym efektem pierwszego przejścia przez wątrobę, skrajne wahania stężeń w surowicy i duże ryzyko wystąpienia działań ubocznych (np. cholestazy wątrobowej). Preferowana jest dopochwowa droga podania (w formie żelu, tabletek lub kapsułek) ze względu na ominięcie pierwszego przejścia przez wątrobę, szybką absorpcję, lepszą biodostępność i mniejsze działania niepożądane [9]. Niestety w polskich warunkach mikronizowany progesteron w formie żelu nie jest dostępny. Podobne wyniki dla dydrogesteronu uzyskali Patki i Pauer [10]. Grupa z dydrogesteronem miała także mniejszy odsetek poronień 11,57% vs. 13,04% dla mikronizowanego progesteronu w żelu i 18,26% dla mikronizowanego progesteronu w formie kapsułek dopochwowych.

### **DYDROGESTERON W IDIOPATYCZNYM IUGR U PŁODU**

Badania naukowe donoszą, że jedną z przyczyn wewnątrzmacicznego zahamowania wzrastania u płodu może być niski poziom progesteronu u matki [11, 12]. Wśród płodów z IUGR stwierdza się także zmniejszoną produkcję prostacyklin przez komórki łożyskowe [13]. Podaż progesteronu może obniżać reaktywność endometrium na działanie estrogenów przez zahamowanie zmiany pozycji receptorów estrogenowych, prowadząc do ich unieczynnienia. Może także indukować produkcję prostacyklin w komórkach śródbłonna żył pępowinowych przez ekspresję cyklooksygenazy 1 i 2 oraz poprawiać perfuzję mięśniówki poprzez rozszerzanie małych naczyń łożyskowych i obniżenie oporu obwodowego. Mówi się również o efekcie immunomodulacyjnym progesteronu oraz dydrogesteronu, który może powodować wzrost masy płodu poprzez indukcję produkcji PIBF (ang. progesterone induced blocking factor), blokującego aktywność komórek NK i promującego sekrecję cytokin przeciwzapalnych [14].

Na podstawie hipotezy, że stosowanie progestagenów posiadających funkcje naczynio-rozszerzające oraz rozkurczowe może poprawić krążenie łożyskowe [15], skonstruowano, opublikowane w 2018 roku, badanie z podwójnie ślepą próbą [16]. Badanie przeprowadzone w Iranie wśród 89. kobiet z idiopatycznym IUGR u płodu wykazało, że stosowanie dydrogesteronu w dawce 2 x 10 mg przez dwa tygodnie powodowało znaczne zwiększenie obwodu brzucha u płodów (27,25 vs. 25,92 cm, P = 0,006), masy płodów (2053,15 vs. 1736,36), a także niewielkie obniżenie oporu naczyniowego w tętnicy środkowej mózgu (0,67 vs. 0,83, P < 0,001) oraz obniżenie oporu naczyniowego w tętnicach macicznych (0,68 vs. 0,81, P < 0,001). Do leczenia zakwalifikowano płody z szacowaną masą poniżej 10.百分ityla w stosunku do wieku ciążowego. Stosowanie dydrogesteronu spowodowało zmniejszenie oporu w tętnicach macicznych, a także zwiększenie masy płodu [16]. Nie zaobserwowano także żadnych efektów toksycznych stosowania leku [16].

### **LECZENIE BOLESNEGO MIESIĄCZKOWANIA**

Wielu ginekologów zapomina, że dydrogesteron jest także stosowany w leczeniu bolesnego miesiączkowania, ujętego nawet w charakterystyce produktu leczniczego. Dysmenorrhoea, poza typowymi objawami, takimi jak bóle brzucha, uniemożliwiające normalne funkcjonowanie, wiąże się także z innymi objawami, takimi jak: nudności, wymioty, bóle okolicy lędźwiowej, biegunka i bóle głowy. Blisko 20 – 30% pacjentek nie reaguje na leczenie typowo stosowanymi niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, dla których dydrogesteron może stanowić istotną alternatywę. Bolesne miesiączkowanie może mieć charakter pierwotny i wtórny. Przyczynę pierwotnego bolesnego miesiączkowania upatruje się w nadmiernej produkcji prostaglandyn przez endometrium w trakcie miesiączki. Prostaglandyny i ich metabolity mogą powodować bóle głowy, objawy ze strony przewodu pokarmowego oraz nadmierną kurczliwość mięśnia macicy. Stosowanie dydro-

**Wielu ginekologów zapomina,  
że dydrogesteron jest także  
stosowany w leczeniu bolesnego  
miesiączkowania, ujętego nawet  
w charakterystyce produktu  
leczniczego**

kowego przy pobieraniu komórki jajowej [6, 7].

Ganesha i współpracownicy w badaniu prospektywnym z randomizacją zbadali w 2011 roku wpływ stosowania mikronizowanego progesteronu w formie żelu i kapsułek podawanych dopochwowo oraz dydrogesteronu celem wsparcia drugiej fazy cyklu miesiączkowego, w przypadku niedomogi lutealnej związanej z procedurami ART [8]. Badanie dotyczyło dużej liczby 1373 nieplodnych kobiet poddanych procedurom IVF, którym podawano 500 µg agonisty GnRH z następowym podaniem 150 – 300 IU rFSH oraz 10 000 IU ludzkiego hCG celem wywołania owulacji. Pacjentki otrzymywały od dnia transferu zarodka odpowiednio: 10 mg dydrogesteronu dwa razy dziennie, 90 mg mikronizowanego progesteronu w formie żelu dopochwowego lub 200 mg progesteronu mikronizowanego trzy razy dziennie w formie dopochwowej.

Suplementację kontynuowano do 12 tygodnia ciąży. Największy odsetek ciąż uzyskano w grupie stosującej dydrogesteron (28,67%) oraz w grupie stosującej mikronizowany progesteron w formie żelu dopochwowego (28,63%). Mikronizowany progesteron w formie dopochwowej (22,65%) charakteryzował się obniżoną skutecznością. W ciąży nie zaleca się doustnej drogi podania progesteronu mikronizowanego ze względu na niską biodostęp-



## PIŚMIENNICTWO:

- Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R i wsp. Reprint of Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas* 61 (1–2) (2008) 171–180
- Bray PF, Larson JC, Lacroix AZ i wsp. Usefulness of baseline lipids and C-reactive protein in women receiving menopausal hormone therapy as predictors of treatment-related coronary events. *J Am Soc Hypertens* 2008;2:20–27.
- Kaya C, Cengiz SD, Cengiz B i wsp. Long-term effects of low-dose 17 beta-estradiol plus dydrogesterone on 24-h ambulatory blood pressure in healthy postmenopausal women: a 1-year, randomized, prospective study. *Gynecol Endocrinol* 2007; 23 Suppl 1: 62–67.
- Rozenbaum H. Pharmacology of progesterone and related compounds: dydrogesterone and norepregnane derivatives menopause review 2001.VI:17–28.
- Sitruk-Ware R. Progestins in hormonal replacement therapy: new molecules. *Risks and Benefits Menopause* 2002;9:6–15.
- Ubaldi F, Bourgain C, Tournaye H i wsp. Endometrial evaluation by aspiration biopsy on the day of oocyte retrieval in the embryo transfer cycles in patients with serum progesterone rise during the follicular phase. *Fertil Steril* 1997;67:521–6.
- Macklon NS, Fauser BC. Impact of ovarian hyperstimulation on the luteal phase. *J Reprod Fertil Suppl* 2000;55:101–8
- Ganesh A, Chakravorty N, Mukherjee R i wsp. Comparison of oral dydrogesterone with progesterone gel and micronized progesterone for luteal support in 1,373 women undergoing in vitro fertilization: a randomized clinical study. *Fertil Steril* 2011; 95:1961–5.
- Chemsatong P. et al. Progesterone for prevention of pre-term birth. *Thai Journal of Obs. & Gyn.* 2012.
- Patki A, Pawar VC. Modulating fertility outcome in assisted reproductive technologies by the use of dydrogesterone. *Gynecol Endocrinol* 2007;23:68–72.
- Martin CR. Prenatal diagnosis and treatment. *Manual of Neonatal Surgical Intensive Care*; . Michigan: BC Decker; 2009. p. 238.
- Bujold E, Roberge S, Lacasse Y i wsp. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: A meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010;116:402–14. [PubMed: 20664402].
- Jogee M, Myatt L, Elder MG. Decreased prostacyclin production by placental cells in culture from pregnancies complicated by fetal growth retardation. *Br J Obstet Gynaecol.* 1983;90:247–50. [PubMed: 6338903].
- Dosiou C, Hamilton AE, Pang Y i wsp. Expression of membrane progesterone receptors on human T lymphocytes and Jurkat cells and activation of G-proteins by progesterone. *J Endocrinol.* 2008;196:67–77. [PubMed: 18180318].
- Paonessa DJ, Shields AD, Howard BC i wsp. 17-hydroxyprogesterone caproate reverses induced vasoconstriction of the fetoplacental arteries by the thromboxane mimetic U46619. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:1011–4. [PubMed: 16846582]
- Elaheh Zarean, Fatemeh Mostajeran, and Zahra Dayani. Effect of Dydrogesterone on the Outcome of Idiopathic Intrauterine Growth Restriction: A Double-blind Clinical Trial Study. *Adv Biomed Res.* 2018; 7: 93. Published online 2018 Jun 25. doi: [10.4103/abr.abr.250.16]. 10.4103/abr.abr.250.16].
- Schneider C, Jick SS, Meier CR. Risk of cardiovascular outcomes in users of estradiol/dydrogesterone or other HRT preparations. *Climacteric* 2009; 12: 445–453.
- Ross RL, Serock MR, Khalil RA. Experimental benefits of sex hormones on vascular function and the outcome of hormone therapy in cardiovascular disease. *Curr Cardiol Rev* 2008; 4:309–322.
- Taniguchi F, Ota I, Iba Y i wsp. The efficacy and safety of dydrogesterone for treatment of dysmenorrhea: An open-label multicenter clinical study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018 Sep 23. doi: 10.1111/jog.13807.
- Makhmudova GM, Nazhmutdinova DK, Gafarova DKH i wsp. Efficacy of duphaston treatment in women with endometriosis after reconstructive surgery. *Akush Ginekol (Sofia)* 2003; 42: 42–46.
- Trivedi P1, Selvaraj K, Mahapatra PD i wsp. Effective post-laparoscopic treatment of endometriosis with dydrogesterone. *Gynecol Endocrinol.* 2007 Oct;23 Suppl 1:73–6

gesteronu tłumi działanie aktywnych form tlenu oraz zwiększa modulujący efekt tlenu azotu, a także zwiększa syntezę śród-błonkowego tlenu azotu [17,18].

