

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **2**
(63) 2022

Opieka nad pacjentkami z endometriozą – wytyczne ESHRE



GINEKOLOGIA:

- Jak poprawić wykrywalność RSM w gabinecie ginekologicznym?
- Ocena preparatu Hexagyn, w postaci żelu dopochwowego, w terapii zmian zanikowych w obrębie układu moczowo-płciowego
- Sztuczna inteligencja w walce z HPV
- Przeszczep tłuszczu autologicznego
- Wpływ otyłości na rozwój nowotworów
- Nowe warunki wykonywania rezonansu magnetycznego piersi

PRAWO:

- Postępowanie przed sądem lekarskim
- Pytania do prawnika



Mobile
SCANMED
Systems

Sztuczna inteligencja w triażu **najnowszej procedury diagnostycznej w kierunku RSM**



FDA
APPROVED

EVA System[®]

VisualCheck[™]

Ai

**Zwiększamy skalę badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy
poprzez zastosowanie algorytmów sztucznej inteligencji.**



Mobile
SCANMED
Systems

mobilescanmed.pl

Mobile SCANMED Systems Sp. z o.o.
MARCIN WEKSLER, tel. 512 354 354,
e-mail: marcin.weksler@mobilescanmed.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:

Piotr Szymański

Korekta:

Krzysztof 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:

123RF

Nakład: 3000 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 190 zł (w tym VAT). Redakcja nie odpowiada za treść materiałów reklamowych oraz ma prawo odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny. Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

W NUMERZE

4 Miscellanea

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

10 Pytania do prawnika

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

14 Postępowanie przed sądem lekarskim

Wbrew pojawiającym się opiniom postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza dentyści, wcale nie jest bez znaczenia i bez konsekwencji. Postępowanie to toczy się z powodu skargi pacjenta i rozpoczyna się od czynności sprawdzających oraz wyjaśniających.

18 Wpływ otyłości na rozwój nowotworów

Otyłość to choroba przewlekła o złożonej etiologii, która stanowi czynnik ryzyka wielu chorób: cukrzy-

cy typu 2, układu krążenia, zaburzeń hormonalnych, a także nowotworów złośliwych i wielu innych, np. choroby zatorowo-zakrzepowej.

20 Przeszczep tłuszczu autolo- gicznego

Przeszczep tłuszczu autologicznego (autologus fat graft AFA) w ginekologii jest wykonywany coraz częściej i dotyczy nie tylko wskazań estetycznych.

22 Nowości z kongresu Eurogin 2022. AI w walce z HPV

Eurogin 2022, to pierwszy po lockdownie tak duży, międzynarodowy i przeprowadzony stacjonarnie kongres poświęcony chorobom związanym z HPV. Ponad 1500 uczestników z całego świata, w tym z Polski, dzielił się wiedzą oraz doświadczeniem między innymi w zakresie sztucznej inteligencji, wykorzystywanej w ramach zapobiegania chorobom związanym z HPV.

24 Opieka nad pacjentkami z endometriozą – wytyczne ESHRE

Endometrioza to estrogenozależna, przewlekła choroba zapalna, związana z różnymi zaburze-

niami w obrębie układu immunologicznego. Etiologia powstawania zmian jest nieznana. ESHRE opublikowało aktualizację wytycznych z 2014 roku, dotyczącą opieki nad pacjentkami z endometriozą.

28 Ocena preparatu Hexagyn, w postaci żelu dopochwowego, w terapii zmian zani- kowych w obrębie układu moczowo-płciowego

Hexagyn żel to złożony preparat stosowany dopochwowo co 3 dobę, w skład którego wchodzi opatentowana formuła Tri-Solve P w połączeniu z 0,2% kwasem hialuronowym.

32 Jak poprawić wykrywal- ność RSM w gabinecie ginekologicznym?

Pod względem profilaktyki raka szyjki macicy (RSM) Polska znajduje się w ogonie Europy. Jest jednym z nielicznych krajów w Europie, w których RSM rozpoznawany jest nadal w tak zaawansowanych stadiach. Według informacji MZ i NFZ rak szyjki macicy jest szóstym co do częstości występowania nowotworem u kobiet w Polsce i stanowi ponad 10% nowotworów u kobiet.

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. dr 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;

Dr n. med. Paweł Grzesiowski
Pediatria, wakcynolog, ekspert w dziedzinie immunologii, profilaktyki i terapii zakażeń Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do walki z COVID-19. Założyciel i dyrektor Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie oraz prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń;

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



MISCELLANEA

DOWIEDZIANO

Odkryto gen pomocny w leczeniu endometriozy

Jest nadzieja na nowe terapie, mające na celu leczenie endometriozy. Odkryto gen, który może być w tym kluczowy. Choć nie znamy jeszcze dokładnej przyczyny endometriozy, naukowcy mają kilka hipotez.

Takimi badaniami zajmował się zespół naukowców z University of Oxford, AG Pharmaceuticals, Baylor College of Medicine oraz University of Wisconsin. Porównali oni genotypy 32 rodzin, w których co najmniej trzy kobiety cierpiały na endometriozę z genotypami 105 zdrowych kobiet. U większości kobiet cierpiących na endometriozę gen kodujący receptor neuropeptydowy (NPSR1) uległ pewnym zmianom. Oznacza to, że prawdopodobnie ta mutacja może zwiększać ryzyko zachorowania na endometriozę – zauważyli naukowcy.

Receptor uczestniczy w przekazywaniu sygnałów nerwowych oraz reakcji zapalnej. Neuropeptydowy receptor ma związek także z odczuwaniem bólu i lęku, towarzyszącego endometriozie – twierdzą naukowcy.

– Uważamy, że system NPSR1/NPS jest genetycznie zweryfikowanym, niehormonalnym celem leczenia endometriozy



FOT. 123RF

o prawdopodobnie zwiększonym znaczeniu dla choroby w stadium III/IV – napisali badacze. Uważają oni również, że jest duże prawdopodobieństwo, że leki hamujące aktywność neuropeptytu okażą się skuteczną terapią, dlatego podjęto apel o kontynuację

dalszych badań. Na świecie coraz głośniej mówi się także, że medyczna marihuana, która w Polsce jest dostępna od 2017 roku, może być pomocna w łagodzeniu bólu, z którym zmagają się kobiety chore na endometriozę. (PT)

KORONAWIRUS

Szczepionka na COVID-19 a miesiączkowanie

Niewielkie i krótkotrwałe są zmiany miesiączkowania po szczepionce na COVID-19, w porównaniu z naturalnymi odchyleniami w cyklu miesiączkowym – ocenia dr Victoria Male, specjalistka w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego z Imperial College w Londynie. Specjalistka przyjrzała się badaniom, które obrazują ten problem.

Jedno z takich badań przeprowadzili naukowcy z USA. Wzięło w nim udział 3 tys. 959 Amerykanek, które przez co najmniej sześć kolejnych cykli logowały się do aplikacji monitorującej miesiączki. Z badanej grupy 2 tys. 403 kobiet zaszczepiło się na COVID-19, a pozostałe panie potraktowano jako grupę kontrolną.

Okazało się, że przyjęcie pierwszej dawki szczepionki nie miało wpływu na czas wystąpienia kolejnej miesiączki, natomiast przyjęcie drugiej dawki miało związek ze średnim opóźnieniem miesiączki o 0,45 dnia. Specjalistka podkreśla,

że największe opóźnienia odnotowano u 358 kobiet, które otrzymały obie dawki szczepionki w tym samym cyklu miesiączkowym. W tym przypadku zanotowano opóźnienie kolejnej miesiączki średnio o 2,32 dnia. 11 proc. pań miało zmienioną długość cyklu o ponad 8 dni, co jest uważane za istotne z klinicznego punktu widzenia, natomiast w grupie niezaszczepionej odsetek ten wyniósł 4 proc.

Co ważne, długość cyklu miesiączkowego wróciła do normy w ciągu dwóch cykli po przyjęciu szczepionki. O zmianach w miesiączkowaniu po przyjęciu szczepionki na COVID-19 informowało wiele kobiet.

Tylko w Wielkiej Brytanii do Medicines and Healthcare products Regulatory Agency zgłoszono ponad 36 tys. przypadków zaburzeń cyklu lub nieoczekiwanego krwawienia z dróg rodnych po szczepieniu na COVID-19. (PT)

BADANIA

Żucie gumy zapobiega przedwczesnemu porodowi?

Kobiety w ciąży powinny szczególnie dbać o zdrowe dziąsła, ponieważ nie stosowanie się do tego i doprowadzenie do choroby może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem przedwczesnego porodu. Naukowcy z Malawi twierdzą, że są sposoby, by zminimalizować takie ryzyko. Uważają oni, że kluczem do tego jest żucie gumy bez cukru, z ksylitolem.

Do takich wniosków doszli po przeanalizowaniu wyników badań, które trwały 10 lat i obejmowały ponad 10 tysięcy kobiet z 8 ośrodków zdrowia w Malawi.

Naukowcy zauważyli, że ciężarne kobiety, które żuły gumę bez cukru, rzadziej rodziły wcześniej w porównaniu

z pozostałymi przyszłymi matkami. Kobiety, żujące gumę dodatkowo, zauważyły poprawę stanu zdrowia jamy ustnej. Badacze jednak z dystansem podchodzą do wyników swoich badań, twierdzą, że jest jeszcze za wcześnie, by powiedzieć, że guma do żucia bez cukru jest wskazana dla wszystkich kobiet w ciąży, w celu zapobiegania przedwczesnemu porodowi.

Wiadomo jednak, że ksylitol, który jest zastępnikiem cukru w gumie do żucia, zmniejsza stan zapalny i poprawia zdrowie jamy ustnej. Badacze podkreślają, że niezwykle widoczna w tym przypadku jest zależność pomiędzy zdrowiem jamy ustnej a resztą organizmu. (PT)



FOT. 123RF

LECZENIE

Antybiotyki źle wpływają na zdrowie kobiet

Przyjmowanie antybiotyków przez kobiety w średnim wieku pogarsza ich zdolności poznawcze w kolejnych latach. Naukowcy podejrzewają, że znaczenie ma flora jelitowa. Badacze z kilku amerykańskich uczelni, m.in. Harvard Medical School, Harvard T. H. Chan School of Public Health i Rush Medical College zebraли dane od ok. 15 tysięcy uczestniczek, które wzięły udział w badaniu Nurses' Health Study II.

W jego ramach w latach 2014-2018, co dwa lata monitorowano stan zdrowia i samopoczucie pielęgniarek. Średni wiek kobiet w momencie rozpoczęcia badania wynosił 54 lata. Testy poznawcze składały się z komputerowych zadań, mierzących szybkość myślenia. Mierzyły one uwagę, uczenie się i pamięć. Każda z pielęgniarek została zaklasyfikowana do jednej z czterech kategorii w zależności od tego, jak długo stosowała antybiotyki – od tych, które nie przyjmowały ich wcale, do przyjmujących antybiotyki długotrwale (dwa miesiące lub dłużej) z powodu różnych chorób (np. problemów z układem oddechowym lub trądziku).

Kobiety zbadano siedem lat później, aby sprawdzić czy długotrwale stosowanie antybiotyków w średnim wieku miało wpływ na ich zdolności poznawcze. Okazało się, że osoby, które wcześniej stosowały antybiotyki przez długi czas, uzyskały niższe wyniki w testach uczenia się, pamięci roboczej, szybkości motorycznej i uwagi w porównaniu z tymi, które ich nie stosowały. Badacze sugerują, że spadek ten odpowiada mniej więcej trzy-, czteroletniemu okresowi starzenia się. Naukowcy uważają, że przyczyną gorszych funkcji poznawczych mogą być zmiany w mikrobiomie jelitowym, spowodowane długotrwałym stosowaniem antybiotyków, tym bardziej, że już wcześniejsze badania naukowe sugerowały, że istnieje związek między prawidłową florą jelitową a zdrowiem psychicznym – komunikacja pomiędzy jelitami a centralnym układem nerwowym została nazwana osią jelita-mózg. (PT)

DOWIEDZIANO

Depresja rodzących wzrosła w czasie pandemii o 30 proc.

Amerkańscy naukowcy przeprowadzili badania, z których wynika, że w USA aż jedna trzecia matek, które urodziły dziecko w czasie pandemii, cierpi na depresję. Oznacza to prawie trzykrotny wzrost w stosunku do czasów przed pandemią. Wyniki analizy przeprowadzono pomiędzy lutym a lipcem 2020 roku.

W badaniu wzięło udział ponad 600 amerykańskich pacjentek po porodzie. Amerykanki podkreślają, że przed COVID jedna na osiem Amerykanek doświadczyła depresji poporodowej, a około 5-7 procent miało poważne objawy depresyjne. Obecnie problem ten dotyka już jednej trzeciej rodzających. Badacze podkreślają również, że karmienie piersią chroni przed depresją poporodową. Z ich analizy wynika, że u mam, które karmiły dzieci mlekiem modyfikowanym, ryzyko depresji było aż o 92 procent wyższe w porównaniu do kobiet karmiących piersią.

– Istnieje kilka możliwych wyjaśnień takiego stanu rzeczy, a szczególnie tego, że kobiety

karmiące piersią rzadziej zapadały na depresję. Podczas pandemii dużym problemem jest dostęp do specjalistów (na przykład doradców laktacyjnych), co wpływa na opiekę nad dzieckiem i sprawia, że często kobieta jest zostawiona sama sobie. Dotyczy to m.in. karmienia piersią. Trudności z karmieniem dziecka znacznie zwiększają stres młodych matek. Jak dowiodło wiele poprzednich badań, karmienie piersią samo w sobie pomaga chronić pacjentki po porodzie przed depresją, a u tych, które jednak doznały jej objawów, skraca czas powrotu do zdrowia – powiedział jeden z autorów badania, dr Clayton Shuman.

Wpływ na rozwój depresji miały również sytuacje związane ze stanem zdrowia dzieci. Kobiety, których dzieci musiały przebywać na oddziałach intensywnej terapii noworodków, miały o 74 procent większe ryzyko depresji, przy czym każdy kolejny tydzień na takim oddziale zwiększał to ryzyko o 4 procent – wynika z analizy naukowców. (PT)

FINANSE

Lekarze wśród najlepiej zarabiających

Z raportu GUS o wynagrodzeniach wynika, że lekarze to trzecia pod względem wysokości zarobków (na etacie) grupa zawodowa. Badanie uwzględnia wyłącznie osoby zatrudnione na podstawie umów o pracę.

W przypadku ochrony zdrowia ma to olbrzymie znaczenie, ponieważ znacząca część profesjonalistów medycznych (zwłaszcza lekarzy) pracuje na podstawie kontraktów. Przeciętne wynagrodzenie brutto w ochronie zdrowia za październik 2020 wyniosło 5748,24 zł. W sektorze publicznym wyniosło ono 6041,77 zł i było wyższe niż w sektorze prywatnym – 5618,79 zł.

Według raportu, lekarze to jedna z lepiej zarabiających grup zawodowych. Ich średnie wynagrodzenie wyniosło 10 909,24 zł – daje to trzecie miejsce w rankingu najlepiej zarabiających (na etatach).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto, według GUS, w zawodach medycznych wyniosło: lekarze – 10 909,24 zł,



FOT. 123RF

diagnostyki laboratoryjnej – 6371 zł, pielęgniarki – 6299,02 zł, farmaceuci – 6134,85 zł, położne – 6100,07 zł, lekarze dentyści – 5658,79 zł, inni specjaliści ochrony zdrowia – 5367,14 zł, inny średni personel do spraw zdrowia – 4887,1 zł.

Wśród najbardziej sfeminizowanych zawodów są niektóre zawody medyczne – położne, pielęgniarki, dietetycy, technicy medyczni i farmaceutycy. W tych zawodach ponad 90 proc. pracowników stanowią kobiety, w zawodach lekarza dentysty

oraz dietetyka kobiety zarabiały nieznacznie więcej od mężczyzn.

Patrząc ogółem na najwyższe zarobki, listę otwierają dyrektorzy generalni i zarządzający – 15 838,29 zł, specjaliści z dziedziny prawa – 10 916,09 zł, lekarze – 10 909,24 zł, kierownicy do spraw sprzedaży, marketingu i rozwoju – 10 854,08 zł, analitycy systemów komputerowych i programiści – 10 504,38 zł, kierownicy do spraw obsługi biznesu i zarządzania – 10 445,25 zł. (PT)

PROFILAKTYKA

Kluczowy czas urodzenia pierwszego dziecka

Badacze z Korei Południowej twierdzą, że wiek, w którym kobieta decyduje się na pierwsze dziecko, może mieć bardzo duży wpływ na jej późniejszy stan zdrowia. Co więcej, określili, kiedy powinna zdecydować się na ciążę, żeby jak najdłużej żyć.

Naukowcy skoncentrowali się na zależności pomiędzy wiekiem kobiet zostających pierwszy raz matkami a ich umieralnością.

