

nowy

dwumiesięcznik

# gabinet

## ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka  
terapia  
prawo medyczne

nr **5**  
(54) 2020

## Dezynfekcja przeciwko wirusowi SARS-CoV-2




### GINEKOLOGIA:

- Zespół niewydolności żyłnej miednicy
- Test antygenowy do zadań pilnych
- Choroba hemoroidalna u kobiet w ciąży
- W poszukiwaniu metod leczenia liszaja twardziny sromu

### PRAWO:

- Ograniczenia w korzystaniu z praw pacjenta w czasie pandemii
- Pytania do prawnika
- Procedury wdrożone w Instytucie Matki i Dziecka w dobie koronawirusa



# Szybki test antygenowy na obecność wirusa SARS-CoV-2

ZAMÓW TEST:  
[testujcovid.pl](https://testujcovid.pl)

## Test diagnostyczny do użytku profesjonalnego

### Bardzo dokładny

Czułość: 92,5%, swoistość: 99,2%  
(w porównaniu z PCR).

### Szybki

Wynik już po 15–20 minutach.

### Bez laboratorium badawczego

Przeszkolony personel medyczny może wykonać test w dowolnym miejscu.

### Potwierdzony klinicznie

Jest wiarygodny i sprawdzony klinicznie.  
Posiada certyfikat CE i oznaczenie IVD.

### Działa w oparciu o płytki wymaz

Polega na powierzchniowym pobraniu wymazu z nosa lub gardła.



### Test API Covid-Rapid Antigen

Minimalne zamówienie 25 szt.  
Dostępne również duże ilości testów.

**TO JEST CZAS NA TESTOWANIE.  
TAK SZYBCIEJ POKONAMY WIRUSA.**



Mobile  
SCANMED  
Systems

Marcin Weksler | tel. 512 354 354  
[marcin.weksler@mobilescanmed.pl](mailto:marcin.weksler@mobilescanmed.pl)  
[testujcovid.pl](https://testujcovid.pl)

**Wydawca:**



**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:**

Magdalena Kowalczyk

**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 skraccania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

# W NUMERZE

**4**  
**Miscellanea**

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

**10**  
**Pytania  
do prawnika**

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

**14**  
**Zespół niewydolności  
żyłnej miednicy**

Zespół przekrwienia miednicy (PCS – pelvic congestions syndrome), a obecnie coraz częściej nazywany zespołem niewydolności żyłnej miednicy (PeVD – Pelvic Venous Disease) jest rzadkim, słabo poznanym i często błędnie diagnozowanym zaburzeniem krążenia żylnego w obrębie miednicy.

**18**  
**Test antygenowy do zadań  
pilnych**

Pomimo panującej pandemii nadal chorujemy i będzie-

my chorować, nie tylko na koronawirusa. Rak szyjki macicy czy piersi, które są najczęściej diagnozowanymi nowotworami wśród kobiet – nie zniknęły.

**20**  
**Dezynfekcja przeciwko  
wirusowi SARS-CoV-2**

Celem tego artykułu jest przybliżenie różnych technologii, które są wykorzystywane do walki z wirusem COVID-19. Jak wiemy, wirus ten rozprzestrzenia się drogą kropelkową i zostaje naniesiony na powierzchnie, pozostając na nich przez pewien czas.

**26**  
**Ograniczenia w korzystaniu  
z praw pacjenta**

W związku z zagrożeniem epidemiologicznym możliwe jest wprowadzenie ograniczeń w korzystaniu z praw pacjenta. Należy jednak takie ograniczenia wprowadzać bardzo ostrożnie.

**28**  
**W poszukiwaniu metod  
leczenia liszaja twardzino-  
wego sromu**

Coraz częściej do gabinetów ginekologicznych zgłaszają się pacjentki z dolegliwościami,

które klasyfikujemy, jako liszaj twardzinowy sromu (VLS). Jednak tradycyjne leczenie miejscowe (sterydy, inhibitory kalcyneuryny) skuteczne są jest jedynie w ograniczonym zakresie. Nadzieję na skuteczne leczenie dają prowadzone właśnie badania z użyciem lasera frakcyjnego CO<sub>2</sub>.

**30**  
**Procedury w IMID  
w dobie koronawirusa**

Procedury wdrożone po pojawieniu się koronawirusa w Warszawie uchroniły większość pacjentów Instytutu Matki i Dziecka przed zakażeniem. W szpitalu od marca było kilkanaście przypadków zakażenia personelu każdego szczebla oraz trzy zakażenia wśród pacjentów.

**32**  
**Choroba hemoroidalna  
u kobiet w ciąży**

Szacuje się, że choroba hemoroidalna dotyka 50 proc. populacji. Bardzo często objawy związane z chorobą hemoroidalną pojawiają się w przebiegu ciąży. Badania wskazują, że jest to nawet 85 proc. wszystkich ciężarnych.

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

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

**Jak zamówić prenumeratę Nowego Gabinetu Ginekologicznego**

Na konto, podane obok, należy wpłacić 99 zł (prenumerata roczna) lub 190 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  
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 poczcie.
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający.
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca.



# MISCELLANEA

## KORONAWIRUS

# Analizowano zdrowie psychiczne ciężarnych w czasie pandemii COVID-19

**P**RZEPROWADZONO BADANIA, W KTÓRYCH PRZEANALIZOWANO ZDROWIE PSYCHICZNE KOBIEC W CIĄŻY PODCZAS PANDEMII COVID-19. Wyniki ujawniły strach i depresję u wielu z nich.

Panie obawiały się, że potencjalnie zarażone osoby były niezabezpieczone i nieizolowane, bały się również tego, że samozakażenie może wpłynąć na zdrowie ich dziecka. Bały się również samego zakażenia i izolacji. Autorzy wezwali lekarzy do szybkiej oceny reakcji psychicznych kobiet w ciąży i udzielenia im wskazówek, jak zwiększyć ich poczucie bezpieczeństwa i złagodzić obawy związane z COVID-19. – Jeśli kobieta w ciąży zostanie zdiagnozowana lub podejrzewa się zakażenie COVID-19, może to wywoływać stres psychologiczny o różnym stopniu, taki jak strach i niepokój, co nie sprzyjałoby zdrowiu matki lub dziecka – powiedział współautor Xiu-Min Jiang, ze szpitala położniczego i dziecięcego Fujian w Chinach. (PT)



FOT. 123 RF

## KORONAWIRUS

### Rzecznik Praw Pacjenta o oddzielaniu narodzonych

**RZECZNIK PRAW PACJENTA POINFORMOWAŁ, ŻE EPIDEMIA KORONAWIRUSA TO NIE POWÓD, ABY SZPITALA ODDZIELAŁY MATKI OD NOWO NARODZONYCH DZIECI.**

Rzecznik Praw Pacjenta uznał, że praktyka stosowana w jednym ze szpitali z województwa łódzkiego, polegająca na separowaniu matek od ich nowo narodzonych dzieci, urodzonych drogą cesarskiego cięcia, do czasu uzyskania negatywnego wyniku testu na obecność u matki koronawirusa – narusza zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych – czytamy na stronach rządowych.

– Tylko przesłanki medyczne, w tym podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia, mogą uzasadniać oddzielenie matki od dziecka. W pozostałych sytuacjach takie postępowanie będzie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a także standardami organizacyjnymi opieki okołoporodowej określonymi przez Ministra Zdrowia. Pierwsze kontakty po porodzie są niezwykle ważne, zarówno dla matki, jak i dziecka. Ograniczenia w tym zakresie mogą występować jedynie w wyjątkowych, uzasadnionych sytuacjach – dodaje rzecznik. (PT)

## GABINETY

### Ankieta pomoże w identyfikacji potrzeb prawnych lekarzy

**WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA PRZYGOTOWAŁA ANKIETĘ, KTÓRA MA POMÓC W IDENTYFIKACJI POTRZEB PRAWNYCH LEKARZY.** Wiemy jak ważne w życiu lekarza i lekarza dentystry są aspekty prawne jego pracy.

Zależy nam na jak najlepszym dopasowaniu rozwiązań wsparcia prawnego proponowanego przez Wielkopolską Izbę Lekarską – czytamy na stronie internetowej WIL. Izba informuje, że im więcej opinii uda się pozyskać, tym skutecznie sprostą oczekiwaniom środowiska. Wielkopolska Izba Lekarska apeluje, by nie tylko ją wypełnić, ale również udostępnić ją wśród lekarzy. Ankietę można znaleźć pod tym linkiem – <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL-SeXzIUmWKe9SYlG8nqfux991Tk7NTacPdQlMpez3Qmt-mX-zHw/viewform> (PT)

W TELEWIZJI

# Piotr Kolczewski poprowadził program w Discovery Life

**I**NTYMNE METAMORFOZY TO NOWY PROGRAM EMITOWANY W STACJI DISCOVERY LIFE. Pierwszy odcinek został wyemitowany 28 października. Głównym prowadzącym program jest dr n. med. Piotr Kolczewski.

O tych problemach nie mówi się publicznie. Jednak bohaterki tej serii dokumentalnej przerywają tabu, by stać się głosem wszystkich kobiet cierpiących po cichu. Czy operacja będzie dla nich szansą na lepsze życie? Premierowy odcinek programu „Intymne metamorfozy” miał miejsce 28 października na Discovery Life.

Kobiety z problemami tej natury często mierzą się z traumą samotnie. Deformacje, blizny i dysfunkcje miejsc intymnych to dla większości powód do wstydu i kompleksów. Spowodowane trudnym porodem, tragicznym wypadkiem, cechą wrodzoną lub po prostu wpływem czasu obniżają samoocenę, hamują współżycie, a nawet zagrażają zdrowiu! W nowym programie „Intymne metamorfozy” na kanale Discovery Life przybliżymy jedną z najmłodszych dziedzin medycyny es-



FOT. TVR

tetycznej, która zmieniła życie kobiet na całym świecie – waginoplastykę.

W programie „Intymne metamorfozy” poznamy 5 pacjentek, zmagających się z kilkoma różnymi dolegliwościami stref kobiecych

– od wrodzonych defektów estetycznych, przez blizny po cesarskim cięciu, po zagrażające zdrowiu problemy natury anatomicznej. Ich leczeniem zajmie się dr n. med. Piotr Kolczewski. Lekarz opowie widzom, jakie przypadłości

kwalifikują się do zabiegu, jak należy się do nich przygotować, jak wygląda ich przebieg i ile trwa rekonwalescencja. Dowodem sukcesu będzie radość pacjentek, które odzyskają pewność siebie.

(Gabriela Firak)

PRAWO

## Ministerstwo Zdrowia o receptach dla kobiet w ciąży

**WPISANIE NA RECEPCIE DLA KOBIET W CIĄŻY I POPULACJI 75+ JEDNEGO Z 16 MOŻLIWYCH DWUCYFROWYCH IDENTYFIKATORÓW OW NFZ NA DOTYCHCZASOWYCH ZASADACH, JAK I POZOSTAWIENIE TEGO POLA NIEWYPEŁNIONEGO, POWINNO SKUTKOWAĆ REALIZACJĄ RECEPTY ZGODNIE Z UPRAWNIENIEM PACJENTA DO REFUNDACJI.** Taka informacja płynie z Mini-

sterstwa Zdrowia w związku ze zniesieniem obowiązku określania na receptach identyfikatora oddziału wojewódzkiego NFZ.

– Jeżeli na receptce w polu na identyfikator OW NFZ wpisane zostanie – przez osobę uprawnioną (wystawiającą receptę) – oznaczenie „X” albo 100%, recepta zostanie zrealizowana pełnopłatnie nawet, jeżeli w przestrzeni recepty przeznaczonej na wpisanie pozycji leku, przy tej pozycji

leku, zostanie wpisana odpłatność wynikająca z obwieszczenia refundacyjnego – informuje w komunikacie z 15 października 2020 r. Ministerstwo Zdrowia. Jeżeli w polu na identyfikator OW NFZ wpisany zostanie jego identyfikator (lub ewentualnie inne dane) albo pole to pozostawione będzie puste, recepta zostanie zrealizowana także, jeżeli nie zostanie określona odpłatność za przepisany na receptę lek lub leki. (PT)

## SZKOLENIA

# Szkolenie z leczenia operacyjnego endometriozy w Szpitalu Medcover

**E**NDOMETRIOZA JEST NIEZMIERNIE ZRÓŻNICOWANĄ CHOROBA, WYMAGAJĄCĄ ZARÓWNO DOBREJ DIAGNOSTYKI, JAK I ZAAWANSOWANYCH TECHNIK OPERACYJNYCH, W CELU JEJ SKUTECZNEGO LECZENIA.

W dniach 28–29 września lekarze Szpitala Medcover, dr n. med. B. Paweł Siekierski, Kierownik Oddziału Ginekologii oraz lek. Maciej Pliszkiwicz, przeprowadzili kolejny etap międzynarodowego szkolenia w zakresie laparoskopowego chirurgicznego leczenia zaawansowanej endometriozy.

Szpital Medcover jest jedynym w Polsce Centre of Excellence Leczenia Endometriozy w ramach międzynarodowego programu szkoleniowego realizowanego przez MIS Academy by Arnaud Wattiez wspólnie z firmą Medtronic Poland. Każdego roku specjaliści ze Szpitala Medcover wykonują blisko 200 operacji laparoskopowych endometriozy, w tym przypadki skrajnie zaawansowane, z zaangażowaniem jelita czy ogniskami na przeponie.

– Endometrioza jest poważnym schorzeniem, które dotyka wielu kobiet. Częstotliwość jej występowania szacuje się na około 10 – 15% wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym. Z drugiej strony warto podkreślić, że endometrioza rozpoznawana jest nawet u 6% kobiet w wieku pomonopauzalnym – mówi dr n. med. B. Paweł Siekierski, Kierownik Kliniki Ginekologii w Szpitalu Medcover.

Niezmiernie ważnym problemem jest obecność endometriozy u kobiet leczących się z powodu niepłodności. Jak wskazuje dr n. med. B. Paweł Siekierski, w tej populacji choroba ta rozpoznawana jest w około 40% przypadków, a torbiele endometrialne występują u od 17% do 44% pacjentek.

Współcześnie złotym standardem leczenia operacyjnego endometriozy, nawet w jej zaawansowanych postaciach, pozostaje leczenie z użyciem technik ginekologii małoinwazyjnej: laparoskopii, a coraz częściej także z wykorzystaniem robota da Vinci. Ze względu na zróżnicowanie choroby, niezbędne są także dalsze badania, pozwalające na jeszcze skuteczniej-



FOT. MEDCOVER

sze leczenie endometriozy w jej mnogich postaciach.

Międzynarodowe szkolenie w zakresie laparoskopowego chirurgicznego leczenia zaawansowanej endometriozy w Szpitalu Medcover obejmowało zarówno wykłady, analizę przypadków, jak i operacje pokazowe. Uczestniczyli w nim lekarze z placówek z całej Polski. (PR)

## PROFILAKTYKA

## Wsparcie dla pacjentek z rakiem piersi

**RUSZA KAMPANIA „ZAAWANSOWANY RAK PIERSI. WIEM WIĘCEJ!”**

Jej celem jest wsparcie potrzeb pacjentek oraz zwiększenie dostępu do informacji o chorobie w stadium zaawansowanym. Jej celem jest wsparcie zarówno dla kobiet, u których rozpoznano zaawansowanego raka piersi, jak i ich najbliższych: rodziny, przyjaciół, znajomych.

Powstał serwis edukacyjny [www.zaawansowanyrakpiersi.pl](http://www.zaawansowanyrakpiersi.pl) stworzony dla kobiet chorych na przerzutowego raka piersi. Umieszczono tam materiały dotyczące nie tylko samej choroby, ale także praktyczne informacje na temat takich aspektów codziennego funkcjonowania jak: zdrowie psychiczne, wygląd i poczucie atrakcyjności, dieta, praca zawodowa, możliwe wsparcie socjalne. „W świadomości niektórych kobiet pokutuje przekonanie o nieskutecznym leczeniu raka piersi na podstawie doświadczeń z najbliższego otoczenia. Warto jednak pamiętać, że doświadczenia przeszłości to często doświadczenia osób leczonych kilkanaście lat wcześniej, gdzie rzeczywiście nie było dostępu do innowacyjnych terapii dostosowanych do typu raka piersi” – mówi Krystyna Wechmann, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”. Inicjatorem i organizatorem kampanii jest Novartis Oncology we współpracy z partnerem społecznym – Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” oraz partnerami wspierającymi: Polskimi Amazonkami Ruch Społeczny, Fundacją Onkocafe–Razem Lepiej, Fundacją Rak’nRoll Wygraj Życie i Fundacją OmeaLife Rak piersi nie ogranicza. (PT)

## PRAWO

## Będzie więcej lekarzy z Ukrainy?

**„USTAWA COVIDOWA” OTWORZYŁA FURTKĘ DLA ZATRUDNIANIA W POLSCE LEKARZY SPOZA KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ.** W kraju można spodziewać się szczególnego zainteresowania ze strony medyków z Ukrainy.

Do tej pory odstraszała ich kosztowana i czasochłonna nostryfikacja dyplomu i w polskich szpitalach pracowało ich niewiele. Agencje zatrudnienia wskazują, że po zmianach chętnych nie zabraknie. Medycy, którzy są zainteresowani pracą w Polsce będą musieli spełnić kilka warunków. Chodzi między innymi o posiadanie dyplomu lekarza, lekarza dentyisty oraz dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty, wydanego w innym państwie niż państwo członkowskie UE czy też odbycie szkolenia specjalizacyjnego odpowiadającego w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Konieczna będzie też znajomość języka polskiego oraz wcześniejsze nawiązanie współpracy z placówką medyczną, w której medyk miałby pracować. (PT)



**Endofemine**  
Dienogestum

Redukuje dolegliwości bólowe  
w leczeniu endometriozy<sup>1, 2</sup>



**Mylan**  
Better Health  
for a Better World

DIE-2020-0030

## Procedury postępowania w czasie pandemii COVID-19 w gabinecie ginekologicznym

- WZÓR 1 – OŚWIADCZENIE PACJENTKI W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMII SARS-COV-2
- WZÓR 2 – PROCEDURA – POSTĘPOWANIE PRZY PRZYJĘCIU PACJENTKI
- WZÓR 3 – PROCEDURA – POSTĘPOWANIE PACJENTKI PODCZAS WIZYTY W GABINECIE
- WZÓR 4 – PROCEDURA – PRZYJĘCIE PACJENTKI W GABINECIE W CZASIE EPIDEMII
- WZÓR 5 – PROCEDURA – PRZYGOTOWANIE JEDNOSTKI PODCZAS STANU EPIDEMII COVID-19
- WZÓR 6 – PROCEDURA – UBIÓR I POSTĘPOWANIE PODCZAS PRACY W CZASIE EPIDEMII
- WZÓR 7 – PROCEDURA – POSTĘPOWANIE NA STANOWISKU PRACY W CZASIE EPIDEMII
- WZÓR 8 – PROCEDURA – WYKONYWANIE BADAŃ W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH

Prawnik Ewa Mazur-Pawłowska, przy współpracy dr. n. med. Pawła Grzesiowskiego i lek. med. Jacka Tulimowskiego, opracowała procedury postępowania z pacjentami w czasie pandemii COVID-19. Publikacja zawiera osiem procedur gotowych do wdrożenia w gabinecie.

Procedury dostępne są w formie pdf z możliwością przekopiowania ich do plików tekstowych.

Cena zestawu procedur to 28 zł.

Można je zakupić na stronie [www.sklep.e-ginekologia.pl](http://www.sklep.e-ginekologia.pl)



Informacja:  
tel. 509 912 963  
e-mail:  
[prenumerata@spsmedia.pl](mailto:prenumerata@spsmedia.pl)

**SPSmedia** **nowy gabinet**  
ginekologiczny

[www.sklep.e-ginekologia.pl](http://www.sklep.e-ginekologia.pl)

## DOWIEDZIONO

# Cukrzyca ciążowa może przyspieszać proces biologicznego starzenia

**P**ROCES BIOLOGICZNEGO STARZENIA SIĘ POTOMSTWA, A TAKŻE ZWIĘKSZENIE RYZYKA OTYŁOŚCI I NADCIŚNIENIA MOŻE PRZYSPIESZAĆ CUKRZYCA CIĄŻOWA.