Wieloośrodkowe badanie z 2018 przeprowadzone w Japonii,

### Badania kliniczne z 2003 i 2007 roku donoszą także o skuteczności dydrogesteronu w leczeniu objawów endometriozy po przeprowadzonej operacji metodą laparoskopową

w grupie 31 kobiet, wykazało, iż stosowanie 5 mg (1/2 tabletki dostępne w Polsce) dydrogesteronu od 5 do 25 dnia cyklu (łącznie 21 dni) zmniejsza dolegliwości bólowe w trakcie miesiączki [19]. Stopień zmniejszenia bólu był znamieny statystycznie- zmiana w stosunku do poziomu wyjściowego wynosiła – 1,84 (P < 0,001). Najczęstszym objawem niepożądanym zgłaszanym przez pacjentki były przedłużające się miesiączki [19]. Stwierdzono istotność statystyczną w zakresie efektywności leczenia już od drugiego cyklu stosowania leku, ze szczytem w 4. cyklu. Wiązało się to ze zmniejszeniem ilości stosowanych leków przeciwbólowych już od drugiego cyklu leczenia. Nie stwierdzono jednak istotnego statystycznie zmniejszenia się objawów towarzyszących.

Badania kliniczne z 2003 i 2007 roku donoszą także o skuteczności dydrogesteronu w leczeniu objawów endometriozy po przeprowadzonej operacji metodą laparoskopową przy analogicznej dawce 10 mg dziennie przez 21 dni [20, 21]. W wieloośrodkowym badaniu klinicznym, przeprowadzonym w Indiach na 98. pacjentkach po operacyjnym leczeniu endometriozy, stosowano 10 mg dydrogesteronu (do 20 mg w ciężkiej endometriozie) od 5 do 25 dnia cyklu przez 3 – 6 miesięcy [21]. Stwierdzono istotne statystycznie zmniejszenie bólu miednicy mniejszej, bolesnego miesiączkowania i bolesnych stosunków (p < 0,05) już po pierw-

szym cyklu stosowania. Pod koniec szóstego cyklu redukcja objawów wynosiła odpowiednio: 95% dla bólu miednicy mniejszej, 87% dla bolesnego miesiączkowania i 85% bolesnych stosunków. Ogólny efekt stosowania dydrogesteronu w zakresie od doskonałego do bardzo dobrego oceniło 74% pacjentek i 70% lekarzy [21].

### PODSUMOWANIE

Dydrogesteron jest lekiem charakteryzującym się relatywnie wysoką biodostępnością po podaniu doustnym (28%) oraz niewielkimi działaniami niepożądanymi. Opcje terapeutyczne, opisane w aktualnych publikacjach, są warte rozważenia, zwłaszcza w przypadku braku alternatywnych metod leczenia u pacjentek obciążonych kardiologicznie oraz dużej liczby efektów ubocznych w przypadku dotychczas stosowanych terapii standardowych. Badanie dotyczące terapii wspomagającej w leczeniu IUGR stwarza pole do dalszych badań naukowych. Biorąc pod uwagę empiryczne doświadczenie w bezpieczeństwie stosowania dydrogesteronu w przypadku poronienia, zagrażającego w najbardziej newralgicznym okresie rozwoju płodu tj. w pierwszym trymestrze, stosowanie dydrogesteronu stanowi ciekawą i bezpieczną opcję terapeutyczną.

### KORNELIA ZARĘBA

I Klinika Położnictwa i Ginekologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

### MICHAŁ CIEBIERA

II Klinika Położnictwa i Ginekologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

### GRZEGORZ JAKIEL

I Klinika Położnictwa i Ginekologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

# Duphaston

dydrogesteron

## Bezpieczny dla matki i dziecka<sup>1,2</sup>



**1. Brak związku między występowaniem wad wrodzonych u dzieci a podawaniem dydrogesteronu w czasie ciąży<sup>1,2</sup>**

**2. Wysoka selektywność w stosunku do receptora progesteronowego:<sup>3,4</sup>**

- nie powoduje maskulinizacji płodu
- nie wpływa na metabolizm węglowodanów
- nie wpływa na parametry krzepnięcia, stężenie lipidów we krwi

**3. Wygodna – doustna droga podania<sup>5,6</sup>**

1. Queisser-Luft A. Early Human Development 85 (2009) 375-377.

2. Carp H. Gynecol Endocrinol 2012; 28 (12); 983-990.

3. Schindler A. E. Maturitas 2009; 65 (S1): S 3-11.

4. Woron J. Forum Ginekologii i Położnictwa Nr 25 s. 15. Grudzień 2015.

5. Charakterystyka Produktu Leczniczego Duphaston z dnia 13.03.2018.

6. Chakravarty B.N. et al. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 97 (2005) 416-420.

 **Mylan**

Better Health  
for a Better World



Duphaston – informacja o leku.