Z badań opublikowanych w piśmie „Maturitas” wynika, że kobiety, które zostają matkami w okolicach swoich 24 i 25 urodzin, żyją dłużej niż te, które rodzą pierwsze dziecko w późniejszym wieku. Doszli do takich wniosków, porównując stan zdrowia 1498 kobiet, które pierwszy raz zostały mamami w wieku od 20 do 23 lat, 1033, które rodziły pierwsze dziecko w wieku 24-25 lat oraz 1513 kobiet, które zostały mamami w wieku od 26 do 36 lat.

Koreańscy badacze wykorzystali w swoim badaniu także rządowe rejestry zdrowia, ponieważ interesowało ich to, co dzieje się z kobietami 18 lat po urodzeniu pierwszego dziecka.

Wnioski są jasne i klarowne. Starszym matkom trudniej wrócić do formy po ciąży i porodzie niż młodszym, ich mięśnie mogą nie funkcjonować tak jak wcześniej – czytamy wypowiedź profesora Sangshin Parka z Uniwersytetu w Seulu na łamach „Daily Mail”. (PT)

KORONAWIRUS

COVID-19 może zwiększać ryzyko komplikacji okołoporodowych

Naukowcy z University of Oxford po przeprowadzeniu badań stwierdzają, że ciężka postać COVID-19 może zwiększać ryzyko komplikacji okołoporodowych, w tym cesarskiego cięcia, przedwczesnego porodu lub urodzenia martwego dziecka. Badacze doszli do takich wniosków po przeanalizowaniu przypadków prawie 4,5 tys. ciężarnych kobiet hospitalizowanych w Wielkiej Brytanii z powodu objawowego COVID-19.

Z ich analiz wynika, że ryzyko porodu przed 32. tygodniem było prawie 11 razy wyższe, przed 28. tygodniem – ponad 12 razy, ryzyko cesarskiego cięcia przed porodem – prawie 9 razy wyższe, urodzenia martwego dziecka – 2,5 raza wyższe, leczenia na neonatologicznym oddziale intensywnej terapii – prawie 12 razy. 22 kobiety zmarły, wszystkie miały ciężką postać choroby.

59 dzieci przyszło na świat martwych, a 10 noworodków zmarło krótko po porodzie. – Analiza ta pokazuje, że niektóre ciężarne kobiety, przyjęte do szpitala z COVID-19, mierzą się z podniesionym ryzykiem ciężkiego przebiegu tej choroby. Wyniki badania ponownie wskazują na ochronne działanie szczepionek przed ciężką postacią choroby i jej negatywnymi skutkami dla matki i dziecka – mówi współautor opracowania Marian Knight z University of Oxford.

– Badanie to podkreśla znaczenie interwencji promujących szczepienia nakierowane szczególnie na osoby zagrożone – dodaje. Szerokie opracowanie na ten temat opublikowano w piśmie „Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica”. (PT)

LECZENIE

Hiszpania: rewolucja w leczeniu raka piersi?

Naukowcy z Międzynarodowego Ośrodka Badań nad Rakiem Piersi (IBCC) w Barcelonie opracowali lek przeciwko nowotworowi piersi. Powstrzymał on raka u ponad 75 procent badanych kobiet – podała w czwartek hiszpańska rozgłośnia Ser Catalunya. Lek o nazwie Trastuzumab Deruxtecan podawany jest dożylnie i działa niczym „koń trojański” – twierdzą autorzy badań, naukowcy z zespołu pod kierunkiem profesora Javiera Cortesa.

Badacze poinformowali również, że Trastuzumab Deruxtecan może też hamować jeden z najbardziej agresywnych nowotworów piersi z przerzutami, tzw. HER2-dodatnim. U osób, u których zdiagnozowano tego raka, lek wydłużył aż do 12 miesięcy okres bez progresji choroby.

Naukowcy podkreślają również, że lek w przeciwieństwie do chemioterapii, nie niszczy zdrowych komórek, dzięki czemu

nie powoduje powikłań – wnika on do komórek nowotworowych, omijając ich mechanizmy obronne i niszcząc je od środka, nie uszkadzając przy tym w takim samym stopniu zdrowych komórek. U 16 proc. badanych kobiet leczenie nowym preparatem doprowadziło do całkowitego wyeliminowania choroby – informują naukowcy z zespołu prof. Cortesa.

– Leczenie nowym środkiem może spowolnić rozwój choroby u niemal 75,8 proc. pacjentów. Skuteczność w przypadku standardowej terapii jest dużo niższa i wynosi zaledwie 34,1 procent. Badania nad nowym lekiem mogą całkowicie zrewolucjonizować leczenie raka piersi – podkreślają naukowcy.

Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet, który charakteryzuje się bardzo wysokim wskaźnikiem śmiertelności. Według najnowszych danych z NFZ i Krajowego Rejestru



FOT. EWGENIA KARPOWA

Nowotworów w 2020 roku na raka piersi zachorowało aż 25 tys. kobiet, a ponad 8,8 tys. z nich zmarło. (PT)

Bromocorn®

● ZABURZENIA CYKLU MIESIĄCZKOWEGO

● BEZPŁODNOŚĆ U KOBIEC

- brak miesiączki
- skąpe miesiączkowanie
- brak fazy lutealnej
- hiperprolaktynemia polekowa
- zespół policystycznych jajników
- cykle miesiączkowe bezowulacyjne



B/NG/1/2022

Rx | **JEDYNA REFUNDOWANA BROMOKRYPTYNA**



Prosimy o zapoznanie się ze skróconą informacją o leku, która znajduje się w dalszej części publikacji.

PRAWO

Nowe warunki wykonywania rezonansu magnetycznego piersi



FOT. 123RF

Przepisy określające warunki wykonywania rezonansu magnetycznego piersi jako świadczenia gwarantowanego weszły w życie 15 marca. Nowe przepisy wskazują między innymi konieczność wyposażenia pracowni w sprzęt MR min. 10 mT/m, oprogramowanie dostosowane do wykonywanych badań oraz urządzenie do rejestracji obrazów.

Nowe przepisy wskazują również wymagania dla zatrudnionego w pracowni personelu, musi to być lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub specjalista w dziedzinie radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz lekarz w trakcie

specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki.

Badania mammograficzne to jedno z najbardziej kontrolowanych, przez NFZ i inne państwowe instytucje, świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Realizator Programu Profilaktyki Raka Piersi jest zobowiązany do przejścia audytu klinicznego zdjęć mammograficznych. Przeprowadza się go raz na dwa lata przez Centralny Ośrodek Koordynujący, powołany przez Ministerstwo Zdrowia. Prowadzony jest również audyt techniczny, prowadzony przez fizyków medycznych, polegający na pomiarze parametrów pracy aparatów.

Programem profilaktyki raka piersi objęte są wszystkie Polki między 50. a 69. rokiem życia. Powinny robić mammografię raz na dwa lata. Niestety objęcie populacji badaniami w naszym kraju jest na poziomie niecałych 35 procent, przy czym w dużych miastach często jest niższe niż w małych miejscowościach. Dla porównania średnia europejska to około 70 procent, a w Skandynawii nawet 80 procent. (PT)

LECZENIE

Endometrioza a depresja

Jest coraz więcej badań, które wskazują silne powiązanie pomiędzy endometriozą a depresją. Nie poznano jeszcze bezpośredniej przyczyny, która wywołuje depresję u chorych kobiet, jednak czynnikiem, który najbardziej wpływa na rozwój zaburzeń psychicznych może być nieustanny ból.

Choć choroba jest „niewidoczna” dla otoczenia, kobiety cierpią przez wiele dni w miesiącu. Ból towarzyszy im w pracy, w szkole, na spotkaniach towarzyskich. Specjaliści twierdzą, że depresja może być również skutkiem negatywnego obrazu własnego ciała i niską samooceną. Kobiety, które muszą zrezygnować z wielu aktywności z powodu bólu, czują się wycofane, odizolowane od innych. Uważa się, że u kobiet chorujących na endometriozę ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych wzrasta 1,5 raza. Często wiąże się to nie tylko z bólem, który wpływa na nastrój, ale też z diagnozą, która brzmi jak wyrok.

Chodzi o życie w ciągłym cierpieniu i niewielką szansę na urodzenie dziecka. Niektóre badania wskazują również na związek pomiędzy endometriozą a zmianami w chemii mózgu. Badanie na myszach z 2018 roku wykazało, że osoby z endometriozą miały zwiększoną wrażliwość na ból i częściej diagnozowano u nich depresję. Naukowcy twierdzą, że ogromny wpływ na stan psychiczny kobiety ma także regularne przyjmowanie leków łagodzących objawy endometriozy, a także właściwy styl życia. Chodzi o dietę bogatą w polifenole, m.in. owoce jagodowe, orzechy, ziarna, zielona herbata, kakao, warzywa strączkowe, jabłka. Badacze podkreślają również, że niektóre pacjentki potrzebują wspólnej opieki psychoterapeuty, ginekologa i endokrynologa, a w przypadku endometriozy zdrowie fizyczne jest ściśle związane z kondycją psychiczną. (PT)

DIAGNOSTYKA

W Polsce na SMA badane są wszystkie noworodki

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie poinformował, że od 28 marca 2022 r. w kierunku rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) badane są już wszystkie noworodki urodzone w Polsce, również pochodzenia ukraińskiego. Badania rozpoczęły się w ramach Programu Badań Przesiewowych Noworodków.

– Aby możliwa była szybka diagnostyka przesiewowa noworodków pod kątem SMA, co przekłada się na niezwłoczne włączenie leczenia w przypadku dzieci ze zidentyfikowaną mutacją, konieczne jest wyrażenie zgody na wykonanie badań genetycznych w ramach programu badań przesiewowych. Zgoda taka polega na złożeniu przez opiekuna prawnego podpisu na bibule do badań przesiewowych, na którą nakrapiana jest krew dziecka. Brak podpisu opóźnia wykonanie badania, ponieważ zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia, pisemna zgoda jest nieodzowna do wykonania badania genetycznego – podkreśla dr hab. n. med. Monika Gos z Instytutu Matki i Dziecka.

Rdzeniowy zanik mięśni jest jedną z nielicznych chorób rzadkich, dla których istnieje tzw. leczenie celowane, działające na przyczynę choroby. Dlatego tak ważne było wprowadzenie badań przesiewowych noworodków.

– W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się medycynie spersonalizowanej i dopasowaniu leczenia do potrzeb konkretnego pacjenta. Zazwyczaj w tym kontekście mówi się o chorobach cywilizacyjnych, jednak terapia celowana jest równie ważna w przypadku chorób rzadkich, występujących z częstością niższą niż 1/2000 urodzeń – mówi cytowany w informacji prasowej dr n. med. Tomasz Maciejewski, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka.

Jak dodaje, wyniki badań klinicznych wskazują, że najlepsze wyniki leczenia uzyskiwane są u pacjentów, u których lek zostanie podany wcześniej, najlepiej przed wystąpieniem objawów klinicznych. (PT)



FOT. LAURA GARCIA

DOWIEDZIANO

Dieta w ciąży wpływa na dietę dzieci po urodzeniu

Najwięcej warzyw spożywają maluchy, których matki również chętnie sięgały po produkty roślinne w czasie ciąży – takie wnioski płyną z przeprowadzonego badania przez zespół amerykańskich i francuskich naukowców z University of Rhode Island oraz Université Paris-Saclay. W badaniu wzięło udział 696 ciężarnych kobiet.

Uczeni wzięli pod lupę ich jadłospis. Po upływie sześciu lat od porodu uczestniczki wypełniły kwestionariusz kontrolny, zawierający pytania dotyczące diety ich pociech. Uczeni chcieli sprawdzić, czy to, w jaki sposób odżywiały się przyszłe mamy, miało istotny wpływ na późniejsze preferencje żywieniowe maluchów. Z analizy wynika, że dzieci kobiet, które w okresie prenatalnym jadły co najmniej trzy porcje warzyw dziennie, zjadały

w ciągu dnia 0,9 porcji warzyw, natomiast maluchy, których mamy nie sięgały tak często po produkty roślinne w czasie ciąży, jadły dziennie 0,8 porcji.

– Nasze wrodzone preferencje smakowe, które obejmują niechęć wobec gorzkiego smaku niektórych warzyw, stanowią dużą barierę dla spożycia tych produktów w okresie niemowlęcym. W wielu przypadkach przyczynia się to do niskiego spożycia warzyw w dorosłym życiu. Nasze badanie sugeruje, że regularne umieszczanie na talerzu warzyw przez matki w okresie prenatalnym może być skuteczną strategią zwiększenia spożycia roślin przez dzieci. Uwzględnienie w jadłospisie niemowlaków warzyw jest tymczasem wręcz niezbędne do tego, by utrzymały ten zdrowy nawyk w późniejszym życiu – komentują uczeni. (PT)

Pytania do prawnika

NA PYTANIA PRZYSŁANE na skrzynkę pocztową prawnik@e-ginekologia.pl odpowiada adwokat, dr n. prawnych Maciej Gibiński, absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii Centrum Doradcze Prawa Medycznego.



FOT. EVELINA ZHU

PYTANIE: Jestem właścicielem placówki medycznej. Mam duży problem z pracownikami, ponieważ mimo obowiązku szczepień nie chcą się zaszczepić. Co powinniśmy zrobić w takiej sytuacji? Jakie kary grożą nam jako placówce, jeżeli pracownicy nie będą zaszczepieni? Podobno ten przepis jest martwy. Proszę o informację.

autor:
Maciej Gibiński

Konsekwencje spowodowane dopuszczeniem do pracy osób niezaszczepionych będzie ponosić pracodawca

ODPOWIEDŹ: Obowiązek szczepień pracowników wynika z Kodeksu Pracy. Obowiązkiem pracodawcy jest zagwarantowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie czynników szkodliwych, jakie występują na danym stanowisku pracy. Oprócz tego wymóg szczepienia przeciwko COVID-19 wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi. Ewentualne konsekwencje spowodowane dopuszczeniem do pracy osób niezaszczepionych będzie ponosić pracodawca. Ministerstwo Zdrowia opublikowało komunikat w tej sprawie, wskazując, w jaki sposób kwestia szczepień powinna być przez placówki medyczne rozwiązana. W przeważającym stopniu rozwiązaniem jest pobieranie oświadczeń od pracownika w zakresie jego szczepienia. Narzędzia służące pracodawcy wobec osoby, która z własnej woli nie poddała się szczepieniu, to przesunięcie na inne stanowisko pracy lub rozwiązanie umowy o pracę.

PYTANIE: Bardzo proszę o pomoc we wskazaniu podstawy prawnej, na której możemy weryfikować szczepienia u pracowników w placówkach medycznych. Mamy protesty ze strony pracowników i nie wiemy jak sobie z tym poradzić.

ODPOWIEDŹ: Podstawą prawną w tym zakresie jest: zgodnie z przepisami rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 340). Zgodnie z Rozporządzeniem obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają w szczególności:



FOT. I23RF

- osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;
- osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym.

Powyższe osoby zobowiązane są poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19 w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 r.

Na podstawie art. 221 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.), pracodawca uprawniony jest do żądania podania mu przez pracownika danych osobowych innych niż określone w § 1 i 3 tej jednostki redakcyjnej Kodeksu pracy, gdy jest to niezbędne do zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa. W przypadku umów cywilnoprawnych jest to kwestia dobrowolna dla stron tej umowy.

PYTANIE: Posiadamy rodzinną klinikę fizjoterapeutyczną. Parę dni temu dowiedzieliśmy się, że dwójka z naszych specjalistów, pomimo zakazu konkurencji pracuje po godzinach pracy w innej firmie. Czy możemy takiego pracownika zwolnić dyscyplinarnie lub bez zachowania okresu wypowiedzenia? Czy jeżeli w umowie podpisanej przez pracownika był zapis o zakazie konkurencji oraz o karze finansowej, to jesteśmy w stanie sprawić, że pracownik taką karę zapłaci?

ODPOWIEDŹ: Pracodawca może stosować względem pracownika umowę o zakazie konkurencji. Aby było ona jednak skuteczna musi być spisana poprawnie. Bardzo często umowy, które pracodawca podpisuje z pracownikami są podważane przez Sąd Pracy jako nieskuteczne. Należy wskazać, że aby umowa o zakazie konkurencji obejmowała okres po rozwiązaniu pracy, pracodawca musi przekazywać pracownikowi wynagrodzenie za okres odstąpienia od pracy w innym miejscu. Umowa o zakazie konkurencji w trakcie trwania stosunku pracy jest prostsza do wyegzekwowania, choć też powinna spełniać określone wymogi. W przypadku umów cywilnoprawnych nie ma takich problemów, a więc skuteczność egzekwowania ewentualnych kar umownych jest w ich wypadku łatwiejsza.