Do takich wniosków doszli naukowcy z Rutgers School of Public Health w New Jersey.

Badania przeprowadzono w Chinach, analizowano dane 1156 dzieci w wieku od 3 do 10 lat. Połowa ich matek przeszła cukrzycę ciążową. Podczas badania analizowano zależność pomiędzy cukrzycą matki w czasie ciąży a poziomem metylacji DNA, wskazującym na wiek epigenetyczny, odzwierciedlający wpływ czynników zewnątrznych na wiek chronologiczny. Dzieci, których matki w czasie ciąży miały cukrzycę były starsze biologicznie, ważyły więcej i miały wyższe ciśnienie tętnicze niż grupa kontrolna – zauważyli naukowcy. – Te wyniki wskazują, że cukrzyca ciążowa, która w USA występuje u 2 – 10 proc. ciężarnych kobiet rocznie, może mieć wpływ na proces biologicznego starzenia się potomstwa i wyższe ryzyko kardiometaboliczne w późniejszych latach – twierdzi autorka analizy dr Stephanie Shiao. (PT)



FOT. 123 RF

## PROFILAKTYKA

## Podsumowanie kongresu ESMO 2020 z zakresu leczenia raka płuca, piersi, jajnika i prostaty

**DONIESIENIA Z TEGOROCZNEGO KONGRESU ZOSTAŁY PRZEDSTAWIONE PODCZAS KONFERENCJI ZORGANIZOWANEJ PRZEZ MODERN HEALTHCARE INSTITUTE ORAZ POLSKĄ KOALICJĘ PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH.** Najważniejsze terapie i perspektywy ich dostępności dla polskiego pacjenta zostały zaprezentowane przez ekspertów klinicznych: prof. Macieja Krzakowskiego – konsultanta krajowego w dziedzinie Onkologii Klinicznej, dr hab. Radosława Mądrego, dr hab. Barbarę Radecką i dr Iwonę Skoneczną.

Dr hab. Barbara Radecka potwierdziła, że po raz pierwszy od ponad 20 lat obserwujemy postęp w leczeniu luminalnego, wczesnego raka piersi. Dr hab. Radosław Mądry podkreślił z kolei, że w ostatnich latach dokonał się znaczący postęp w zakresie diagnostyki molekularnej oraz leczenia raka jajnika, zwłaszcza w grupie

pacjentek z mutacją genową BRCA1/2, a dr Iwona Skoneczna zaapelowała o konieczność wprowadzenia terapii hormonalnych na wczesnym etapie leczenia raka prostaty. Prof. Maciej Krzakowski zwrócił uwagę na przełomy w leczeniu ozymertynibem u chorych na raka płuca po resekcji miąższu płucnego z mutacją w genie EGFR, jak i durwalumabem, po jednoczesnej radio i chemioterapii, prowadzonym z intencją wyleczenia radykalnego.

Kontekstem do dyskusji między prelegentami był opracowany przez Modern Healthcare Institute raport „Rozwój terapii lekowych w leczeniu chorych na nowotwory. Nowości. Innowacje. Przełomy” na temat przełomowości i istotności terapii onkologicznych oraz kryteriów ich mierzenia, jako potencjalnych wskazówek refundacyjnych. Ekspert nie po raz pierwszy podkreślił kluczowe kwestie

wymagające szybkich decyzji i zmian systemowych. Zwrócili uwagę na zaniedbane obszary terapeutyczne, kryterium płacenia za efekt (a nie suche porównywanie samych kosztów), wskazali kryteria oceny innowacji oraz zarekomendowali szybką ścieżkę refundacyjną dla priorytetowych terapii.

Potwierdzili też, w ślad za wnioskami ekspertów podczas kongresu ESMO, że ze względu na dobro pacjentów terapie z potwierdzoną skutecznością nie powinny czekać w kolejce refundacyjnej. Tym bardziej, że niektóre z nich, w tym omawiane na spotkaniu leki na raka płuca (durwalumab i ozymertynib), zostały już pozytywnie zaopiniowane przez AOTMiT.

Zapis konferencji dostępny jest pod linkiem: [http://r.dcs.redcdn.pl/http/o2/GPW-Media/video/klient/20201016\\_pap.mp4](http://r.dcs.redcdn.pl/http/o2/GPW-Media/video/klient/20201016_pap.mp4) (Modern Healthcare Institute)



## PROFILAKTYKA

# Są prognozy dotyczące zachorowania na raka piersi

**E**UROPEAN CANCER INFORMATION SYSTEM (ECIS) PRZEDSTAWIŁ NAJNOWSZE PROGNOZY DOTYCZĄCE ZACHOROWANIA NA RAKA W POLSCE. Wynika z nich, że najczęściej diagnozowanym nowotworem wśród kobiet będzie

rak piersi.

Jego wystąpienie prognozuje się na poziomie 25 proc. wszystkich nowotworów złośliwych kobiet. Na drugim miejscu znalazł się rak płuc – 11 procent, na raka trzonu macicy zachoruje 10 procent, a raka jajnika ponad 4 procent. Analitycy szacują, że w całej Unii Europejskiej tylko w 2020 roku zdiagnozowanych zostanie łącznie około 2,7 mln nowych zachorowań na różne rodzaje raka, a 1,3 mln osób umrze z powodu choroby nowotworowej. Polska pod względem umieralności z powodu raka wypada gorzej niż większość krajów UE. Wskaźnik umieralności dla Polski oszacowano na poziomie 331,4 zgonów na 100 tys. osób, a prognozowana średnia dla UE wynosi 263,6 zgonu na 100 tys. mieszkańców.

Choć badania profilaktyczne to jedyna skuteczna metoda walki z rakiem piersi, to z roku na rok spada liczba badających się kobiet. Jeszcze w 2015 roku na badania zgłosiło się prawie 44 proc. Polek między 50 a 69 rokiem życia. Teraz ta liczba spadła do zaledwie 34 procent. specjaliści informują, że nauczyliśmy się już jak bezpiecznie żyć i funkcjonować z koronawirusem. To też powinno nas skłonić do tego, żeby podjąć normalne aktywności, także w zakresie chorób nowotworowych i ich wczesnego wykrywania. (PT)



FOT. 123 RF

## PROFILAKTYKA

## Cykl miesięczkowy kluczowym wskaźnikiem zdrowia



**NAUKOWCY Z USA UWAŻAJĄ, ŻE DŁUGOŚĆ I JAKOŚĆ CYKLU MIESIĄCZKOWEGO KOBIETY MOŻE BYĆ KLUCZOWYM WSKAŹNIKIEM JEJ OGÓLNEGO STANU ZDROWIA, A NOWE BADAŃIA SUGERUJĄ, ŻE LEKARZE POWINNI MONITOROWAĆ TEN CYKL W OKRESIE DOJRZEWAŃIA I PÓŹNIEJ AŻ DO MENOPAUZY.**

Takie wnioski wyciągnięto po przeanalizowaniu wyników badań prowadzonych przez 24 lata. Dostarczyło ono dowodów na zależność miesiączek z przedwczesną śmiercią. Naukowcy uważają, że cykle miesięczne powinny być jednym z kluczowych wskaźników zdrowia kobiety. W badaniu wzięło udział prawie 80 000 zdrowych pielęgniarek ze Stanów Zjednoczonych, kobiety wykonywały ten sam zawód i prowadziły w związku z tym podobny tryb życia. Wyniki dostarczyły dowodów, że kobiety, które doświadczają nieregularnych i długich cykli miesięczkowych w okresie dojrzewania i przez cały okres dorosłości, są bardziej narażone na śmierć przed 70. rokiem życia, w stosunku do kobiet z krótszymi i bardziej regularnymi cyklami. (PT)

FOT. 123 RF

# Pytania do prawnika

PYTANIA PROSIMY KIEROWAĆ NA ADRES E-MAILOWY

– [prawnik@e-ginekologia.pl](mailto:prawnik@e-ginekologia.pl)

NA PAŃSTWA PYTANIA ODPOWIADA ADWOKAT, DOKTOR NAUK

PRAWNYCH MACIEJ GIBIŃSKI, absolwent Wydziału Prawa

Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradcze Prawa Medycznego.



FOT. 123 RF

**PYTANIE:** Czy mogę ustalić zasadę w moim gabinecie, że przyjmujemy tylko pacjentów, którzy zaszczepili się przeciwko grypie? Nie chciałabym niepotrzebnie narażać siebie i mojego personelu. Czy kartka na rejestracji z taką informacją powinna wystarczyć?

**ODPOWIEŹ:** Odpowiedź na to pytanie, nie jest jednoznaczna i oczywista. Przede wszystkim trzeba ustalić, jacy pacjenci są przyjmowani w gabinecie. Czy są to pacjenci komercyjni, czy w ramach umowy z NFZ. W przypadku pierwszej grupy ograniczenie, o którym Pani wspomniała teoretycznie jest możliwe. W odniesieniu do drugiej grupy pacjentów (na NFZ) nie ma takiej możliwości.

W przypadku pacjentów komercyjnych, aby ustawić wyjątek i przyjmować tylko zaszczepionych

**Tożsamość pacjenta powinno potwierdzać się na podstawie danych, które są dostępne w gabinecie. Mogą to być dane z dokumentacji medycznej (imię i nazwisko, PESEL), dane dodatkowe (telefon, e-mail) lub te z dowodu osobistego**

autor:  
**Maciej Gibiński**



FOT. 123 RF

pacjentów, musiałaby Pani taką zasadę wpisać do regulaminu organizacyjnego gabinetu i poinformować odpowiednio wcześniej pacjentów o tej zasadzie (już na etapie zapisywania się na wizytę). Kwestią skomplikowaną jest zweryfikowanie, czy pacjent jest zaszczepiony. O ile w przypadku dzieci, może to być książeczka zdrowia i choroby, o tyle w zakresie pacjentów dorosłych powinno to być zaświadczenie od lekarza, tylko że takie zaświadczenia w praktyce nie są stosowane. Więc musiałby Pani znaleźć skuteczny sposób weryfikacji, czy pacjent jest zaszczepiony czy nie.

**PYTANIE:** Jakiś czas temu przyszła do mnie pacjentka w celu kontynuacji leczenia. Niestety, podczas tej wizyty okazało się, że jest ona niestabilna emocjonalnie. Czy mogę bez żadnych konsekwencji odmówić leczenia takiej pacjentki?

**ODPOWIEDŹ:** Rezygnacja z leczenia jest możliwa, ale powinna być przez lekarza wykorzystywana w wypadkach wyjątkowych. Niestety korzystanie przez lekarzy z tego uprawnienia zdarza się coraz częściej. Sam fakt niestabilności emocjonalnej nie może być powodem, dla którego lekarz powinien zrezygnować z leczenia. W literaturze przedmiotu, jako podstawy odstąpienia od leczenia przyjmuje się: utratę zaufania na linii lekarz – pacjent, podważanie zdania i umiejętności lekarza lub brak współpracy z lekarzem. Jeżeli powyższe elementy zachodzą może Pan zrezygnować z leczenia, ale pod warunkiem poinformowania o tym fakcie pacjenta odpowiednio wcześniej, wskazania innej placówki, gdzie leczenie może być kontynuowane i odnotowania całej sytuacji w dokumentacji medycznej.

**PYTANIE:** W jaki sposób mogę zweryfikować tożsamość pacjenta podczas udzielania teleporady?

**ODPOWIEDŹ:** Tożsamość pacjenta powinno potwierdzać się na podstawie danych, które są dostępne w gabinecie. Mogą być to dane z dokumentacji medycznej (imię i nazwisko, PESEL), mogą to być dane dodatkowe (telefon, e-mail), mogą to być w końcu dane np. z dowodu osobistego. Najważniejsze jest, aby podczas procesu weryfikacji pamiętać o nienaruszeniu zasad przetwarzania danych. Przykładowo, jeśli w celu weryfikacji pacjenta chcemy wykorzystać przesłany przez niego skan dowodu, to wówczas powinniśmy prosić o przesłanie kopii dowodu osobistego z zamazanymi (nie dającymi się odczytać) danymi, które nie są nam potrzebne do tego procesu (np. data ważności

## Teleporada to standardowe świadczenie zdrowotne. A każde świadczenie zdrowotne musi być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta, zatem teleporada też

dokumentu, organ wydający, numer dokumentu). Po weryfikacji pacjenta, skan dokumentu zaś powinien zostać usunięty.

**PYTANIE:** Czy teleporadę muszę zanotować w dokumentacji medycznej?

**ODPOWIEDŹ:** Nie widzę żadnych powodów, dla których nie powinno się tego robić. Teleporada jest utożsamiana ze standardowym świadczeniem zdrowotnym. A każde świadczenie zdrowotne musi być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta. Co ciekawe, w myśl obowiązujących przepisów, jako teleporadę należy uznać każdy telefon, który jest wykonywany przez lekarza do pacjenta i na odwrót, jeśli tylko rozmowa dotyczy kwestii zdrowotnych. Praktyka jest zgoła inna, lekarze nie utożsamiają rozmowy telefonicznej z pacjentem, jako świadczenia zdrowotnego. Nie pamiętają o obowiązku odnotowania takiej rozmowy w dokumentacji medycznej pacjenta. Jeśli pacjent zadzwoni i poinformuje, że ma jakiś problem, lekarz zapyta, jakie objawy występują, to taką rozmowę należy zapisać w dokumentacji medycznej, jako teleporadę.

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)



FOT. 123 RF

**PYTANIE:** Czy prawdą jest, że za brak szczepienia przeciwko grypie grozi zwolnienie z pracy?

**ODPOWIEDŹ:** Wszystko zależy od stanowiska pracy, występujących czynników szkodliwych na danym stanowisku pracy i sposobów działania podejmowanych przez pracodawcę. Jeżeli karta oceny ryzyka wykazuje, że zagrożenie grypą jest wysokie, a pracodawca jako działanie zmniejszające ryzyko na tym stanowisku pracy wprowadzi obowiązek szczepień przeciwko grypie, to niezastosowanie się do powyższych, oczywiście może grozić zwolnieniem z pracy. Nie jest to jednak zwolnienie związane z kwestią szczepienia, tylko z naruszeniem przepisów Kodeksu Pracy. Zanim jednak dojdzie do zwolnienia pracownika, pracodawca powinien, o ile to możliwe, przesunąć go na inne stanowisko.

**PYTANIE:** Co dokładnie może sprawdzać kontrola z NFZ w placówkach medycznych? Jak można się przygotować do takiej kontroli?

**ODPOWIEDŹ:** Kontrola NFZ może weryfikować zasady realizacji umowy przez świadczeniodawcę. Wszystko zależy od zakresu świadczeń, na które podpisana jest umowa. NFZ w ramach kontroli może weryfikować przede wszystkim dane deklarowane podczas kontraktowania. Chodzi tu przede wszystkim o: dane

personelu, harmonogram przyjęć, sprzęt, godziny otwarcia, prowadzenie dokumentacji medycznej (zarówno indywidualnej, jak i zbiorczej), kompetencje personelu (np. do wykonywania zdjęć RTG), przegląd sprzętu medycznego oraz zasady realizacji umowy (informacje umieszczone przed placówką, w placówce, na stronie internetowej).

**PYTANIE:** Co się stanie, jeżeli jako lekarz udzielający teleporady zgubię zapisy i notatki z teleporady? Powinienem to gdzie zgłosić?

**ODPOWIEDŹ:** Zadane pytanie dotyczy kwestii prowadzenia dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. W zakresie dokumentacji medycznej, w przypadku utraty dokumentacji medycznej (bez danych pacjenta) nie zgłasza się tego zdarzenia nigdzie. Natomiast jeżeli zagubione notatki zawierają dane osobowe, to taką utratę należy potraktować jako naruszenie przetwarzania danych, a takowe podlega zgłoszeniu do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Wszystko zależy więc od tego, czy zagubione notatki zawierają dane pacjenta, czy też nie. Dodatkowo, w związku ze zgłoszeniem do UODO, administrator danych powinien rozważyć, czy powinien powiadomić osobę, której dane dotyczą, czyli w tym przypadku samego pacjenta, czy nie.

## W przypadku utraty dokumentacji medycznej (bez danych pacjenta) nigdzie się tego faktu nie zgłasza

**PYTANIE:** Jestem właścicielem placówki medycznej. Personel sprawia wrażenie, że czuje się niepewnie w pracy podczas wzmożonej fali zachorowań. Boję się, że dojdzie do tego, że Panie odmówią przyścia do pracy z powodu strachu przed zarażeniem. Co mogę zrobić w powyższej sytuacji?

**ODPOWIEDŹ:** Jako pracodawca ma Pan obowiązek zastosować takie środki ochrony zarówno osobistej, jak i grupowej wobec personelu, aby ryzyko, związane ze stanowiskiem pracy, ograniczyć do minimum. Jeżeli wprowadzone środki są na odpowiednim poziomie, a zachowanie pracownika pozostaje na poziomie nieuzasadnionych obaw, to odmowa przyścia do pracy może zostać potraktowana jako nieuzasadnione niestawienie w pracy, a to z kolei grozi zwolnieniem dyscyplinarnym.

**PYTANIE:** Pacjentka nie chciała zapłacić faktury za wieloetapowe leczenie. Po wielu nieprzyjemnych sytuacjach w końcu za nie zapłaciła. Dzień po tym wydarzeniu zaczęły się głuche telefony – na telefon do kliniki oraz mój prywatny. Domyślam się, że nęka mnie ta właśnie pacjentka. Jakie dalsze kroki mogę podjąć?

**ODPOWIEDŹ:** W takiej sytuacji, jeżeli uważa Pani, że to pacjent stosuje wobec Pani takie czynności, doradzałbym powiadomienie o tym fakcie odpowiednich organów ścigania. Możliwe ustalenie do kogo należy telefon, skąd są wykonywane połączenia, innymi słowy, kto wykonuje te telefony. Jeżeli okaże się, że jest to pacjentka, którą Pani o to podejrzewa, będzie Pani mieć możliwość wszczęcia odpowiedniego postępowania karnego, w celu ograniczenia zachowania pacjentki, które może mieć charakter stalkingu. Przepięstwo to jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego, tak więc w pierwszej kolejności skierowałbym swoje kroki na policję.



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



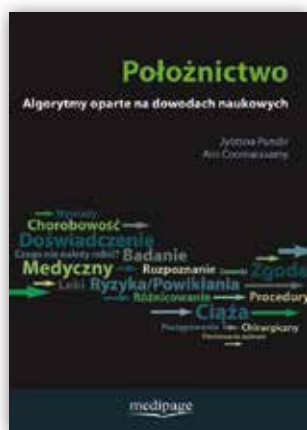
[www.sklep.e-ginekologia.pl](http://www.sklep.e-ginekologia.pl)

## Prenumerata Nowy Gabinet Ginekologiczny

- 99 zł to opłata za roczną prenumeratę wersji papierowej (6 numerów pisma).
- 190 zł to cena prenumeraty dwuletniej w wersji papierowej (12 numerów pisma).
- 72 zł to cena rocznej e-prenumeraty - po każdym wydaniu dostajesz pdf-a z aktualnym numerem.
- 117 zł to cena dwuletniej e-prenumeraty - po każdym wydaniu dostajesz pdf-a z aktualnym numerem.
- 225 zł to cena 2-letniej prenumeraty (wersji papierowej i elektronicznej).

W ofercie ponad 150 tytułów książek związanych z ginekologią!