**Nazwa produktu leczniczego i nazwa powszechnie stosowana.** Duphaston, 10 mg, tabletki powlekane. **Skład jakościowy i ilościowy w odniesieniu do substancji czynnych oraz tych substancji pomocniczych, które mają istotne znaczenie dla właściwego stosowania produktu leczniczego.** Każda tabletki powlekana zawiera 10 mg dydrogesteronu (*Dydrogesteronum*). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: każda tabletki zawiera 111,1 mg laktazy jednowodnej. Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1. **Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).** **Postać farmaceutyczna.** Tabletki powlekane. Okragła, obustronnie wypukła, podzielną, biała tabletki powlekana, z napisami „155” po obu stronach linii podziału na jednej stronie tabletki (wymiary: 7 mm). Linia podziału na tabletki ułatwia tylko rozkruszenie w celu połknięcia, a nie podział na równe dawki. **Wskazanie lub wskazania terapeutyczne do stosowania. Niedobory progesteronu:** leczenie bolesnego miesiączkowania, leczenie endometriozy, leczenie wtórnego braku miesiączki, leczenie nieregularnych cykli miesiączkowych, leczenie nieprawidłowych krwawień z macicy, leczenie zespołu napięcia przedmiesiączkowego, leczenie poronień zagrażających, leczenie poronień nawykowych, leczenie bezpłodności związanej z niewydolnością ciała żółtego. **Hormonalna terapia zastępcza:** Przeciwdziałanie wpływowi nie zrównoważonego sżenia estrogenu na błonę śluzową macicy, podawanemu w ramach hormonalnej terapii zastępczej u kobiet z zachowaną macicą, z zaburzeniami spowodowanymi przez naturalną lub indukowaną chirurgicznie menopauzę. **Dawkowanie i sposób podawania.** Dawkowanie, schemat leczenia i czas trwania leczenia może być dostosowany do ciężkości zaburzenia i odpowiedzi klinicznej. Bolesne miesiączkowanie: 10 mg lub 20 mg na dobę od 5 do 25 dnia cyklu. Endometrioza: 10 mg do 30 mg na dobę od 5 do 25 dnia cyklu lub w sposób ciągły. Nieprawidłowe krwawienie z macicy: jeśli leczenie jest rozpoczynane w celu zatrzymania krwawienia, należy podawać 20 mg lub 30 mg dydrogesteronu na dobę przez okres do 10 dni. Przy podawaniu w sposób ciągły, należy stosować 10 mg lub 20 mg dydrogesteronu na dobę w czasie drugiej części cyklu miesiączkowego. Dzień rozpoczęcia leczenia i ilość dni, w których produkt leczniczy będzie podawany zależą od indywidualnej długości cyklu miesiączkowego każdej pacjentki. Krwawienie z odstawienia występuje, jeśli wzrost endometrium został wcześniej wystarczająco pobudzony przez endogeny lub egzogeny estrogen. Wtórny brak miesiączki: należy podawać 10 mg lub 20 mg dydrogesteronu na dobę przez 14 dni drugiej części założonego cyklu miesiączkowego w celu uzyskania optymalnej przemiany wydzielniczej endometrium, wcześniej wystarczająco pobudzonego przez endogeny lub egzogeny estrogen. Zespół napięcia przedmiesiączkowego: 10 mg dwa razy na dobę rozpoczynając od drugiej połowy cyklu miesiączkowego do pierwszego dnia kolejnego cyklu. Dzień rozpoczęcia leczenia i ilość dni, w których produkt leczniczy będzie podawany zależą od długości cyklu miesiączkowego pacjentki. Poronienie zagrażające: dawka początkowa do 40 mg w pojedynczej dawce, a następnie 20 mg lub 30 mg na dobę do ustąpienia objawów. Poronienie nawykowe: 10 mg dydrogesteronu dwa razy na dobę do 12 tygodnia ciąży. Bezpłodność związana z niewydolnością ciała żółtego: 10 mg lub 20 mg dydrogesteronu na dobę rozpoczynając od drugiej połowy cyklu miesiączkowego do pierwszego dnia kolejnego cyklu. Leczenie należy kontynuować przez co najmniej trzy kolejne cykle. Hormonalna terapia zastępcza: Terapia ciągła sekwencyjna: estrogen podawany jest w sposób ciągły i dodawana jest jedna tabletki 10 mg dydrogesteronu na dobę w trakcie ostatnich 14 dni każdego 28-dniowego cyklu, w sposób sekwencyjny. Terapia cykliczna: estrogen jest podawany cyklicznie z przerwami w przyjmowaniu produktu leczniczego, zwykle przez 21 dni w 7 dniami przerwy. Jedna tabletki dydrogesteronu 10 mg na dobę jest dodawana przez ostatnie 12–14 dni terapii estrogenowej. W zależności od odpowiedzi klinicznej dawka może być zwiększona do 20 mg dydrogesteronu na dobę. Nie poleca się stosowania dydrogesteronu przed pierwszą miesiączką. Nie ustalono bezpieczeństwa i skuteczności stosowania dydrogesteronu u młodzieży w wieku 12-18 lat. Obecnie dostępne dane zostały przedstawione w rozdziale 4.8 i 5.1, jednak nie można podać zaleceń dotyczących dawkowania w tej grupie wiekowej. Droga podania: Podanie doustne. Przy przyjmowaniu większych dawek, tabletki powinny być zrywane w równych dawkach rozłożonych w ciągu dnia. **Przeciwwskazania.** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1. ChPL. Rozpoznanie lub uzasadnione podejrzenie występowania nowotworów zależnych od progesteronów (np. oponiak). Krwawienie z pochwy o nieustalonej przyczynie. W przypadku równoczesnego stosowania estrogeny z dydrogesteronem należy wziąć pod uwagę przeciwwskazania do stosowania estrogenów. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania.** Przed rozpoczęciem leczenia dydrogesteronem nieprawidłowych krwawień z pochwy należy wyjaśnić ich etiologię. W trakcie pierwszych miesięcy terapii mogą pojawić się krwawienia i plamienia. W przypadku pojawienia się tych objawów dopiero po pewnym czasie stosowania leczenia lub utrzymywania się ich po przerwy leczenia należy przeprowadzić badania mające na celu rozpoznanie ich przyczyny. Badania te mogą obejmować wykonanie biopsji błony śluzowej macicy w celu wykazania nowotworu złośliwego. Stany, które wymagają obserwacji: Pacjentki należy poddawać ścisłej obserwacji, jeżeli występują u niej, występowały w przeszłości, uległy nasileniu w trakcie ciąży lub wcześniejszego leczenia hormonalnego, jakiegokolwiek z wymienionych poniżej stanów chorobowych. W trakcie leczenia dydrogesteronem może dojść do nawrotu lub pogorszenia następujących stanów chorobowych, które mogą spowodować przerwanie leczenia: porfirię, depresję, nieprawidłowe wartości wyników prób czynnościowych wątroby z powodu ostrej lub przewlekłej choroby wątroby. Inne stany: Produkt leczniczy nie powinien być podawany pacjentom z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy typu Lapp lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. **Poniższe ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczą przypadku stosowania dydrogesteronu w skojarzeniu z estrogenem w czasie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ):** Patrz również ostrzeżenia i środki ostrożności w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego estrogen. W przypadkach leczenia objawów związanych z przekwitaniem, HTZ powinna być rozpoczynana jedynie wtedy, gdy objawy te powodują pogorszenie jakości życia. Zawsze powinno rozważyć się ryzyko i spodziewane korzyści związane z leczeniem. Oceny takiej powinno dokonywać się przynajmniej raz w roku, a terapia powinna być kontynuowana, tak długo, jak długo korzyści przeważają nad ryzykiem. Dane dotyczące ryzyka związanego z HTZ w leczeniu przedwczesnego przekwitania są ograniczone. Jednakże, ze względu na niskie ryzyko bezwzględne u młodszych kobiet, stosunek korzyści do ryzyka w tej grupie pacjentek może być korzystniejszy niż u starszych kobiet. Badanie lekarskie/obserwacja: Przed pierwszorazowym lub ponownym zastosowaniem HTZ należy przeprowadzić dokładny wywiad dotyczący pacjentki oraz jej rodziny. Wskazane jest wykonanie badania przedmiotowego (w tym narządów miednicy i piersi) w celu zidentyfikowania przeciwwskazań lub stanów wymagających zachowania szczególnej ostrożności. W trakcie leczenia zaleca się przeprowadzanie badań okresowych, których częstość powinna być uzależniona od indywidualnych potrzeb. Pacjentki powinny być poinformowane, o konieczności zgłoszenia lekarzowi lub pielęgniarce wszelkich zaobserwowanych przez nie zmian w obrębie piersi (patrz „Rak piersi” poniżej). Badania diagnostyczne, w tym odpowiednie badania obrazowe np. mammografia, powinny być wykonywane zgodnie z aktualnie obowiązującymi zasadami dotyczącymi badań przesiewowych, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb. **Rozrost i rak błony śluzowej macicy:** U kobiet z zachowaną macicą wzrasta ryzyko rozrostu i rozwoju raka błony śluzowej macicy, gdy długotrwale są stosowane same estrogeny. U kobiet z zachowaną macicą cykliczne dodanie progesteronu takiego jak dydrogesteron przez co najmniej 12 dni w miesiącu, w cyklu 28-dniowym, lub terapia metoda ciągłą złożoną estrogenem z progesteronem może zapobiec zwiększeniu ryzyka wystąpienia raka endometrium występującemu w HTZ z zastosowaniem samych estrogenów. **Rak piersi:** Dostępne dane sugerują występowanie zwiększonego ryzyka raka piersi u kobiet stosujących HTZ estrogenem z progesteronem i prawdopodobnie także samym estrogenem, co jest uzależnione od czasu trwania HTZ. Leczenie skojarzone estrogenem z progesteronem: randomizowane, kontrolowane placebo badanie Women’s Health Initiative (WHI) i badania epidemiologiczne wskazują na zwiększone ryzyko raka piersi u kobiet stosujących HTZ estrogenem z progesteronem, które stały się widoczne po 3 latach leczenia. Wzrost ryzyka uwadcznia się w ciągu kilku lat leczenia, ale wskaźniki ryzyka powracają do wartości wyjściowych po kilku (najczęściej pięciu) latach od zakończenia leczenia. HTZ, szczególnie obejmująca skojarzone stosowanie estrogenów i progesteronów, prowadzi do wzrostu gęstości obrazów mammograficznych, co może utrudnić wykrywanie raka piersi metodą radiologiczną. Nowotwór jajnika Nowotwór jajnika występuje znacznie rzadziej niż nowotwór piersi. Z danych epidemiologicznych z dużej metaanalizy wynika nieznacznie zwiększone ryzyko, które uwadcznia się w ciągu 5 lat stosowania i zmniejsza się w czasie po odstawieniu tych środków u kobiet przyjmujących HTZ w postaci samych estrogenów lub skojarzenia estrogenów i progesteronów. Z niektórych innych badań, w tym badania WHI, wynika, że stosowanie skojarzonej HTZ może wiązać się z podobnym lub nieznacznie mniejszym ryzykiem (patrz punkt 4.8 ChPL). Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa: HTZ wiąże się z 1,3-3-krotnym wzrostem ryzyka wystąpienia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych (ZChZZ), tzn. zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej. Prawdopodobieństwo wystąpienia epizodu ZChZZ jest większe w czasie pierwszego roku stosowania HTZ niż w latach późniejszych. U pacjentek ze skłonnością do zakrzepów w wywiadzie ryzyko wystąpienia ZChZZ jest zwiększone. HTZ może dodatkowo zwiększyć to ryzyko. Dlatego też, HTZ jest przeciwwskazana w tej grupie pacjentek. Rozpoznane czynniki ryzyka ZChZZ obejmują: stosowanie estrogenów, starszy wiek, duże operacje chirurgiczne, przedłużone unieruchomienie, otyłość (wskaźnik masy ciała > 30 kg/m<sup>2</sup>), ciążę, okres połogu, toczną rumieniowatą układową i raka. Nie ma jednoznacznych ustaleń dotyczących potencjalnego wpływu żyłaków na wystąpienie epizodu ZChZZ. U wszystkich pacjentów po operacji chirurgicznej, należy zwrócić szczególną uwagę na profilaktykę ZChZZ. W przypadku przewidywanego przedłużonego unieruchomienia po zabiegu operacyjnym zaleca się odstawienie HTZ na cztery do sześciu tygodni wcześniej. Leczenie można wznowić po powrocie pacjentki do pełnej aktywności ruchowej. U pacjentek bez ZChZZ w wywiadzie, u których wystąpiły przypadki zakrzepicy w młodym wieku u krewnych w pierwszej linii pokrewieństwa można zaproponować badania przesiewowe po dokładnym przedstawieniu ich ograniczeń (badania przesiewowe wykrywają tylko pewien odsetek zaburzeń zakrzepowych). HTZ jest przeciwwskazana, jeśli zaburzenia zakrzepowe, które spowodowały zakrzepicę zostaną stwierdzone wśród członków najbliższej rodziny lub zaburzenie zostało sklasyfikowane jako ciężkie (np. niedobór antytrombiny, białka S, białka C lub kombinacja tych zaburzeń). U kobiet stosujących przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe należy szczególnie dokładnie rozważyć stosunek korzyści do ryzyka przed włączeniem HTZ. W przypadku wystąpienia ZChZZ po rozpoczęciu leczenia HTZ należy przerwać przyjmowanie produktu leczniczego. Należy poinformować pacjentkę o konieczności natychmiastowego kontaktu z lekarzem po stwierdzeniu potencjalnych objawów ZChZZ (np. bolesnego obrzęku nóg, nagłego bólu w klatce piersiowej, duszności). **Choroba niedokrwienna serca:** Randomizowane, kontrolowane badania nie potwierdziły ochronnego wpływu stosowania HTZ złożonej (z zastosowaniem estrogeny i progesteronu) oraz samym estrogenem na zmniejszenie ryzyka zawału mięśnia sercowego u kobiet z lub bez współistniejącej choroby niedokrwiennej serca. Leczenie skojarzone estrogenem z progesteronem: względne ryzyko choroby niedokrwiennej serca w czasie stosowania HTZ estrogenem w skojarzeniu z progesteronem jest nieznacznie zwiększone. Początkowo bezwzględne ryzyko choroby niedokrwiennej serca jest silnie zależne od wieku. Liczba nowych przypadków wystąpienia choroby niedokrwiennej serca z powodu stosowania estrogenów z progesteronami jest bardzo mała u zdrowych kobiet zbliżających się do menopauzy, ale wzrasta wraz z wiekiem. Niedokrwienny udar mózgu: Leczenie skojarzone estrogenem z progesteronem i samym estrogenem jest związane z maksymalnie 1,5-krotnym zwiększeniem ryzyka udaru niedokrwinnego mózgu. Ryzyko względne nie zmienia się wraz z wiekiem lub z upływem czasu od menopauzy. Jednakże, w związku z tym, że początkowo ryzyko wystąpienia udaru jest silnie zależne od wieku, ryzyko całkowite udaru mózgu u kobiet stosujących HTZ wzrośnie wraz z wiekiem. Substancje pomocnicze: Produkt leczniczy zawiera laktazę jednowodną. Produkt leczniczy nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. **Działania niepożądane.** Najczęściej zgłaszane działania niepożądane u pacjentek przyjmujących dydrogesteron w czasie badań klinicznych we wskazaniach do stosowania bez estrogeny to: migrena, bóle głowy, nudności, zaburzenia miesiączkowania, bolesność i (lub) tkliwość piersi. W czasie badań klinicznych z zastosowaniem dydrogesteronu (n=3483) we wskazaniach do stosowania bez estrogeny oraz ze zgłoszeń spontanicznych zaobserwowano następujące działania niepożądane z częstością podaną poniżej: Klasyfikacja układów narządowych wg MedDRA; Częstość (1/100 do <1/10); Niezbyt często (1/1 000 do <1/100); Rzadko (1/10 000 do <1/1 000). Nowotwory łagodne, złośliwe i nieokreślone (w tym torbiele i polipy): Rzadko - Zwiększenie wielkości nowotworów zależnych od progesteronów (np. oponiak)\*. Zaburzenia krwi i układu chłonnego: Rzadko - Niedokrwistość hemolityczna\*. Zaburzenia psychiczne: Niezbyt często - Obniżony nastrój. Zaburzenia układu immunologicznego: Rzadko - Reakcje nadwrażliwości. Zaburzenia układu nerwowego: Często - Migrena, bóle głowy; Niezbyt często - Zawroty głowy; Rzadko - Senność. Zaburzenia żołądka i jelit: Często - Nudności; Niezbyt często - Wymioty. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: Niezbyt często - Zaburzenia czynności wątroby (z żółtaczką, osłabieniem lub złym samopoczuciem i bólami brzucha). Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: Niezbyt często - Alergiczne reakcje skórne (np. wysypka, świąd, pokrzywka); Rzadko - Obrzęk naczynioruchowy\*. Zaburzenia układu rozrodczego i piersi: Często - Zaburzenia miesiączkowania (takie jak: krwotok maciczny, obfite krwawienie, skąpe miesiączki, brak miesiączki, bolesne miesiączkowanie, nieregularne miesiączki), bolesność i (lub) tkliwość piersi; Rzadko - Obrzęk piersi. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: Rzadko - Obrzęk. Badania diagnostyczne: Niezbyt często - Zwiększenie masy ciała. \*Działania niepożądane ze zgłoszeń spontanicznych, które nie były obserwowane w trakcie badań klinicznych zostały zakwalifikowane do częstości „rzadko”, ponieważ oszacowana częstość ich występowania była niższa od górnej granicy 95% przedziału ufności, który wyniósł 3/x, gdzie x=3483 (całkowita liczba pacjentek biorących udział w badaniach klinicznych). Działania niepożądane w populacji młodzieży: Na podstawie zgłoszeń spontanicznych i ograniczonych danych z badań klinicznych wydaje się, że profil bezpieczeństwa u młodzieży będzie podobny do obserwowanego u dorosłych. Działania niepożądane związane z leczeniem estrogenem z progesteronem (patrz także punkt 4.4 i Charakterystyka Produktu Leczniczego zawierającego estrogen): Rak piersi, rozrost błony śluzowej macicy, rak błony śluzowej macicy, rak jajnika; Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ZChZZ); Zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca, udar niedokrwiennej mózgu. **Podmiot odpowiedzialny.** Mylan Healthcare Sp. z o.o., ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu i nazwa organu, który je wydał.** Pozwolenie nr 8685, wydane przez Prezesa URPL, WMPiB. **Kategoria dostępności.** Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza – Rn. Niniejsza informacja została przygotowana 24.04.2018 na podstawie Charakterystyki Produktu Leczniczego Duphaston zatwierdzonej 13.03.2018, z którą należy zapoznać się przed zastosowaniem leku. Dodatkowe informacje dostępne są w Mylan Healthcare Sp. z o.o., ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa, tel. 22 546 64 00, fax: 22 546 64 02. SP-14249