PYTANIE: Mecenasio, jesteśmy jedną z większych placówek na terenie Małopolski, a co za tym idzie, jesteśmy bardziej narażeni na działania konkurencji. Od ponad miesiąca borykamy się z problemem negatywnych komentarzy na koncie Google oraz

na naszym profilu na Facebooku. Większość z tych komentarzy pochodzi ze świeżo założonych kont. Są to konta zakładane, aby nas oczernić. Czy jesteśmy w stanie jakoś je usuwać? Jak możemy sobie poradzić w takiej sytuacji?

ODPOWIEDŹ: W przypadku, gdy opinia pochodzi z konta osoby, której nie możemy ustalić tożsamości należy złożyć powiadomienie na policji o popełnieniu przestępstwa. Wówczas policja będzie mieć narzędzie, aby ustalić tożsamość osoby dokonującej wpisu. Następnie w oparciu o postępowanie prywatnoskargowe należy złożyć w sądzie akt oskarżenia przeciwko tej osobie. Posiadając prawomocny wyrok można wnosić o usunięcie wskazanego wpisu. Można też po ustaleniu tożsamości autora wpisu rozważyć proces cywilny. W przypadku, gdy znamy tożsamość osoby dokonującej wpisu, proponuję, aby wysłać jej pismo wzywające do zaprzestania naruszenia dóbr osobistych pod rygorem procesu cywilnego. Skuteczność tego typu pism, z mojej praktyki, wynosi ok. 70-80%. Wysłanie pism do Google bez prawomocnego wyroku jest bezcelowe, ponieważ firma ta, ze względu na swoją politykę, nie usuwa wpisów, które swoją treścią nie naruszają jej zasad.

PYTANIE: W mojej placówce medycznej po godzinach pracy przychodzi Pani sprzątająca. Chciałam dopytać, czy osoby sprzątające również muszą być zaszczepione, czy może ten obowiązek ich nie obejmuje?

ODPOWIEDŹ: Obowiązek szczepień dotyczy wszystkich osób pracujących w służbie zdrowia bez względu na wykształcenie, stanowisko czy formę zatrudnienia.

PYTANIE: W styczniu tego roku otworzyłem z żoną klinikę medyczną. Kiedy mogę się spodziewać przyjscia kontroli z Urzędu Wojewódzkiego? Czy taka kontrola musi być zapowiedziana?

reklama



Centrum Doradcze Prawa Medycznego zajmuje się profesjonalną opieką prawną nad placówkami medycznymi. Pomagamy w prowadzeniu zarówno praktyk zawodowych jak i podmiotów leczniczych.

W ramach podpisanej rocznej umowy wykonujemy za Państwa wszystkie czynności administracyjnoprawne związane z prowadzeniem placówki, na które składają się:

- wszelkiego rodzaju sprawozdania (m.in. GUS, do Urzędu Marszałkowskiego, odpady medyczne, emisja gazów do środowiska, kontrole wewnętrzne),
- prowadzenie akt osobowych pracowników, przygotowywanie umów cywilnoprawnych, przypominanie o terminach badań lekarskich,
- opracowanie procedury postępowania z odpadami oraz przeciwdziałania zakażeniom,
- opracowanie Regulaminu Organizacyjnego,
- pomoc przy dostosowaniu placówki do nowych przepisów, a także informowanie o wszelkich zmianach w przepisach,
- możliwość zadawania pytań prawnych odnośnie Państwa placówki.

Jeżeli chcą się Państwo umówić na BEZPŁATNE spotkanie, w trakcie którego przedstawimy czy i jak możemy Wam pomóc prosimy o kontakt:

Tel. 883-925-879, e-mail: biuro@cdpm.pl, e-mail: info@cdpm.pl
www.cdpm.pl

ODPOWIEDŹ: Termin kontroli jest indywidualny, w zależności od województwa, w którym Pan praktykuje. Znacząc lokalizację można zatem przewidzieć termin kontroli. Odnośnie pytania o zapowiedzenie kontroli, to prawie wszystkie Urzędy Wojewódzkie praktykują informowanie placówek o zamiarze przeprowadzenia kontroli (choć nie mają takiego obowiązku).

PYTANIE: Czy po przeniesieniu danych z dokumentacji medycznej do chmury mogę bez obaw zniszczyć całą dokumentację papierową?

ODPOWIEDŹ: Dokumenty przeniesione z formy papierowej na elektroniczną mogą być zniszczone. Zanim jednak tego dokonamy ważne jest, aby zweryfikować trzy rzeczy. Po pierwsze – czy plik został w całości zeskanowany, po drugie – czy plik się otwiera i po trzecie – czy plik został zapisany. Dopiero po zweryfikowaniu tych trzech punktów można przejść do etapu niszczenia dokumentacji.

PYTANIE: Czy będąc lekarzem lekarzem ginekologiem mogę zachęcać pacjentki, aby przychodziły do mnie np. na zabiegi estetycznej np. labioplastykę? Zatrudniłem też lekarza zajmującego się ginekologią plastyczną. Czy wobec tego mogę bez obaw informować o tym w mediach społecznościowych? Czy może jednak zalicza się to do formy reklamy?

ODPOWIEDŹ: Informowanie pacjentów na temat oferowanych usług nie jest zakazane. Wręcz przeciwnie. Przepisy ustawy o działalności leczniczej wymieniają to jako obowiązek podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przekazywana informacja nie może jednak zachęcać do skorzystania z tej usługi (najlepszy sprzęt, gwarantowany efekt itp.), tylko podawać informacje na temat zabiegów, ich kosztów oraz możliwych do osiągnięcia efektów.

PYTANIE: Pracuję jako rejestratorka medyczna. Mam problem z koleżanką na tym samym stanowisku. Pracuje ona u nas około pół roku, jest młodsza stażem, nie przeszkadza jej to jednak w wydawaniu poleceń innym pracownikom. Czy mogę poprosić mojego pracodawcę, aby porozmawiał z tą pracownicą? Chciałabym, aby pracodawca wypowiedział się w sprawie poleceń ze strony innych pracowników.

ODPOWIEDŹ: Przepisy prawne nie regulują kwestii, o którą Pani pyta. Zawierając umowę o pracę na dane stanowisko, wszystkie osoby, które są na nim zatrudnione powinny być wobec siebie równe. Osoby z większym stażem powinny posiadać inne stanowisko, aby wskazywało ono, np. czy podlegają im osoby z niższego stanowiska czy też nie. Jeżeli stanowiska pracy są równe, wówczas wydawanie pomiędzy sobą poleceń nie jest obowiązujące prawnie, ale ma charakter koleżeński. Pracodawca powinien jasno określić, do kogo należą jakie obowiązki i kto może, jak również, czy powinien wydawać polecenia innym osobom.

PYTANIE: Planuję otwarcie gabinetu ginekologicznego i potrzebuję w tym celu dysponować odpowiednimi dokumentami. Mam możliwość uzyskania z innego gabinetu. Na rynku są również dostępne „gotowce”, które można nabyć. Czy takie rozwiązanie jest dopuszczalne prawnie? W jaki sposób zapatrają się na to organy kontroli?

ODPOWIEDŹ: Nie jestem zwolennikiem gotowców. Mogą one stanowić podstawę do napisania własnych dokumentów,



FOT. 123RF

natomiast nie powinny być przyjmowane jako gotowe dla placówki. Poza tym, z własnej praktyki wiem, że gotowce najczęściej będą podważane przez organy kontroli, albowiem nie odpowiadają rzeczywistej sytuacji, jaka jest w placówce. W przypadku sporów prawnych możliwość ich wykorzystania jest znikoma, ponieważ nagle okazuje się, że ich zapisy nie odpowiadają charakterowi placówki albo wręcz są dla właściciela negatywne. Udostępnianie dokumentacji przez koleżankę narusza z kolei prawa autorskie osoby, która je stworzyła. Nie daje też gwarancji, że dokumenty te będą aktualne i właściwe dla Państwa placówki. Jako przykład można wskazać ankietę wstępnej kwalifikacji – dokument potwierdzający stan zdrowia pacjenta w związku z wprowadzonym w Polsce w marcu 2020 r. stanem epidemii. Dziś odpytywanie pacjenta, czy przebywał w miejscu transmisji wirusa wydaje się bezcelowe, a nawet śmieszne. Dokument ten w naszej kancelarii zmieniał się siedmiokrotnie w ciągu dwóch lat.



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



PODMIOT LECZNICZY

Stan prawny: październik 2021 r.

Cena 130 zł

Książka zawiera 40 wzorów dokumentów niezbędnych w każdej placówce. Krok po kroku wyjaśnia wszystkie kwestie związane z założeniem i prowadzeniem podmiotu leczniczego.



ZAMÓWIENIA:

Małgorzata Szymańska
+48 888 040 666
gogosia@spsmedia.pl

Pełna oferta naszych książek na stronie
www.sklep.nowygybinet.pl w zakładce **KSIĄŻKI**

Nimesil®

Nimesulidum

NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO NIMESIL® 100 mg **SKŁAD I POSTĄĆ FARMACEUTYCZNA** Każda saszетка zawiera: 100 mg nimesulidu (*Nimesulidum*), granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA** Leczenie ostrego bólu. Pierwotne bolesne miesiączkowanie. Nimesulid należy przepisywać wyłącznie jako lek drugiego rzutu. Decyzja o zastosowaniu nimesulidu powinna być podejmowana na podstawie indywidualnej dla każdego pacjenta oceny całkowitego ryzyka. **DAWKOWANIE I SPOŚÓB PODAWANIA** Przyjmowanie leku przez najkrótszy okres konieczny do łagodzenia objawów zmniejsza ryzyko działań niepożądanych. Najdłuższy czas nieprzerwanego stosowania nimesulidu wynosi 15 dni. **Dorośli:** 100 mg dwa razy na dobę po posiłkach. **Pacjenci w podeszłym wieku** Nie ma konieczności zmniejszania dawki dobowej leku. **Dzieci (<12 lat)** NIMESIL® jest przeciwwskazany w tej grupie pacjentów. **Młodzież (od 12 do 18 lat)** Nie ma konieczności modyfikowania dawkowania u pacjentów z tej grupy wiekowej. **Zaburzenie czynności nerek** Z uwagi na właściwości farmakokinetyczne produktu leczniczego, nie ma konieczności modyfikowania dawkowania u pacjentów z łagodnym do umiarkowanego zaburzeniem czynności nerek (klirens kreatyniny 30–80 ml/min.), natomiast ciężkie zaburzenie czynności nerek (klirens kreatyniny <30 ml/min) stanowi przeciwwskazanie do podawania produktu leczniczego NIMESIL®. **Zaburzenie czynności wątroby** Zaburzenie czynności wątroby stanowi przeciwwskazanie do stosowania nimesulidu. **PRZECIWSKAZANIA** Znana nadwrażliwość na nimesulid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Reakcje nadwrażliwości w wywiadzie (np. skurcz oskrzeli, nieżyt nosa, pokrzywka) na kwas acetylosalicylowy lub inne niesteroidowe leki przeciwzapalne. Objawy uszkodzenia wątroby wywołane podaniem nimesulidu w wywiadzie. Jednoczesna ekspozycja na substancje o potencjalnym działaniu uszkadzającym wątrobę. Użycie alkoholu, leków lub narkotyków. Cymna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, przebyte, nawracające epizody choroby wrzodowej lub krwawień z przewodu pokarmowego, krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie oraz inne czynne krwawienia i choroby przebiegające z krwawieniem. Ciężka niewydolność serca. Ciężkie zaburzenia czynności nerek. Zaburzenia czynności wątroby. Pacjenci z gorączką i (lub) objawami grypopodobnymi. Dzieci poniżej 12 lat. Trzeci trymestr ciąży i okres karmienia piersią. **SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA** Przyjmowanie leku w najdłuższym okresie koniecznym do łagodzenia objawów zmniejsza ryzyko działań niepożądanych oraz ryzyko dotyczące przewodu pokarmowego i sercowo-naczyniowego podane poniżej. W przypadku braku spodziewanej skuteczności leczenia należy przerwać. Należy unikać jednoczesnego stosowania leku NIMESIL® z innymi lekami z grupy NLPZ włączając selektywne inhibitory cyklooksygenazy-2. Pacjentom przyjmującym NIMESIL® należy zalecić powstrzymanie się od stosowania innych leków przeciwbólowych. W rzadkich przypadkach podawania leku NIMESIL® opisywano wystąpienie ciężkich reakcji ze strony wątroby, w tym również niezwykle rzadkich przypadków prowadzących do zgonu. U pacjentów, u których w czasie podawania leku NIMESIL® wystąpiły objawy mogące świadczyć o uszkodzeniu wątroby (m.in. jądłowstręt, nudności, wymioty, bóle brzucha, uczucie nadmiernego zmęczenia, ciemne zabarwienie moczu) lub, u których stwierdzone zostaną nieprawidłowe wyniki testów czynnościowych wątroby, leczenie należy przerwać. U takich pacjentów nie należy ponownie podawać nimesulidu w przyszłości. Uszkodzenie wątroby, w większości przypadków przemijające, opisywano nawet po krótkotrwałym leczeniu nimesulidem. U pacjentów, u których podczas stosowania nimesulidu wystąpi gorączka i (lub) objawy przypominające objawy grypy, leczenie powinno zostać przerwane. Krwawienie, owrzodzenie lub perforacja przewodu pokarmowego mogą wystąpić w każdym momencie leczenia z lub bez objawów ostrzegawczych lub zdarzeń dotyczących przewodu pokarmowego w wywiadzie. W przypadku wystąpienia krwawienia lub owrzodzenia przewodu pokarmowego, nimesulid należy bezwzględnie odstawić. Należy zachować ostrożność w przypadku podawania nimesulidu pacjentom z zaburzeniami przewodu pokarmowego, w tym z chorobą wrzodową żołądka w wywiadzie, po przebytych krwawieniach z przewodu pokarmowego, z wzroddziejającym zapaleniem okrężnicy lub chorobą Leśniowskiego – Crohna. Opisywano krwawienia z przewodu pokarmowego, chorobę wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy i perforację mogące prowadzić do zgonu w przypadku stosowania wszystkich NLPZ. Ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego, choroby wrzodowej żołądka i (lub) dwunastnicy i perforacji zwiększa się wraz z zwiększaniem dawek NLPZ, jest większe u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy w wywiadzie, w szczególności jeżeli były powikłane krwawieniem lub perforacją oraz u osób w podeszłym wieku. U takich osób leczenie należy rozpoczynać od najmniejszych skutecznych dawek. U takich pacjentów oraz u pacjentów wymagających jednoczesnego podawania kwasu acetylosalicylowego w małej dawce lub innych leków, które mogą zwiększać ryzyko zdarzeń dotyczących przewodu pokarmowego należy rozważyć jednoczesne podawanie z lekami o działaniu ochronnym na błonę śluzową żołądka (np. mizoprostolem lub inhibitorami pompy protonowej). Pacjenci, u których w wywiadzie występują działania niepożądane dotyczące przewodu pokarmowego, w szczególności osoby w podeszłym wieku, powinni zgłaszać wszystkie nieprawidłowe objawy brzuszne (szczególnie krwawienie z przewodu pokarmowego), w szczególności na początku leczenia. Należy zalecić ostrożność u pacjentów otrzymujących jednocześnie leki, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia choroby wrzodowej żołądka i (lub) dwunastnicy lub krwawienia, takie jak doustne kortykosteroidy, leki przeciwzakrzepowe, takie jak warfaryna, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny lub leki przeciwświątkowe, takie jak kwas acetylosalicylowy. Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek lub serca, ponieważ podczas stosowania produktu leczniczego NIMESIL® może spowodować pogorszenie czynności nerek. W przypadku pogorszenia czynności nerek leczenie należy przerwać. Pacjenci w podeszłym wieku są szczególnie podatni na występowanie objawów niepożądanych po podaniu leków z grupy NLPZ, w tym na występowanie krwawień i perforacji przewodu pokarmowego, które mogą prowadzić do zgonu oraz zaburzeń czynności nerek, serca i wątroby. Z tego względu zalecane jest prowadzenie dokładniejszej obserwacji klinicznej w przypadku pacjentów z tej grupy. Ponieważ nimesulid może zaburzać czynność płytek krwi, należy zachować ostrożność podczas podawania go pacjentom ze skazą krwotoczną. Należy jednak pamiętać, że produkt leczniczy NIMESIL® nie może zastępować kwasu acetylosalicylowego w profilaktyce chorób układu krążenia. Stosowanie nimesulidu może niekorzystnie wpływać na płodność u kobiet, toteż nie jest zalecany u kobiet planujących ciążę. W przypadku kobiet mających trudności z zacięciem w ciążę oraz diagnozowanych z powodu niepłodności należy rozważyć odstawienie produktu leczniczego. Pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie i (lub) łagodną do umiarkowanej zastoinową niewydolnością serca należy odpowiednio kontrolować i wydawać właściwe zalecenia, ponieważ zatrzymanie płynów i obrzęki były zgłaszane w związku z leczeniem NLPZ. Z badań klinicznych i danych epidemiologicznych wynika, że przyjmowanie niektórych NLPZ, (szczególnie w dużych dawkach i przez długi okres czasu) może być związane z niewielkim zwiększeniem ryzyka zatorów tętnic (np. zawał serca lub udar). Brak wystarczających danych aby wykluczyć takie ryzyko dla produktu leczniczego NIMESIL®. Pacjenci z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, zastoinową niewydolnością serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą tętnic obwodowych i (lub) chorobą naczyń mózgowych powinni być leczeni produktem leczniczym NIMESIL® bardzo ostrożnie. Podobną uwagę należy zachować w leczeniu pacjentów z czynnikami ryzyka choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, cukrzyca, palenie tytoniu). Bardzo rzadko, reakcywno w związku ze stosowaniem NLPZ występowanie ciężkich reakcji skórnych niektórych ze skutkiem śmiertelnym, w tym złączeniowego zapalenia skóry, zespołu Stevensa – Johnsona i toksycznej martwicy naskórki. Wydarzenia te, są najcięższe ryzyko wystąpienia tych reakcji występuje na początku leczenia: w większości przypadków początek takiej reakcji występuje w trakcie pierwszego miesiąca leczenia. W razie wystąpienia pierwszych oznak wysypki skórnej, zmian na błonie śluzowej lub innych objawów nadwrażliwości, należy odstawić produkt leczniczy NIMESIL®. Produkt leczniczy NIMESIL® zawiera sacharozę; należy to uwzględnić podczas produktu pacjenta z cukrzycą i pacjentom stosującym dietę ubogokaloryczną. Pacjenci, u których występuje nietolerancja niektórych cukrów przed zastosowaniem produktu leczniczego powinni skonsultować się z lekarzem. Lek może wpływać szkodliwie na zęby. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE** Wymieniono działania niepożądane stwierdzone podczas badań klinicznych* (przeprowadzonych z udziałem około 7800 pacjentów) oraz monitorowania produktu leczniczego po jego wprowadzeniu do obrotu. Objawy podzielono na występujące bardzo często (>1/10), często (>1/100, <1/1000), niezbyt często (>1/1000, <1/10000), rzadko (<1/10000), bardzo rzadko (<1/10000), nieznane (nie może być oceniona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia układu immunologicznego** Rzadkie: Nadwrażliwość*. **Bardzo rzadkie:** Anafilaksja. **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania** Rzadkie: Hiperkalemia*. **Zaburzenia psychiczne** Rzadkie: Leki*, Niepokój*, Koszmary sennie*. **Zaburzenia układu nerwowego** Niezbyt często: Zawroty głowy. **Bardzo rzadkie:** Bóle głowy, Senność, Encelafalopatia (zespół Reya). **Zaburzenia oka** Rzadkie: Zamazane widzenie*. **Bardzo rzadkie:** Zaburzenia ucha i błędnika. **Bardzo rzadkie:** Zawroty głowy. **Zaburzenia serca** Rzadkie: Tachykardia*. **Zaburzenia naczyniowe** Niezbyt często: Nadciśnienie*. **Rzadkie:** Krwawienia*, Zmiany ciśnienia tętniczego*, Uderzenia gorąca*. **Zaburzenia układu oddechowego** Klaki piersiowej i śródpiersia. Niezbyt często: Dusznosć*. **Bardzo rzadkie:** Astma, Skurcz oskrzeli. **Zaburzenia żołądka i jelit** Często: Biegunka*, Nudności*, Wymioty*. Niezbyt często: Zaparcia*, Wzdęcia*, Zapalenie błony śluzowej żołądka*. **Krwawienie z przewodu pokarmowego**, Owrzodzenie i perforacja dwunastnicy. **Owrzodzenie i perforacja żołądka**. **Bardzo rzadkie:** Bóle brzucha, Niestrawność, Zapalenie jamy ustnej, Smółskie stolce. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych** Często: Zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych. **Bardzo rzadkie:** Zapalenie wątroby, Piurujące zapalenie wątroby (włączając przypadki śmiertelne), Żółtaczka, Cholestaza. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej** Niezbyt często: Świąd*, Wysepka*, Zwiększona potliwość*. **Rzadkie:** Rumień*, Zapalenie skóry*. **Bardzo rzadkie:** Pokrzywka, Obrzęk naczynioruchowy, Obrzęk twarzy, Rumień wielopostaciowy, Zespół Stevensa – Johnsona, Toksyczna nekroliza naskórki. **Zaburzenia nerek i dróg moczowych** Rzadkie: Bolesne oddawanie moczu*, Krwimocz*, Zatrzymanie moczu*. **Bardzo rzadkie:** Niewydolność nerek, Skąpomocz, Śródmiąższowe zapalenie nerek. **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania** Niezbyt często: Obrzęki*. **Rzadkie:** Złe samopoczucie*, Osłabienie*. **Bardzo rzadkie:** Nadmierne obniżenie temperatury ciała. (*Częstość oceniana na podstawie badań klinicznych) Najczęściej obserwowano działania niepożądane dotyczące przewodu pokarmowego. Chorobę wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy, perforację lub krwawienia z żołądka i (lub) dwunastnicy, w niektórych przypadkach zakończone zgonem, obserwowano szczególnie u osób w podeszłym wieku. Po zastosowaniu nimesulidu występowały: nudności, wymioty, biegunka, wzdęcia, zaparcia, niestrawność, ból w podbrzuszu, smółskie stolce, krwawe wymioty, wzroddziejające zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, zaostřeníe zapalenia okrężnicy oraz choroby Crohna. **Rzadziej obserwowano zapalenie błony śluzowej żołądka**. Reakcje alergiczne złączeniowe z zespołem Stevensa – Johnsona i martwicą toksyczną-rozplywną naskórki (bardzo rzadko). Po zastosowaniu leku z grupy NLPZ obserwowano: obrzęki, nadciśnienie i niewydolność serca. Z badań klinicznych i danych epidemiologicznych wynika, że przyjmowanie niektórych niesteroidowych leków przeciwbólowych (szczególnie długotrwałe w dużych dawkach) jest związane z niewielkim zwiększeniem ryzyka zatorów tętnic (np. zawał serca lub udar) – aktualizacja 01.2021. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU** Laboratori Guidotti S.p.A., Via Livornese 897, 56122 Piza, Włochy. **NUMER POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU** wydany przez Prezesa URPLWMPB: 10403. **MAKSYMALNA DOPŁATA PONOSZONA PRZEZ PACJENTA** do opakowania zawierającego 30 saszetek wynosi 8,78 PLN. cena detaliczna 17,56 PLN. Ceny z dnia 01.05.2021. **POZIOM ODPIATNOŚĆ** opakowania 30 saszetek wynosi 50%. Lek wydawany z przepisu lekarza (Rp) Pełna informacja o leku dostępna na żądanie. **INFORMACJA NAUKOWA** BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA Sp. z o.o., ul. Słomkińska 4, 00-204 Warszawa, tel. +48 22 566 21 00.