**Sprawdź aktualne rabaty na książki na: [sklep.e-ginekologia.pl](http://sklep.e-ginekologia.pl)**



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

**CENA 250 ZŁ**

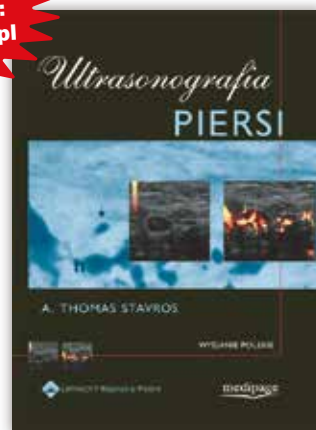
Rok wydania: 2018  
Format: 210 x 295 mm  
Autor: Jyotsna Pundir i Arri Coomarasamy  
Redaktor wydania polskiego: Artur Jakimiuk



2. Atlas malformacji rozwojowych według Smitha – polskie wydanie

**CENA 350 ZŁ**

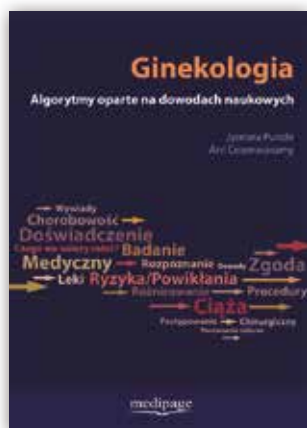
Rok wydania: 2018  
Format: 184 X 260  
Autor: Kenneth Jones, Marilyn Jones, Miguel del Campo  
Redaktor wydania polskiego: dr n. med. Antoni Pyrkosz



3. Ultrasonografia piersi. Stavros - wznowienie I wydania

**CENA 300 ZŁ**

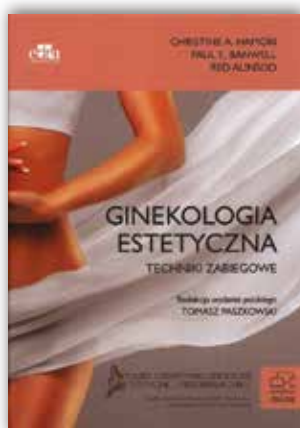
Rok wydania: 2007  
Autor: A. Thomas Stavros  
Redaktor wydania polskiego: Dr Maria Cygan



4. Ginekologia. Algorytmy oparte na dowodach naukowych – polskie wydanie

**CENA 250 ZŁ**

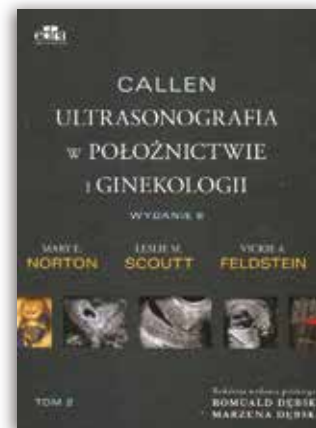
Rok wydania: 2019  
Format: 210 x 295 mm  
Autor: Jyotsna Pundir i Arri Coomarasamy  
Redaktor wydania polskiego: Artur Jakimiuk



5. Ginekologia estetyczna. Techniki zabiegowe – polskie wydanie

**CENA 219 ZŁ**

Rok wydania: 2019  
Format: 184 X 260  
Autor: C. Hamori, P.E. Banwell  
Redaktor wydania polskiego: T. Paszkowski



6. Callen. Diagnostyka ultrasonograficzna w ginekologii i położnictwie. TOM 1 i TOM 2

**CENA 179 zł / za tom**

Rok wydania: 2018  
Autor: M.E. Norton, L.M. Scutt, V.A. Feldstein  
Redaktor wydania polskiego: R. Dębski



FOT. 123RF

# Zespół niewydolności żyłnej miednicy

**ZESPÓŁ PRZEKRWIENIA MIEDNICY (PCS – PELVIC CONGESTIONS SYNDROM), A OBECNIE CORAZ CZĘŚCIEJ NAZYWANY ZESPOŁEM NIEWYDOLNOŚCI ŻYŁNEJ MIEDNICY (PEVD – PELVIC VENOUS DISEASE) JEST RZADKIM, SŁABO POZNANYM I CZĘSTO BŁĘDNIE DIAGNOZOWANYM ZABURZENIEM KRAŻENIA ŻYLNego W OBRĘBIE MIEDNICY. PCS często może powodować przewlekły ból miednicy u kobiet w wieku przedmenopauzalnym.**

**P**ierwszy raz rozpoznanie to postawione zostało w 1857 roku przez francuskiego badacza Richet'a, a nadanie obecnej nazwy i powiązanie z niewydolnością żylną miednicy potwierdzono w 1949 roku (Taylor).

## **BÓLE MIEDNICY**

W grupie kobiet pomiędzy 18 a 50 rokiem życia znaczny odsetek uskarża się na bóle w miednicy. W badaniach Soysala i współpracowników na grupie 148 kobiet, występowanie PCS potwierdzono u 30% pacjentek. W Stanach Zjednoczonych Ameryki szacuje się, że ok. 40% wizyt w gabinetach ginekologicznych związanych jest właśnie z tym problemem, a ok. 50% kobiet zgłaszających się do lekarza z powodu dolegliwości bólowych nie zostaje prawidłowo zdiagnozowana, przez co nie otrzymuje właściwego leczenia.

Zanim udaje się ustalić jedną z jego przyczyn – zespołu bólowego miednicy (CPP – chronic pelvic pain), czyli zespół niewydolności żyłnej miednicy, konieczne jest przeprowadzenie złożonej, wielokierunkowej i wielospecjalistycznej diagnostyki. Nie zwalnia z jej wykonania nawet stwierdzenie w badaniach obrazowych poszerzonych splotów żylnych w obrębie miednicy. U dużego od-

setka pacjentek poszerzone sploty żyłne mogą wcale nie dawać objawów. Diagnostyka różnicowa obejmuje wiele schorzeń, w tym: patologie w zakresie jelit, problemy ginekologiczne (endometrioza, torbiele jajników, wypadanie macicy), patologie neurologiczne i ortopedyczne, lokalną chorobę nowotworową lub przerzuty, porfirię, zapalne i infekcyjne schorzenia urologiczne oraz, fibromialgię.

Powyższy problem staje się w środowisku medycznym w ostatnim czasie coraz bardziej popularny, dzięki temu co wiemy na jego temat coraz więcej i coraz lepiej możemy pomóc cierpiącym z tego powodu kobietom. Ze względu na jego złożoność trudno obecnie ustalić standardowy protokół diagnostyczny i w konsekwencji leczniczy.

## **KATEGORYZACJA PCS**

Przeglądając dostępne piśmiennictwo można zauważyć próby kategoryzacji PCS. Różne publikacje pokazują nawet do pięciu różnych podtypów. Najczęściej PCS dzielony jest na dwie kategorie: pierwotny i wtórny.

Pierwotny PCS spowodowany jest niewydolnością żylną miednicy (żył jajnikowych i/lub biodrowych wewnętrznych). Podatność ścian żył na działanie tlenu

autor:  
**Marcin  
Kucharzewski**

azotu, którego wydzielanie jest stymulowana przez estrogeny, powoduje relaksację żył i ich poszerzenie, a w konsekwencji niewydolność.

Wtórny PCS jest konsekwencją zaburzenia odpływu krwi z miednicy wynikającego z ucisku różnych struktur anatomicznych na naczynia żyłne. PCS może być powiązany z zespołem May-Thurner, (ucisk lewej żyły biodrowej wspólnej przez prawą tętnicę biodrową wspólną), zespołem dziadka do orzechów (Nutcracker syndrom – ucisk żyły nerkowej lewej między aortą a tętnicą kręzkową górną). W tych przypadkach wiążące objawy mogą być inne, np. w zespole dziadka do orzechów objawy mogą być związane z lewą nerką – bóle nerki, krwiomocz. Inną przyczyną PeVD mogą być zmiany pozakrzepowe.

Udowodniono również związek pomiędzy ciążą (szczególnie wielokrotnymi ciążami) a występowaniem PCS. Wiąże się to z wpływem istotnie zwiększonego przepływu krwi w tej okolicy oraz relaksacyjnym wpływem hormonów na ścianę naczyń żylnych. Dodatkowo w trakcie ciąży dolegliwości mogą nawracać lub ulegać nasileniu, ze względu na obecność powiększającego się płodu i ucisku przez powiększającą się macicę.

## ROZPOZNANIE PCS

Potwierdzanie i rozpoznanie PCS opiera się na potwierdzeniu obecności bólu w podbrzuszu trwającym co najmniej 6 miesięcy. Pacjentki opisują go jako tępy ból lub uczucie ciężkości w dole brzucha lub miednicy. Mogą mu towarzyszyć również bóle płaców i kończyn dolnych. Często na kończynach dolnych pojawiają się objawy niewydolności żyłnej pod postacią żylaków o mniej lub bardziej typowej lokalizacji. Oprócz typowego występowania wzdłuż głównych powierzchownych pni naczyniowych, występują również żylaki okolicy sromu, krocza i wewnętrznej powierzchni ud oraz tylnej powierzchni uda. Wynika to z licznych połączeń między układem żylnym miednicy i kończyn dolnych. Objawy nasilają się w czasie długotrwałego stania lub siedzenia. Pacjentki mogą uskarżać się na zaburzenia miesiączkowania, nagłe parcia na mocz, ponadto mogą występować bóle podczas stosunku płciowego. Warunkiem koniecznym do potwierdzenia rozpoznania jest również uwidocznienie w badaniach obrazowych poszerzonych spłotów żylnych w obrębie miednicy.

## DIAGNOSTYKA PCS

Podstawową nieinwazyjną metodą diagnostyczną układu żylnego miednicy małej jest badanie ultrasonograficzne z opcją dupleks doppler. Użyteczne w trakcie badania jest zastosowanie próby Valsalvy dla zwiększenia wypełnienia układu żylnego. Kryteria rozpoznania, jakie stosujemy w trakcie badania, w zależności od przyjętych standardów, to uwidocznienie krętych naczyń żylnych w obrębie miednicy o średnicy powyżej 5 – 6 mm, poszerzone żyły krzyżujące myometriem, które łącząc poszerzone spłoty żyłne po obu stronach macicy, odwrócony i spowolniony przepływ krwi. Wykonując badania dopplerowskie miednicy małej w pozycji leżącej, należy pamiętać o ograniczeniach metody. W tej pozycji rozdęcie naczyń żylnych może być niedoszacowane lub nawet zupełnie niewidoczne, dlatego zalecane jest ułożenie pacjentki w pozycji anty-Trendelenburga.

Istnieją rozbieżności między lekarzami, jakie metody badania USG (przezbrzuszne czy przezpochwowe) należy zastosować. Niektórzy uważają, że lepsze możliwości oceny układu żylnego daje badanie przezpochwowe. Z powodu różnic związanych z ograniczeniami obu badań, wydaje się że wykonanie badania przezbrzusznego oraz przezpochowego pozwala na całościową ocenę.

Badania obrazowe takie jak TK, tomografiaTK czy wenografiaMRI, również znajdują swoje zastosowanie w diagnostyce PCS. Szczególnie w diagnostyce różnicowej oraz przed planowanym leczeniem inwazyjnym. Dla większości specjalistów wykonujących interwencje wewnątrznaczyniowe u pacjentek z PCS, rezonans magnetyczny jest najlepszą podstawową metodą obrazowania dla tego problemu. Badanie z kontekstem gadolinowym wykazuje się lepszą wizualizacją patologii oraz pozwala na uwidocznienie dynamicznego przepływu w żyłach miednicy. Zaletą badania jest

możliwość wykonywania go ambulatoryjnie, brak inwazyjności i napromieniowania pacjentki.

Inną metodą diagnostyczną, która może być stosowana w diagnostyce dolegliwości bólowych miednicy jest laparoscopia. Pozwala ona na bezpośredni wgląd w badane narządy i przydaje się w wykluczeniu innych patologii np. endometrioza. W diagnostyce PCS i niewydolności żyłnej miednicy w bardzo dużym procencie przypadków daje wynik negatywny – nawet u 80 do 90% pacjentów. Ciśnienie w jamie brzusznej wytwarzane przez wpompowywany tam gaz oraz pozycja Trendelenburga, w której wykonywany jest zabieg, powoduje, że poszerzone spłoty żyłne zostają uciśnięte, opróżnione z zalegającej krwi i mogą być przez to zupełnie niewidoczne.

## LECZENIE

Podstawa leczenia farmakologicznego jest stosowanie leczenia hormonalnego. Zazwyczaj stosowane są dwa leki: Goserelina lub Medroksyprogesteron.

W randomizowanych badaniach Soysal po 6 miesiącach leczenia, dał poprawę u 65% kobiet, w kolejnym badaniu Farquhar zanotowano poprawę u 73%, a w badaniu Shokeir nawet u 85% pacjentek. Udowodniono również, że zastosowanie Gosereliny przynosi lepsze efekty niż Medroksyprogesteronu.

Wadą tej metody jest często występujący nawrót objawów po kilku miesiącach leczenia trwającego zwykle ok. 4 – 6 miesięcy oraz potencjalnie działania niepożądane.

Prawdopodobne zdarzenia niepożądane wpływają nie tylko na stan hormonalny, ale także kostno-stawowy i układy naczyniowe zwiększając ryzyko zakrzepowe i rozwoju nowotworów. W szczególności etanogestrel jest przeciwwskazany u pacjentów z wywiadem w kierunku żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ), trombofilii lub chorób wątroby. Są to leki o działaniu antykoncepcyjnym, co w szczególności u młodych kobiet nie zawsze jest pożądane. Kolejnym ograniczeniem tego leczenia jest brak skuteczności w przyczynowym leczeniu wtórnego PCS.

Leki wenoaktywne również mogą znaleźć swoje miejsce w leczeniu zespołu przekrwienia miednicy. Ich znacznie nie jest naturalnie podstawowe, niemniej łagodzą objawy i mają działanie wspomagające. Głównym lekiem, choć niedostępnym obecnie na polskim rynku, poddawany badaniom w tym kierunku jest zmikronizowana oczyszczona frakcja flawonoidowa (MPFF). Leki te działają tonizująco na ścianę żył i naczyń włosowatych zwiększając napięcie żyłne, poprawia drenaż limfatyczny i zmniejszają nadmierną przepuszczalność naczyń włosowatych. W ten sposób wpływają na zmniejszenie zastojów żylnego. Simsek i wsp. przebadali dwie 10-osobowe grupy pacjentek. W grupie stosującej MPFF w okresie 6 miesięcy obserwowano istotne statystycznie zmniejszenie dolegliwości bólowych miednicy w porównaniu z grupą kontrolną. Podobne wyniki znacznie wcześniej uzyskał Taskin na grupie 10 kobiet. Inne badanie (Gavrilov i wsp. w 2012 roku) przeprowadzone zostało na grupie 85 kobiet cierpiących na przewlekły ból miednicy związany z izolowanymi żylakami miednicy lub z żylakami miednicy i gonad. Pacjentki otrzymywały MPFF

**Podstawową nieinwazyjną metodą diagnostyczną układu żylnego miednicy małej jest badanie ultrasonograficzne z opcją dupleks doppler. Użyteczne w trakcie badania jest zastosowanie próby Valsalvy dla zwiększenia wypełnienia układu żylnego**

## KOMENTARZ LEK. MED. JACKA TULIMOWSKIEGO

**Patogeneza PNŻ (przewlekłej niewydolności żylniej)**, do której zalicza się PCS jest wieloczynnikowa i pomimo obecnie stosowanych nowoczesnych metod badawczych wiedza dotycząca aspektów genetycznych czy środowiskowych mających wpływ na rozwój tej choroby jest nadal niewystarczająca. Do tej pory zidentyfikowano wiele czynników mających wpływ na występowanie i rozwój PNŻ:

- **pleć: wyższa częstotliwość występowania u kobiet;**
- **wiek;**
- **liczba przebytych ciąży;**
- **terapia lekami hormonalnymi: zwłaszcza doustna terapia antykoncepcyjna;**
- **otyłość;**
- **wykonywany zawód (praca w pozycji stojącej);**
- **występowanie dziedziczne.**

**PCS to zespół dolegliwości o różnej lokalizacji występujących zarówno u nastolatka, jak i kobiet w okresie menopauzalnym.** Złożoność i nietypowość objawów powoduje, że często mylony jest z innymi patologiami takimi jak: endometrioza, zapalenie przydatków, pęcherza moczowego czy chorobami jelit. Problemy diagnostyczne sprawiają, że źle postawione rozpoznanie wstępne niestety pociąga za sobą niepotrzebne zastosowanie leków takich jak antybiotyki, czy leki przeciwzapalne, w konsekwencji powodując tylko przedłużenie dolegliwości bez wpływu na ich główną przyczynę. Dlatego każda pacjentka z dolegliwościami bólowymi w obrębie miednicy małej trafiająca do gabinetu ginekologicznego wymaga podjęcia diagnostyki w kierunku potwierdzenia lub wykluczenia PCS. Należy pamiętać, że PCS może dotyczyć aż 40% kobiet zgłaszających się do ginekologa z problemem bólu w obrębie miednicy małej. Po wykonaniu badań diagnostycznych i rozpoznaniu PCS, lekami z wyboru są leki flebotropowe (VADs) np. preparaty złożone z wyciągu z ruszczyka + HMC + Witamina C. Ze względu na ich mechanizm działania na poziomie makro i mikrokrążenia, leki te korzystnie wpływają na zmiany obejmujące zarówno ściany naczyń (zwiększając napięcie ścian naczyń żylnych), jak i zastawek żylnych. Nie bez znaczenia w terapii VADs ma ich działanie przeciwzapalne na różnych poziomach szlaków zapalnych (hamuje indukowaną hipoksją aktywność komórek śródbłonka naczyń), a także regulacja przepuszczalności naczyń włosowatych i ochronnego wpływu na mikrokrążenie. Wcześniej zdiagnozowane PCS i dobrana celowana terapia lekami z grupy VADs zmniejsza dolegliwości bólowe i poprawia stan ogólny pacjentki.

**W następnym numerze NGG zachęcam do lektury artykułu doc. dr. hab. Sławomira Woźniaka, dotyczącego aspektów praktycznych zarówno diagnostyki, jak i postępowania terapeutycznego w przypadku PCS u kobiet.**

**W najbliższym czasie zapraszam na webinarium dotyczące PCS u kobiet.**

w dawce 1000 mg dziennie przez 8 tygodni. Obserwacja wykazała większą skuteczność leczenia (zmniejszenie bólu po 8 tygodniach leczenia, aż do całkowitego ustąpienia po 14 tygodniach) u pacjentek z izolowanymi żyłkami miednicy, a efekt leczenia utrzymywał się nawet do 9 miesięcy. W badaniu TK uwidoczono zmniejszenie się zastojów żylnych w obrębie miednicy. Gavrilo w kolejnym badaniu w 2019 roku ocenił wpływ stosowania MPFF na grupie kobiet z niewydolnością żylną miednicy i kończyn dolnych. Obserwował zmniejszenie dolegliwości bólowych w zakresie miednicy i kończyn dolnych oraz zmniejszenie zastojów żylnych w spłotach miednicznych.

Gavrilo wskazuje, że leczenie zachowawcze z zastosowaniem leków wenoaktywnych ma szczególnie zastosowanie na początkowym etapie leczenia i zaawansowania patologii żylnych, kiedy uwidoczono izolowane poszerzenie żylnych spłotów miednicy bez zajęcia naczyń gonadalnych. W oparciu o dostępne, choć nieliczne badania można przypuszczać, że wstępne leczenie farmakologiczne preparatami wenoaktywnymi, może wspomóc krążenie miednicy i złagodzić objawy miednicy, takie jak ból i uczucie ciężkości. Należy jednak pamiętać, że około jedna trzecia kobiet z PCS nie odpowiada na postępowanie zachowawcze z powodu rozległości patologii żylnych. Ta grupa pacjentek wymaga leczenia inwazyjnego. W takich przypadkach

nie powinno się tracić czasu na długotrwałe samodzielne stosowanie leczenia zachowawczego i można potraktować je jako leczenie wspomagające.