# Diagnostyka USG w leczeniu endometriozy

**ENDOMETRIOZA JEST CHOROBA, KTÓRA DOTYKA OK 10 – 15% KOBIEC, A WŚRÓD KOBIEC LECZONYCH Z POWODU NIEPŁODNOŚCI DIAGNOZOWANA JEST NAWET U 50 – 60%. W każdym przypadku utrzymujących się długotrwanie dolegliwości bólowych w obrębie miednicy mniejszej i jamy brzusznej należy podejrzewać endometriozę.**



FOT. 123RF

**N**ajczęstszym miejscem występowania jest otrzewna miednicy mniejszej i narządy w niej występujące tj. jajniki, jajowody, macica, jelito, moczowody, pęcherz moczowy. Zdecydowanie rzadziej spotykana jest poza miednicą, na przykład w płucach, na siatkówce lub w mózgu. Ultrasonografia przezpochwowa jest metodą z wyboru w diagnozowaniu zmian w obrębie miednicy mniejszej. Większość praktykujących lekarzy ginekologów jest w stanie rozpoznać typową torbiel endometrialną z charakterystyczną zawartością o echogenności przypominającej „tłuczone szkło” (ground glass appearance). Jednak brak torbieli nie wyklucza obecności ognisk endometriozy powierzchniowej i głęboko naciekającej.

## BADANIE USG

Badanie ultrasonograficzne endometriozy ma trzy podstawowe cele. Pierwszym jest rozpoznanie choroby. Drugim, ocena rozległości i zaawansowania zmian, natomiast trzecim, określenie związku między opisanymi w badaniu zmianami a zgłaszanymi przez pacjentkę dolegliwościami (objawami). Prawidłowa, usystematyzowana ultrasonograficzna ocena pozwala na porównanie wyników badań mię-

**Badanie ultrasonograficzne endometriozy ma trzy podstawowe cele. Pierwszym jest rozpoznanie choroby. Drugim, ocena rozległości i zaawansowania zmian, natomiast trzecim określenie związku między opisanymi w badaniu zmianami a zgłaszanymi przez pacjentkę dolegliwościami (objawami).**

dy ośrodkami zajmującymi się diagnostyką i leczeniem chorych z endometriozą oraz na optymalne zaplanowanie leczenia farmakologicznego i operacyjnego. Podsumowaniem pracy nad ujednoliceniem terminologii opisującej endometriozę w ultrasonografii jest opublikowany w 2016 roku przez International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) Group dokument „Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the IDEA group”. Zgodnie z tymi zaleceniami technika badania obejmuje cztery podstawowe kroki. Większość badających kończy badanie na pierwszym kroku, czyli wykonuje podstawowe pomiary, ocenia jajniki, macicę, opisuje ewentualne torbiele endometrialne i obecność adenomiozy. Zgodnie z zaleceniami grupy IDEA, torbiele endometrialne powinny być opisane zgodnie z kryteriami grupy IOTA. Taka ocena ma znaczenie m.in. w przypadku, gdy rezygnujemy z leczenia operacyjnego. Adenomioza też ma różne oblicza – obserwowane zmiany mogą mieć charakter rozsiany, ujawniający się jedynie pod postacią niewielkiej asymetrii ścian macicy i poszerzenia strefy łączącej, może również przyjmować postać jedno lub wieloogniskowych zmian torbielowatych, powodujących znaczące zniekształcenie narządu.

Drugi krok to ocena „miękkich markerów” endometriozy, czyli ocena ruchomości jajników i macicy, poszukiwanie wzrostów, wodniaków jajowodów, skróconych więzadeł. Kolejnym, trzecim etapem jest sprawdzenie tzw. objawu „ślizgania” (sliding sign). W przypadku zmian powodujących zrosty w obrębie załamka pęcherzowo-macicznego lub zatoki Douglasa stwierdzamy negatywny objaw „ślizga-

autor:  
**Joanna Jacko**



## Ważnym i obowiązkowym elementem uzupełniającym jest przezbrzuszne badanie nerek, w celu wykluczenia bardzo niebezpiecznego i na szczęście rzadko występującego w endometriozie „niemego” wodonercza

nia”. Ostatnim, czwartym etapem badania jest poszukiwanie ognisk endometriozы głęboko naciekającej w kompartmentie przednim tj. w okolicy załamka pęcherzowo-macicznego, w pęcherzu moczowym i w okolicy moczowodów oraz w kompartmentie tylnym obejmującym przegrodę odbytniczno-pochwową, odbytnicę, esicę, więzadła krzyżowo-maciczne i sklepienia pochwy. Dużą zaletą badania przy użyciu sondy przezpochwowej jest możliwość współpracy z pacjentką i uzyskania informacji, w których lokalizacjach pacjentka odczuwa tkliwość lub ból.

### „NIEME” WODONERCZE

Ważnym i obowiązkowym elementem uzupełniającym jest przezbrzuszne badanie nerek, w celu wykluczenia bardzo niebezpiecz-

nego i na szczęście rzadko występującego w endometriozie „niemego” wodonercza. W przypadku trudnych do interpretacji obrazów należy rozważyć wykorzystanie innych nieinwazyjnych metod obrazowania, takich jak rezonans magnetyczny czy tomografia

komputerowa - ta znajduje jednak wyraźnie mniejsze zastosowanie w diagnostyce endometriozы.