Postępowanie przed sądem lekarskim

WBREW POJAWIAJĄCYM SIĘ OPINIOM POSTĘPOWANIE W PRZEDMIOCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ LEKARZA, WCALE NIE JEST BEZ ZNACZENIA I BEZ KONSEKWENCJI. Postępowanie to toczy się z powodu skargi pacjenta i rozpoczyna się od czynności sprawdzających oraz wyjaśniających. Jest to „mały proces karny”. Toczy się on z wykorzystaniem przepisów Kodeksu postępowania karnego na podstawie ustawy o izbach lekarskich.

Nie jest to proces z całym bagażem proceduralnym procesu karnego przed sądem powszechnym, jednak warto wiedzieć, jak taki proces przebiega i czego możemy się spodziewać.

Odpowiedzialność zawodowa

Odpowiedzialność zawodowa dotyczy członków izb lekarskich, którzy odpowiadają za przewinienie zawodowe. Zasady odpowiedzialności zostały uregulowane w ustawie o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342). Postępowanie prowadzi się na podstawie przepisów z działu odpowiedzialność zawodowa, a w sprawach nieuregulowanych w ustawie stosuje się odpowiednio przepisy ustawy dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego. Jednak nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej. Drugim aktem prawnym wykorzystywanym w tych postępowaniach są rozdziały I-III i art. 53 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Stosowanie tych dodatkowych aktów prawnych ma istotne znaczenie, albowiem przepisy o odpowiedzialności zawodowej zawarte w ustawie są bardzo ograniczone. Dlatego też ustawodawca nie chcąc powielać przepisów zawartych w procedurze karnej odesłał do stosowania ich wprost z Kodeksu postępowania karnego.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza toczy się niezależnie od toczącego się postępowania karnego, cywilnego czy likwidacyjnego. Postępowanie to nie wstrzymuje biegu innych postępowań, dlatego wobec lekarza może się toczyć

równoległe postępowanie o przewinienie zawodowe, postępowanie cywilne, postępowanie karne oraz postępowanie likwidacyjne. Na marginesie: rzadko spotyka się taki kumulatywny zbieg postępowań. Najczęściej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się jako jedno z pierwszych lub ewentualnie w tym samym czasie, co postępowanie likwidacyjne. Z reguły pacjenci, takim postępowaniem, chcą wyrzucić presję na lekarza do zawarcia ugody, która zaspokoi ich roszczenia.

Postępowanie dyscyplinarne nie ma na celu rozstrzygnięcia kwestii finansowych sporu, a jedynie ustalenie odpowiedzialności zawodowej lekarza. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza może być zawieszona do czasu ukończenia

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza toczy się niezależnie od toczącego się postępowania karnego, cywilnego czy likwidacyjnego

autor:
Ewa Mazur-
Pawłowska



FOT. 123 RF

Postępowanie dyscyplinarne nie ma na celu rozstrzygnięcia kwestii finansowych sporu, a jedynie ustalenie odpowiedzialności zawodowej lekarza



FOT. 123 RF

postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na dalsze rozstrzygnięcia.

Etapy postępowania

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ma swoje etapy, w czasie których wykonywane są poszczególne przypisane do tych etapów czynności.

Pierwszy etap to czynności sprawdzające. Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza.

Drugi etap to postępowanie wyjaśniające. Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego.

Etap trzeci to postępowanie przed sądem lekarskim. Czwarty etap to postępowanie wykonawcze.

Strony postępowania

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są: pokrzywdzony (zazwyczaj pacjent) oraz

lekarz, którego dotyczy postępowanie lub obwiniony.

Najczęściej pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, czyli pacjent, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Dobrem prawnym, które najczęściej jest zgłaszane, że zostało naruszone jest zdrowie pacjenta. Pacjent najczęściej w skargach zarzuca popełnienie przez lekarza błędu medycznego poprzez błędną diagnozę, brak właściwego procesu diagnostycznego, nieprawidłowe, najczęściej niezgodne ze sztuką, wykonanie procedury medycznej.

Obecnie coraz częściej zdarzają się też zarzuty nie związane z tzw. błędem lekarskim i są to zarzuty dotyczące:

- naruszenia praw pacjenta,
- naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.

Naruszenie praw pacjenta

Odnośnie skarg na naruszenie praw pacjenta w przeważającej części dotyczą one niewydania dokumentacji medycznej lub utrudnianie w jej udostępnieniu. Są też zarzuty dotyczące nie uzyskania świadczeń leczniczych. Niestety, ale w tych przypadkach postępowanie jest skutkiem niewłaściwych procedur w placówkach, a często też nieznanymi przepisów o udostępnianiu dokumentacji medycznej.

Natomiast w zakresie skarg na naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych mamy do czynienia z udostępnianiem danych wrażliwych (medycznych) osobom nieupoważnionym, wyciek danych, ujawnienie danych osobom trzecim, przetwarzanie danych osobowych

bez zgody pacjenta. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych brak właściwej dokumentacji oraz procedur postępowania w zakresie przetwarzania danych i ich zabezpieczania jest konsekwencją problemów związanych ze skargami pacjentów. Oczywiście należy tu zaznaczyć, że najczęściej pacjenci w pierwszej kolejności składają skargę do prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, a dopiero po rozstrzygnięciu skargi na korzyść pacjenta, kieruje on sprawę na drogę postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Pokrzywdzony

Pokrzywdzony, czyli pacjent może w takim postępowaniu występować sam lub korzystać z pomocy pełnomocników. W konkretnej sprawie może mieć maksymalnie dwóch pełnomocników, którymi mogą być: lekarz, adwokat lub radca prawny.

W razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w toku postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej może mieć: małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

Obwiniony

Za obwinionego uważa się lekarza, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował

Wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego

do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie. Często zdarza się, że lekarz po wniesieniu skargi na etapie postępowania sprawdzającego jest przesłuchiwany w charakterze świadka. Niestety nie mam dobrych doświadczeń w takich sytuacjach. Oczywiście nie chcę tu uogólniać, jednak lekarz, będąc przesłuchiwany w charakterze świadka, sam dostarcza na siebie dowody swojej winy. Podczas takiego przesłuchania w charakterze świadka, lekarz powinien być pouczony o tym, że może odmówić odpowiedzi na pytania, a nawet może odmówić zeznań, które mogłyby narazić go na odpowiedzialność.

Na tym etapie lekarz występuje sam, w tych czynnościach nie bierze z reguły udziału pełnomocnik, a lekarz wierzy, że wyjaśni całą sytuację i sprawa się zakończy. Jednak z późniejszych relacji lekarzy często słyszę, że przesłuchujący lekarza rzecznik odpowiedzialności zawodowej zapewniał, że przyznanie się do przewinienia zawodowego zakończy sprawę bez jakichkolwiek konsekwencji. Niestety, nic bardziej błędnego. Zresztą lekarz o tym przekonuje się dość szybko. Zdziwiony lekarz najczęściej albo dostaje wezwanie do stawienia się u rzecznika odpowiedzialności zawodowej, gdzie przedstawiane są mu zarzuty, albo dostaje takie zarzuty pisemnie, doręczone w korespondencji listowej. Zaskoczenie wówczas jest ogromne ponieważ miało być inaczej.

Praktyką też jest wykorzystywanie przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej zeznań lekarza przesłuchanego w charakterze świadka jako materiału dowodowego, uzasadniającego przedstawienie zarzutów oraz wniosku o ukaranie.

Obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Oczywiście można złożyć wniosek do właściwego sądu lekarskiego o ustanowienie obrońcy z urzędu spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Wniosek taki musi być uzasadniony. Najczęściej takimi okolicznościami uzasadniającymi zgłoszenie wniosku o obrońcę z urzędu jest trudna sytuacja finansowa i/lub skomplikowany charakter sprawy.

Postępowanie dowodowe

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przede wszystkim ma na celu ustalenie czy w ogóle lekarz podlega takiej odpowiedzialności. Wobec tego rzecznik odpowiedzialności zawodowej

prowadzi postępowanie dowodowe. Ustawa przewiduje, że dowody przeprowadza się z urzędu, czyli rzecznik odpowiedzialności zawodowej sam decyduje o zakresie dowodów w sprawie, a stronom, czyli pokrzywdzonemu – pacjentowi oraz obwinionemu – lekarzowi, przysługuje prawo do zgłaszania takich wniosków dowodowych na etapie postępowania wyjaśniającego. Należy pamiętać, że świadek nie ma prawa do zgłaszania wniosków dowodowych.

Z praktyki mogę powiedzieć, że na etapie postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej najczęściej żadne wnioski dowodowe nie są uwzględniane. Z reguły uzasadnienie nieuwzględnienia dołączenia nowych dowodów na wniosek lekarza wyjaśniane jest lakonicznie. Rzecznik zazwyczaj twierdzi, że dodawanie nowych dowodów zmierza wyłącznie do przedłużenia postępowania, a wszystkie okoliczności przewinienia są oczywiste, jasne i logiczne. Nic bardziej mylnego. Jeśli lekarz otrzyma taką odpowiedź to myśli, że już przegrał proces. Nie. Wnioski dowodowe można składać w toku całego postępowania, aż do wydania orzeczenia. Właśnie dlatego, że proces przed sądem lekarskim prowadzony jest na podstawie przepisów postępowania karnego, przepisy te gwarantują, iż wnioski dowodowe i kwestionowanie ustaleń rzecznika odpowiedzialności zawodowej nie jest ograniczone dla obwinionego w toku postępowania.

Najczęściej w toku postępowania rzecznik powołuje biegłego do oceny postępowania medycznego lekarza i właśnie jego opinia jest podstawą uzasadniającą wniosek o ukaranie.

W toku postępowania lekarz, który składa zeznania jako świadek lub składa wyjaśnienia jako obwiniony nie narusza tajemnicy lekarskiej, oczywiście w zakresie okoliczności objętych postępowaniem. Wobec powyższego nie ma tutaj zastosowania zwolnienie z tajemnicy zawodowej,

ponieważ ustawowo zostało to uregulowane i nie ma konieczności korzystanie z odrębnych przepisów o uchyłaniu tajemnicy zawodowej lub służbowej.