### LECZENIE ZABIEGOWE

Leczenie zabiegowe ma szeroki wachlarz różnych możliwości tradycyjnych, laparoskopowych czy też najnowszych – endowaskularnych. Ma ono na celu przerwanie nieprawidłowego odpływu krwi przez żyły gonadalne lub żyły biodrowe wewnętrzne i doprowadzić do zmniejszenia patologicznej pojemności spłotów żylnych miednicy, zastojów żylnych miednicy i w ostateczności innych objawów choroby. Należy zauważyć, że wskazania do konkretnej metody leczenia chirurgicznego, kolejności ich stosowania nie są jasno określone. Wadą tradycyjnych metod jest dość duża rozległość oraz ryzyko niepłodności, co u kobiet w wieku rozrodczym stanowi istotny problem. Z tego powodu nowoczesne metody leczenia wewnętrzznacyniowego, znane już od ponad 25 lat, wydają się być znakomitą alternatywą. Zabieg przeprowadza się przez nakłucie żyły udowej lub z dostępu szyjnego. Wprowadza się do naczyń odpowiednie cewniki i prowadniki, celem wykonania dokładnej wizualizacji (wrenografii) zmienionych chorobowo naczyń. Szczegółowej ocenie poddaje się: żyły biodrowe, żyły jajnikowe, żyły nerkowe (szczególnie lewą),

co pozwala na ostateczne potwierdzenie rozpoznania. Po ustaleniu naczyń, które docelowo należy zembolizować wykonuje się zabieg. W niewydolnym naczyniu pozostawia się specjalne spirale, która zamyka ją przepływ. Często oprócz samych spiral wykonuje się zabieg metodą kanapkową (sandwich). Między kolejne spirale wprowadza się pianę ze sklerozantu. Samodzielnie wykonywana embolizacja może być zabiegiem wystarczającym w przypadku pierwotnego PCS. We wtórnym PCS, gdzie u podłoża problemu leży ucisk na naczynia, brak usunięcia przyczyny może powodować niską skuteczność zabiegu oraz szybki nawrót dolegliwości. W trakcie zabiegu w takiej sytuacji wykorzystuje się możliwości, jakie daje IVUS (wewnątrznacyniowe badanie USG). Za jego pomocą ocenia się stopień zwężenia naczynia. Istotne zwężenia światła żyły (często stosowanym kryterium jest zwężenia o ponad 50%) jest wskazaniem do podjęcia interwencji. Podejmuje się wtedy decyzję o wykonaniu angioplastyki i założeniu stentu w celu redukcji zwężenia i utrzymania właściwego przepływu. Równoczesne wykonania korekcji zwężenia oraz embolizacji niewydolnych naczyń w przypadku wtórnego zespołu ma wysoka skuteczność na poziomie ponad 80% w usuwaniu objawów takich jak bóle w miednicy, dyspnoe, bóle kończyn dolnych.



Przeprowadzane badania oceniające leczenie wewnątrznaczyniowe pokazują różnicowany poziom skuteczności (całkowitego ustąpienia objawów) od ok. 50 do nawet 100% pacjentek w okresie od 1,5 roku do 5 lat po zabiegu.

Możliwe powikłania związane z leczeniem wewnątrznaczyniowym to możliwość migracji coili (nawet do krążenia płucnego), reakcje uczuleniowe na środki kontrastowe, powikłania związane ze stosowaniem skleroterapii, perforacja lub niezamierzone zamknięcia naczyń, miejscowe zapalenia naczyń w miejscu przeprowadzonego zabiegu lub bardziej rozległa zakrzepica żylna. Właściwe przeprowadzenie zabiegu i coraz to nowe bardziej doskonałe materiały, łączone techniki (z wykorzystaniem piany czy kleju i techniki sandwich) zabiegu pozwalają na zmniejszenie ryzyka powikłań.

Niewyjaśniony zostaje problem postępowania z kobietami, u których przypadkowo stwierdzono poszerzenie splotów miednicznych, przy braku objawów z tego obszaru. Takie poszerzone sploty mogą w przyszłości skutkować różnymi powikłaniami pod postacią pełnoobjawowego PCS lub zakrzepicą w obrębie tych obszarów

podczas stosowania leczenia hormonalnego. Obecnie w stosunku do pacjentek bezobjawowych przyjmuje się postępowanie zachowawcze, a pacjentki poddaje obserwacji bez leczenia.

## PODSUMOWANIE

Wzrastająca świadomość pacjentek i lekarzy dotycząca znajomości patofizjologii i leczenia PeVD w ciągu ostatnich lat przyczyniła się do rozpowszechnienia wiedzy na temat tego złożonego problemu. Dzięki temu, właściwe dobieranie metody leczenia do przyczyn wywołujących chorobę (rozróżnienie między pierwotnym i wtórnym typem), może wpłynąć na zmniejszenie nawrotów i dolegliwości odczuwanych przez pacjentki.

Przegląd piśmiennictwa i dostępnych badań naukowych pokazuje, jak potrzebne jest usystematyzowanie obecnych wyników metod leczenia otwartego, laparoskopowego i endowaskularnego oraz zaplanowanie badań, najlepiej randomizowanych, na większych grupach pacjentek. Ponadto należy wypracować schematy wielodyscyplinarnego podejścia do diagnostyki oraz leczenia przewlekłego bólu, przekrwienia i niewydolności żyłnej miednicy.



## DR N. MED. MARCIN KUCHARZEWSKI

Specjalista chirurgii ogólnej oraz chirurgii naczyń. Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyń i Angiologii; Sekretarz Generalny Polskiego Towarzystwa Flebologicznego.

REKLAMA

# Cyclo3 Fort

Ruszczyk koleczasty

Hesperydyna

Kwas askorbowy



### Skrótowa informacja o leku:

**Nazwa produktu leczniczego:** Cyclo 3 Fort. **Skład jakościowy i ilościowy:** Każda kapsułka zawiera: 150 mg suchego wyciągu z *Ruscus aculeatus L.*, Rhizoma (kłącze ruszczyka koleczastego) (5-7,5:1), ekstrahent: etanol 85% (V/V), Hesperydyny metylochalcogen - 150 mg, Kwas askorbowy - 100 mg oraz substancje pomocnicze. **Substancje pomocnicze o znanym działaniu:** żółcień pomarańczowa FCF (E 110) - 0,246 mg. **Postać farmaceutyczna:** Kapsułka twarda. Kapsułka z nieprzezroczystym żółtym denkiem i pomarańczowym wiekiem. **Wskazania do stosowania:** Cyclo 3 Fort jest wskazany do stosowania u dorosłych. Leczenie objawów związanych z niewydolnością naczyń żylnych (uczucie ciężkości w kończynach dolnych, ból). **Pomocniczo w dolegliwościach związanych z żyłkami obdytu.** **Dawkowanie i sposób podawania:** W leczeniu objawów związanych z niewydolnością naczyń żylnych (uczucie ciężkości w kończynach dolnych, ból) produkt Cyclo 3 Fort stosuje się w dawce 2 do 3 kapsułek na dobę. Można przyjmować 2 kapsułki rano i 1 kapsułkę wieczorem lub 3 kapsułki rano i 2 wieczorem. **Pomocniczo w leczeniu objawów związanych z żyłkami obdytu,** Cyclo 3 Fort stosuje się w dawce 4 do 5 kapsułek na dobę. Można przyjmować 2 kapsułki rano i 2 kapsułki wieczorem lub 3 kapsułki rano i 2 wieczorem. W hemoroidach produkt przeznaczony jest do krótkotrwałego stosowania (nie dłużej niż tydzień). **Podanie doustne.** Kapsułki należy popić szklanką wody. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1 ChPL. **Zaburzenia w gospodarce żelazowej (talasemia, hemochromatoza, niedokrwistość syderoblastyczna)** ze względu na zawartość kwasu askorbowego w składzie produktu leczniczego. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** w przypadku wystąpienia biegunki należy przerwać leczenie. Jeśli pojawi się stan zapalny skóry lub zgrubienia podskórne czy owrozdzenia skóry należy skontaktować się z lekarzem. Jeśli wystąpi nagły obrzęk jednej lub obu kończyn dolnych, niewydolność serca lub nerek należy skontaktować się z lekarzem. Jeśli wystąpi atak hemoroidów leczenie powinno być krótkotrwałe. **Podawanie produktu nie jest substytutem odpowiedniego leczenia innych schorzeń proktologicznych.** W przypadku gdy objawy nie ustąpią szybko, należy przeprowadzić badanie proktologiczne i ponownie zwerifikować sposób leczenia. **Interferencje z badaniami diagnostycznymi:** Kwas askorbowy ze względu na właściwości redukujące może wpływać na wyniki badań diagnostycznych, takich jak oznaczenie zawartości glukozy, bilirubiny, aktywności aminotransferazy, mleczanów i innych. **Produkt leczniczy Cyclo 3 Fort zawiera barwnik azowy, żółcień pomarańczową FCF (E 110) i może powodować reakcje alergiczne.** **Działania niepożądane:** Następujące działania niepożądane zostały zaobserwowane w badaniach klinicznych. Działania niepożądane zostały sklasyfikowane w zależności od częstości ich występowania, zgodnie z następującą konwencją MedDRA: bardzo często ( $\geq 1/10$ ), często ( $\geq 1/100; <1/10$ ), niezbyt często ( $\geq 1/1000; <1/100$ ), rzadko ( $\geq 1/10000; <1/1000$ ), bardzo rzadko ( $<1/10000$ ). **Najczęściej zgłaszane działania niepożądane to** biegunka i ból brzucha. **Zaburzenia psychiczne:** niezbyt często: bezsenność; rzadko: nerwowość. **Zaburzenia ucha i błędnika:** rzadko: zawroty głowy. **Zaburzenia naczyniowe:** rzadko: uczucie zimna w kończynach, ból naczyń żylnych. **Zaburzenia żołądka i jelit:** często: biegunka, niekiedy ciężka (połączona z ryzykiem utraty masy ciała i płynów/elektrolitów, jeśli leczenie jest kontynuowane), szybko ustępująca po zaprzestaniu leczenia (patrz punkt 4.4); ból brzucha; niezbyt często: niestrawność, mdłości; rzadko: zaburzenia żołądkowo-jelitowe, aftowe zapalenie jamy ustnej. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** rzadko: wzrost aminotransferazy alaninowej. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** niezbyt często: rumień, świąd. **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej:** niezbyt często: skurcze mięśni, bóle kończyn. **Działania niepożądane raportowane ze zgłoszeń spontanicznych** (o częstotliwości występowania nieznannej): **zaburzenia żołądka i jelit:** odwracalne mikroskopowe, głównie limfocytarne, zapalenie okrężnicy w niektórych przypadkach (lub u niektórych pacjentów); ból żołądka. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej wysypka** plamkowo-grudkowa i pokrzywka. **Właściwości farmakodynamiczne:** produkt wykazuje działanie ochraniające naczynia krwionośne oraz poprawiające napięcie ściany naczyń żylnych. Wyciąg z *Ruscus aculeatus* posiada właściwości ochraniające naczynia krwionośne i wpływające na napięcie ściany naczyń żylnych. **In vitro**, produkt wykazuje zależny od dawki efekt obkurczający naczynia żyłne, nasilający się pod wpływem ciepła i szczególnie wyraźny w przypadku naczyń żyłkowych. **In vivo**, u zwierząt działanie wyciągu z *Ruscus aculeatus* obkurczające naczynia żyłne jest potwierdzone poprzez wzrost przepływu żylnego i ciśnienia powracającej krwi żyłnej. **Poprawa napięcia ściany naczyń żylnych jest wynikiem  $\alpha$ -adrenergicznego mechanizmu działania, wynikającego z bezpośredniego pobudzenia receptorów postsynaptycznych  $\alpha 1$  i  $\alpha 2$  (wyciąg z *Ruscus aculeatus* działa jako agonista tych receptorów) oraz z ich pośredniego pobudzenia poprzez przesunięcie noradrenaliny zmagazynowanej w zakończeniach nerwowych. Hesperydyna zmniejsza przepuszczalność naczyń włosowatych i przeciwdziała powstawaniu obrzęków. Jej działanie jest wzmożone przez kwas askorbowy, który zwiększa oporność naczyń włosowatych. Cyclo 3 Fort oddziałuje więc na ścianę naczyń żylnych dwukierunkowo: tonizując i troficznie. **Podmiot odpowiedzialny:** Pierre Fabre Medicament, 45 Place Abel Gance; 92100 Boulogne Billancourt, Francja. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** 8843 wydane przez Ministra Zdrowia. **Data zatwierdzenia lub częściowej zmiany tekstu CHPL:** 30.03.2017 r. **Kategoria dostępności:** produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza - OTC. **Dostępne opakowanie:** 30 lub 60 kapsułek.**

**Piśmiennictwo:** 1. Charakterystyka Produktu Leczniczego Cyclo 3 Fort, aktualizacja z dnia 30.03.2017.

2. Choroba hemoroidalna - ile leczenia zachowawczego, ile zabiegowego, Medical Tribune/nr 5/maj 2018; str. 45-49.

Przed zastosowaniem leku należy zapoznać się z pełną treścią Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Materiał skierowany do osób uprawniających do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

PFM/117/2019

  
Pierre Fabre  
Médicament

# Test antygenowy do zadań pilnych

**POMIMO PANUJĄCEJ PANDEMII NADAL CHORUJEMY I BĘDZIEMY CHOROWAĆ, NIE TYLKO NA KORONAWIRUSA.** Rak szyjki macicy czy piersi, które są najczęściej diagnozowanymi nowotworami wśród kobiet – nie zniknęły. Wręcz przeciwnie, w cieniu pandemii mogą rozwijać się niezdiagnozowane w szybkim tempie.



adal kobiety będą także zachodzić w ciążę i rodzić. Dlatego tak ważne jest, aby nie przekładać wizyt w gabinecie, klinice czy w szpitalu. Nie przerywać podjętego już leczenia, nie zaniechać pogłębionej diagnostyki i nie lekceważyć żadnych niepokojących objawów. Co jednak zrobić, kiedy na oddział ostrożyzowy

autor:  
**Monika**  
**Mikołajczak**

**Test płytkowy API Covid–Rapid Antigen firmy API Pharma USA LLC pozwala po 15–20 minutach określić, z bardzo dużą dokładnością (czułość na poziomie 92,5%), status epidemiczny pacjentki pod kątem obecności wirusa SARS–Cov–2. Jest optymalnym, wręcz koniecznym testem, który powinien posiadać każdy oddział medyczny, a szczególnie położniczy**

lub do kliniki przyjedzie pacjentka rodząca lub wymagająca podjęcia natychmiastowych działań medycznych?

Nie chodzi o samo zakładanie rękawiczek, maseczek, kombinezonów, wypełnianie ankiet na temat koronawirusa, ani przestrzeganie procedur czy innych wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego. Chodzi jednak o szybkie zidentyfikowanie zarażonych pacjentek i wykrzycie COVID-19 (bądź potwierdzenie braku zakażenia), które zapobiegnie rozprzestrzenianiu się wirusa i umożliwi podjęcie natychmiastowych działań w celu odizolowania chorych od zdrowych. W efekcie zagwarantuje to bezpieczną pracę lekarzom i personelowi oraz zminimalizowanie ryzyka związanego z jej przestoje.

### TESTY ANTYGENOWE

Rozwiązaniem są testy antygenowe na obecność wirusa SARS-CoV-2, które spełniają wszystkie wymogi testów przesiewowych: są szybkie, wygodne i łatwe w użyciu oraz precyzyjne. Przeznaczone do badania metodą in vitro. Szereg przeprowadzonych badań klinicznych na świecie przyniosło im znakomite wyniki: czułość na poziomie 92,5% oraz swoistość na poziomie 99,2%. Także w Polsce, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w II Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa pod kierunkiem prof. dr hab. Mariusza Zimmera, przeprowadzono badania, które potwierdziły wcześniejsze wyniki, dając blisko 100 proc. zgodność testu antygenowego z typowym testem PCR.

– Wobec stale zwiększającej się liczby pacjentek bezobjawowych COVID-19 dodatnich, istnieje pilna konieczność wdrożenia do schematu postępowania medycznego szybkich testów antygenowych na obecność w organizmie wirusa SARS-CoV-2 – mówi prof. dr hab. Mariusz Zimmer, potwierdzając zasadność stosowania testów antygenowych na oddziałach położniczych. – Okres oczekiwania na wynik badania PCR jest zdecydowanie za długi, przez co metoda ta staje się bezużyteczna w pracy ostrodyżurowej. Oczekiwanie, od 7 – 10 godzin do jednej lub dwóch dób, jest nie do przyjęcia w sytuacjach, kiedy należy podjąć natychmiastowe działania medyczne. Do tej grupy pacjentów należą przede wszystkim kobiety w ciąży i rodzące. Przyjęcie każdej ciężarnej do oddziału położniczego lub na salę porodową bez określenia jej statusu epidemicznego stanowi zagrożenie dla jej zdrowia, zdrowia personelu i innych kobiet rodzących. Wykonywanie szybkich testów antygenowych pozwoliłoby w dużej mierze utrzymać sprawność oddziału, jak i zachować specjalną czujność u pacjentek dodatnich, do czasu otrzymania ostatecznego wyniku.



### ANTYGENOWY TEST NA OBECNOŚĆ WIRUSA SARS-COV-2

- **BARDZO DOKŁADNY** – czułość: 92,5%, swoistość: 99,2%
- **SZYBKI** – wynik dostępny już po 15 – 20 minutach
- **BEZ LABORATORIUM BADAWCZEGO** – przeprowadzenie testu nie wymaga korzystania z profesjonalnego sprzętu ani otoczenia laboratoryjnego
- **POTWIERDZONY KLINICZNIE** – jest wiarygodny i sprawdzony klinicznie, posiada oznaczenie CE IVD
- **DZIAŁA W OPARCIU O PŁYTKI WYMAZ** – polega na powierzchniowym pobraniu wymazu z nosa lub z gardła

### SZYBKI TEST PŁYTKOWY

Na polskim rynku dostępny jest test płytkowy API Covid-Rapid Antigen firmy API Pharma USA LLC, który pozwala już po 15 – 20 minutach określić, z bardzo dużą dokładnością, status epidemiczny pacjentki pod kątem obecności wirusa SARS-CoV-2. Jest optymalnym, wręcz koniecznym testem, który powinien posiadać każdy oddział medyczny, a szczególnie położniczy, jak również klinika czy gabinet. Test ten określa obecność antygeny, a nie przeciwciała, co stanowi jego znaczną zaletę. Jeśli okaże się pozytywny, wówczas należy wykonać diagnostykę pogłębioną w postaci testu PCR. Jednak od pierwszych chwil pojawienia się pacjentki w placówce medycznej można ją już wstępnie zdiagnozować.

Szybki test antygenowy API Covid-Rapid Antigen został opracowany przez amerykańską firmę farmaceutyczną API Pharma, która dostarcza na międzynarodowe rynki ponad 200 rodzajów testów przesiewowych. Swoje wieloletnie doświadczenie i wiedzę w zakresie chorób zakaźnych wykorzystwała także do walki z COVID-19. Test antygenowy jest bardzo wygodny, przenośny i niedrogi, a także precyzyjny i łatwy do wykonania. Przeprowadza się go metodą próbówkową. Polega na pobraniu płytkowego wymazu z nosa lub z gardła. Wykonanie testu nie wymaga korzystania z dodatkowego sprzętu ani otoczenia laboratoryjnego. Wystarczy do tego płytka testowa wielkości karty kredytowej, kilka kropli roztworu reakcyjnego i próbka wymazu z nosa lub z gardła – wszystkie te elementy znajdują się w jednym zestawie. Jeśli w ciągu 20 minut na płytce pojawią się dwie linie, będzie to oznaczać, że próbka zawiera wirusa. Jeśli pojawi się tylko jedna linia – osoba nie jest zakażona.

Testy antygenowe umożliwiają bezpieczną dla wszystkich organizację pracy oddziałów szpitalnych, przychodni, gabinetów lekarskich i innych placówek zdrowia oraz uniknięcie masowych zakażeń personelu medycznego z pełnymi tego konsekwencjami. Weźmy odpowiedzialność w swoje ręce.

Autoryzowanym dystrybutorem testów antygenowych firmy API Pharma USA LLC na rynku polskim jest Mobile Scanned Systems Sp. z o.o.

[www.testujcovid.pl](http://www.testujcovid.pl)



### MONIKA MIKOŁAJCZAK

Dziennikarka, redaktorka, profilerka, współpracuje z Mobile SCANNED Systems Sp. z o.o.