### PODSUMOWANIE

Zaawansowana postać endometriozы powinna być diagnozowana i leczona przez wielospecjalistyczny zespół obejmujący ginekologów, chirurgów, radiologów, urologów, anestezjologów oraz specjalistów leczenia niepłodności. Prawidłowe i wczesne rozpoznanie oraz właściwa ocena zaawansowania może pozwolić na ustalenie prawidłowego i optymalnego postępowania dla konkretnej chorej, z obowiązkowym uwzględnieniem jej preferencji i oczekiwań.



## DR N. MED JOANNA JACKO

Tytuł doktora nauk medycznych dotyczący patologii ciąży uzyskała w 2003 roku na Pomorskiej Akademii Medycznej. Szkolenie specjalizacyjne z ginekologii i położnictwa ukończyła w II Klinice Położnictwa i Ginekologii w Warszawie. Specjalizację szczegółową z ginekologii onkologicznej odbyła w Centrum Onkologii w Warszawie oraz w Wojskowym Instytucie Medycznym. Specjalizuje się w leczeniu operacyjnym endometriozы głęboko naciekającej oraz diagnostyce ultrasonograficznej. Obecnie pracuje w warszawskim szpitalu Medicover.

REKLAMA

## ROLA BADANIA USG W DIAGNOSTYCE ENDOMETRIOZY

### Warsztat praktyczny z wykorzystaniem aparatów USG

Data: 18 października 2019 r. 9.00 - 18.00

#### Prowadzący:

dr n. med. Joanna Jacko,  
dr n. med. Paweł Siekierski,  
lek. med. Maciej Pliszkiwicz

Cena: 1000 zł

Punkty edukacyjne: OIL: 8 pkt

#### Miejsce:

Warszawa, Szpital Medicover, Al. Rzeczypospolitej 5

Liczba miejsc ograniczona:  
decyduje kolejność opłat za kurs

#### PROGRAM KURSU

- 9:00 - 9:15 Powitanie
- 9:15 - 9:30 Endometriozа - fakty i mity (krótkie przypomnienie jednostki chorobowej)
- 9:30 - 10:00 Symptomatologia
- 10:00 - 10:15 Badania obrazowe w diagnostyce endometriozы
- 10:30 - 11:30 IDEA - schemat badania, terminy, definicje
- 11:30 - 11:45 Przedoperacyjna ocena zaawansowania endometriozы - czy jest przydatna w praktyce
- 11:45 - 12:00 Planowanie zakresu leczenia operacyjnego na podstawie badania USG
- 12:00 - 16:00 Prezentacja przypadków (objawy, badanie USG, zdjęcia i filmy z laparoskopii, zdjęcia preparatów, histopatologia)
- 16:00 - 18:00 USG - live
- 18:00 - 18:15 Test końcowy

W czasie kursu przewidziane są przerwy kawowe i lunch

ORGANIZATOR  
KURSU: **nowy**  
gabinet  
ginekologiczny

PATRON  
MERYTORYCZNY: **MEDICOVER**  
SZPITAL

PATRON  
TECHNOLOGICZNY: **PHILIPS**

Zapisy i informacje: Aleksandra Kowalińska, +48 509 912 963, prenumerata@spsmedia.pl

Zapisy: [www.e-ginekologia.pl](http://www.e-ginekologia.pl) (zakładka: Szkolenia)

# Prezydent podpisał ustawę dotyczącą e-zdrowia

**PREZYDENT ANDRZEJ DUDA PODPISAŁ USTAWĘ DOTYCZĄCĄ WDRAŻANIA ROZWIĄZAŃ W OBSZARZE E-ZDROWIA, KTÓRA DOTYCZY M.IN. UŁATWIENÍ WYSTAWIANIA RECEPT ORAZ OKREŚLANIA POZIOMU REFUNDACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH I WYROBÓW MEDYCZNYCH.** Dotyczy ona upoważniania asystentów medycznych do wystawiania w imieniu lekarzy recept i skierowań w postaci elektronicznej.

**W**szyscy lekarze e-recepty obowiązkowo będą musieli wystawiać od dnia 8 stycznia 2020 r, a rok później, od dnia 8 stycznia 2021 r. również e-skierowania. Zostanie również poszerzony krąg podmiotów uprawnionych do wystawiania recept dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia na bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie.

## ZMIANY W E-RECEPTACH

Nowelizacja wydłuża czas na realizację e-recepty z 30 do 365 dni, zwiększy się także grono lekarzy, którzy będą mieli prawo wypisać leki dla osób powyżej 75 roku życia. Ci pacjenci mają otrzymać receptę także podczas wizyty u lekarza specjalisty i przy wypisie ze szpitala.

E-recepta ma też spełniać wymogi e-recepty transgranicznej. Wystawiona w Polsce będzie mogła zostać zrealizowana w innych krajach Unii oraz Islandii, Norwegii i Liechtensteinie. W systemie informatycznym pojawi się również narzędzie, pomagające określić poziom refundacji, o co postulowało środowisko medyczne. Platforma P1 określi automatycznie poziom odpłatności.

Dodatkowe uprawnienia uzyskali asystenci medyczni. Każdy lekarz może w rejestrze asystentów medycznych upoważnić swoich pracowników, by w jego imieniu wystawiali e-zwolnienia lekarskie, a także e-recepty i e-skierowania.

Jeszcze więcej ułatwień skierowano do pacjentów. W Profilu Zaufanym lub za pomocą e-dowodu każdy pacjent będzie mógł sprawdzić stan finansowania swoich

wizyt, zapisać się do lekarza, sprawdzić jakie recepty, skierowania, czy zwolnienia zostały wystawione. Ponadto, będzie on mógł złożyć skargę do Rzecznika Praw Pacjenta, dostać informacje o wycofanych lekach, itp.

Kolejnym ułatwieniem ma być wykorzystanie e-dowodu. Pacjent do apteki pójdzie z elektronicznym dowodem, a farmaceutka będzie miała od razu dostęp do wystawionych na niego recept.

## PRAWIE WSZYSCY LEKARZE WYSTAWIAJĄ E-ZWOLNIENIA

Janusz Cieszyński, wiceminister zdrowia poinformował, że w Polsce wystawiono już 2,3 mln e-recept i prawie 100 proc. zwolnień. Wynika z tego, że wystawia

je już blisko 100 proc. lekarzy. Rekordowym miesiącem był czerwiec, przystąpiło do tego systemu prawie 400 podmiotów i jest ich już prawie 6000. Ale są też takie podmioty, które podłączyły się do systemu i dopiero czekają, aby zacząć wystawiać e-recepty. Ministerstwo zachęca, by zacząć je wystawiać, bo jest na to specjalne dofinansowanie z NFZ. Warunkiem jest wystawienie choćby jednej recepty w systemie komputerowym.

– Ponad połowa z podmiotów, które mogą wystawiać e-recepty, robi to regularnie – po-

wiedział Bartłomiej Wnuk, Dyrektor Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia w trakcie XXIX Forum Ekonomicznego w Krynicy. Tłumaczył, że z informacji, które napływają, wynika, że pacjenci prosząc o e-recepty sami wskazują na związane z nimi udogodnienia. Wśród nich wymieniają możliwość wykupienia leku w różnych aptekach bez konieczności

**Nowelizacja wydłuża czas na realizację e-recepty z 30 do 365 dni; zwiększy się również grono lekarzy, którzy będą mieli prawo wypisać leki dla osób powyżej 75 roku życia**

posiadania recepty przy sobie, czy brak konieczności pojawiania się u lekarza, gdy dany lek przyjmują regularnie.

## PRZEWODNIK CYFRYZACJI DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH

Naczelna Izba Lekarska zdaje sobie sprawę z tego, że nie dla wszystkich lekarzy przejście na systemy komputerowe jest proste i oczywiste. Dlatego na swojej stronie opublikowała w formie tablic informacyjnych oraz filmów wideo przewodnik po cyfryzacji dokumentacji medycznej. Opracowanie to ma pomóc lekarzom w dostosowaniu swoich gabinetów do nowych przepisów. Pierwszym czekającym lekarzy obowiązkiem jest przejście w styczniu 2020 r. na wystawianie recept elektronicznych.

– Z wyjątkiem recept i skierowań nie ma jednego uniwersalnego terminu, po którym papierowa dokumentacja nie może być dłużej prowadzona i musi ją zastąpić dokumentacja elek-

troniczna – poinformował Andrzej Cisło, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Zespołu ds. Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