Gwarancje

Wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego. Jest to ważna zasada i gwarancja, jednak nie oznacza to, iż w postępowaniu obwiniony ma być bierny. Oczywiście należy zadbać o właściwe przygotowanie do sprawy, zapoznać się z całym materiałem zgromadzonym przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej i bronić się przed zarzutami. Bezczyność i wiara, że wszystko się jakoś ułoży, bo sprawa jest oczywista były już niejednokrotnie przyczyną przegrania postępowania w pierwszej instancji.

Proces w przedmiocie przewinienia zawodowego, tak jak proces powszechny, jest dwuinstancyjny. Jednak ustalenia w toku postępowania w pierwszej instancji ma kluczowe znaczenie dla oceny i ustalania okoliczności, które będą miały istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Czyli bezczyność w postępowaniu przed pierwszą instancją może skutkować wyrokiem skazującym, a wówczas szanse na pozytywne rozstrzygnięcie sprawy przed sądem drugiej instancji są znacząco mniejsze, o ile w ogóle jeszcze są jakieś możliwości.

Organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

W praktyce oznacza to, że jeżeli sprawa nie jest oczywista do umorzenia, czyli ewidentnie wszystkie okoliczności nie wskazują na niewinność lekarza lub bezprzedmiotowość skargi pacjenta, to rzecznik stawia zarzuty i kieruje wniosek o ukaranie.

W drugiej części artykułu, który opublikujemy w następnym wydaniu Nowego Gabinetu Ginekologicznego opiszę z jakimi zarzutami mierzą się obwinieni lekarze oraz jak toczy się proces przed sądem lekarskim.



EWA MAZUR-PAWŁOWSKA

Advokat, autorka książek o prawie w medycynie m.in.

„Podmiot leczniczy”, „RODO w gabinecie medycznym”. Prowadzi autorskie szkolenia z zakresu prawa medycznego. Reprezentuje lekarzy w postępowaniach sądowych i dyscyplinarnych. Prowadzi audyty, opracowuje pełną dokumentację dla działalności medycznej i dokumentację RODO.

e-mail: emazurpawlowska@gmail.com



GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO NOWE TRENDY 2022

27–28 MAJA 2022 R. / POZNAŃ

IBB ANDERSIA HOTEL

KIEROWNICTWO NAUKOWE
prof. dr hab. n. med. Maciej Wilczak

**PARTNERSTWO MERYTORYCZNE
I NADZÓR NAUKOWY**

Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa
Ginekologów i Położników

ORGANIZATOR

TERMEDIA

Wydawnictwo Termedia

**ZESKANUJ KOD QR
I SPRAWDŹ SZCZEGÓŁY!**



KONTAKT DLA UCZESTNIKÓW
Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań
tel. 500068362 i 506802006
kontakt@termedia.pl

KONTAKT DLA SPONSORÓW
Renata Dolata
r.dolata@termedia.pl



Wpływ otyłości na rozwój nowotworów

OTYŁOŚĆ TO CHOROBA PRZEWLEKŁA O ZŁOŻONEJ ETIOLOGII, KTÓRA STANOWI CZYNNIK RYZYKA WIELU CHORÓB: CUKRZYCY TYPU 2, UKŁADU KRAŻENIA, ZABURZEŃ HORMONALNYCH, A TAKŻE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH I WIELU INNYCH, NP. CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ.

Od 1974 eksperci WHO zakwalifikowali otyłość do chorób cywilizacyjnych (ICD10 E66).

Zgodnie z klasyfikacją WHO nadwagę i otyłość definiuje BMI (wskaźnik masy ciała, body mass index). Nadwaga to BMI 25,0-29,9 kg/m², a otyłość to BMI 30,0-39,9 kg/m². Jeśli BMI \geq 40 kg/m² to jest otyłość olbrzymia.

Otyłość to czynnik rozwoju nowotworów

Ustalono, że otyłość jest czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych w różnych lokalizacjach (wg danych z przeglądu w Mol. Oncol. z 2021 obejmuje aż 13 różnych nowotworów). Ostatnie dane epidemiologiczno-obszernicze pokazują, że związek z nadwagą lub otyłością ma 55% raków diagnozowanych u kobiet i 24% raków diagnozowanych u mężczyzn; u kobiet głównie to rak piersi, endometrium i część raków jajnika.

Inne nowotwory, mogące mieć związek z wysokim BMI, to rak jelita grubego, przełyku, trzustki, tarczycy, nerek i prostaty. Uważa się, że w roku 2070 nastąpi podwojenie zachorowalności na nowotwory związane z otyłością w stosunku do roku 2020.

autorzy:

**Janina Markowska,
Zbigniew Kojs,
Jacek Tulimowski**

**Światowy dzień otyłości
obchodzony jest corocznie
4 marca**

FOT. JOHN-DIEZ





PIŚMIENNICTWO:

- Int. J. Gynaecol. Obstet. 2021; 155 Suppl.1,123-34.
- JAMA, 2021; 4 (3), e213520.
- Clinical Chemistry. 2018; 64,1,154.
- Trends Immunol. 2020; 41 (2), 172.
- Mol. Oncology. 2021; 15 (3), 790.
- Cancers. 2020; 12 (5), 1191.
- Curr. Obes. Rep. 2021; 10 (2), 100.
- Obesity. 2022; 30 (1), 28.
- Obst. Gynecol. Sci. 2020; 63 (3), 215.
- Int. J. Epidemiol. 2018; 45 (3), 884.
- Molecules. 2021; 26 (6), 1659.
- Int. J. Women Health. 2022; 14, 57.

Rozwój nowotworów u otyłych

Istnieje kilka hipotez dotyczących rozwoju i progresji pewnych typów nowotworów złośliwych u osób z otyłością:

- teoria adipokinowa zakłada, że tkanka tłuszczowa otyłych wydziela adipokiny i cytokiny prozapalne; czynniki te, czynne metabolicznie, o właściwościach prozapalnych, mitogennych i proangiogennych wspierają rozwój i progresję raka;
- teoria insulinowa oparta jest na związku między otyłością a cukrzycą typu 2, odpornością na insulinę i wzroście IGF-1; zarówno insulina, jak i IGF-1 oraz wydzielane przez adipocyty tkanki tłuszczowej czynniki wzrostu biorą udział w mechanizmach proliferacji i apoptozy komórek, promując rozwój raka głównie poprzez szlaki sygnałowania PI3K/AKT i mTOR;
- teoria zmienionej odpowiedzi immunologicznej zakłada, że hormonalnie czynna tkanka tłuszczowa jest źródłem licznych cytokin i chemokin, które powodują zapalenie mające związek z rakiem – z angiogenezą, inwazją i przerzutowaniem;
- teoria nadmiaru estrogenów dotyczy rozwoju nowotworów złośliwych u kobiet; oparta jest na wydłużonej ekspozycji na estrogeny endogenne lub zawarte w HTZ, niezrównoważone progesteronem; dotyczy to głównie rozwoju raka piersi i endometrium.

Badania ustaliły, że wysokie BMI może zwiększać prawdopodobieństwo nawrotów raka, osłabia skuteczność chemioterapii, a także zwiększa umieralność z powodu raka. Wyniki analizy 57 nadań kohortowych ustaliły, że najniższa śmiertelność u chorych z rakiem dotyczy osób z prawidłowym BMI. Na każde 5 kg/m² przyrostu BMI umieralność z powodu nowotworów wzrasta o 10%.

Otyłość a nowotwory złośliwe u kobiet

Rak endometrium (EC)

Analiza obejmująca ponad 12 000 EC i ponad 108 000 osób w grupie kontrolnej wykryła ścisłą zależność pomiędzy wzrostem BMI a rozwojem EC; wzrost częstości występowania raka był istotny. Poza tym odnotowano częstsze nawroty raka i wzrost śmiertelności wraz ze wzrostem BMI.

Rak piersi

Ryzyko rozwoju sporadycznego raka jest największe u kobiet po menopauzie. W czasie rozpoznania 50% pacjentek ma nadwagę lub otyłość. Przyrost masy ciała o 5 kg/m² zwiększa ryzyko rozwoju raka o 12%.

Kobiety otyłe mają gorszą przeżywalność w stosunku do chorych z prawidłową masą ciała, a rak diagnozowany jest u nich częściej z przerzutami w lokalnych węzłach chłonnych. Redukcja BMI obniża częstość nawrotów raka.

Wdrożenie strategii wczesnego zapobiegania otyłości może obniżyć stale rosnącą liczbę nowotworów złośliwych

Rak jajnika

Otyłość związana jest z gorszym przeżyciem w raku surowiczym o niskim stopniu złośliwości (LGSC). Konsorcjum Raka Jajnika na podstawie 39 badań kohortowych u kobiet z rakami potwierdziło tą dodatnią zależność (RR = 1,93).

Rak szyjki macicy

Związany z otyłością zespół metaboliczny zwiększał wzrost zachorowalności o 26%. Ustalono, że korelacja ta dotyczyła głównie wzrostu ryzyka zakażeniem HPV 16 i 18 i unikania należytej kontroli ginekologicznej przez otyłe kobiety.

Podsumowanie

Z przedstawionych danych wynika, że wdrożenie strategii wczesnego zapobiegania otyłości może obniżyć stale rosnącą liczbę nowotworów złośliwych, mających związek z otyłością.



PROF. DR HAB. N. MED. JANINA MARKOWSKA

Specjalista ginekolog-położnik onkolog,
Katedra i Klinika Onkologii UM w Poznaniu.



PROF. DR HAB. N. MED. ZBIGNIEW KOJS

Specjalista radioterapii onkologicznej, specjalista ginekologii i położnictwa, specjalista ginekologii onkologicznej, wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej.



LEK. MED. 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.

Przeszczep tłuszczu autologicznego

PRZESZCZEP TŁUSZCZU AUTOLOGICZNEGO (AUTOLOGUS FAT GRAFT AFA) W GINEKOLOGII JEST WYKONYWANY CORAZ CZĘŚCIEJ i dotyczy nie tylko wskazań estetycznych.

Rzeczywiście, pierwsze co nam przychodzi do głowy, myśląc o wykorzystaniu przeszczepu tłuszczu autologicznego w ginekologii, to zabiegi typowo estetyczne, takie jak na przykład wolumetria warg sromowych większych. Jednak z uwagi na wartość w tkance tłuszczowej dużej ilości czynników wzrostu oraz komórek mezenchymalnych, zabieg ten może być stosowany również ze wskazań regeneracyjnych, w celu poprawy jakości skóry sromu czy ze wskazań leczniczych, takich jak oporny na leczenie liszaj twardzinowy sromu.

Zabieg AFA jest mało inwazyjny. Może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym w stosowanym do liposukcji roztworze Kleina. Miejscem pobrania tłuszczu do przeszczepu może być tkanka podskórna powłok brzusznych (fot. 1), ale też, co jest wygodne

w przypadku pacjentki w pozycji ginekologicznej, można pobrać tłuszcz z tkanki podskórnej powierzchni tylnoprzyszrodkowej uda. Z uwagi na niewielkie objętości pobranego graftu, liposukcję można wykonać strzykawką typu luer-lock i przeznaczoną do tego celu specjalną kaniulą (fot. 4).

Po pobraniu tłuszczu przechodzimy do następnego etapu, czyli odsączenia tłuszczu od roztworu Kleina (fot. 2). Wykonuje się to grawitacyjnie lub mechanicznie w specjalnej wirówce.

W zależności od celu, jaki chcemy osiągnąć, pobrane fragmenty materiału można, przy użyciu specjalnych młynków (fot. 3) o różnej średnicy sita, rozbić na mniejsze fragmenty, tak zwane micro i nano fat grafty. Forma nanofatgraftu jest płynna i nadaje się do regeneracji. Natomiast microfat graft jest odpowiedni do działań wolumetrycznych.

Zapraszam do obejrzenia filmów z zabiegów przeszczepu tłuszczu autologicznego. Na zaprezentowanych filmach widoczne są różne miejsca pobrania tłuszczu i różne wskazania.



Powiększenie warg sromowych większych, przeszczep tłuszczu z tkanek podskórnych powłok brzusznych.



Przeszczep tłuszczu z tkanki podskórnej powierzchni tylnoprzyszrodkowej ud i uwolnienie zarośniętej żołądki lechtaczki w liszaju twardzinowym sromu.



Fot. 1. Pobranie tłuszczu do przeszczepu z tkanki podskórnej powłok brzusznych



Fot. 2. Mikronizacja pobranego tłuszczu

FOT. AUTOR



Fot. 3. Zastosowanie młynka rozdrabniającego tłuszcz. Tłuszcz po takiej obróbce staje się bardziej homologiczny



Fot. 4. Aplikacja tłuszczu w wargi sromowe większe, przy użyciu specjalnej kaniuli



DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej 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 kobiety”. 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.



[Strona główna](#)

[Szkolenia](#)

[O mnie](#)

[Kontakt](#)

[Filmy z zabiegów](#)

[Zapisz się na szkolenie](#)

Ginekologii plastycznej nie nauczymy się w trakcie specjalizacji na rezydenturze.

Afiliacja Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

Szkolenia z ginekologii plastycznej i estetycznej

Wiedza i umiejętności w zakresie zabiegów chirurgicznych, obejmująca działanie urządzeń opartych o energię (EBD), kwasy hialuronowe, kolagen, terapie autologiczne, liposukcję, transfery tłuszczu, nieliftingujące to wszystko przekazywane w trakcie wykładów i zabiegów hands-on.



FILMY / FILMS



GABINET / CONSULTATION



KONTAKT / CONTACT

Zapisy i szczegóły:

tel. 692 42 55 15

e-mail: expertise@esthegyn.com

<http://expertise.esthegyn.com>

NOWOŚCI Z KONGRESU EUROGIN 2022

AI w walce z HPV

EUROGIN 2022, TO PIERWSZY PO LOCKDOWNIE TAK DUŻY, MIĘDZYNARODOWY I PRZEPROWADZONY STACJONARNIE KONGRES POŚWIĘCONY CHOROBYM ZWIĄZANYM Z HPV.

Ponad 1500 uczestników: ginekolodzy, biolodzy, epidemiolodzy, immunolodzy i patolodzy z całego świata, w tym z Polski, dzielili się wiedzą oraz doświadczeniem między innymi w zakresie sztucznej inteligencji, wykorzystywanej w ramach zapobiegania chorobom związanym z HPV.



Fot. 1. Prof. Nicolas Wentzensen z National Cancer Institute (NCI) w Stanach Zjednoczonych, prowadzący sesję o sztucznej inteligencji (AI)



Fot. 2. Dr n. med. Grzegorz Głęb z Uniwersytetu Opolskiego, prezentujący wyniki walidacji VisualCheck 1.5 i 2.0

Kongres, który odbył się w kwietniu 2022 r. w Düsseldorfie, obfitował w wiele nowości: wyników badań, prognoz i rekomendacji. Ważny i doceniony przez ekspertów z całego świata był polski akcent w zakresie wykorzystania sztucznej inteligencji oraz wyniki walidacji VisualCheck. Hitem okazał się moduł Heatmap.

Dobre perspektywy – self-sampling i zwiększona metylacja

Z nowości uwagę zwracały sesje poświęcone efektywności self-samplingu w wymazie w kierunku HPV. Perspektywne analizy potwierdziły niemal identyczną wydolność diagnostyczną badania polegającego na samopobraniu wymazu w warunkach domowych przez pacjentkę, a pobraniem przez personel w placówce medycznej.

Dodatkowo oznaczenie zwiększonej metylacji DNA HPV, zdaniem zgromadzonych ekspertów, wydaje się być najlepszym i najbardziej obiektywnym czynnikiem prognostycznym ryzyka progresji H SIL do raka inwazyjnego. Niska metylacja prognozuje tendencję do spontanicznej regresji rozpoznanych zmian. Metoda ta wydaje się bardzo przydatna, ale na obecnym etapie jest bardzo droga i z tego powodu dostępna jedynie do badań naukowych.

autor:
Grzegorz Głęb

Zmiana w genotypowaniu – nie tylko 16 i 18!

Ciekawą sesję przeprowadził Jesper Bonde - duński biolog molekularny, specjalizujący się w diagnostyce i badaniach przesiewowych nowotworów. Na co dzień kieruje on Laboratorium Patologii Molekularnej w Kopenhaskim Szpitalu Uniwersyteckim w Hvidovre w Danii, które obsługuje największą w tym kraju diagnostyczną bazę danych w zakresie HPV. Jesper Bonde mówił o znaczeniu genotypowania HPV HR jako czynnika prognostycznego. Przez ostatnie kilkadziesiąt lat uważano, że najgroźniejsze typy HPV HR to 16 i 18. Okazuje się, że nie jest to do końca prawda. Faktycznie typy HPV HR występują populacyjnie najczęściej i ryzyko progresji choroby jest najwyższe przy typie 16, ale na kolejnych miejscach znajdują się typy 31 33/58 i 45, a dopiero później 18 i 52. W sumie 7 typów HPV HR jest prognostycznie niekorzystnych, a nie tylko dwa – jak uważano dotychczas. To odkrycie musi spowodować modyfikację programów szczepień na korzyść rekomendowania szczepionki wielowalentnej Gardasil 9, rezygnację z ilościowych testów genotypujących typy 16, 18 i reszty oraz modyfikację istniejących, lokalnych algorytmów postępowania klinicznego.