# Dezynfekcja przeciwko wirusowi SARS-CoV-2

**CELEM TEGO ARTYKUŁU JEST PRZYBLIŻENIE RÓŻNYCH TECHNOLOGII, KTÓRE SĄ WYKORZYSTYWANE DO WALKI Z WIRUSEM COVID-19.** Jak wiemy, wirus ten rozprzestrzenia się drogą kropelkową i zostaje naniesiony na powierzchnie, pozostając na nich przez pewien czas. Na przykład w jednym z badań stwierdzono, że wirus przeżywa w powietrzu, w postaci drobnego aerozolu, do 3 godzin, na plastiku i stali nierdzewnej do 72 godzin, na miedzi do 8 godzin, a na porowatych powierzchniach, takich jak karton, do 4 godzin.



FOT. 123 RF

obecnie na rynku dostępne są urządzenia, których celem jest dezynfekcja pomieszczeń lub przestrzeni za pomocą różnych technik, np. rozpylania środków dezynfekujących, wysyłanie promieniowania z zakresu UV czy tworzenia ozonu.

## ROZPYLANIE MGŁY ŚRODKÓW DEZYNFEKUJĄCYCH

Na zdjęciach z miast rosyjskich lub chińskich bardzo często możemy zobaczyć ludzi lub pojazdy rozpylające różnego typu środki chemiczne, mające dezynfekować powierzchnię. Sam proces jest zjawiskiem typowo fizycznym, tworzona jest zawieszina roztworu wodnego. Mogą to być popularne środki dezynfekujące na bazie podchlorynu sodu bądź amin czwartorzędowych. Działania te są pewną interpretacją badań, które świadczą

o tym, że wirus jest podatny na środki utleniające (podchloryn), ale skuteczność ta wymaga kontaktu z nimi w czasie około jednej minuty.

Rozpylanie środka dezynfekującego w powietrze spowoduje zmniejszenie ilości wirusa zawieszonego w postaci aerozolu. Jednak będzie to miało bardzo ograniczony efekt, ponieważ środek dezynfekujący szybko się rozproszy. Aerozole zostaną ponownie wprowadzone, gdy następnym razem osoba zakażona będzie podróżować po tym obszarze.

W żadnym wypadku, do tego typu zabiegów, nie należy stosować środków przeznaczonych do ochrony roślin lub deratyzacji.

Co do skuteczności, to pozostawia wiele do życzenia. Dobrze wiemy, że tradycyjne środki dezynfekujące działają najskuteczniej, gdy наносimy

autor:  
**Zbigniew Raszewski**

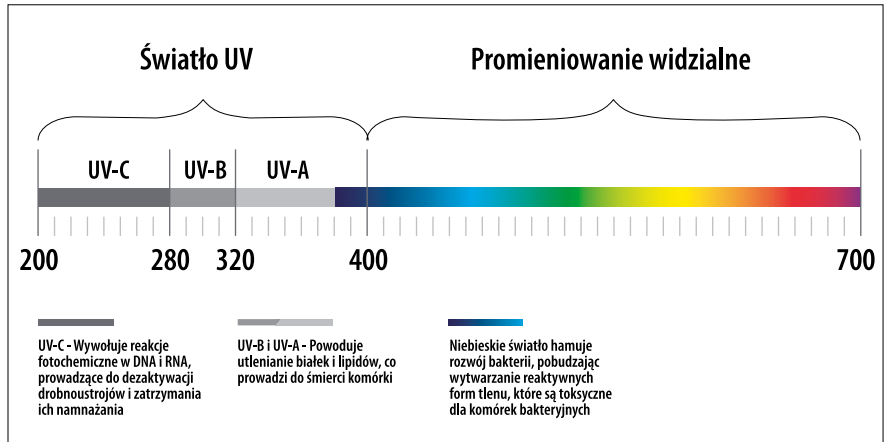
**Promieniowanie UV-C zabija wirusy, wypaczając strukturę ich materiału genetycznego i zapobiega replikacji. Zostało to już przetestowane na dwóch koronawirusach, wywołujących przeziębienie**

je na powierzchni nie pokryte materiałem biologicznym. Inaczej kurz lub pozostałości lipidów z odcisków palców mogą stanowić skuteczną barierę dla czynnika dezynfekcyjnego. Jeśli dodatkowo kwas podchlorawy występuje w niskim stężeniu, np. 0,1%, to na powietrzu ulega on szybkiemu rozkładowi pod wpływem temperatury i światła, zanim zdąży skutecznie zdezynfekować powierzchnię.

Należy też pamiętać, że dezynfekcja metodą rozpylania substancji chemicznych w pomieszczeniach może być szkodliwa dla personelu. Wymaga stosowania masek przeciwgazowych oraz odpowiednich ubrań ochronnych.

Kolejny znak zapytania, to skuteczność takiej dezynfekcji w miejscach trudno dostępnych. Zawiesina aerozolu środka dezynfekującego nie wszędzie może dotrzeć.

Obecnie trwają testy urządzeń do generowania kwasu podchlorawego. HOCl



Rycina 1. Podział promieniowania elektromagnetycznego w zależności od długości fali

atakuję bakterie lub wirusy poprzez chemiczne wiązanie atomów chloru na zasady nukleotydowe, zaburzające działanie DNSA bakterii, utrudnia szlaki metaboliczne, w których komórki wykorzystują enzymy do utleniania składników odżywczych i uwalniania energii oraz innych czynności związanych z błonami. HOCl można syntetyzować poprzez elektrolizę roztworu solanki przy użyciu elektrod tytanowych pokrytych mieszanym tlenkiem metalu (tlenek rutenu i tlenek irydu) oraz stosując prąd w zakresie 6 – 10 A. Podczas procesu elektrolizy roztwór solanki (~ 3,5% NaCl w wodzie) dostarcza jonów chlorkowych (Cl<sup>-</sup>), który jest redukowany do chloru gazowego. Gaz chlorowy wytworzony chemicznie reaguje z wodą tworząc HOCl.

Kwas podchlorawy jest bezpieczniejszy od podchlorynu sodu. Używany jest np. do oczyszczania wody. Najbardziej skutecznym jest on w zakresie pH 4,5 – 7,0.

Ideę tę zaprezentowano w postaci komory do dezynfekcji. Została ona zainstalowana w ESIC Medical College and Hospital w Hyderabad w celu zbadania ich skuteczności w odkażaniu środków ochrony indywidualnej i ludzi. System sanitaryzacji składa się z trzech komór o wymiarach 1,5 m × 1,5 m × 2 m każda. W pierwszej komorze jest rozpylana woda. HOCl o stężeniu 50 – 100 ppm jest rozpylany w drugiej komorze, a do ostatniej komory wdmuchiwane jest gorące powietrze.

Według zaleceń WHO wydaje się, że bardziej efektywne jest naniesienie środka dezynfekcyjnego na bazie min. 60% alkoholu i zaczekanie, aż ulegnie on odparowaniu.

### STERYLIZACJA ZA POMOCĄ LAMP UV

Jeżeli przyjrzymy się promieniowaniu elektromagnetycznemu, to zobaczymy, że ma ono szereg długości fali. Część 400 – 700 nm należy do światła widzialnego. Fale o krótszej długości nazywamy ultrafioletem, który z kolei może dzielić się jeszcze dodatkowo na trzy typy: A, B, i C. Każda z tych długości fali jest emitowana przez słońce, ale warstwa ozonowa skutecznie zapobiega przenikaniu promieniowania typu C do głębszych warstw atmosfery.

Światło UV-C jest bezpieczne dla człowieka, ponieważ ma krótką długość fali, nie wnika w powierzchnię skóry. Wskazuje to również na fakt, że takie promieniowanie nie będzie transmitowane przez powietrze na dłuższe odległości. Aby rozwiązać ten problem, koniecznym staje się zastosowanie urządzenia o dużej mocy.

Światło UV-A i UV-B może zabijać także niektóre bakterie i zarazki, ale w większości przypadków jest mało skuteczne wobec wirusów, takich jak SARS-CoV-2.

Należy zaznaczyć, że NIE należy używać lamp ultrafioletowych do dezynfekcji rąk ani innych obszarów ciała, gdyż jak wiemy



promieniowanie UV może powodować podrażnienia skóry i uszkodzenie oczu. Przed włączeniem tego typu urządzenia należy zabezpieczyć się w odpowiednie środki ochrony osobistej (okulary, rękawice, fartuch), a następnie w miarę szybko opuścić pomieszczenie.

Wykazano, że promieniowanie UV-C niszczy zewnętrzną powłokę białkową koronawirusa SARS, który jest inny niż obecny wirus SARS-CoV-2. Zniszczenie ostatecznie prowadzi do inaktywacji wirusa. Promieniowanie UV-C zabija wirusy, wypaczając strukturę ich materiału genetycznego i zapobiega replikacji. Zostało to już przetestowane na dwóch koronawirusach, wywołujących przeziębienie. Testy wykazały, że 16-minutowy wpływ dalekiego światła UV-C zabija 99 proc. cząstek koronawirusa w powietrzu.

Istnieją standardy dotyczące bezpiecznego użycia światła UV-C. Określają one w jakiej dawce 222 nanometrowe światło UV-C może być bezpiecznie używane w obecności ludzi, tak aby nie miało negatywnego wpływu na oczy ani skórę.

Generalnie promieniowanie UV-C już jest stosowane w warunkach szpitalnych do dezynfekcji pomieszczeń i sprzętu. Warto tu zauważyć, że Centers for Disease Control and Prevention wymienia promieniowanie ultrafioletowe, bakteriobójczy proces odkażania za pomocą UV-C, jako jedną z najbardziej obiecujących metod dezynfekcji masek na twarz, takich jak N95, umożliwiając ich ponowne użycie. Używanie promieniowania UV-C do dezynfekcji nie jest jednak proste. Wymaga wielu protokołów, by można je było bezpiecznie stosować.

Instalowanie lamp UV-C w celu naświetlenia pomieszczenia jest skomplikowanym procesem. Aby działały efektywnie muszą zostać odpowiednio skalibrowane przez profesjonalistów.

Dodatkowo należy pamiętać, że bezpośrednia ekspozycja skóry i oczu na promieniowanie UV-C, z niektórych lamp UV-C, może powodować bolesne obrażenia oczu i reakcje skórne przypominające oparzenia. UV-C może degradować również niektóre materiały, takie jak tworzywa sztuczne, polimery i barwione tkaniny.

Dobrze byłoby przyjrzeć się budowie lamp generujących promieniowanie UV, gdyż niektóre lampy zawierają rtęć. Ponieważ rtęć jest toksyczna nawet w niewielkich ilościach, należy zachować szczególną ostrożność podczas czyszczenia pękniętej lampy i jej utylizacji.

Kolejna sprawa to bezpośrednia ekspozycja. Promieniowanie UV-C może dezaktywować wirusa tylko wtedy, gdy wirus jest bezpośrednio narażony na promieniowanie. Dlatego inaktywacja wirusów na powierzchniach może nie być skuteczna ze względu na blokowanie promieniowania UV przez kurz lub inne zanieczyszczenia, takie jak płyny ustrojowe.

## DAWKA I CZAS TRWANIA

Wiele lamp UV-C sprzedawanych do użytku domowego ma niską moc więc może to wymagać dłuższej ekspozycji na powierzchnię, aby potencjalnie zapewnić skuteczną inaktywację bakterii lub wirusa.



FOT. 123 RF

W ostatnim czasie dużą nadzieję pokłada się w LED-owych źródłach promieniowania, które są w stanie dostarczyć promieniowanie o ściśle określonej długości fali np. 220 nm. Niestety obecnie jeszcze nie są dostępne na rynku w sprzedaży.

Oczekuje się, że promieniowanie UV-B i UV-A będzie mniej skuteczne niż promieniowanie UV-C w inaktywacji koronawirusa SARS-CoV-2. Promieniowanie UV-B może wnikać głębiej w skórę i tkanki gałki ocznej. Wiadomo, że UV-B powoduje uszkodzenie DNA i jest czynnikiem ryzyka w rozwoju raka skóry i zaćmy.

Promieniowanie UV-A jest mniej niebezpieczne niż promieniowanie UV-B, ale jest także znacznie (około 1000 razy) mniej skuteczne niż promieniowanie UV-B lub UV-C w inaktywacji innych wirusów SARS. Promieniowanie UV-A jest również związane ze starzeniem się skóry i ryzykiem rozwoju raka skóry.

Obecnie na rynku można spotkać kilka typów lamp do sterylizacji UV.

## LAMPY UV

W przeszłości najpopularniejszym typem lampy stosowanym do wytwarzania promieniowania UV-C była niskociśnieniowa lampa rtęciowa, której główna emisja promieniowania (> 90%) wynosiła 254 nm. Ten typ lampy wytwarza też inne długości fal.

Istnieją również inne dostępne lampy, emitujące szeroki zakres długości fal UV, ale także promieniowanie widzialne i podczerwone.

Lampa ekscymerowa lub lampa dalekiego UV-C to rodzaj lampy, zwanej „lampą ekscymerową”, o szczytowej emisji około 222 nm.

Pulsacyjne lampy ksenonowe. Lampy te emitują najpierw krótki impuls światła o szerokim spektrum (w tym UV, widzialnym i podczerwonym), a następnie, w takim urządzeniu, promieniowanie to zostaje przefiltrowane, aby emitowane było głównie promieniowanie UV-C. Urządzenia tego typu są stosowane czasami w warunkach szpitalnych, do dezynfekowania powierzchni w salach operacyjnych lub innych pomieszczeniach szpitala. Mogą być one używane, tylko wtedy, gdy w pomieszczeniu nie ma ludzi.



FOT. RADIO 8

## DIODY ELEKTROLUMINESCENCYJNE (LED)

Coraz powszechniej dostępne są diody elektroluminescencyjne (LED), wytwarzające promieniowanie UV. Diody LED emitują zazwyczaj bardzo wąskie pasmo fal promieniowania. Obecnie dostępne diody UV LED mają szczytowe długości fal między innymi przy wartościach 214 nm, 265 nm i 273 nm. Jedną z zalet diod LED w porównaniu z niskociśnieniowymi lampami rtęciowymi jest to, że nie zawierają rtęci. Mała powierzchnia i wyższa kierunkowość diod LED mogą jednak sprawić, że będą one mniej skuteczne w zastosowaniach bakteriobójczych.

W tej chwili na rynku można spotkać już mobilne lampy UV-C, przeznaczone do dezynfekcji szpitali. Lampy takie, przesuwane z prędkością około 2,5 metra na minutę, w ciągu 30 minut są w stanie zdezynfekować ze skutecznością > 99% pomieszczenia około 37 – 38 m<sup>2</sup>. Posiadają one w sobie około 30 lamp o mocy 15 watów każda.

Należy pamiętać także o tym, że moc światła zmniejsza się odwrotnie proporcjonalnie do odległości, wszystkie wirusy giną więc w ciągu 1 sekundy (wewnątrz kuli o promieniu 1,4 metra) przy mocy lampy UV wynoszącej 100 watów. Na podstawie danych z literatury fachowej można znaleźć wartość  $A = 400$  mikrowatów na 1 cm<sup>2</sup> = 4 W/ m<sup>2</sup> przez 1 sekundę. Co daje nam moc lampy wynoszącą 200 watów, dla kuli o promieniu 2 metrów i czasie 1 s.

Podczas pisania artykułu zetknąłem się z ciekawą hipotezą, iż kontakt z promieniowaniem UV-B powoduje, że nasz organizm wytwarza witaminę D. W badaniach na zwierzętach wykazano, że niższy poziom witaminy D u zwierząt wskazuje na większe ryzyko zakażenia koronawirusem.

## URZĄDZENIA DO PODGRZEWANIA

Mogą być wykorzystywane do dezynfekowania masek ochronnych N-95, w celu ich powtórnego użycia.

Urządzenie składa się z nagrzewnicy powietrza o strukturze plastra miodu, która wytwarza suche i wilgotne ciepło w szerokim zakresie temperatury i wilgotności względnej. Na przewodzie wylotowym zainstalo-

**TABELA 1. PODZIAŁ PROMIENIOWANIA UV WRAZ Z ZASTOSOWANIEM**

ŹRÓDŁO ŚWIATŁA	FALA PROMIENIOWANIA [nm]	BEZPIECZNE DLA SKÓRY I OCZU	NISZCZENIE MATERIAŁÓW TYPU PLASTYKI, GUMA	ZASTOSOWANIE PRAKTYCZNE
Dalekie UV	100 – 200	Tak	Tak	Urządzenia medyczne generujące ozon
Dalekie UV-C	207 – 220	Tak	Tak	Bakteriobójcze, bardzo skuteczne do dezynfekcji
UV-C	200 – 280	Nie	Tak	Bakteriobójcze, bardzo skuteczne do dezynfekcji
UV-B	280 – 315	Nie	Tak	Reakcja ze skórą, zastosowanie medyczne
UV-A	315 – 400	Nie	Nie wszystkie materiały	Utwardzanie, drukowanie, zastosowanie medyczne

W tej grupie długości promieniowania można jeszcze wymienić określone długości fal:

– skuteczne do niszczenia RNA (enzymatycznego), to 275 nm, w natężeniu 1 – 1,4 W/cm<sup>2</sup> oraz 365 nm, 0,7 – 0,9 W/cm<sup>2</sup> i minimalnym czasie ekspozycji < 5 minut;

– niszczenia wirusów typu A 265 nm, o mocy 52 mJ/cm<sup>2</sup> i czasie ekspozycji 5 sekund;

– niszczenia bakterii *S. aureus* przy długości 265 lub 275 nm, dawka 52 mJ/cm<sup>2</sup>, czas ekspozycji < 5 sekund;

– niszczenie grzybów (*A. brasiliensis*) długość fali 278 i 365 nm, dawka 36 000 mJ/cm<sup>2</sup>, czas ekspozycji 180 sekund;

Obecnie wydaje się, że najbardziej skuteczna długość fali przeciw SARS-CoV-2 wynosi 265 nm.

wano nagrzewnicę wysokotemperaturową, zapewniającą dezynfekcję powietrza z komory przed wypuszczeniem go do atmosfery. Prototypy zostały wytworzone przez firmy ARCI i M/s. Sowbal Aerothermics.

## OZON

Ozon O<sub>3</sub>, najbardziej znany ze swojej roli ochronnej w środowisku ekologicznym ziemi, jest silnym utleniaczem. Reagując z cząsteczkami organicznymi, zawierającymi wiązania podwójne lub potrójne, ma działania bakteriobójcze, wirusobójcze oraz grzybobójcze.

Cząsteczka ozonu (O<sub>3</sub>) ma cykliczną strukturę, z odległością między atomami tlenu wynoszącymi 1,26 Å, co powoduje, że

jest ona wysoce niestabilna i rozkłada się na tlen (O<sub>2</sub>) i jeden bardzo reaktywny atom tlenu. Ozon występuje w przyrodzie, a jego stężenie w atmosferze wynosi około 0,04 ppm (1 ppm ~ 2 mg/m<sup>3</sup>).

Gdy wymagane są wysokie wydajności, ozon jest wytwarzany przez wyładowanie bariery dielektrycznej (DBD), znane również jako efekt koronowy. Nazwa pochodzi od kształtu obszaru świecącego gazu, utworzonego wokół elektrody, gdy natężenie pola elektrycznego jest dostatecznie wysokie do jonizacji gazowej, ale bez tworzenia łuku.

Ozon można wytwarzać in-situ za pomocą małych, kompaktowych generatorów ozonu, wykorzystując, jako surowiec, osuszone powietrze z otoczenia. Podczas tego zabiegu, na początku dostarczany jest ozon, aż do osiągnięcia pożądanego stężenia, następnie należy odczekać czas niezbędny do dezynfekcji oraz dokładnie przewietrzyć pomieszczenie, aż do osiągnięcia stężeń wymaganych dla bezpieczeństwa ludzi.