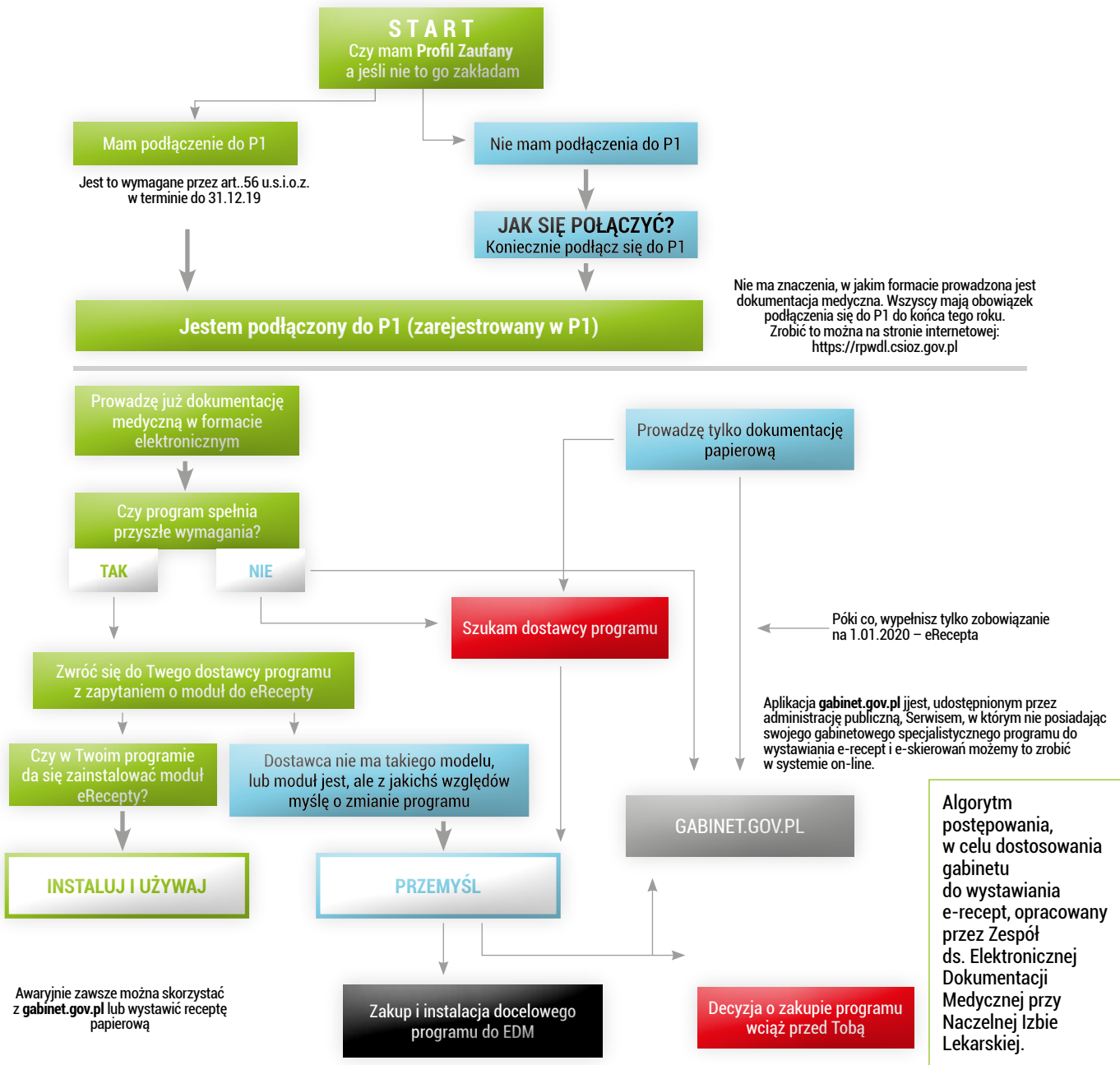
Obok drukujemy algorytm postępowania w celu dostosowania gabinetu do wystawiania e-recept opracowany przez Zespół ds. Elektronicznej Dokumentacji Medycznej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.



## PIOTR SZYMAŃSKI

Zastępca redaktora naczelnego - Nowy Gabinet Ginekologiczny

# ALGORYTM DECYZYJNY - eRECEPTA





# Czy strona internetowa gabinetu jest reklamą?

**STRONA INTERNETOWA TO PRZED WSZYSTKIM WIZYTÓWKA PLACÓWKI MEDYCZNEJ, MIEJSCE DO PUBLIKOWANIA INFORMACJI NA TEMAT ŚWIADCZONYCH USŁUG, DANYCH KONTAKTOWYCH ORAZ MOŻLIWOŚĆ REJESTRACJI ON-LINE.** Przy placówkach publicznych jest to również BIP. Strona internetowa nie jest reklamą, choć w niektórych przypadkach może mieć takie znamiona.



## **CZY STRONA INTERNETOWA GABINETU TO REKLAMA?**

Reklamą według ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) jest promocja, zachęta oraz obietnica, czy jawne podkreślanie jakości posiadanej aparatury lub kompetencji specjalisty. Coś, co w jasny i oczywisty sposób wyróżnia placówkę na rynku. Z tego też powodu, na stronie internetowej powinniśmy unikać epatowania takimi informacjami. Możemy natomiast edukować i uświadaczać pacjentów w zakresie możliwości leczenia, czy publikować informacje dotyczące ceny zabiegów. Nawet jeśli pacjent odniesie wrażenie, że mamy najnowocześniejszy sprzęt i unikatowe kompetencje na rynku, to w dalszym ciągu nie jest to reklama. Takie działanie wymaga przemyślanej strategii opartej na psychologicznej analizie grupy docelowej pacjentów i sposobu rozmieszczenia treści na stronie.

Warto dodać, że lekarz powinien promować zdrowie, a co za tym idzie swoją markę osobistą. Zarówno na stronie, jak i w innych działaniach marketingowych można podkreślać konieczność wykonania badań cytologicznych,

kontroli ginekologicznej, a także możliwości zabiegów ginekologii estetycznej i opatrywać je wizerunkiem i nazwiskiem lekarza specjalisty.

## **JAKIE CECHY MUSI SPEŁNIAĆ STRONA INTERNETOWA, BY SKUTECZNIE POZYSKIWAĆ PACJENTÓW?**

Strona internetowa, to nie tylko wizytówka gabinetu, ale pierwsza linia frontu w kontakcie z pacjentem. To na niej pacjent będzie poszukiwał telefonu oraz możliwości rejestracji i potwierdzenia wiarygodności placówki. Im szybciej i łatwiej te informacje otrzyma, tym większa szansa, że pojawi się właśnie w naszym gabinecie.

Wyznacznikiem dobrej strony jest jej responsywność (RWD), bezpieczeństwo (protokół https, ssl), intuicyjność obsługi i nawigacji (UX), szybkość wczytywania i przede wszystkim aktualność i merytoryczność zamieszczonych informacji.

Responsywna strona internetowa to taka, której wygląd dostosowany jest do wyświetlania na różnych ekranach, z naciskiem na telefony komórkowe. Wciąż wiele

placówek nie ma strony mobilnej lub RWD. Warto zdać sobie sprawę, że średnio 90% ruchu na stronach placówek medycznych jest realizowana właśnie z telefonów komórkowych. Co za tym idzie, nawet najlepiej prezentująca się strona, dopasowana tylko do ekranów komputerowych, nie wyświetli się poprawnie na smartfonie czy tablecie. Ponadto, polityka „mobile” realizowana przez przeglądarkę Google, dyskryminuje te strony w wynikach wyszukiwania, podobnie jak strony bez szyfrowania połączeń SSL.

Certyfikat SSL odpowiada za cyfrowe bezpieczeństwo użytkownika podczas wypełniania formularzy i zostawiania danych kontaktowych. Bezpieczna strona to taka, której adres poprzedzony jest ikoną zamkniętej kłódki i zaczyna się od „https://www.....”. Taka funkcjonalność wymaga zakupu od firmy hostingu lub sprzedawcy domeny odpowiedniego certyfikatu i jego instalowania w serwisie.

Będąc przy temacie bezpieczeństwa, nie możemy nie wspomnieć o klauzulach RODO, które powinny być zawarte w Polityce Cookies oraz Polityce Prywatności i zamieszczone w widocznym miejscu na stronie. Najczęściej jest to dół strony, obok informacji kontaktowych.

Użyteczność (UX) i łatwość poruszania się po serwisie to elementy, które w największym stopniu mogą przełożyć się na konwersję, a więc fizyczny kontakt pacjenta z placówką. Im łatwiej użytkownicy docierają do informacji, tym lepsza jest strona.

Musimy pamiętać, że pierwsze 1 – 3 sekundy decydują o dalszej analizie serwisu. W tym czasie musimy przekazać informacje, które przekonają użytkownika, że znalazł się w miejscu, którego szukał i zachęcić do dalszego przeglądania strony, a najlepiej kontaktu. Kluczowy jest też czas ładowania strony, który nie powinien przekraczać 3 sekund.

Warto zwrócić uwagę na menu strony, które powinno być wygodne w obsłudze na telefonach komórkowych. Nic bardziej frustruje użytkowników, jeśli chcą „kliknąć” i przejść do innego miejsca serwisu lub połączyć się telefonicznie, a przycisk jest „niemy” lub z uwagi na niewielkie rozmiary prowadzi w niechciane miejsce.

### JAKIE TREŚCI POWINNY BYĆ NA STRONIE INTERNETOWEJ?

Warto również poświęcić chwilę na treści zawarte na stronie internetowej. Powinny



one zawierać informacje o świadczonych usługach, lekarzach, specjalistach, a także możliwościach rejestracji, w tym rejestracji internetowej, jeśli taka istnieje.

Najważniejszymi elementami są: architektura treści i przystępny, zrozumiały dla pacjenta, język. To rodzi najwięcej problemów i wątpliwości. Jak podzielić usługi, czy prezentować wszystkie, opisując również badanie cytologiczne, czy potraktować je kompleksowo wypisując w punktach to czym się zajmujemy? To pytanie jest o tyle kluczowe, gdyż realnie przekłada się na złożoność i funkcjonalność naszego serwisu, a co za tym idzie jego cenę. Jedną podstroną ze wszystkimi wymienionymi usługami to forma wizytówki. Jest prosta i oczywista dla pacjenta.

Jednak, skoro nie możemy oficjalnie się reklamować, to może warto wykorzystać marketingowo podstronę usług do przekazania informacji o specyfice i efektach niektórych zabiegów? Właściwie rozbudowana strona internetowa, to narzędzie do pozycjonowania w Google. Co więcej, to oszczędność czasu poświęcanego na powielanie tych samych informacji przekazywanych pacjentom podczas wizyty. Zamieszczenie ich na stronie pozwoli na przekierowanie pacjenta do serwisu i skoncentrowanie się na leczeniu i dokumentacji lekarskiej, zwiększając efektywność pracy.

Jeśli są pytania, które pacjenci zadają bardzo często, to warto rozważyć wdrożenie podstrony FAQ – pytań i odpowiedzi lub bloga. To drugie rozwiązanie jest szczególnie polecane w zakresie pozycjonowania, gdyż

naturalnie „wyciągają” serwis internetowy w wynikach wyszukiwania.