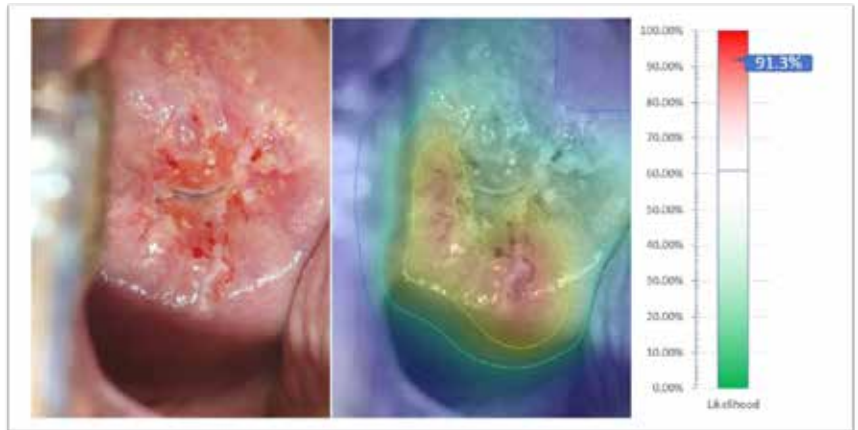
Analiza NCI - AVE i badania molekularne

Z mojego punktu widzenia, najważniejszą była sesja o sztucznej inteligencji (AI) prowadzona przez światowy autorytet naukowy w zakresie patologii szyjki macicy – prof. Nicolasa Wentzensena z National Cancer Institute (NCI) w Stanach Zjednoczonych. Wykłady dotyczyły zastosowania algorytmów samouczących się w analizowaniu obrazów kolposkopowych szyjki macicy, po próbie roztworem kwasu octowego oraz w histopatologii. Zaprezentowano również wyniki doświadczeń NCI w zakresie analizy obrazów cytologicznych cienkowarstwowych, poddanych barwieniom immunocytochemicznym CinTec w kierunku białka p16/KI67 (tzw. Dual Staining). Zwrócono tutaj uwagę na napotkane ograniczenia natury technologicznej. Obrazy wspomnianego preparatu mogą nie nadawać się do oceny przez algorytm AI z powodu różnej ostrości, nawet w preparatach jednowarstwowych. Dzieje się tak, ponieważ w rzeczywistości komórki układają się pod różnymi kątami i trudno uchwycić optymalną ostrość obrazów. Problemem są także pozakomórkowe złożone barwników, co znacząco zwiększa ilość wyników fałszywie dodatnich.

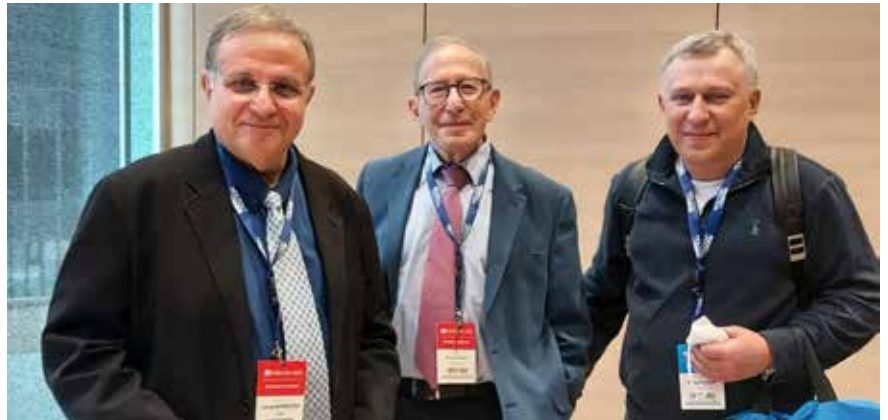
W kolejnym wykładzie amerykańka dr Didem Egemen, statystyczka z NCA, w przejrzysty sposób przedstawiła fakt, że obrazy kolposkopowe lub cytologiczne nie są zero-jedynkowe, ale dzielą się na trzy kategorie, w zależności od kalkulacji stopnia predykcji: prawidłowe – niejednoznaczne – patologiczne. Przy takiej kategoryzacji, w zależności od przyjętego stopnia odcięcia (threshold), uzyskujemy różną czułość i swoistość wyniku. Dotyczy to szczególnie technologii Automatic Visual Evaluation (AVE), wspomagającej cyfrową kolposkopię. Z badań dr Egemen wynika, że ze statystycznego punktu widzenia najbardziej efektywną krzywą ROC (zależność czułości względem swoistości) powinno dać połączenie AVE i badań molekularnych HPV HR.

VisualCheck 2.0 i Heatmapa – hit kongresu

W ramach sesji Free Communication miałem zaszczyt osobiście przedstawić polskie doświadczenia w klinicznej walidacji dwóch wersji aplikacji, wykorzystującej algorytmy sztucznej inteligencji VisualCheck 1.5 i 2.0, opracowanej na urządzenie mobilne EVA System firmy MobileODT. VisualCheck spotkał się z ogromnym zainteresowaniem uczestników kongresu, zwłaszcza wprowadzany w bliskiej przyszłości moduł Heatmap. Prezentuje on w kolorystycznej formie graficznej miejsca o najwyższej wartości predykcji patologii, a dodatkowo przedstawia na słupku procentową wartość tego parametru. Ta innowacja pokrywa się



Fot. 3. Moduł Heatmap – stworzony dla użytkowników VisualCheck – prezentuje w kolorystycznej formie graficznej miejsca o najwyższej wartości predykcji patologii, a dodatkowo przedstawia na słupku procentową wartość tego parametru. Ta innowacja jest zgodna z wynikami badań dr Didem Egemen z NCA.



Fot. 4. Prof. Albert Singer, prof. Jacob Bornstein, dr Grzegorz Głęb

z wynikami badań dr Didem Egemen z NCA. Oczywiście decyzja o miejscach weryfikacji i ilości wycinków należy do kolposkopisty, ale z poczynionych prac badawczych wynika, że technologia AI daje znaczące wskazówki co do dalszych działań. We wnioskach podkreśliłem konieczność dalszych prac na większych grupach kobiet, z różnych geograficznie populacji, co powinno zaowocować rozwojem tej metody.

Warto wspomnieć, że przy okazji kongresu odbył się kurs kolposkopowy, prowadzony przez światowych ekspertów, w tym prof. Alberta Singera (UK) i prof. Jakoba Bornsteina (Izrael), w którym udział wzięli młodzi lekarze z wrocławskiego zespołu prof. Mariusza Zimmera.



DR N. MED. GRZEGORZ GŁĘB

Adiunkt Uniwersytetu Opolskiego. Współwłaściciel spółki partnerskiej GMW w Opolu. Kolposkopista. Propagator najnowszych technologii.

Opieka nad pacjentkami z endometriozą - wytyczne ESHRE

ENDOMETRIOZA TO ESTROGENOZALEŻNA, PRZEWLEKŁA CHOROBA ZAPALNA, ZWIĄZANA Z ROZMAITYMI ZABURZENIAMI W OBREBIE UKŁADU IMMUNOLOGICZNEGO. Etiologia powstawania zmian jest nieznana. ESHRE opublikowało aktualizację wytycznych z 2014 roku, dotyczące opieki nad pacjentkami z endometriozą.

Endometrioza jest jedną z najczęstszych przyczyn niepłodności i z tego powodu ESHRE w swoich wytycznych poświęciło tej jednostce chorobowej oddzielny rozdział.

Czym jest ESHRE?

Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology) powstało w celu promowania wiedzy na temat biologii rozrodu i embriologii człowieka. Wspiera prowadzenie badań i rozpowszechnianie wyników opinii publicznej, naukowcom, klinicyście i stowarzyszeniom pacjentów. Towarzystwo angażuje się również w edukację medyczną, prowadzenie i rozwój rejestrów medycznych oraz wdrażanie nowych metod poprawiających jakość i bezpieczeństwo procedur klinicznych i laboratoryjnych.

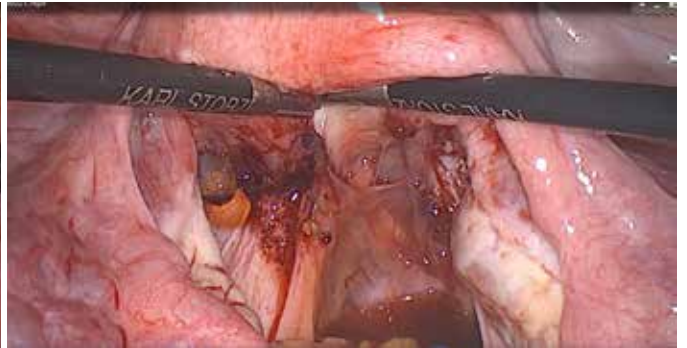
Endometrioza

Endometrioza, to estrogenozależna, przewlekła choroba zapalna, związana z różnymi zaburzeniami w obrębie układu immunologicznego, mogąca mieć podłoże genetyczne, środowiskowe i alergiczne. Ma duży wpływ nie tylko na jakość życia pacjentki, ale także na funkcjonowanie społeczne i pracę. Charakteryzuje się głównie objawami bólowymi (często związanymi z cyklem miesięczkowym) i niepłodnością. W zależności od rodzaju i lokalizacji zmian wyróżniamy endometriozę otrzewnową, jajnikową i endometriozę głęboką. Etiologia powstawania zmian jest nieznana. Dotychczas powstało wiele teorii na temat powstawania i rozwoju tej choroby.

Najstarsza to teoria Sampsona mówiąca o przemieszczaniu się fragmentów endometrium drogą jajowodową do jamy otrzewnowej w trakcie miesiączki. Zaburzenia immunologiczne związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem fagocytów i miejscową hipoksją mogą być czynnikiem inicjującym, w tym przypadku rozwój endometriozy otrzewnowej. Powstawanie torbieli jajnikowych ma najprawdopodobniej związek z metaplastyczną nabłonkowo-łącznotkankową. Natomiast głęboka endometrioza powstaje przypuszczalnie na bazie metaplastyki nabłonkowej lub przemieszczania się endometrium naczyniami limfatycznymi. Wielorakość procesów prowadzących do powstania i rozwoju endometriozy oraz brak potwierdzonych czynników etiologicznych uniemożliwia wczesną profilaktykę i skuteczne leczenie przyczynowe tej choroby.

USG przezpochwowe i rezonans magnetyczny, w przypadku endometriozy jajnika i endometriozy głębokiej, mają podobne lub nieco lepsze wyniki, jeśli chodzi o specyficzność i czułość niż operacja

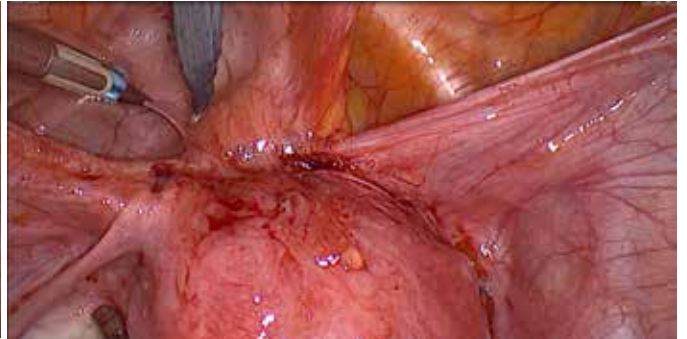
autorka:
Joanna Jacko
FOT. AUTORKA



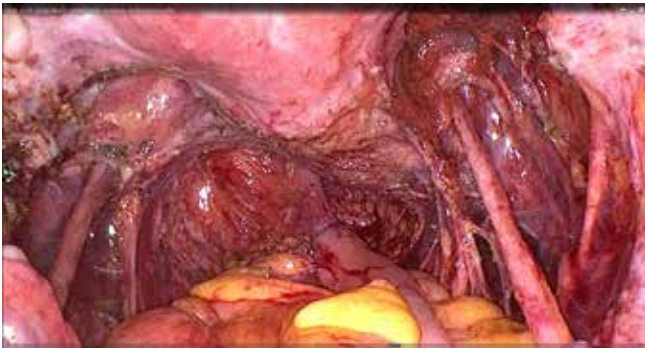
Fot. 1. i 2. Obraz z lpsc u chorej po 3 nieudanych transferach. Pacjentka miała jeszcze jeden zarodek. Wykonano operację radykalną zachowawczą, a następnie wykonano czwarty transfer. Pacjentka zaszła w ciążę i urodziła siłami natury zdrowe dziecko



Fot. 3. Frozen pelvis



Fot. 4. Zajęty przez endometriozę przedni kompartment – guz pęcherza moczowego



Fot. 5. Obraz miednicy mniejszej po zakończeniu operacji wycięcia ognisk endometriozy i resekcji odcinkowej odbytnicy z zespoleniem mechanicznym koniec do końca



Fot. 6. Obraz po wycięciu endometriozy z zaoszczędzeniem nerwów i ureterolizą

Wytyczne ESHRE

W bieżącym roku ESHRE opublikowało aktualizację wytycznych z 2014 roku, dotyczące opieki nad pacjentkami z endometriozą oraz poszerzyło zakres o nowe zagadnienia.

Wytyczne zostały opracowane zgodnie z dobrze udokumentowaną metodologią, która jest uniwersalna dla wytycznych ESHRE. Grupa ds. opracowywania wytycznych (GDG – Guideline Development Group) składała się z byłych członków GDG z 2013 roku oraz dodatkowych zaproszonych ekspertów. W skład GDG wchodziło dwóch przedstawicieli pacjentów, a w podgrupach znalazło się pięć organizacji pacjentów. GDG sformułowało czterdzieści dwa kluczowe pytania. Dla każdego pytania przeszukiwano bazy danych (Pubmed, MEDLINE, bibliotekę Cochrane) od początku jej funkcjonowania do 1 grudnia 2020 r., ograniczając się do publikacji napisanych w języku angielskim. Zaproponowane przez podgrupy zalecenia były następnie omawiane na głównych spotkaniach grup, aż do osiągnięcia

Badania potwierdzają skuteczność leczenia antagonistami i agonistami GnRH jako dodatkowej opcji leczenia (druga linia leczenia) w bólu związanym z endometriozą, w przypadku złej tolerancji lub braku skuteczności leczenia hormonalnymi środkami antykoncepcyjnymi lub gestagenami

Odnotowano korzystny wpływ terapii hormonalnej w kontroli bólu i redukcji ryzyka nawrotu u chorych po operacji, poddanych terapii hormonalnej w porównaniu do chorych tylko operowanych. Nie zaleca się stosowania terapii hormonalnej po operacji u pacjentek planujących ciążę w celu poprawy wskaźników płodności

konsensusu. Każde zalecenie oznaczono jako silne lub słabe, a ocenę przypisano na podstawie siły dowodów potwierdzających (wysokie, umiarkowane, niskie i bardzo niskie).

Wytyczne mają pomóc klinicytom w zapewnieniu jak najlepszej opieki kobietom z endometriozą. Określają proces diagnostyczny, opcje leczenia bólu, prowadzenia postaci bezobjawowych choroby, terapię nawrotów, kwestie endometriozы pozamiednicowej oraz ryzyka powstania raka na bazie endometriozы.

Chociaż badania koncentrują się głównie na kobietach w wieku rozrodczym, obejmują również chore w okresie pokwitania i po menopauzie. Omówiono również profilaktykę i metody leczenia niefarmakologicznego. Podczas gdy większość najnowszych badań potwierdza poprzednie zalecenia ESHRE, to istnieje pięć zagadnień, w których doszło do istotnych zmian, co powinno przełożyć się na postępowanie w praktyce klinicznej.

Zmiany w zaleceniach

Pierwsza zmiana dotyczy procesu diagnostycznego. Do tej pory laparoscopia z badaniem histopatologicznym uznawane były za złoty standard diagnostyczny. Obecnie przegląd systematyczny, ośmiu badań porównujących rezonans magnetyczny (MRI) i przezpochwowe USG, ocenił łączną swoistość i czułość tych badań. Dla MRI uzyskano swoistość 96% (95% CI 94 do 97%) oraz czułość 90% (95% CI 87 do 92%), a dla USG przezpochwowe swoistość 96% (95% CI 94 do 97%) i czułość 90% (95% CI 87 do 92%). Nie było znaczącej różnicy między obiema metodami (Moura i in., 2019). Ogólnie rzecz biorąc dane te sugerują, że USG przezpochwowe i rezonans magnetyczny, w przypadku endometriozы jajnika i endometriozы głębokiej, mają podobne lub nieco lepsze wyniki, jeśli chodzi o specyficzność i czułość niż operacja. Oczywiście zawsze należy wziąć pod uwagę jakość narzędzi diagnostycznych i doświadczenie badającego. Jeśli chodzi o występowanie powierzchownej endometriozы otrzewnowej, te lub inne metody obrazowania nie wydają się mieć większej wartości diagnostycznej w porównaniu z chirurgią laparoskopową (Wykes, et al., 2004). Laparoscopia jest obecnie zalecana jedynie w przypadku pacjentek z ujemnymi wynikami badań obrazowych i/lub, u których leczenie empiryczne okazało się nieskuteczne lub nieodpowiednie.