Ze względu na właściwości toksykologiczne ozonu i jego zdolności do degradacji wielu materiałów, optymalną rzeczą wydaje się być możliwość wykorzystania go do dezynfekcji powietrza bez obecności człowieka w pomieszczeniu. Należy stosować do tego



FOT. EXOLIGHT

**TABELA 2. WYMAGANY CZAS DO DEZAKTYWACJI 90% WIRUSÓW W ZALEŻNOŚCI OD STĘŻENIA OZONU I CZASU KONTAKTU, WEDŁUG R2k.**

KONCENTRACJA OZONU (PPM)	CZAS W [min]	WILGOTNOŚĆ WZGLĘDNA	WIRUS	PRACA
25	15	> 95%	12 typów wirusów	Hudson 2009
0,05	180	35%	Herpes	Grieci 2014
10	12	55%	Różne typy	Dennis 2020
0,6	100	55%	ssDNA, ssRNA, dsDNA, otoczkowe, dsRNA	Tseng 2008
1,2	14	55%	ssDNA, ssRNA, dsDNA, otoczkowe, dsRNA	Tseng 2008
10,33	0.3	55%	ssDNA, ssRNA, dsDNA, otoczkowe, dsRNA	Tseng 2006

takie stężenie gazu, aby było ono skuteczne do zniszczenia wirusów, ale jeszcze niewystarczające do zniszczenia materiałów.

Na przykład mały generator ozonu może wytwarzać 2000 mg/ godzinę. Dla pomieszczenia o wymiarach 10 x 10 x 3 m (300 m<sup>3</sup>), stężenie ozonu 6,6 mg/ m<sup>3</sup> można osiągnąć po 1 godzinie, które można przeliczyć na 3,36 części na milion (ppm) w następujący sposób: ppm = mg/ m<sup>3</sup> x 24,45/ 48 (gdzie 24,45, to objętość 1 mola gazu doskonałego przy 1 atm i 25°C oraz 48 g/ mol masy cząsteczkowej ozonu).

Według badań Hudsona (2009), maksymalna skuteczność przeciwwirusowa wymagała stężenia ozonu 25 ppm przez 15 minut, a następnie krótkiego okresu wysokiej wilgotności (> 90% wilgotności względnej).

Ponadto niektóre badania wykazują, że ważnym czynnikiem inaktywacji wirusów i innych mikroorganizmów jest całkowita dawka ozonu, która jest obliczana jako iloczyn czasu ekspozycji i stężenia. W tych badaniach, niskie stężenia przez dłuższy czas dają takie same wyniki jak wysokie stężenia przez krótki czas.

Tanie generatory, zaprojektowane do ręcznego uruchamiania i zatrzymywania za pomocą timera, nie pozwalają na osiągnięcie stałej koncentracji ozonu przez określony czas. Po ich zastosowaniu w sumie nie wiele wiemy o ich skuteczności, chyba że zostaną odpowiednio skalibrowane.

Interakcje wirusów z ozonem przebadano już w latach 80. XX wieku. Po 30 sekundach ekspozycji ozonem, 99% wirusów zostało zdezaktywowanych i wykazało uszkodzenie swoich białek otoczkowych. Może to skutkować brakiem możliwości przyłączania się do normalnych komórek i pęknięciem jednoniciowego RNA.

Podczas epidemii SARS w 2003 r. sterylizacja ozonem została z powodzeniem zastosowana do oczyszczenia środowisk zakażonych koronawirusem SARS-CoV-1, tj. wirusem wywołującym chorobę SARS.

Ponieważ SARS-CoV-1 również jest członkiem rodziny koronawirusów, to jest

wysoce prawdopodobne, że sterylizacja ozonem byłaby skuteczna także w zabijaniu SARS-CoV-2, koronawirusa, który powoduje chorobę COVID-19.

Przegląd literatury naukowej na temat wirusobójczego działania ozonu pokazuje, że stężenie ozonu w zakresie 1 – 25 ppm i czasu kontaktu od 10 minut do 3 godzin są w stanie skutecznie inaktywować bardzo różne rodzaje wirusów w temperaturze pokojowej i przy średniej wilgotności względnej.

### JAKIE JEST RYZYKO I WYMAGANIA DOTYCZĄCE OZONU?

Oddychanie nawet niewielkimi ilościami ozonu może być szkodliwe. Objawy obejmują kaszel, duszności i zaostrzenie chorób płuc, w tym astmy. Przy wyższych stężeniach można wyczuć ozon, staje się on jednak szkodliwy nawet przy mniejszych dawkach. Z tego powodu wiele krajów ustaliło 8-godzinny limit ekspozycji na 70 ppb (części na miliard) ozonu. W Polsce dla 8-godzinnego dnia pracy limit ten wynosi 0,075 ppm lub 0,15 mg/m<sup>3</sup>.

Trwają obecnie badania, aby ozon klasyfikować nawet pod kątem mutagenności (Muta. 2) i rakotwórczości (Carc. 2). Zostały one zapoczątkowane w Niemczech, w 2016 r.

Generatory ozonu mogą generować promieniowanie elektromagnetyczne o różnych częstotliwościach. Według ECHA zabronione jest wchodzenie do pomieszczenia, gdzie pracuje generator ozonu osobom z rozrusznikiem serca.

Ozon silnie niszczy tworzywa sztuczne i gumę. Powoduje wyblaknięcie barwników oraz wywołuje korozję metali: miedzi i aluminium.

Najbardziej narażone na niekorzystne działanie ozonu tworzywa, to naturalny kauczuk i nitril. Inne, takie jak kauczuki butylowe, neopren i poliuretan, narażone na te same stężenia ozonu, wytrzymują prawie trzy razy większe stężenie tego gazu, w porównaniu z kauczukami naturalnymi. Ostatecznie najbardziej odporne są tworzywa takie jak: silikon, akryl, chlorosulfonowany polietylen

i kopolimer etylenowo-propylenowy, które charakteryzują się nasyconymi strukturami chemicznymi.

Pomiar stężenia ozonu wykonywany jest w technice spektrofotometrycznej, pochłaniania przez cząsteczki ozonu promieniowania ultrafioletowego o długości fali 254 nm. Istnieją również mierniki ozonu z elektrochemiczną zasadą wykrywania zarówno stacjonarne, jak i przenośne.

Stosowanie niskich stężeń ozonu (0,02 – 0,06 ppm) na włóknach bawełnianych może zmniejszyć ich wytrzymałość na zerwanie. Może także doprowadzić do wybielenia tkanin farbowanych.

### ZIMNA PLAZMA

Plazma, zwana czwartym i najpowszechniej występującym we wszechświecie stanem skupienia materii, to zjonizowany gaz, mogący przewodzić ładunki elektryczne. Plazma niskotemperaturowa może składać się z mieszaniny zarówno zjonizowanych, jak i niezjonizowanych cząsteczek, a także atomów w stanie podstawowym i wzbudzonych, wolnych rodników, w tym tlenu i azotu, ozonu oraz elektronów i promieniowania UV.

Zarówno biologiczne, jak i medyczne zastosowania plazmy niskotemperaturowej wykorzystują jej przeciwdrobnoustrojowe właściwości – szereg badań wykazał skuteczność działania zimnej plazmy przeciw komórkom wegetatywnym i sporom bakterii, a także drożdżom, pleśniom i wirusom. To właśnie szereg reaktywnych cząsteczek chemicznych jest odpowiedzialny za uszkodzenie komórek mikroorganizmów. Uszkodzenia te mogą dotyczyć: ściany i błony komórkowej – dezintegracja struktur powierzchniowych zachodzi na skutek bombardowania komórek reaktywnymi składnikami plazmy (O<sub>2</sub>, O<sub>3</sub>, OH, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, NO<sup>•</sup> i NO<sub>2</sub><sup>•</sup>), przy czym, najbardziej letalne działanie wykazuje tlen atomowy i rodnik hydroksylowy, co może prowadzić do przerwania ciągłości lizy komórek, oraz uszkodzenia DNA – ze względu na promienie UV powstające podczas jej wytwarzania. Plazma prowadzi do degradacji DNA mikroorganizmów – promienie UV charakteryzują się wysoką wartością energetyczną i dużym stopniem absorpcji przez cząsteczki DNA i RNA, co prowadzi do powstania dimerów tyminy i fragmentacji nukleoidu.

Wykorzystanie plazmy w stomatologii to niszczenie bakterii bytujących na powierzchni zębów w postaci trudnych do zwalczania biofilmów, które powodują zakażenia błony śluzowej zębów lub dziąseł.

### CZY ZIMNA PLAZMA MOŻE RÓWNIEŻ ZAPOBIEGAĆ ROZPRZESTRZENIANIU SIĘ WIRUSA W PŁUCACH?

Prowadząc badania kliniczne, naukowcy mają nadzieję udzielić odpowiedzi na różne pytania. Chcą wyjaśnić, czy leczenie zimną





## LITERATURA:

1. Ümit Türsen, Belma Türsen, Torello Lotti. Ultraviolet and COVID-19 pandemic. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 020;00:1-3. DOI: 10.1111/jocd.13559.
2. Elena Grignani, Antonella Mansi, Renato Cabella et al. Preliminary indications for the use of ozone as air and surface disinfectant in the conjuncture of covid-19. [https://www.researchgate.net/publication/342261609\\_PRELIMINARY\\_INDICATIONS\\_FOR\\_THE\\_USE\\_OF\\_OZONE\\_AS\\_AIR\\_AND\\_SURFACE\\_DISINFECTANT\\_IN\\_THE\\_CONJUNCTURE\\_OF\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/342261609_PRELIMINARY_INDICATIONS_FOR_THE_USE_OF_OZONE_AS_AIR_AND_SURFACE_DISINFECTANT_IN_THE_CONJUNCTURE_OF_COVID-19)
3. WHO. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19 Interim guidance 15 May 2020
4. BV. Sarada, R. Vijay, R. Johnson, T. Narasinga Rao, G. Padmanabham. Fight Against COVID-19: ARCI's Technologies for Disinfection. *Transactions of the Indian National Academy of Engineering* (2020) 5:349-354. <https://doi.org/10.1007/s41403-020-00153-3>
5. Arijana Filipić, Ion Gutierrez-Aguirre, Gregor Primc. Cold Plasma, a New Hope in the Field of Virus Inactivation. *Trends in Biotechnology*, Available online 17 April 2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167779920301086>
6. <https://biotechnologia.pl/biotechnologia/czym-jest-i-do-czego-sluzymy-zimna-plazma,16818>
7. <https://www.usmedinnovations.com/chcp-hero-system/>

plazmą może zapobiec zakażeniu wirusem COVID-19 u pacjentów wentylowanych mechanicznie (w ten sposób znacznie zwiększając szanse na ich wyleczenie), a także czy zjonizowane powietrze znacznie zmniejsza wirus w ustach, nosie i gardle tych pacjen-

tów. Mogłoby to dodatkowo pomóc zmniejszyć ryzyko infekcji dla personelu medycznego na oddziałach intensywnej terapii.

Firma Terraplasma Medical przekształciła urządzenie wykorzystujące zimną plazmę, które było stosowane do leczenia

ran przewlekle zakażonych w urządzenie przydatne w terapii górnych dróg oddechowych. Zastosowanie to mogłoby być użyte w leczeniu szpitalnym, a być może także do dezynfekcji masek jednorazowych lub drobnego sprzętu.



## DR ZBIGNIEW RASZEWSKI

Uzyskał stopień doktora na Śląskiej Akademii Medycznej w zakresie biologii medycznej oraz tytuł magistra inżyniera, w zakresie technologii chemicznej, na wydziale chemicznym Politechniki Warszawskiej.

REKLAMA

# AIRsteril<sup>®</sup>

**STERYLIZACJA POWIETRZEM**

Unikalna technologia fotokatalityczna:

- zimna plazma z niewielką ilością ozonu
- efektywna dezynfekcja powietrza i powierzchni
- bezpieczna dezynfekcja 24/7, w obecności ludzi

Zobacz więcej na stronie [www.AIRsteril.pl](http://www.AIRsteril.pl)

[WWW.FMDENTAL.PL](http://WWW.FMDENTAL.PL)

[f FB.COM/FMDENTALPL](https://www.facebook.com/fmdentalpl)

**fmdental<sup>®</sup>**  
JAKOŚĆ BUDUJE PRZEWAGĘ

Jakość i innowacje **budują Twoją przewagę**

**AIRsteril<sup>®</sup>**  
POMIESZCZENIE BEZ wirusów, bakterii, pleśni

# Ograniczenia w korzystaniu z praw pacjenta

**W ZWIĄZKU Z ZAGROŻENIEM EPIDEMIOLOGICZNYM MOŻLIWE JEST WPROWADZENIE OGRANICZEŃ W KORZYSTANIU Z PRAW PACJENTA.** Należy jednak takie ograniczenia wprowadzać bardzo ostrożnie.



FOT. 123 RF

tan epidemii wiąże się z licznymi ograniczeniami, które wynikają z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ograniczenia te wprowadzają organy publiczne. Natomiast lekarze prowadzący gabinety również otrzymują dodatkowe uprawnienia, które wynikają z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 5 tej ustawy, kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta

w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Kierownikiem w przypadku indywidualnych gabinetów jest oczywiście właściciel takiego gabinetu.

## **JAKIE PRAWA MOŻNA OGRANICZYĆ?**

Czy przepis ten uprawnia do zawieszania stosowania wszystkich praw pacjenta, w tym np. prawa do wyrażania zgody na zabieg? Odpowiedź jest przecząca.

autor:  
**Tomasz Popielski**

## Lekarz otrzymał nowe narzędzie, w postaci wniosku Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów

Przepis wyraźnie wskazuje, że zagrożenie epidemiologiczne może skutkować ograniczeniem praw, a tym samym nie może skutkować ich zawieszeniem. Ograniczenia nie mogą naruszać samej istoty prawa podlegającego ograniczeniu. Dodatkowo większość praw pacjenta powiązanych jest z obowiązkami lekarza wynikającymi z ustawy o zawodzie lekarza. Obowiązki lekarskie w czasie epidemii nie ulegają modyfikacji, więc lekarz jest zobowiązany do ich przestrzegania. W związku z powyższym większość praw pacjenta nie będzie podlegała ograniczeniom. Na koniec należy pamiętać, że przepisy dające możliwość ograniczenia praw pacjenta nie były dotychczas stosowane w praktyce. Dlatego też nie ma orzeczeń sądowych czy rozbudowanych poglądów prawniczych, które jasno pozwalałyby na wskazanie rodzaju i zakresu możliwych ograniczeń. Z powyższych powodów należy z dużą ostrożnością podejmować decyzję o wprowadzeniu ograniczeń we własnym gabinecie.

### DOSTĘP DO DOKUMENTACJI

Z całego katalogu praw pacjenta, tylko niewielka ich ilość, nadaje się do praktycznego wdrożenia w gabinecie. W pierwszej kolejności może to być ograniczenie prawa dostępu do dokumentacji medycznej poprzez ograniczenie sposobów jej udostępniania. Jednym z dopuszczalnych sposobów jest osobisty wgląd do dokumentacji w gabinecie czy też udostępnienie kopii lub wydruku. W mojej ocenie, udostępnienie dokumentacji medycznej można ograniczyć do przesłania jej za pośrednictwem drogi elektronicznej lub pocztowej. Takie rozwiązanie będzie stanowiło ograniczenie prawa pacjenta, jednocześnie nie będzie naruszało jego istoty, czyli pacjent ciągle będzie miał prawo dostępu do dokumentacji medycznej, a także będzie proporcjonalne do występującego zagrożenia, gdyż będzie ograniczało ryzyka zakażenia poprzez zmniejszenie kontaktu.

Kolejnym prawem dającym się ograniczyć jest prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. Jednym z jego aspektów jest uczestnictwo, na życzenie pacjenta, osoby bliskiej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ograniczenie tego prawa w tym zakresie będzie zmniejszało kontakt lekarza z osobami, które nie wymagają pomocy medycznej. Jednocześnie należy zauważyć, że ograniczenie to można zastosować wyłącznie do pacjentów dorosłych, gdyż ograniczenie obecności rodzica może być traktowane, jako zbyt daleko idące. Oczywiście można ograniczyć kontakt z rodzicem i poprosić go, aby oczekiwał w poczekalni. W przypadku dzieci do lat 8, trzeba oczywiście wpuścić rodzica do przychodni, ale jego obecność w gabinecie nie jest konieczna, chyba że zabieg lub zachowanie dziecka będzie tego wymagało.

Ograniczanie pozostałych praw pacjenta ze względu na stan epidemii nie będzie miało uzasadnienia. Dalsze obostrzenia nie popra-



FOT. 123 RF

wią bowiem bezpieczeństwa epidemiologicznego. Naturalnie można wyobrazić sobie gabinet, który rezygnuje z formy pisemnej wyrażenia zgody na zabieg bardziej skomplikowany. Uzasadnieniem może być mniejszy kontakt pacjenta z przedmiotami w gabinecie, jednak w rzeczywistości takie ograniczenie może być nieproporcjonalne i zbyt daleko idące.

### PROCEDURA KOLEJNOŚCI PRZYJĘĆ

Na koniec należy zwrócić uwagę na art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. Odnosi się on do sytuacji, w której występują ograniczenia w możliwości udzielania odpowiednich świadczeń medycznych. Przepis ten nie wspomina o stanie epidemii, ale można przyjąć, że stan ten powoduje ograniczenia w udzielaniu świadczeń. Stosowanie choćby wytycznych i zaleceń Ministerstwa Zdrowia czy poszczególnych towarzystw medycznych (np. PTGiP), dotyczących gabinetów, może prowadzić do ograniczenia ilości udzielanych świadczeń. Jeśli więc dochodzi do wystąpienia takich ograniczeń, to należy pamiętać, że pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Obowiązek wzięcia pod uwagę kryteriów medycznych wskazuje, że to lekarz będzie najbardziej kompetentną osobą do ustalenia takiej procedury. Powinna ona być jasna i dostępna dla pacjentów.

Jednocześnie należy pamiętać, że jakiegokolwiek ograniczenia praw podmiotowych może spotykać się z niezrozumieniem ze strony pacjentów. Z tego też powodu należy dokładnie zapoznać się z przepisami, ale również bardzo wyraźnie zaznaczać, że ograniczenia te są wprowadzane przede wszystkim ze względu na bezpieczeństwo samych pacjentów i nie naruszają one istoty samych praw. Mimo tego, pacjent zawsze może wejść na ścieżkę postępowania sądowego i to sąd ostatecznie będzie rozstrzygał prawidłowość wprowadzonych rozwiązań. Dlatego należy mieć na uwadze możliwość stosowania dodatkowych uprawnień, należy jednak korzystać z nich z dużą dozą ostrożności.



### TOMASZ POPIELSKI

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

Zawodowo specjalizujący się w tematyce

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

# W poszukiwaniu metod leczenia liszaja twardzinowego sromu

**CORAZ CZĘŚCIEJ DO GABINETÓW GINEKOLOGICZNYCH ZGŁASZAJĄ SIĘ PACJENTKI Z DOLEGLIWOŚCIAMI, KTÓRE KLASYFIKUJEMY, JAKO LISZAJ TWARDZINOWY SROMU (VLS).** Jednak tradycyjne leczenie miejscowe (sterydy, inhibitory kalcyneuryny) skuteczne są jest jedynie w ograniczonym zakresie. Nadzieję na skuteczne leczenie dają prowadzone właśnie badania z użyciem lasera frakcyjnego CO<sub>2</sub>.

choć nie ma skutecznego leku na liszaja twardzinowego sromu, istnieje wiele opcji leczenia, które zostały zbadane w celu osiągnięcia remisji i zapobiegania postępowi choroby.

## OSOCZE BOGATOPŁYTKOWE

Przez ostatnie kilka lat nadzieję wiązano z osoczem bogatopłytkowym (PRP), które wydawało się być, z uwagi na duży potencjał regeneracyjny (czynniki wzrostu pochodzące z płytek krwi), nadzieją dla pacjentek. Niestety stosowanie PRP nie przyniosło zadowalającego rozwiązania problemu. Wprawdzie badania Goldsteina i Runnellsa z 2017 roku i Tedesco z 2018 roku wykazywały 60 proc. skuteczność w leczeniu, jednak głównym ograniczeniem tych badań był brak grupy kontrolnej placebo.

W 2019 r. Andrew Goldstein w kontrolnym randomizowanym podwójnie zaślepionym badaniu, w którym jedna grupa otrzymywała iniekcję z PRP, a druga z soli fizjologicznej, stwierdził w końcowym wniosku, że PRP nie jest skutecznym rozwiązaniem w leczeniu liszaja twardzinowego sromu. Z 19. pacjentek, które otrzymały PRP u 5. stwierdzono poprawę, u 10. żadnych zmian, a u 4. pogorszenie w badaniu histopatologicznym (HP). Co ciekawe u 10. pacjentek z grupy placebo, u 5. stwierdzono poprawę, u 4. żadnych zmian, a u 1. pogorszenie w badaniu HP.