Ważnym elementem strony jest cennik. Przed jego publikacją należy się jednak zastanowić nad strategią polityki cen, gdyż z pewnością nie umknie on uwadze również naszej konkurencji. Dumpingowanie wzajemne cen jest niebezpieczne, gdyż mimo zadowolenia pacjenta z atrakcyjności oferty, może doprowadzić do nierentowności gabinetu. Samo zamieszczenie cennika, nie jest reklamą, a informacją o kosztach usługi, które w imię przepisów powinny być jawne.

### CZY WARTO MIEĆ WŁASNĄ STRONĘ INTERNETOWĄ?

Dziś strona internetowa to konieczność dla każdego gabinetu ginekologicznego, ginekologii plastycznej czy estetycznej. To miejsce, w którym pacjenci potwierdzają wiarygodność placówki i lekarzy w niej pracujących.

Dobra strona internetowa, właściwie prowadzona i pozycjonowana podpowiada się w pierwszej dziesiątce wyników wyszukiwania i „przyprowadza” pacjentów do gabinetu.

To również „ładowisko” dla wszystkich działań marketingowych realizowanych w prasie i Internecie. Najlepiej, by reklamy Google Ads, Facebook Ads kierowały od razu na odpowiednią podstronę serwisu. Natomiast materiały drukowane, prasowe i medialne do strony głównej.

Warto pamiętać, że strona internetowa, by była bezpieczna i atrakcyjna dla pacjenta, wymaga stałej opieki administracyjnej, serwisowej i marketingowej.



## EWELINA GOŚCICKA

MEDIO | MarketingMedyczny.com

Medical Marketing Brand and PR Manager, właściciel agencji marketingu medycznego MEDIO, specjalizującej się w holistycznym podejściu do marketingu i realizującej nowoczesne strategie pozyskiwania pacjentów oraz budowania popytu na usługi medyczne, dbając o wizerunek i wiarygodność marki.

SZTUCZNA INTELIGENCJA MOŻE ZMIENIĆ BADANIA PRZESIEWOWE  
W KIERUNKU RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE

# AVE życie!

**BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA SZYJKI MACICY BAZUJĄCE NA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI SĄ BARDZO OBIECUJĄCE W DIAGNOSTYCE RAKA SZYJKI MACICY.** Będąc w stanie wykryć zmiany nowotworowe na podstawie pojedynczego obrazu, AVE pomoże ograniczyć śmiertelne przypadki tej choroby. Aby technologia ta dotarła do wszystkich kobiet, musi trafić z laboratorium do klinik.

## CZYM JEST AVE?

Algorytm zautomatyzowanej oceny wizualnej (AVE), wstępnie zatwierdzony przez NCI (amerykański Narodowy Instytut Onkologiczny) i NLM (amerykańską Krajową Bibliotekę Medyczną), jest algorytmem opartym na uczeniu maszynowym. Weryfikuje on cyfrowy obraz szyjki macicy pod kątem obecności zmian nowotworowych lub przednowotworowych. Analiza daje albo wynik dodatni, wskazujący na obecność problematycznych zmian chorobowych, które mogą wskazywać na raka lub zwiększać prawdopodobieństwo jego rozwoju w najbliższej przyszłości, albo wynik ujemny, co oznacza, że nie występuje zwiększone ryzyko zachorowania.

## W JAKI SPOSÓB PRZEBIEGAŁO BADANIE NCI?

Stworzenie algorytmów sztucznej inteligencji, opartych na procesie głębokiego uczenia się, wymaga niezawodnego źródła danych, służących jako podstawa do analizy. Dane, które NCI wykorzystał do tego celu, pochodzą z badań przeprowadzonych przez Instytut w latach 1993 – 2000 w Kostaryce. Połączono je z informacjami pochodzącymi z rejestru nowotworów z okresu 18 lat. Naukowcy otrzymali obrazy zdrowych oraz będących w stadium przednowotworowym szyjek macicy wraz z potwierdzeniem, u których pacjentek rozwinął się później nowotwór.

W badaniu NCI zautomatyzowana ocena wizualna była w stanie wykryć oznaki raka lub zmian przednowotworowych z ponad 90 proc. dokładnością, znacznie wyższą niż w przypadku testu Pap (71%), który jest obecnie światowym standardem. Pod względem dokładności AVE



*Dzięki EVA System z VisualPap 10 lekarzy biorących udział w badaniu, w ciągu kilku minut otrzymywało prognozę stworzoną przez sztuczną inteligencję, zamiast czekać kilka dni na wyniki z laboratorium.*

przeżyła nawet interpretację tych samych obrazów szyjki macicy dokonaną przez doświadczony personel.

Badanie NCI wykazało, że zautomatyzowana ocena wizualna może zaoferować znacznie dokładniejszą i bardziej opłacalną metodę badania przesiewowego pod kątem raka szyjki macicy.

## W CZYM AVE PRZEWYŻSZA DOTYCHCZASOWE METODY?

Testy Pap i HPV opierają się na laboratoryjnej analizie próbek pobranych od pacjentki. Na wyniki trzeba czekać kilka dni, a czasem nawet tygodni, przez co częste



## VisualPap to badanie przesiewowe wykonywane w punkcie diagnostycznym, oparte na technologii AVE (Automated Visual Evaluation). Ocenia ono ryzyko dysplazji szyjki macicy z dużą dokładnością, umożliwiając natychmiastowe zaplanowanie kolejnych kroków

jest zaniechanie dalszego badania lub leczenia ze strony pacjentek. Za przykład może posłużyć przypadek amerykańskiej firmy Kaiser Permanente zajmującej się opieką medyczną – aż 25% pacjentek tej firmy, u których cytologia wykazała zmiany wysokiego stopnia, nie poddaje się dalszym badaniom, które mogłyby ocalić ich życie.

Zautomatyzowana ocena wizualna ma na celu sprostanie powyższym wyzwaniom. Ponieważ wyniki są dostępne od razu w placówce, w której wykonywane jest badanie, lekarz może na miejscu zaproponować pacjentce dalszą diagnostykę. Algorytm oferuje znacznie wyższy poziom dokładności niż Pap, a ponieważ ocenia obecność zmian nowotworowych (CIN2+), zmniejsza ryzyko nie trafnej diagnozy, mogące wystąpić w przypadku testu na HPV.

### CZYM JEST VISUALPAP?

VisualPap to pierwszy komercyjny produkt wykorzystujący moc uczenia maszynowego do badań przesiewowych w kierunku raka, przy użyciu wizualizacji szyjki macicy. Specjaliści z MobileODT opracowali algorytm, wykorzystując obrazy szyjki macicy udostępnione przez partnerów badawczych z całego świata, które zostały zarejestrowane wyłącznie za pomocą systemu EVA i potwierdzone przez biopsję. Przy zastosowaniu najbardziej rygorystycznych standardów VisualPap został zarówno zweryfikowany, jak i przetestowany przy użyciu unikatowych zestawów danych, co jest najwyższym standardem kontroli jakości w przypadku sztucznej inteligencji.

VisualPap to opracowana przez firmę MobileODT wersja zautomatyzowanej oceny wizualnej (AVE) – rozwiązania przeznaczonego do badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, które zostało najpierw oficjalnie potwierdzone badaniami przez Narodowy Instytut Onkologiczny i Krajową Bibliotekę Medyczną w USA. Firma MobileODT uczestniczyła w pierwotnych badaniach, a następnie – za pomocą unikatowego zbioru danych – przekształciła AVE w klinicznie użyteczny produkt.

### VISUALPAP W PUNKCIE DIAGNOSTYCZNYM: CASE STUDY Z KOREI

Lekarze z Korei Południowej uczestniczyli w pilotażowym projekcie wdrożenia sztucznej inteligencji w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Wstępne wyniki wykazały, że możliwa jest natychmiastowa implementacja tego rozwiązania w placówkach diagnostycznych.

Ten olbrzymi przełom został zaprezentowany podczas dorocznego forum naukowego ASCCP 2019 w Atlancie w USA. Koreańskie badanie było pierwszym pilotażowym wdrożeniem sztucznej inteligencji w procesie wizualnego wykrywania raka szyjki macicy. Program ten nie tylko wykazał, że sztuczna inteligencja może wykryć raka szyjki macicy po analizie pojedynczego

obrazu, ale również dowiodł, że jest ona bardziej niezawodna niż tradycyjna cytologia Pap.

10 klinik i 212 kobiet wzięło udział w pilotażowym wdrożeniu mobilnego kolposkopu EVA System przy wykorzystaniu oprogramowania VisualPap MobileODT opartego na sztucznej inteligencji. Program odbywał się pod okiem firmy Laonz – południowokoreańskiego dystrybutora sprzętu medycznego, który chce usprawnić badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy w Korei, aby zapewnić kobietom najlepszy światowy standard opieki.

– Dzięki EVA System z VisualPap 10 lekarzy biorących udział w badaniu, w ciągu kilku minut otrzymywało prognozę stworzoną przez sztuczną inteligencję, zamiast czekać kilka dni na wyniki z laboratorium – mówi Thomas Han z firmy Laonz. – We wszystkich przypadkach, w których wynik biopsji wskazywał na zmiany CIN2 lub poważniejsze, również VisualPap wykrywał zmiany wysokiego stopnia, co jest rzeczywiście obiecujące. Han podkreśla, że we wdrożeniu pilotażowym test, w połączeniu z VisualPap, przewyższył cytologię Pap pod względem możliwości prognozowania raka.

### TEST VISUALPAP W POLSCE: CASE STUDY

Wybrani polscy lekarze biorą udział w pierwszym europejskim teście badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy, opartego na sztucznej inteligencji i stanowiącego uzupełnienie kolposkopii. Wyniki tego badania zostaną przedstawione na konferencji Eurogin w grudniu w Monako.

Badaniem zostały objęte pacjentki 5. placówek w całej Polsce. Wykonywane jest pierwotne bada-

nie przesiewowe – cytologia oparta na płynach i cytologia konwencjonalna, a w niektórych przypadkach także równoczesny test HPV. Pacjentki poddawane są standardowej kolposkopii, obejmującej wykonanie 1-3 cyfrowych zdjęć szyjki macicy. Dokonuje się biopsji i przesyła próbki do analizy histopatologicznej. Pozytywne wyniki histopatologiczne zostały oznaczone jako CIN2 lub wyższe i wysłane po ich anonimizacji. Wyniki histopatologii zostaną wykorzystane jako punkt odniesienia dla modelu uczącego sztucznej inteligencji.