Drugim zagadnieniem jest leczenie antagonistami i agonistami GnRH. Badania potwierdzają ich zastosowanie jako dodatkowej opcji leczenia (druga linia leczenia) w bólu związanym z endometriozą, w przypadku złej tolerancji lub braku skuteczności leczenia hormonalnymi środkami antykoncepcyjnymi lub gestagenami. Za każdym razem należy mieć na względzie wpływ na gęstość kości (włączenie add back therapy), możliwe skutki uboczne i interakcje z innymi lekami. Przed włączeniem leczenia należy wszystkie te zagadnienia dokładnie omówić z chorą i uzyskać jej akceptację.

Trzecim tematem jest możliwość zastosowania terapii hormonalnej po leczeniu operacyjnym u pacjentek nie planujących aktualnie ciąży. Przegląd baz Cochrane dokonany przez Chen et al. przedstawia korzystny wpływ zastosowania terapii hormonalnej w kontroli bólu i redukcji ryzyka nawrotu u chorych po operacji, poddanych terapii hormonalnej, w porównaniu do chorych tylko operowanych. Nie zaleca się stosowania terapii hormonalnej po operacji u pacjentek planujących ciążę w celu poprawy wskaźników płodności.

Kolejną zmianą jest brak rekomendacji dla przedłużonego stosowania agonisty GnRH przed leczeniem ART (protokół ultradługi) ze względu na niejasne korzyści z takiego postępowania.

Ostatnim zagadnieniem jest dodanie EFI (Endometriosis Fertility Index – opracowany w 2010 r. przez Adamson i Pasta) jako narzędzia wspierającego podejmowanie decyzji, dotyczących postępowania pooperacyjnego, w celu uzyskania ciąży. Wskaźnik EFI ocenia czynniki związane z pacjentką, takich jak: wiek, czas trwania niepłodności, wywiad położniczy oraz czynniki związane z zaawansowaniem endometriozы, ocenione w trakcie operacji zgodnie z rASRM.

Wynik od 0 do 10 jest silnie skorelowany z odsetkiem ciąż, po leczeniu operacyjnym, nie objętych technikami wspomaganego rozrodu. Stosowanie tego narzędzia jest pomocne w podejmowaniu decyzji klinicznych, co do dalszego postępowania, u pacjentek leczonych operacyjnie z powodu endometriozы i niepłodności. Dodatkowo można oszacować wskaźnik EFI bez wykonania operacji i na tej podstawie podjąć decyzje, czy zaproponować chorej leczenie operacyjne, ART czy inne opcje postępowania.

Podsumowanie

Wytyczne opisują różne sposoby postępowania, ale na podstawie istniejących dowodów nie można sformułować jednoznacznych zaleceń dotyczących najwłaściwszego leczenia. Ponadto w przypadku konkretnych problemów klinicznych, takich jak bezobjawowa endometriozа lub endometriozа pozamiednicowa, dowody są zbyt skąpe, aby sformułować zalecenia oparte na dowodach.

Poza opisanymi powyżej zmianami dodano nowy rozdział, dotyczący endometriozы w okresie dorastania. Rozdział ten zawiera wytyczne na temat diagnozowania i odpowiednich metod leczenia endometriozы u nastolatek i młodych kobiet. Rozwinięto rozdziały opisujące menopauzę, ciążę i metody zachowania płodności w związku z endometriozą.

Dla wszystkich zainteresowanych i zaangażowanych w opiekę nad kobietami z endometriozą dostępne są najnowsze wytyczne ESHRE na stronach www.eshre.eu.



DR N. MED. JOANNA JACKO

Specjalista położnik-ginekolog i ginekolog onkolog. Specjalizuje się w leczeniu operacyjnym endometriozы głębokiej (Szpital Medicover), diagnostyce ultrasonograficznej endometriozы i ginekologii onkologicznej, prenatalnej diagnostyce ultrasonograficznej (Centrum Medyczne Sonofem, Gabinety Krasińskiego). Posiada certyfikaty badań USG The Fetal Medicine Foundation, The International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) oraz Certyfikat Kolposkopii European Federation for Colposcopy (EFC). Odbiła szkolenia w zakresie ultrasonografii ginekologicznej u Prof. Lil Valentine i Prof. Daniela Fisherovej. Jest członkiem ISUOG, ESGE, ESGO i EEL (The European Endometriosis League).

Ocena preparatu Hexagyn, w postaci żelu dopochwowego, w terapii zmian zanikowych w obrębie układu moczowo-płciowego

HEXAGYN ŻEL TO ZŁOŻONY PREPARAT STOSOWANY DOPOCHWOWO CO 3 DOBE, w skład którego wchodzi opatentowana formuła Tri-Solve P w połączeniu z 0,2% kwasem hialuronowym.



FOT. 123 RF

W preparacie zastosowano innowacyjną technologię transmisji substancji czynnych (1% ceramidów NS, 2% trehalozy, lecytyny) za pomocą liposomów fosfolipidowych. Składniki aktywne zawarte w Tri-Solve P mają na celu regenerowanie mikro-uszkodzeń śluzówki pochwy, wspomagając tym samym działanie kwasu hialuronowego. Połączenie tych dwóch związków w żelu ginekologicznym zapewnia przywrócenie struktury hydrolipidowej w pochwie oraz w śluzówce pochwy.

Ceramidy

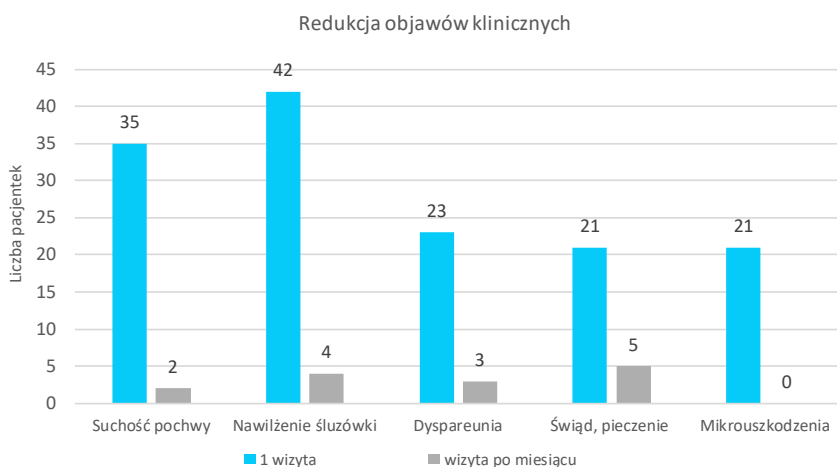
Wzmacniają barierę lipidową, hamując utratę wody z tkanek i powierzchni błony śluzowej. Stanowią one ważne spoiwo, wypełniające przestrzeń międzykomórkową.

Błony śluzowe, pozbawione odpowiedniej ilości ceramidów, stają się mniej elastyczne, ścięćsze, a także bardziej podatne na uszkodzenia mechaniczne. Obniżenie poziomu wody w tkankach prowadzi nieuchronnie do uszkodzenia fibroblastów i macierzy komórkowej, prowadząc wtórnie do zaburzeń syntezy kolagenu i elastyny. Ceramidy hamują anhydrobiozę, czyli proces dehydratacji tkankowej, który prowadzi automatycznie do uszkodzenia błon komórkowych, a w konsekwencji tkanek oraz skóry właściwej.

Trehaloza

Posiada silne właściwości nawilżające, ochronne i regeneracyjne. Zwiększa hydratację struktur komórkowych. Dzięki unikatowym właściwościom, wysokiej hydrofilności, połączonej z chemiczną stabilnością, trehaloza od

autorzy:
Jacek Tulimowski,
Beata Sterlińska-
Tulimowska



Wykres 1. Ocena objawów klinicznych po 30 dniach terapii

kilku lat z powodzeniem jest wykorzystywana w lekach ocznych w połączeniu z kwasem hialuronowym, m.in. w leczeniu zespołu suchego oka. Trehaloza eliminuje uszkodzenia, wywołane odwodnieniem struktur komórkowych i tkanek. Chroni też komórki przed utratą funkcji życiowych, powstałych w wyniku procesu silnego odwodnienia, niekorzystnych czynników zewnętrznych, jak i ekstremalnych temperatur. Stosowana jest w medycynie w stężeniu od 2% do 3%. W stosunku do tkanek ludzkich charakteryzuje się silnymi właściwościami hydratacyjnymi, zmniejszając jednocześnie niekorzystną prozapalną aktywność cytokin.

Lecytyna

Lecytyna to substancja, która jest składnikiem niemal każdej komórki naszego ciała. W największej ilości występuje w układzie nerwowym. Lecytyna jest naturalnym składnikiem budulcowym ludzkiej skóry, dlatego jej zewnętrzne zastosowanie w ginekologii, w połączeniu z kwasem hialuronowym, wspomaga regenerację naturalnej bariery ochronnej, a więc warstwy hydrolipidowej. Lecytyna łatwo się wchłania oraz wspiera procesy regeneracji. Działanie zewnętrzne lecytyny sprawia, że śluzówka jest bardziej elastyczna, napięta i zregenerowana.

Liposomy

Są to mikrocząsteczki lipidowe, pozwalające na przetransportowanie w głąb skóry aktywnych substancji (nośniki), w tym: hormonów, enzymów, antybiotyków oraz różnego rodzaju leków. Ich budowa przypomina budowę miceli, wiążących funkcje hydrofobowe z hydrofilowymi. Ich naturalne pochodzenie czyni je bezpiecznymi dla błon komórkowych, a dzięki swym właściwościom biofizycznym, liposomy wzmacniają naturalną barierę hydrolipidową śluzówki i skóry.

Kwas hialuronowy (HA)

HA nawilża i utrzymuje elastyczność i napięcie tkanek. W organizmie ludzkim cząsteczka kwasu hialuronowego wiąże duże ilości wody (tzw. właściwości higroskopijne – jedna cząsteczka kwasu hialuronowego jest w stanie związać 250 cząsteczek wody). Właściwości higroskopijne w macierzy komórkowej wpływają na uwodnienie skóry i błon śluzowych, nadając im lekkość, sprężystość i plastyczność. Kwas hialuronowy pobudza aktywność i migrację limfocytów. Dotyczy to także innych mediatorów procesu zapalnego. Ma to istotne znaczenie w procesie gojenia się uszkodzeń, powstałych w obrębie skóry i błon śluzowych. Liczne badania kliniczne potwierdziły działania: nawilżające, przeciwzapalne i antyoksydacyjne.

Utrata wody z tkanek i śluzówki

Utrata wody z tkanek i z błon śluzowych jest jedną z głównych przyczyn zmian i starzenia się komórek, zachodzących w błonie śluzowej pochwy. Zjawisko to wiąże się integralnie z utratą elastyczności ścian pochwy, zmniejszeniem jej napięcia, a także z obniżonym nawilżeniem, co w konsekwencji prowadzi do powstania niekorzystnych objawów, odczuwanych przez pacjentki jako: świąd, pieczenie oraz suchość, z towarzyszącymi objawami dyspareunii i atrofii. Dlatego też żel dopochwowy, stanowiący połączenie kwasu hialuronowego z nowo opatentowaną substancją Tri-Solve P, jest innowatorską terapią, korzystnie wpływającą na tworzenie płaszcza hydrolipidowego oraz zwiększonej hydratacji śluzówki pochwy. Nowatorskie połączenie składników wpływa korzystnie na rewitalizację błony śluzowej sromu i pochwy, przywracając jednocześnie odpowiedni poziom nawilżenia i elastyczności tkankowej,

z jednoczesnym, korzystnym działaniem lubrykującym.

Wskazania do stosowania żelu

We wskazaniach terapeutycznych żelu zaleca się, by stosować go w przypadkach: suchości i braku nawilżenia pochwy i okolic sromu, atrofii błon śluzowych, bólu w trakcie stosunku (dyspareunia), podrażnień, pieczenia lub świądu okolic sromu i pochwy, a także regeneracji błony śluzowej pochwy, np. po porodzie lub po zabiegach ginekologicznych i chirurgicznych, chirurgii estetycznej z użyciem lasera CO₂. Połączenie składników oraz sama konsystencja żelu zapewnia działanie lubrykujące (preparat nie uszkadza prezerwatyw). Zgodnie z zaleceniem producenta, żel należy stosować co 3-cią dobę, co zapewnia duży komfort stosowania go przez pacjentki.

Analiza wstępna zastosowania preparatu Hexagyn żel dopochwowy

Analizie poddano preparat Hexagyn w postaci żelu dopochwowego, oceniając zasadność i skuteczność jego stosowania u pacjentek z klinicznymi objawami suchości błon śluzowych sromu i pochwy, wraz z towarzyszącymi podrażnieniami, świądem, pieczeniem czy objawami dyspareunii.

Metodologia badania

Ocenie i obserwacji poddano grupę 50 (100%) kobiet, w wieku od 21 do 59 lat (średnia wieku 38,6 roku). Czas obserwacji wynosił 30 dni. Zanonimizowane dane pacjentek zostały umieszczone w specjalnie do tego przygotowanym kwestionariuszu „Ocena stosowania żelu dopochwowego Hexagyn żel”.

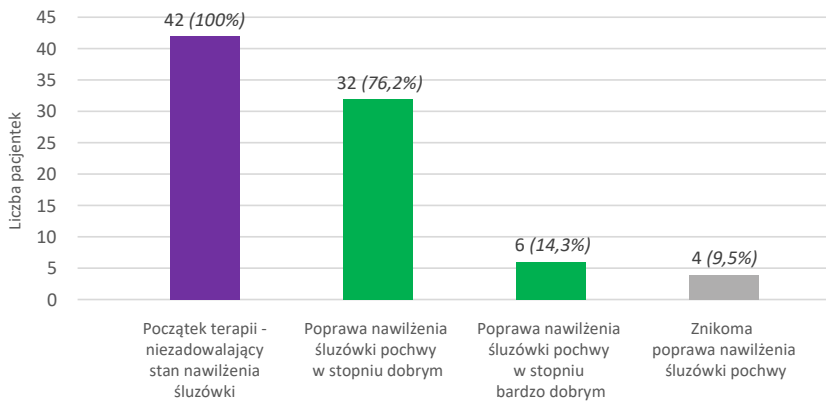
Kryteria wyłączenia:

- stosowanie w momencie rekrutacji lub w okresie dwóch tygodni, poprzedzających rekrutację, jakichkolwiek leków i preparatów dopochwowych, oraz na okolicie sromu i pochwy (żele, kremy);
- objawy zakażenia pochwy/sromu w momencie rekrutacji do badania;
- objawy ostrego stanu zapalnego lub infekcji pochwy w momencie rekrutacji do badania.

Wywiad przed badaniem

W wywiadzie położniczo-ginekologicznym odnotowano – z grupy 50, poddanych obserwacji pacjentek: 14 (28%) było dwukrotnie w ciąży, 19 (38%) pacjentek było w pierwszej ciąży, 17 (34%) pacjentek nie rodziło; z grupy kobiet ciężarnych: 12 (24%) pacjentek rodziło dwukrotnie, 18 (36%) jednokrotnie, utratę ciąży odnotowano w 3 (6%) przypadkach; porody PSN odbyły się u 36 (72%) pacjentek,

Stan śluzówki po 30-dniowej terapii



Wykres 2. Ocena objawów klinicznych po 30 dniach terapii

drogą cięcia cesarskiego urodziło 6 (12%) pacjentek.

Antykoncepcja/MTH

W analizie stosowanych przez pacjentki terapii hormonalnych: 17 (34%) pacjentek stosowało DTA (dwuskładnikowe niskodawkowe tabletki antykoncepcyjne), 6 (12%) pacjentek miało założoną wewnątrzmaciczną wkładkę antykoncepcyjną, 4 (8%) stosowały HTZ w postaci tabletek.

Przebyte zabiegi operacyjne

Wcześniej przeprowadzone zabiegi operacyjne odnotowano u 14 (28%) pacjentek, w tym operację usunięcia macicy wraz z przydatkami w 7 przypadkach – u 4 pacjentek z powodu mięśniaków macicy, u 2 pacjentek z powodu raka szyjki macicy i u 1 z powodu raka trzonu macicy. U 5 pacjentek usunięto jednostronne torbiele endometroidalne jajnika wraz z jajnikiem. U 2 pacjentek zastosowano kompleksowe leczenie raka piersi z pierwotnym leczeniem operacyjnym.