Być może lepsze efekty leczenia uzyskamy stosując osocze bogatopłytkowe II generacji, czyli fibrynę bo-

gatopłytkową (PRF), której przewaga nad PRP polega na znacznie większej zawartości płytek krwi oraz dłuższym czasie działania w tkance. Wynika to z tworzenia się w miejscu iniekcji fibrynowej sieci 3D.

## METODY WYKORZYSTUJĄCE ENERGIĘ

Technologią od niedawna stosowaną w leczeniu VLS są lasery frakcyjne CO<sub>2</sub> (FxCO<sub>2</sub>).

Są to lasery o długości fali 10 600 nm wykazujące powierzchniowy efekt ablacyjny. Tworzą one w tkance siatkę powierzchniowych punktów waporyzacji oddzielonych tkanką nienaruszoną. W wyniku podgrzania tej tkanki dochodzi do pobudzenia fibroblastów do produkcji kolagenu i elastyny.

Lasery FxCO<sub>2</sub> mają udowodniony pozytywny wpływ na atrofię urogenitalną i stosowane są również w leczeniu LS opornym na leczenie tradycyjne. Czy jednak badania naukowe są na tyle przekonujące, żeby polecać FxCO<sub>2</sub> w codziennej praktyce?

W badaniu Lee z 2016, na czterech pacjentkach z VLS wykazano poprawę zarówno wizualną, jak w zakresie dolegliwości pacjentek.

Również w badaniu Baggish z 2016 roku, na 27. pacjentkach, gdzie protokół leczenia obejmował cztery aplikacje laserem FxCO<sub>2</sub> w odstępach od 4 do 6 tygodni, wykazano znaczną poprawę u 24. pacjentek (89%). Wyniki zatem wydają się imponujące. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie ma obiektywnych wykładni-

autor:  
**Piotr Kolczewski**



## PIŚMIENNICTWO:

1. Goldstein AT, King M, Runels C, Gloth M, Pfau R. Intra-dermal injection of autologous platelet-rich plasma for the treatment of vulvar lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol. 2017;76 (1): 158-160.
2. Tedesco M, Pranteda G, Chichierchia G, et al. The use of PRP (platelet-rich plasma) in patients affected by genital lichen sclerosus: clinical analysis and results. [e-pub ahead of print]. J Eur Acad Dermatol Venereol. doi: <https://doi.org/10.1111/jdv.15190>. Published online July 27, 2018.
3. Goldstein AT, Mitchell L, Govind V, Heller D. A randomized double-blind placebo-controlled trial of autologous platelet-rich plasma intra-dermal injections for the treatment of vulvar lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol. 2019 Jun; 80 (6): 1788-1789.
4. Lee A, Lim A, Fischer G. Fractional carbon dioxide laser in recalcitrant vulvar lichen sclerosus. Australas J Dermatol. 2016;57.
5. Baggish MS. Fractional CO2 laser treatment for vaginal atrophy and vulvar lichen sclerosus. J Gynecol Surg. 2016;32 (6): 309-317. doi: 10.1089/gyn.2016.0099



FOT. PIOTR KOLCZEWSKI

**Liszaj twardzinowy sromu (VLS) jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, która może prowadzić do powstawania blizn i upośledzenia funkcji seksualnych**

ków wyleczenia lub poprawy. U wszystkich pacjentek przed leczeniem laserem FxCO<sub>2</sub> stosowano klobetasol. W badaniu nie było grupy kontrolnej placebo, a sama grupa badanych pacjentek była stosunkowo mała. Dlatego tym badaniom zarzuca się, że mają niepewną wartość naukową. Nie

mniej jest to pierwszy krok w badaniach skuteczności lasera FxCO<sub>2</sub> w leczeniu liszaja twardzinowego sromu.

Od zeszłego roku prowadzone są kolejne dwa duże badania kliniczne w tym zakresie. Prawdopodobnie przyniosą one odpowiedź, na pytanie jaka jest rzeczy-

wista skuteczność FxCO<sub>2</sub> w leczeniu VLS. Opisy tych projektów badawczych można znaleźć pod tymi linkami:

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03665584?cond=lichen+sclerosus&rank=2>  
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02573883>.



## DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

**Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii i Rekonstrukcyjnej.** W latach 2010 – 2014 kierownik oddziału Ginekologii i Położnictwa 109 Szpitala Wojskowego w Szczecinie. W latach 2014 – 2019 asystent Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Redaktor naukowy i tłumacz książki „Ginekologia Plastyczna - Chirurgia narządów intymnych kobiet”. Redaktor naukowy i współautor książki „Ginekologia Plastyczna - Techniki małoinwazyjne”. Redaktor naczelny kwartalnika „Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna”. Międzynarodowy wykładowca i trener z zakresu ginekologii plastycznej i uroginekologii.

# Procedury w IMiD w dobie koronawirusa

## PROCEDURY WDROŻONE PO POJAWIENIU SIĘ KORONAWIRUSA W WARSZAWIE UCHRONIŁY WIĘKSZOŚĆ PACJENTÓW INSTYTUTU MATKI I DZIECKA PRZED ZAKAŻENIEM.

W szpitalu od marca było kilkanaście przypadków zakażenia personelu każdego szczebla oraz trzy zakażenia wśród pacjentów. Dotychczasowy sukces w ochronie zdrowia pacjentów i personelu przypisywany jest procedurom oraz ich przestrzeganiu.

– Pacjenci Instytutu Matki i Dziecka to osoby z grupy podwyższonego ryzyka – po operacjach, w trakcie leczenia chemioterapeutycznego czy dzieci przedwcześnie urodzone. Dla nich zakażenie koronawirusem jest bardziej niebez-

pieczne niż dla osoby zdrowej – mówi prof. Marcin Czech, kierownik Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. – Dzięki wdrożonym procedurom udało się maksymalnie ograniczyć przeniesienie się wirusa do oddziałów szpitala.

### WDROŻONE PROCEDURY

Procedury w Instytucie Matki i Dziecka, o których mówi prof. Czech, to przede wszystkim obowiązek noszenia maseczek i dezynfekcji rąk, ograniczenie odwiedzin pacjentów, szybkie przejście na teleporady w ambulatorium czy przeniesienie pionu administracyjnego w tryb pracy zdalnej.

– Decyzje podejmowane na początku marca podyktowane były troską o zdrowie naszych pacjentów – mówi dr n. med. Alicja Karney, dyrektor ds. klinicznych Instytutu Matki i Dziecka. – Dotychczasowe doświadczenia pokazały, że szybka reakcja na sytuację epidemiologiczną opra-



## Instytut Matki i Dziecka



FOT. INSTYTUT MATKI I DZIECKA

cowana we współpracy ze specjalistami ds. zdrowia publicznego ograniczyły rozprzestrzenianie się wirusa na terenie szpitala. Sytuacja jest dynamiczna, więc i my nieustannie kontrolujemy obowiązujące zasady i procedury oraz ich skuteczność.

Zostały się zakupione kamery termowizyjne, które ustawiono przy każdym z trzech wejść do budynków szpitala: dla pacjentów, dla personelu i do przychodni. Przy wejściach dla pacjentów przeprowadzany jest również wstępny wywiad epidemiologiczny oraz zbierane są dane kontaktowe. Ankiety pacjentów zostaną w przyszłości przeniesione na urządzenia mobilne, dzięki czemu uda się przyspieszyć wejście i ograniczyć kolejki. W Instytucie obowiązuje ruch jednokierunkowy, wejściem nie można wyjść i odwrotnie.

## TESTOWANIE KAŻDEGO PACJENTA

Wprowadzono także testowanie przed przyjęciem na planowe leczenie, a dzięki wsparciu Polskiego Holdingu Hotelowego, pacjenci mogli bezpiecznie czekać na wynik w hotelu Renaissance w Warszawie. Część wizyt odbywa się w trybie teleporad. O tym, którzy pacjenci wymagają badania fizykalnego decydują już konkretne poradnie. – Bez ogromnego wsparcia personelu pielęgniarskiego wszystkie poradnie zostałyby sparaliżowane – podkreśla dr n. med. Tomasz Maciejewski, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka – Pandemia oraz związane z nią wzmożone środki bezpieczeństwa zaangażowały wszystkich pracowników Instytutu. Również w kwestii zbierania środków w celu zakupu dodatkowych środków ochrony osobistej.

Przy pacjencie, w szpitalu, jak i w ambulatorium może przebywać jeden opiekun. – Gorąco zachęcamy do trzymania się tej zasady. Im mniej osób na terenie szpitala, tym mniejsze prawdopodobieństwo przeniesienia wirusa – dodaje prof. Czech. – Pamiętajmy, że w ambulatorium przebywają również pacjenci onkologiczni, z obniżoną odpornością czy po operacjach. Chrońmy ich i stosujmy się do zasad. W oddziałach szpitala także obowiązują ograniczenia. Przy pacjencie może być tylko jeden opiekun, który nie powinien opuszczać terenu szpitala, by nie narażać się na potencjalne zakażenie w środowisku pozaszpitalnym. W Klinice Onkologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka zakażenie koronawirusem jest zagrożeniem, jednak zaniechanie terapii onkologicznej u dzieci i młodzieży może skończyć się tragicznie. Nawet dwutygodniowe opóźnienie w leczeniu może spowodować znaczne pogorszenie stanu zdro-



FOT. 123RF

wia pacjenta. Nowotwory kości, w których leczeniu specjalizuje się klinika pod kierownictwem prof. Anny Raciborskiej, postępują wyjątkowo szybko. Tutaj kontakt ze służbami sanitarnymi jest niezbędny. Był przypadek, gdy pacjent z chorobą nowotworową przebywał na obowiązkowej kwarantannie, a miał zaplanowane leczenie. Dzięki szybkiej współpracy pacjent został zwolniony z kwarantanny, przebadany pod kątem zakażenia koronawirusem i wrócił do kliniki na chemioterapię.

## PORODY

Ograniczenie liczby osób przebywających na terenie Instytutu Matki i Dziecka dotyczyło również porodów rodzinnych. Zostały one przywrócone na początku czerwca, jednak przy zwiększającej się liczbie zachorowań na Mazowszu ograniczenie być może zostanie wprowadzone ponownie. – Zdajemy sobie sprawę, że narodziny potomka są wyjątkowym momentem w życiu rodziny, jednak każda kolejna osoba na sali porodowej

to potencjalny nosiciel wirusa. Dla nas bezpieczeństwo mamy i dziecka jest najważniejsze. – mówi prof. Tadeusz Issat, kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa Instytutu Matki i Dziecka.

Kilkumiesięczne doświadczenia pokazują, że regulamin szpitala wymaga aktualizacji. Zdarza się, że pacjenci i ich opiekunowie nie stosują się do zasad obowiązujących w Instytucie Matki i Dziecka i poddają w wątpliwość istnienie wirusa SARS-CoV-2. – Najwięcej osób codziennie pojawia się w ambulatorium, gdzie odbywają się kontrole po operacjach czy konsultacje pacjentów onkologicznych. Tutaj też niestety możliwości nadzoru są ograniczone, dlatego też nieustannie apelujemy o stosowanie się do zasad. Wynikają one z troski o każdą osobę znajdującą się na terenie szpitala. Szczęśliwie obserwuję, że większość rodziców dba o bezpieczeństwo swoje i innych – konkluduje prof. Marcin Czech.

**Oliwia Gissel, Biuro Prasowe Instytut Matki i Dziecka**



FOT. 123 RF

# Choroba hemoroidalna u kobiet w ciąży

**SZACUJE SIĘ, ŻE CHOROBA HEMOROIDALNA DOTYKA 50 PROC. POPULACJI. BARDZO CZĘSTO OBJAWY ZWIĄZANE Z CHOROBA HEMOROIDALNĄ POJAWIAJĄ SIĘ W PRZEBIEGU CIĄŻY.** Badania wskazują, że jest to nawet 85 proc. wszystkich ciężarnych. Jako że choroba, w pewnym sensie, ustępuje po porodzie, nie zawsze podchodzi się do niej na poważnie.

**I**estety, mimo licznych badań patogeneza tej patologii nie została do końca wyjaśniona. Słowo hemorrhoid pochodzi z greki jest połączeniem słów krew – haema i rhoos – przepływ. Guzki krwawnicze, które potocznie nazywamy hemoroidami lub żylakami odbytu ma każdy. Występują one nawet u małych dzieci. Jest to jak najbardziej prawidłowa struktura anatomiczna. Guzki krwawnicze to ciała jamiste, przypominające poduszki napęlniające się krwią, stanowiące końcowe połączenia tętniczo-żylne. Ich napęlnianie się krwią odbywa się na zasadzie odruchowych bodźców neurovegetatywnych i prawdopodobnie humoralnych. Pełnią one rolę wspomagającą w aparacie zwieraczowego odbytu, zapobiegając niekontrolowanemu oddawaniu gazów oraz właściwie formując kształt stolca. Istotne jest odróżnianie hemoroidów od choroby hemoroidalnej. Choroba hemoroidalna występuje, gdy dochodzi do stanu zapalnego guzków lub do zeszlizgnięcia się ich do dołu.

autor:  
**Jacek  
Tulimowski**

## ROZPOZNANIE CHOROBY HEMOROIDALNEJ

Chorobę hemoroidalną rozpoznaje się na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego. Jeśli występuje krwawienie, często konieczne jest stwierdzenie jego źródła w badaniu endoskopowym. O chorobie hemoroidalnej mówimy wówczas, gdy aparat wieszadłowy ulega rozluźnieniu i wewnętrzny splot krwawniczy przemieszcza

**Teoria mechaniczna zakłada, że przyczyną wypadania jest wiotkość aparatu utrzymującego hemoroidy we właściwym miejscu**



## CZYNNIKI PREDYSPONUJĄCE

W poszukiwaniu patogenetycznej analizie poddano liczne czynniki predysponujące takie jak:

- ciąża;
- tryb życia związany z długotrwałymi okresami siedzenia lub stania;
- dieta uboga w produkty zawierające błonnik;
- wszelakie patologie prowadzące do wzrostu ciśnienia w obrębie jamy brzusznej;
- brak zastawek w układzie spłotów żylnych około odbytniczych;
- przewlekłe zaparcia lub biegunki;
- nadwaga czy otyłość;
- wielokrotne porody drogami i siłami natury;
- ciężka praca fizyczna;
- powikłane operacje okolic odbytu i krocza;
- uprawianie sportów wyczynowych;
- stosunki analne;
- czynniki genetyczne i wiek;
- marskość wątroby, guzy miednicy małej.

się dystalnie, hemoroidy wypadają poza odbyt lub gdy dochodzi do krwawień.

Hemoroidy dzielimy na wewnętrzne i zewnętrzne. Hemoroidy zewnętrzne pochodzą z dolnego spłotu hemoroidalnego i pokryte są anodermą dystalnie od linii zębatej. Dość często mogą ulegać obrzękowi, zakrzepicy, powodując dolegliwości bólowe, swędzenie, pieczenie i brudzenie bielizny, w części przypadków ulegają owrzodzeniu. Hemoroidy zewnętrzne nazywane są żylakami odbytu w odróżnieniu do guzków krwawniczych, utożsamianych jako hemoroidy wewnętrzne.

Hemoroidy wewnętrzne pochodzą z górnego spłotu hemoroidalnego, pokryte są śluzówką proksymalnie od linii zębatej. Częstymi objawami hemoroidów wewnętrznych są: pieczenie, obrzęk, swędzenie, ból, wypadanie, nadmierna wydzielina śluzowa, krwawienia.

Ze względu na stopień zaawansowania i towarzyszące objawy hemoroidy wewnętrzne sklasyfikowano w czterostopniowej skali.

### MECHANIZM POWSTAWANIA HEMOROIDÓW

Istnieje wiele teorii tłumaczących powstawanie choroby hemoroidalnej. Teoria mechaniczna zakłada, że przyczyną wypadania jest wiotkość aparatu utrzymującego hemoroidy we właściwym miejscu. Do zwyrodnienia włókien sprężystych i mięśniowych dochodzi w wyniku rozciągania aparatu zwieraczy przez nadmierne ciśnienie w odbytnicy. To jest główną przyczyną powstawania hemoroidów ciąży. Dochodzi wówczas do zeszlizgiwania i rozciągnięcia elementów naczyńniczych, zatem do powiększenia i wypadania krwawnic poza odbyt.

Uzupełnieniem teorii mechanicznej jest teoria hemodynamiczna. Żyły odbytnicze przechodzą przez aparat zwieraczy, dlatego można przyjąć, że nadmierne ciśnienie w kanale odbytu albo nadmierny skurcz zwieraczy zamyka odływ krwi z tego obszaru. To zjawisko nazywa się pompą bańkową. Długotrwały wzrost ciśnienia, który występuje w ciąży, przenosi się na żyły odbytu i guzki krwawnicze. Następuje wtedy wymuszony wsteczny przepływ żylny, prowadzący do powiększania się hemoroidów.

Mimo że guzki krwawnicze to struktura anatomiczna, to w okresie ciąży ryzyko powiększenia się guzków krwawniczych jest duże. Powodem jest zwiększenie u ciężarnej objętości krwi krążącej o około 25 do 40%. Jednocześnie powiększająca się macica wpływa na wzrost ciśnienia wewnątrzbrzuszego,



FOT. 123RF

## Wybór sposobu leczenia hemoroidów w dużej mierze zależy od stopnia zaawansowania choroby i nasilenia towarzyszących dolegliwości

z jednoczesnym utrudnieniem krążenia krwi w układzie żylnym spowodowanym naciskiem ciężarnej macicy na naczynia krwionośne, a zwłaszcza żyłę główną dolną. Te zmiany anatomiczne przekładają się na zwolnienie przepływu krwi w jej obrębie miednicy. Patologia dotyczy również układu żylnego okolic odbytu. Konsekwencją zaistniałej sytuacji klinicznej jest poszerzenie spłotów żylnych w obrębie miednicy z następowym tworzeniem się lub powiększeniem żylaków. Równoległe pod wpływem produkowanych hormonów, a zwłaszcza dużego stężenia progesteronu dochodzi do zwiększenia podatności żył i spłotów żylnych na rozciąganie. Podwyższony poziom hormonów wpływa także na rozluźnienia mięśni okolicy przepony moczowo-płciowej. Dodatkowym czynnikiem sprawczym powstawania żylaków w okresie ciąży są dość często towarzyszące ciąży zaparcia.

Dane literaturowe podają, że częstość występowania żylaków u kobiet ciężarnych wynosi od 46 do 85%. Pojawienie się hemoroidów w okresie ciąży łączy się z szeregiem charakterystycznych objawów takich jak: problemy z wypróżnianiem lub zaparcia, uczucie niecałkowitego wypróżnienia, pieczenie okolic odbytu, zwiększona produkcja śluzu o odbyciu, świąd w okolicy odbytu,

## SKALA KLASYFIKACJI HEMOROIDÓW

**Badanie przedmiotowe musi obejmować oglądanie okolicy odbytu zarówno w spoczynku, jak i podczas parcia, oraz badanie palcem w celu wykluczenia innych chorób odbytu.**

**Hemoroidy wewnętrzne klasyfikuje się następująco:**

- **1 stopień:** hemoroidy powstają z podśluzówkowej tkanki naczyniowej powyżej linii zębatej, mogą krwawić w trakcie defekacji, wypuklają się do światła odbytu i są widoczne w anoskopii. Nie ulegają wypadaniu.
- **2 stopień:** hemoroidy wypadają w trakcie defekacji, ale powracają na miejsce anatomiczne po ustaniu nacisku. Mogą wypuklać się do światła odbytu w trakcie anoskopii.
- **3 stopień:** hemoroidy wypadają w trakcie parcia na stolec, można je zobaczyć w trakcie badania fizykalnego poza linią odbytu. Konieczne jest ciągłe lub okresowe odprowadzanie manualne.
- **4 stopień:** hemoroidy trwale wypadnięte. Brak możliwości odprowadzenia.