W trakcie badania obrazy zarejestrowane w punkcie diagnostycznym są następnie automatycznie przesyłane do bezpiecznego portalu internetowego MobileODT w celu analizy retrospektywnej, przy użyciu algorytmu VisualPap. Daje to wynik określający na podstawie obrazów prawdopodobieństwo patologii.

Lekarze biorący udział w badaniu są optymistycznie nastawieni do stosowania VisualPap. Dr Grzegorz Głęb – GMW Centrum Diagnostyki Ginekologiczno – Położniczej w Opolu, mówi: „Obrazowanie szyjki macicy było wcześniej stosowane jako druga metoda diagnostyczna. Teraz widzimy, że dzięki nowej technologii cyfrowej można je stosować w pierwszej kolejności.

*EVA System dostępna jest już w języku polskim i wkrótce jej użytkownicy będą mogli korzystać z innowacyjnej technologii VisualPap wykorzystującej sztuczną inteligencję.*





**Dr Wojciech Homola:** „VisualPap to doskonała innowacja. Jest to przydatne narzędzie dla ginekologów, którzy mogą teraz zaoferować swoim pacjentkom wstępną, natychmiastową, ocenę szyjki macicy”.

**Dr Grzegorz Głąb:** „Obrazowanie szyjki macicy było wcześniej stosowane jako druga metoda diagnostyczna. Teraz widzimy, że dzięki nowej technologii cyfrowej można je stosować w pierwszej kolejności”.

Po krótkim szkoleniu z technologii VisualPap może korzystać personel medyczny bez dużego doświadczenia, np. stażyści, rezydenci, położne, a także specjaliści ginekologii i położnictwa, na co dzień nie zajmujący się patologią szyjki macicy”.

Jedną z głównych korzyści, zauważonych przez doktora Głąba, było przyspieszenie procesu badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Jak wyjaśnia: „Nastąpił zwrot w kierunku badań molekularnych DNA HPV HR jako pierwotnego badania przesiewowego raka szyjki macicy. Jednocześnie wykonywanie testu przy użyciu technologii VisualPap pozwoli na szybsze wyodrębnienie pacjentek z podejrzeniem zmian H SIL oraz skierowanie ich do weryfikacji histopatologicznej i leczenia”.

W badaniu uczestniczy również doktor Wojciech Homola z Wrocławia. Podkreśla on potencjalną korzyść dla pacjentek, ponieważ natychmiastowy wynik w punkcie diagnostycznym zmniejsza niepewność w procesie badań przesiewowych:

„VisualPap to doskonała innowacja. Jest to przydatne narzędzie dla ginekologów, którzy mogą teraz zaoferować swoim pacjentkom wstępną, natychmiastową, ocenę szyjki macicy. Pacjentki, szczególnie z przypadkami raka lub HPV w rodzinie, martwią się o wyniki cytologii, a te dostępne są po co najmniej 2 tygodniach. Korzystając z VisualPap, mogliśmy zapewnić pacjentkom spokój aż do otrzymania wyników cytologii. VisualPap może również sprawić, że badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy staną się dostępne dla

większej liczby kobiet, a liczba przypadków, w których pacjentki zaniechały dalszej obserwacji, obniży się”.

### **KIEDY VISUALPAP BĘDZIE DOSTĘPNY?**

MobileODT znajduje się w końcowej fazie rozwoju VisualPap. W nadchodzących miesiącach ta przełomowa technologia zostanie wdrożona w niektórych kluczowych regionach. Obecnie VisualPap oczekuje na certyfikację CE, po której może nastąpić jego europejska premiera.



### **JONAH MINK, MD.**

**Dyrektor medyczny, MobileODT.** Lekarz i przedsiębiorca społeczny, obecnie pracujący w Filadelfii. Absolwent amerykańskiego Uniwersytetu w Pensylwanii (medycyna rodzinna i zdrowie społeczne). Tworzył i współpracował przy wielu innowacyjnych projektach i startupach, których celem jest poprawa jakości opieki medycznej. Pasjonat nowoczesnych technologii i budowania multidyscyplinarnej współpracy publiczno-prywatnej.



Pierwotne bolesne mięśniakowanie<sup>1</sup>

# Nimesil<sup>®</sup>

Nimesulidum

leczenie bólu ostrego,  
pierwotne bolesne mięśniakowanie<sup>1</sup>

szybki początek działania  
przeciwbólowego po 15 minutach<sup>2</sup>

szczególnie odpowiedni w leczeniu różnych  
form ostrego bólu zapalnego<sup>3</sup>

niskie ryzyko krwawień z górnego  
odcinka przewodu pokarmowego  
vs ketoprofen i naproksen<sup>4</sup>

Przygotowano: październik 2019, PL-NIM-2019-C3-12-PRINT

50%<sup>12+</sup>  
refundacja\*  
lat<sup>1</sup>



1. ChPL Nimesil<sup>®</sup> (aktualizacja 11.02.2014).
2. Na podstawie: Rainford 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.

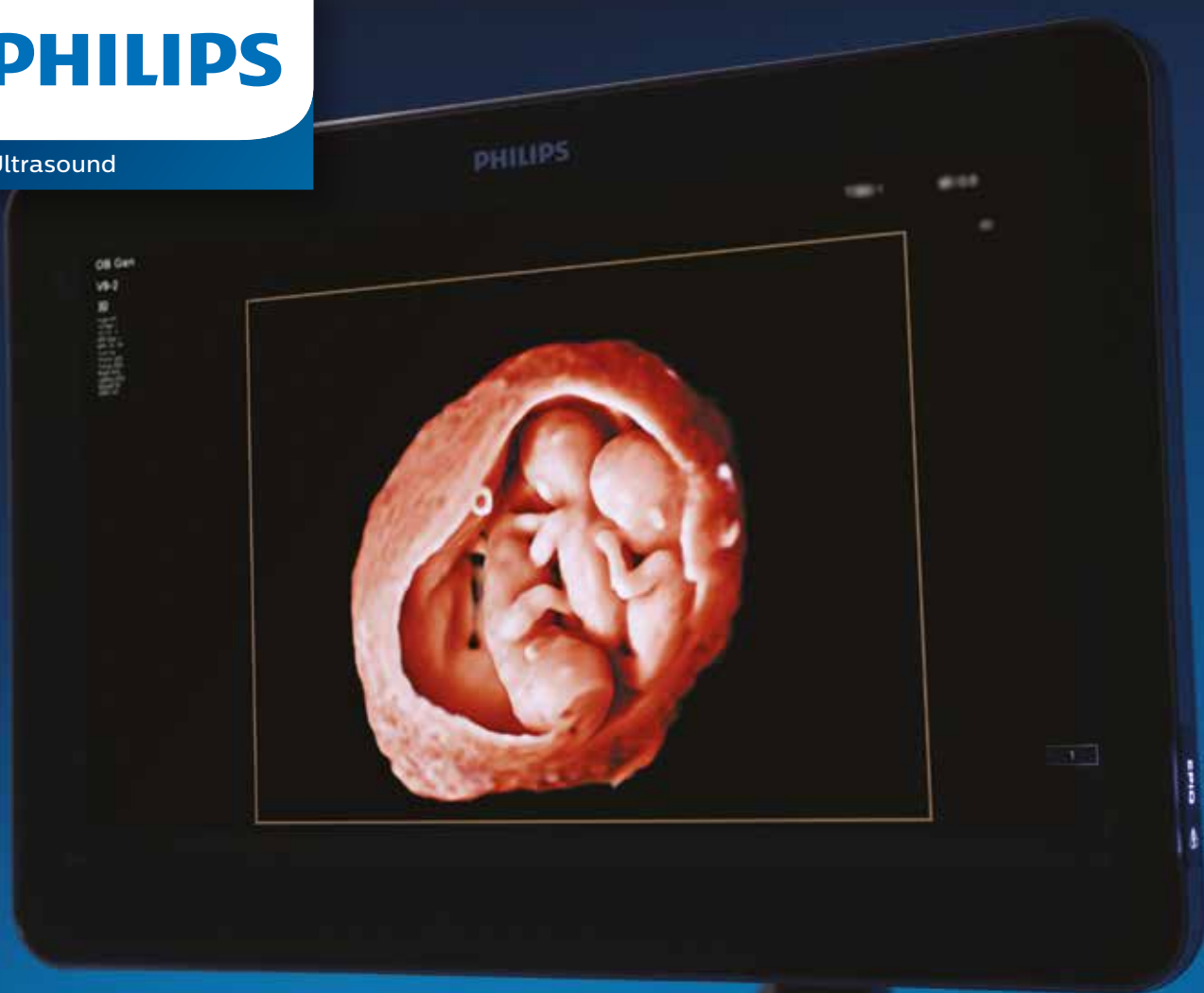
\* Dotyczy opakowania 30-saszetkowego. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 01.09.2019 r. Nimesulid należy przepisywać wyłącznie jako lek drugiego rzutu. Najdłuższy czas nieprzerwanego stosowania nimesulidu wynosi 15 dni. Obowiązkowa informacja o leku znajduje się w dalszej części publikacji.

 BERLIN-CHEMIE  
MENARINI



# PHILIPS

Ultrasound



## Odkryj wyjątkową jakość obrazowania Philips EPIQ Elite

Nowa, niezwykle lekka i cicha głowica wolumetryczna **V9-2** z technologią **Pure Wave** i **Broadband** oraz funkcją TrueVue z wirtualnym źródłem światła, zapewnia niezwykle jakość obrazowania 2D oraz fotorealistyczne obrazowanie 3D/4D.



innovation  you

[www.philips.pl/ginekologia](http://www.philips.pl/ginekologia)