**Często mogą ulegać zakrzepicy.**

ból okolicy odbytu, zwłaszcza w trakcie wypróżniania, krwawienie z odbytu w trakcie defekacji, dyskomfort w okolicy odbytu, kłopoty z przebywaniem w pozycji siedzącej.

W trakcie licznych analiz zaobserwowano wyraźny wzrost częstości występowania guzków krwawniczych wraz z wiekiem kobiety ciężarnej, a także korelacji i nasilenia występowania zmian hemoroidalnych wraz ze wzrostem wieku ciąży.

Choroba hemoroidalna w ciąży jest bardzo często bagatelizowana i źle leczona.

Główne wstępne postępowanie terapeutyczne, to zmniejszenie zaparc, tak często występujących w okresie ciąży. Najbardziej czytelnymi zaleceniami polegają na wprowadzeniu diety bogatej w błonnik. W przypadku występowania hemoroidów pomocne mogą okazać się: niasiadówki w gorącej wodzie, niasiadówki w wywarze z kory dębu lub oczaru wirginijskiego, staranna higiena okolic odbytu i okolic intymnych, unikanie długotrwałej pozycji siedzącej lub stojącej, unikanie silnego parcia na stolec, spożywanie płynów w ilości około 2 do 3 litrów na dobę, aktywność fizyczna, stosowanie środków wpływających na konsystencję stolca (zmiękczenie), w czasie oddawania stolca unikanie silnego parcia, co zwiększa znacznie ciśnienie w kanale odbytu, dodatkowo wpływając na zwiększenie objętości już istniejących guzków krwawniczych.

W części przypadków pomocne w terapii mogą okazać się czopki lub maść, wpływające na proces regeneracji błony śluzowej, z jednoczesnym przyspieszeniem procesu gojenia się ran w błonie śluzowej odbytu.

### METODA LECZENIA

Wybór sposobu leczenia hemoroidów w dużej mierze zależy od stopnia zaawansowania choroby i nasilenia towarzyszących dolegliwości.

Terapia z zastosowaniem leków w postaci czopków czy maści jest ograniczona ze względu na możliwą potencjalną szkodliwość dla płodu. W toku obserwacji wiemy, że w dużej mierze dolegliwości związane z chorobą hemoroidalną ustępują po porodzie.

Z tych przesłanek wynika fakt, że leczenie chirurgiczne dość często zalecane pacjentkom nieciążarnym, jest bardzo rzadko proponowane i stosowane u pacjentek w ciąży. Dlatego w okresie ciąży w terapii hemoroidów staramy się zastosować metody zachowawcze aż do momentu rozwiązania.

Niestety niekiedy grupa kobiet ciężarnych, mimo ciąży będzie wymagała zastosowania leczenia chirurgicznego. Dotyczy



FOT. 123RF

## Terapia z zastosowaniem leków w postaci czopków czy maści jest ograniczona ze względu na możliwą potencjalną szkodliwość dla płodu

to głównie przypadków związanych z powstaniem zakrzepicy w obrębie guzków krwawniczych lub koniecznością usunięcia skrzepu z żyłaka.

Obecnie w terapii hemoroidów najczęściej stosowane są następujące metody: krioterapia, skleroterapia, binding, fotokoagulacja, rozszerzanie (dilatacja), laseroterapia, koagulacja diatermią bipolarną.

Należy pamiętać, że leczenie chirurgiczne wskazane jest w przypadku przewlekłych hemoroidów wewnętrznych u chorych, u których dotychczasowe leczenie okazało się mało skuteczne, z objawową chorobą hemoroidalną występującą wraz z innymi łagodnymi stanami chorobowymi odbytu wymagającymi leczenia chirurgicznego (przetoki, szczeliny, przerost brodawek, zwężenia), wymagających leczenia po konsultacji chirurgicznej i z chorobą hemoroidalną III/IV stopnia z ciężkimi objawami choroby.

Leki do stosowania miejscowego w chorobie hemoroidalnej, np. o działaniu ściągającym i przeciwzapalnym, są szeroko dostępne bez recepty i powszechnie stosowane przez chorych.

### Piśmiennictwo u autora



## JACEK TULIMOWSKI

**Konsultant merytoryczny w dziedzinie ginekologii. Specjalista ginekolog – położnik – ultrasonolog.** Przez wiele lat związany z Kliniką Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych Centrum Onkologii w Warszawie. Oprócz wykonywania pracy zawodowej od wielu lat zajmuje się propagowaniem wiedzy medycznej w mediach.



# Endofemine

Dienogestum

Endofemine (Dienogest) 2 mg, tabletki. Skład jakościowy i ilościowy: Każda tabletkę zawiera 2 mg dienogestu. Postać farmaceutyczna: Tabletki; Białe, okrągłe tabletki o średnicy 5 mm Substancja pomocnicza o znanym działaniu: każda tabletkę zawiera 60,9 mg laktozy jednowodnej. Wskazania: leczenie endometriozy. Dawkowanie i sposób podawania: doustnie, jedna tabletkę dziennie bez okresów przerw. Najlepiej o stałej porze, w razie potrzeby popijając niewielką ilością płynu, można przyjmować z posiłkiem lub niezależnie od posiłku. Tabletkę należy przyjmować ciągle, bez względu na krwawienie z pochwy. Po skończeniu jednego opakowania następne należy rozpocząć od razu, nie stosując przerw. Leczenie można rozpocząć w każdym dniu cyklu menstruacyjnego. Przed rozpoczęciem stosowania produktu leczniczego Endofemine należy przerwać każdą hormonalną antykoncepcję niezależnie od jej rodzaju. Jeżeli stosowanie antykoncepcji jest wymagane, należy zastosować metodę niehormonalną (np. metodę mechaniczną). Przeciwwskazania: Nie należy stosować w przypadku występowania którejkolwiek z chorób wymienionych poniżej – w przypadku pojawienia się którejkolwiek z tych chorób należy niezwłocznie przerwać leczenie produktem Endofemine: aktywna zylina choroba zakrzepowo-zatorowa; choroba tętnic i układu sercowo-naczyniowego, występująca w przeszłości lub obecnie (np. zawał mięśnia sercowego, udar naczyniowy mózgu, choroba niedokrwienna serca); cukrzyca ze zmianami naczyniowymi; występująca obecnie lub w przeszłości ciężka choroba wątroby, do czasu powrotu parametrów czynności wątroby do normy; występujące obecnie lub w wywiadzie guzy wątroby (łagodne lub złośliwe); stwierdzone lub podejrzewane zmiany złośliwe zależne od hormonów płciowych; niezdiagnozowane krwawienie z pochwy; nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w pkt.6.1 ChPL. Ostrzeżenia: Jeśli występuje lub nasili się którakolwiek z chorób i (lub) czynników ryzyka wymienionych poniżej, przed rozpoczęciem lub kontynuacją leczenia produktem leczniczym Endofemine należy przeprowadzić indywidualną ocenę stosunku korzyści do ryzyka. Ciężkie krwawienie z macicy; Krwawienie z macicy, na przykład u kobiet z gruczolistością macicy lub mięśniakami macicy. W przypadku wystąpienia niedokrwistości należy rozważyć przerwanie stosowania produktu leczniczego Endofemine.; Zmiany profilu krwawienia; Zaburzenia krążenia krwi; zwiększone ryzyko zylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna). W przypadku długotrwałego unieruchomienia zalecane jest przerwanie stosowania produktu leczniczego Endofemine (co najmniej cztery tygodnie przed planowaną operacją) i wznowienie leczenia na poływie dwóch tygodni po całkowitym ponownym uruchomieniu. Należy wziąć pod uwagę zwiększone ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej w okresie połogu. Leczenie należy natychmiast przerwać w przypadku wystąpienia objawów tętnicznych lub zylnych zaburzeń zakrzepowych lub ich podejrzenia. Nowotwory. Metaanaliza danych pochodzących z 54 badań epidemiologicznych wykazała nieznacznie zwiększone ryzyko względne (RR = 1,24) zdiagnozowania raka piersi wśród kobiet aktualnie stosujących doustne środki antykoncepcyjne, zwłaszcza przyjmujących produkty lecznicze estrogenowo-progestagenowe. Dodatkowe ryzyko stopniowo zanika w ciągu 10 lat po przerwaniu stosowania złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych. Ponieważ rak piersi występuje rzadko u kobiet w wieku poniżej 40 lat, dodatkowa liczba diagnoz raka piersi u kobiet obecnie i w przeszłości stosujących złożone doustne środki antykoncepcyjne jest mała w stosunku do ogólnego ryzyka zapadalności na raka piersi. Ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet przyjmujących produkty lecznicze zawierające tylko progestagen jest prawdopodobnie podobnego rzędu wielkości co ryzyko związane z stosowaniem złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych. Jednak wyniki dotyczące produktów leczniczych zawierających tylko progestagen są oparte na o wiele mniejszej grupie osób stosujących i są tym samym mniej jednoznaczne niż w przypadku złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych. Badania te nie dostarczają dowodów na istnienie związków przyczynowych. Obserwowany profil zwiększonego ryzyka może być związany z wcześniejszą diagnozą raka piersi u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne, biologicznymi działaniami doustnych środków antykoncepcyjnych lub współdziałaniem obu tych czynników. Rak piersi wykrywany u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne jest zazwyczaj mniej zaawansowany klinicznie niż rak wykrywany u kobiet, które nigdy nie stosowały doustnych środków antykoncepcyjnych. U kobiet stosujących substancje hormonalne takie jak ta zawarta w produkcie leczniczym Endofemine w rzadkich przypadkach zgłaszano łagodne guzy wątroby, a jeszcze rzadziej złośliwe guzy wątroby. W pojedynczych przypadkach guzy te prowadziły do wystąpienia zagrażających życiu krwawień do jamy brzusznej. W rozpoznaniu różnicowym należy wziąć pod uwagę guz wątroby, jeśli u kobiet przyjmujących produkt leczniczy Endofemine występują ciężkie bóle w obrębie nadbrzusza, powiększenie wątroby lub objawy krwawienia do jamy brzusznej. Osteoporoza. U pacjentek ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia osteoporozy przed rozpoczęciem stosowania produktu leczniczego Endofemine należy przeprowadzić dokładną ocenę stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego, ponieważ stężenia estrogenów endogennych są umiarkowanie zmniejszone podczas leczenia produktem leczniczym Endofemine. Inne choroby; Pacjentki z depresją w wywiadzie należy dokładnie obserwować i przerwać stosowanie produktu leczniczego w przypadku nawrotu depresji o ciężkim stopniu. Nie wydaje się, aby dienogest ogólnie wpływał na ciśnienie tętnicze krwi u kobiet z prawidłowym ciśnieniem tętniczym. Jednak w przypadku rozwoju przewlekłego, istotnego klinicznie nadciśnienia tętniczego podczas stosowania produktu leczniczego Endofemine zalecane jest odstawienie produktu leczniczego Endofemine i leczenie nadciśnienia tętniczego. Powtórne wystąpienie żółtaczki zastoinowej i (lub) świądu, które po raz pierwszy wystąpiły w czasie ciąży lub poprzedniego epizodu stosowania steroidów płciowych, wymaga przerwania stosowania produktu leczniczego Endofemine. Dienogest może mieć nieznaczny wpływ na obwodową insulinoporność i tolerancję glukozy. Kobiety z cukrzycą, zwłaszcza cukrzycą ciążową w wywiadzie, należy dokładnie obserwować podczas stosowania produktu leczniczego Endofemine. Sporadycznie może wystąpić ostuda, zwłaszcza u kobiet z ostudą ciążową w wywiadzie. Kobiety ze skłonnością do ostudy powinny unikać ekspozycji na słońce lub promieniowanie ultrafioletowe podczas stosowania produktu leczniczego Endofemine. U kobiet stosujących produkty lecznicze zawierające tylko progestagen jako środki antykoncepcyjne istnieje większe prawdopodobieństwo, że występujące ciąże są ciążami pozamacicznymi, niż w przypadku ciąży u kobiet stosujących złożone doustne środki antykoncepcyjne. Z tego powodu decyzję o stosowaniu produktu leczniczego Endofemine u kobiet z ciążą pozamaciczną lub zaburzeniami czynności jajowodów w wywiadzie należy podjąć wyłącznie po dokładnym rozważeniu stosunku korzyści do ryzyka. Podczas stosowania produktu leczniczego Endofemine mogą wystąpić przetrwałe pęcherzyki jajnikowe (często nazywane torbielami czynnościowymi jajnika). Większość takich pęcherzyków jest bezobjawowa, chociaż niektórym może towarzyszyć ból w obrębie miednicy. Laktoza: Każda tabletkę produktu leczniczego Endofemine zawiera 60,9 mg laktozy jednowodnej. Pacjenci z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, brakiem laktozy lub zespołem złego wchłaniania glukozy galaktozy nie powinni stosować tego produktu leczniczego. Działania niepożądane. Działania niepożądane zostały przedstawione w oparciu o terminologię MedDRA. Do opisu niektórych działań niepożądanych, ich synonimów i stanów pokrewnych zastosowano najbardziej odpowiednie terminy MedDRA. Działania niepożądane są częstsze w czasie pierwszych miesięcy po rozpoczęciu leczenia produktem leczniczym Endofemine i ustępują wraz z kontynuacją leczenia. Mogą wystąpić zmiany profilu krwawienia, takie jak plamienia, nieregularne krwawienia lub brak miesiączki. U pacjentek stosujących produkt w postaci tabletek zawierających 2 mg dienogestu zgłaszano następujące działania niepożądane. Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi leczenia produktem zawierającym 2 mg dienogestu był ból głowy (9,0%), dyskomfort piersi (5,4%), obniżony nastrój (5,1%) i trądzik (5,1%). Dodatkowo w większości pacjentek leczonych dienogestem występowały zmiany profilu krwawień menstruacyjnych. Profil krwawień menstruacyjnych oceniano systematycznie za pomocą dzienniczek pacjentek i analizowano przy użyciu metody WHO 90-dniowego okresu referencyjnego. Podczas pierwszych 90 dni leczenia produktem zawierającym 2 mg dienogestu obserwowano następujące profile krwawienia (n=290; 100%): brak miesiączki (1,7%), rzadkie krwawienia (27,2%), częste krwawienia (13,4%), nieregularne krwawienia (35,2%), przedłużone krwawienia (38,3%), prawidłowe krwawienia, czyli żadna z poprzednich kategorii (19,7%). Podczas czwartego okresu referencyjnego obserwowano następujące profile krwawienia (n=149; 100%): brak miesiączki (28,2%), rzadkie krwawienia (24,2%), częste krwawienia (2,7%), nieregularne krwawienia (21,5%), przedłużone krwawienia (4,0%), prawidłowe krwawienia, czyli żadna z poprzednich kategorii (22,8%). Zmiany profilu krwawienia menstruacyjnego były rzadko zgłaszane przez pacjentki jako działania niepożądane. Częstość i klasyfikacja działań niepożądanych według układów i narządów zgodnie z terminologią MedDRA. W obrębie każdej grupy o określonym zakresie częstości występowania objawy niepożądane są wymienione zgodnie ze zmniejszającą się częstością występowania. Zakres częstości występowania jest określony jako często ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ) i niezbyt często ( $\geq 1/1000$  do  $< 1/100$ ). Często: Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: zwiększenie masy ciała; Zaburzenia psychiczne: obniżony nastrój, zaburzenia snu, nerwowość, utrata libido, zmiany nastroju; Zaburzenia układu nerwowego: ból głowy, migrena; Zaburzenia żołądka i jelit: nudności, ból brzucha, wzdęcia z oddawaniem wiatrów, rozdęcie brzucha, wymioty; Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: trądzik, łysienie; Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: ból pleców; Zaburzenia układu rozrodczego i piersi: dyskomfort piersi, torbiel jajnika, uderzenia gorąca, krwawienie z macicy i (lub) pochwy, w tym plamienia; Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: osłabienie drażliwość; Niezbyt często: Zaburzenia krwi i układu chłonnego: niedokrwistość; Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: zmniejszenie masy ciała, wzmożone łaknienie; Zaburzenia psychiczne: lęk, depresja, nagle zmiany nastroju; Zaburzenia układu nerwowego: zachwianie równowagi autonomicznego układu nerwowego, zaburzenia uwagi; Zaburzenia oka: suche oko; Zaburzenia ucha i błędnika: szumy uszne; Zaburzenia serca: nieswoiste zaburzenia układu krążenia, kołatanie serca; Zaburzenia naczyniowe: niedociśnienie tętnicze; Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia: duszność; Zaburzenia żołądka i jelit: biegunka, zaparcia, dyskomfort w brzuchu, stan zapalny żołądka i jelit, zapalenie dziąseł; Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: sucha skóra, wzmożona potliwość, świąd, hirsutyzm, łamliwość paznokci, lupież, zapalenie skóry, nieprawidłowy wzrost włosów; reakcja nadwrażliwości na światło, zaburzenia pigmentacji; Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: ból kości, kurcze mięśni, ból kończyny, uczucie ciężkości kończyn; Zaburzenia nerek i dróg moczowych: zakażenie dróg moczowych; Zaburzenia układu rozrodczego i piersi: kandydoza pochwy, suchość sromu i pochwy, wydzielina z narządu rodowego, ból w obrębie miednicy, zanikowe zapalenie sromu i pochwy guz piersi, dysplazja włókniasto-torbielowata sutka, stwardnienie piersi; Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: obrzęki. Podmiot odpowiedzialny: Mylan S.A.S., 117 Allée des Parcs, 69800 Saint-Priest Francja. Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu i nazwa organu, który je wydał. Pozwolenie nr 25576, wydane przez Prezesa URPL/WMiPB. Kategoria: dostępności: Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza – Rp. Endofemine jest refundowany we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach; cena detaliczna 39,31 zł., wysokość dopłaty świadczeniobiorcy 3,20 zł. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24.08.2020r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 września 2020 r. Niniejsza informacja została przygotowana dnia 28.08.2020 na podstawie Charakterystyki Produktu Leczniczego Endofemine zatwierdzonej 10/2019, 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.

**Na podstawie:** 1. Charakterystyka produktu leczniczego – Endofemine zatw. 10/2019. 2. Vignali M. et al. Effect of Dienogest therapy on the size of the endometrioma. Gynecological Endocrinology. Published online 16.02.2020. 3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24.08.2020 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 września 2020 r.



## Urolon to wyjątkowo skuteczne rozwiązanie w problemach Wysilkowego Nietrzymania Moczu i korekcji estetycznej stref intymnych

### Efekt zabiegowy nawet do 2 lat!

**Preparat do iniekcji Urolon** jest dedykowany do leczenia wysilkowego nietrzymania moczu, oparty na w pełni wchłanialnej substancji aktywnej o silnych właściwościach biostymulujących, jaką jest polikaprolakton (PCL). **Wykazuje wysoki profil bezpieczeństwa oraz długotrwałą skuteczność. Urolon zaprojektowany jest tak, aby uzyskać natychmiastowy efekt wypełnienia, uszczelniający cewkę moczową, co pozwala przywrócić trzymanie moczu.** Wszystkie ośrodki badań klinicznych potwierdzają, że Urolon jest najlepszy w porównaniu do obecnych wypełniaczy cewki moczowej dostępnych na rynku.

**Korzyści ze stosowania:** • Wysoka biokompatybilność • Doskonały profil bezpieczeństwa • Bioresorpcja, procedura niskiego ryzyka • Trwała skuteczność aż do 24 miesięcy • Optyczność (niska objętość wstrzyknięć) • Duże zadowolenie pacjentów

**Aesthetic Concept, dystrybutor preparatu Urolon, jest sponsorem programu „Intymne Metamorfozy” dostępnym na kanale Discovery Life oraz TVN Style Zapraszamy!**

**Sposób działania preparatu Urolon - iniekcja do podśluzówki cewki moczowej**



Wstrzyknięcie Urolon na godzinie 2, 6 i 10 wywołujące natychmiastowy efekt wypełnienia



Mikrostrefy PCL pozostają na miejscu, stymulując trwały efekt wypełnienia



Całkowita bioresorpcja mikrostref PCL

Zapraszamy do współpracy urologów, uroginekologów i ginekologów!