Objawy zgłaszane przez pacjentki

W momencie kwalifikacji do terapii w zebraniu dokładnie wywiadzie klinicznym większość pacjentek uskarżała się na objawy suchości błon śluzowych pochwy. Dotyczyło to grupy 35 (70%) pacjentek z 50 poddanych obserwacji. Objawy o średnim nasileniu zgłosiły 22 (44%) pacjentki, natomiast o dużym nasileniu odnotowano w 13 (26%) przypadkach. Świąd i podrażnienie zgłosiło 21 (42%) pacjentek, w tym: o małym nasileniu – 6 (12%) przypadków, o średnim – 10 (20%) przypadków i o dużym – 5 (10%) przypadków. Objawy dyspareunii zgłosiły 23 (46%) pacjentki, w tym: o nasileniu małym – 7 (14%), średnim – 13 (26%), dużym – 10 (20%). Objawy infekcji

układu moczowego w stopniu małym zgłosiły 3 (6%) pacjentki, a objawy infekcji układu płciowego w stopniu małym zgłosiło 5 (10%) pacjentek (wykres 1).

Stan ginekologiczny w momencie rozpoczęcia badania

Stan ginekologiczny, objętych badaniem pacjentek, w momencie rozpoczęcia badania przedstawiał się następująco: suchość śluzówek pochwy stwierdzono u 37 (74%) pacjentek, zaczerwienienie śluzówek u 21 (42%) pacjentek, błądź błon śluzowych pochwy u 29 (58%) pacjentek, objawy zmniejszonej ilości śluzu pochwowego u 25 (50%) pacjentek, obraz uszkodzenia błon śluzowych pochwy w postaci mikropęknięć u 21 (42%) pacjentek (wykres 1).

Każda z pacjentek otrzymała preparat Hexagyn żel dopochwowy, w celu przeprowadzenia 30-dniowej kuracji. Pacjentki otrzymały pełną informację o zastosowaniu preparacie. Zostały poinformowane o składzie preparatu, jego sposobie działania, sposobie dawkowania i możliwych działaniach niepożądanych.

Schemat dawkowania

34 pacjentki (68%) stosowały Hexagyn żel dopochwowy z częstotliwością 3 razy w tygodniu: w poniedziałki, środy i piątki, podając każdorazowo jedną aplikację 3 ml dopochwowo na noc, przy użyciu specjalnego aplikatora.

Natomiast grupa 16 pacjentek (32%) stosowała żel 2 razy w tygodniu: w poniedziałki i środy, każdorazowo aplikując sobie dopochwowo na noc jedną dawkę 3 ml, przy użyciu specjalnego aplikatora.

Wszystkie z 50 (100%) objętych badaniem pacjentek zakończyły miesięczną terapię i obserwację.

Wyniki

Po 30 dniach obserwacji, w przeprowadzonym zamykającym badaniu ankietowym na grupie 50 (100%) pacjentek, stwierdzono (porównując wyniki z wcześniej odnotowanymi i zgłaszanymi przez pacjentki objawami): zmniejszenie objawów u 33 (66%) z nich, w tym u 3 (6%) w stopniu średnim, u 20 (40%) w stopniu dobrym i u 10 (20%) w stopniu bardzo dobrym. U 42 (84%) pacjentek, po przeprowadzonym badaniu ginekologicznym, stwierdzono brak odpowiedniego nawilżenia śluzówek pochwy. Natomiast poprawę nawilżenia śluzówek pochwy stwierdzono u 38 (76%) pacjentek, w tym, w stopniu dobrym u 32 (64%) z nich, a w stopniu bardzo dobrym u 6 (12%). Znikomą poprawę odnotowano u 4 (8%) pacjentek (wykres 2).

Zmniejszenie uczucia podrażnienia, w stopniu dobrym, zgłosiło 16 (32%) pacjentek. Zmniejszenie objawów dyspareunii, w stopniu bardzo dobrym, odnotowano zaś u 20 (40%) pacjentek, poddanych obserwacji (wykres 1).

Podsumowanie

Ocenie i obserwacji poddano preparat Hexagyn w postaci żelu dopochwowego. Oceniono zasadność i skuteczność jego stosowania u pacjentek z klinicznymi objawami suchości błon śluzowych sromu i pochwy, z towarzyszącym podrażnieniem, świądem, pieczeniem, a także z objawami dyspareunii. Preparat zastosowano w grupie 50 pacjentek. Czas obserwacji wynosił 30 dni. Głównymi objawami, zgłaszanymi przez pacjentki w momencie rozpoczęcia badania, były: suchość błon śluzowych pochwy/sromu, świąd i podrażnienie, objawy dyspareunii oraz infekcji układu moczowego i płciowego. Klinicznie w trakcie badania ginekologicznego zaobserwowano: suchość śluzówek pochwy i sromu, błądź, zaczerwienienie, zmniejszoną ilość śluzu pochwowego oraz mikropęknięcia błony śluzowej pochwy.

34 pacjentki stosowały Hexagyn żel dopochwowy 3 razy w tygodniu: w poniedziałki, środy i piątki, a 16 pacjentek stosowała żel 2 razy w tygodniu: w poniedziałki i środy. Po terapii, w przeprowadzonym zamykającym badaniu ankietowym na grupie wszystkich 50 pacjentek, stwierdzono, porównując wyniki z wcześniej odnotowanymi i zgłaszanymi przez pacjentki objawami, że objęte badaniem pacjentki zaobserwowały – wysoki, średnio na poziomie 87%, stopień skuteczności preparatu Hexagyn żel dopochwowy, w terapii: suchości błon śluzowych pochwy/sromu, świądu, podrażnienia, objawów dyspareunii – korzystne działanie nawilżające/lubrykujące, a także w terapii infekcji dróg moczowo-płciowych.

Pacjentki były zadowolone z systemu podawania preparatu 2 do 3 razy w ciągu tygodnia, co znacznie poprawiło akceptację przewlekłego podawania żelu dopochwowego, z jednoczesnym utrzymywaniem się efektu terapeutycznego.

W trakcie stosowania preparatu Hexagyn żel dopochwowy zaobserwowano także wysoki stopień bezpieczeństwa terapeutycznego i tolerancji – żadna z pacjentek w czasie trwania badania nie przerwała stosowania żelu dopochwowego, z powodu pojawienia się jakichkolwiek objawów działań niepożądanych. Na uwagę zasługuje również działanie regeneracyjne, które może być wykorzystane przy mikrourazach po porodzie. Żel nie zawiera w swoim składzie parabenów.

Wnioski

Wyrób medyczny Hexagyn żel, z uwagi na jego skład i właściwości hydratacyjne, lubrykujące i regenerujące oraz innowacyjną technologię, z użyciem liposomów fosfolipidowych jako nośników substancji czynnych (ceramidy NS, trehaloza, lecytyna), należy brać pod uwagę w terapii suchości pochwy oraz zmian atroficznych pochwy o różnej etiologii.

Działanie żelu utrzymuje się od 3 do 4 dni po aplikacji. Żel ten stanowi nowe rozwiązanie i zaleca się dalsze badania, oceniające jego skuteczność na większych

grupach pacjentek z suchością pochwy oraz atrofią śluzówki pochwy.

Piśmiennictwo u autorów



LEK. MED. BEATA STERLIŃSKA-TULIMOWSKA

Specjalista Ginekolog-Położnik
bsterlinska@gmail.com

Wykładowca LAHA, wykładowca

Fotona, Tulimowski&Sterlińska Gabinety Ginekologiczne, Warszawa



JACEK TULIMOWSKI

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

HEXAGYN[®] żel

Żel dopochwowy z ceramidami NS, trehalozą, lecytiną i kwasem hialuronowym

**dla pacjentek do regeneracji
błony śluzowej pochwy,
bez estrogenów**

- 🍷 **odbudowuje** błonę śluzową pochwy w atrofii i dystrofii
- 🍷 **łagodzi** uczucie świądu, pieczenia oraz bólu w trakcie stosunku
- 🍷 **przyspiesza** regenerację pochwy po porodzie i zabiegach ginekologicznych



Opatentowana
forma żelu
w postaci liposomów

do stosowania
2 x w tygodniu

- 🍷 w suchości pochwy i śluzówki
- 🍷 po zabiegach chirurgicznych i po porodzie
- 🍷 w trakcie chemio i radioterapii
- 🍷 podczas menopauzy
- 🍷 dyspareunii

WYRÓB MEDYCZNY CE

HGZ/NNG/1/2022

POLSKA
FIRMA **10 LAT**
Hexanova INNOWACJI
W MEDYCYNIE

HEXAGYN[®] żel dopochwowy 40 ml z aplikatorem jest przeznaczony do: leczenia suchości w okolicach sromowo-pochwowych (bez względu na przyczynę – stres, menopauza), bólu przy stosunku płciowym (dyspareunia), podrażnionej śluzówki lub po zabiegach ginekologicznych. **Sposób użycia:** Stosować wewnętrznie 2 do 3 razy w tygodniu, aż do ustąpienia objawów (jako środek nawilżająco-odbudowujący). Jako lubrykant – stosować jednorazowo, w chwili stosunku płciowego lub tuż przed nim. Można stosować wraz z prezerwatywą. **Warunki przechowywania:** Przechowywać w temperaturze pokojowej. Unikać ekspozycji na słońce i źródła ciepła. Przechowywać z dala od dzieci. **Składniki:** Sól sodowa kwasu hialuronowego, fosfolipidy, octan witaminy E, trehaloza, ceramid NS, lecytyna uwodniona, substancje żelujące i stabilizujące, woda oczyszczona – q.s. do 100. Informacje dodatkowe: delikatna formuła – bez parabenów. Wyrób medyczny CE.

Jak poprawić wykrywalność RSM w gabinecie ginekologicznym?

POD WZGLĘDEM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY (RSM) POLSKA ZNAJDUJE SIĘ W OGONIE EUROPY. JEST JEDNYM Z NIELICZNYCH KRAJÓW W EUROPIE, W KTÓRYCH RSM ROZPOZNAWANY JEST NADAL W TAK ZAAWANSOWANYCH STADIACH. Według informacji MZ i NFZ rak szyjki macicy jest szóstym co do częstości występowania nowotworem u kobiet w Polsce i stanowi ponad 10% nowotworów u kobiet. Co roku w Polsce taką diagnozę otrzymuje ok. 3000 kobiet, a 1700 umiera z tego powodu.



FOT. 123 RF

W 2020 r. tylko 13,84% Polek skorzystało ze skринingu finansowanego ze środków publicznych

autorka:
Monika Pliskiewicz

W zdecydowanej większości przypadków RSM wykryty we wczesnym etapie bądź na etapie zmian dysplastycznych daje się wyleczyć, dlatego tak ważną jest profilaktyka. W krajach, w których Programy Profilaktyki Czynnej oraz skринingi są stosowane powszechnie,

mówi się wręcz o wyeliminowaniu populacyjnego występowania RSM.

Program profilaktyczny RSM

Zgodnie z „Programem profilaktycznym RSM” finansowanym ze środków publicznych każda pacjentka

Prewencja wtórna RSM w modelu oportunistycznym, finansowanym ze środków prywatnych, powinna obejmować wieloparametrowy skrining na podłożu płynnym (LBS)

w wieku 25 – 59 lat, która w ciągu 3 ostatnich lat nie miała wykonywanego przesiewowego wymazu, może zgłosić się na pobranie do poradni położniczo-ginekologicznej, posiadającej umowę z NFZ lub do wybranej poradni POZ, posiadającej umowę na świadczenia położnej POZ w Programie. Zatrważające dane, pochodzące z 2020 r., wskazują, że tylko 13,84% Polek skorzystało ze skriningu finansowanego ze środków publicznych. Oczywiście część pacjentek korzysta ze skriningu oportunistycznego, prowadzonego w ramach opieki finansowanej ze środków własnych, jednak dane liczbowe dotyczące tych wymazów nie są znane – nie jest bowiem prowadzony taki rejestr.

Istotą wczesnego wykrywania RSM jest dotarcie do grupy pacjentek, które nie są w żaden sposób objęte badaniami, co jest m.in. rolą lekarzy POZ, a także informowanie pacjentek i przeprowadzanie badań profilaktycznych (w ramach opieki prywatnej), cechujących się wyższą czułością niż wykonywana dotychczas klasyczna cytologia.

Należy pamiętać, iż większość RSM jest związana z infekcją wysokoonkogennymi genotypami wirusa brodawczaka ludzkiego (wirus HPV – ang. Human Papillomavirus). Znaczenie ma typ wirusa (genotyp 16 jest najbardziej niebezpieczny) oraz czas trwania infekcji (im trwa ona dłużej, tym wyższe ryzyko – znacząco rośnie przy infekcji >5 lat, gdyż infekcje przetrwałe mogą z biegiem czasu doprowadzić do zmian H-SIL/CIN3+). Zakażenia wirusem onkogennym przebiega zwykle bezobjawowo i jego obecność może być potwierdzona jedynie testami molekularnymi DNA HPV. Należy pamiętać również o tym, że w ciągu 1 – 3 lat od zakażenia wirus może być niewykrywalny w testach (infekcja latentna), z tego powodu powtarzalność testów ma kluczowe znaczenie.

Co możemy zaproponować pacjentkom?

Zaczynając od początku, bardzo istotna jest prewencja pierwotna, czyli szczepienie przeciw HPV (szczepionka 4- i 9-walentna), obejmujące zarówno dziewczynki/kobiety, jak i chłopców/mężczyzn ≥ 9 . roku życia. Szczepionka, podana najlepiej przed rozpoczęciem współżycia (3 dawki, w schemacie 0-2-6 miesięcy), znacząco zmniejsza ryzyko rozwoju zmian przednowotworowych, związanych z infekcją wirusem HPV w przyszłości, a także zapobiega wystąpieniu brodawek zewnętrznych narządów płciowych (kłykcin kończystych).

Tabela:

TESTY SKRININGOWE	DLA WYKRYWANIA ZMIAN H-SIL/CIN 2+	
	CZUŁOŚĆ	SWOIŚTOŚĆ
Cytologia konwencjonalna (klasyczna)	62,5%	90,3%
Cytologia cienkowarstwowa - LBC (ang. Liquid Based Cytology)	72,9%	96,6%
HR HPV 14	89,9%	89,9%



FOT. 123 RF

Niestety szczepionki są kosztowne, a trudności w dostępności dodatkowo potęguje fakt trwającej pandemii COVID-19. Mimo wielu już akcji informacyjnych, wciąż spotykamy pacjentki, które nigdy nie słyszały o możliwości szczepienia, zatem istotną rolą ginekologów, lekarzy rodzinnych, pediatrów, a także lekarzy wszystkich specjalności, jest informowanie o rodzajach i celu prewencji pierwotnej.

Prewencja wtórna RSM w modelu oportunistycznym, finansowanym ze środków prywatnych, powinna obejmować wieloparametrowy skrining na podłożu płynnym (LBS). Korzyści wynikające z takiego postępowania obejmują nie tylko możliwość wykonania dodatkowych badań z pobranej próbki, bez konieczności powtórnego pobrania, ale przede wszystkim wyższą czułość w wykrywaniu zmian H-SIL/CIN 2+.

Skuteczność cytologii

Nie ma uzasadnienia, dla którego mielibyśmy oferować pacjentkom w prywatnej opiece gabinetowej stary model diagnostyczny, bazujący na cytologii klasycznej, mając do dyspozycji skuteczniejsze testy. Pacjentki korzystające z opieki prywatnej, oczekują jak najlepszej opieki, którą możemy im zaoferować w naszych gabinetach, maksymalizując interes zdrowotny pacjentki. Ponadto, mając na uwadze wczesną inicjację seksualną młodzieży, a także ryzyko zmian CIN 2+ w młodszych grupach wiekowych, w związku z infekcją HR (High Risk) HPV, skrining należy rozpocząć najszybciej jak to jest możliwe, od momentu rozpoczęcia współżycia. Wcześniejszy skrining dotyczy również kobiet molestowanych w dzieciństwie lub pacjentek HIV(+).

Cytologia konwencjonalna, niepolecana, jest narzędziem o niskiej czułości dla detekcji zmian H-SIL/CIN 2+ i małej powtarzalności wyników. Badanie jest obciążone większym błędem pobrania (np. zbyt późne utrwalenie materiału), a także utratą części materiału znajdującego się na szczoteczce, co skutkuje 30% wyników fałszywie ujemnych! Oczywiście względy finansowe mogą usprawiedliwić wybór tej metody i w takim przypadku nie jest to błędem, jednak w miarę możliwości uzasadnione jest zastępowanie tej metody skriningiem na podłożu płynnym.

Cytologia cienkowarstwowa – LBC – jest narzędziem o wyższej czułości i wysokiej swoistości dla wykrycia zmian H-SIL/CIN 2+. Pobierając materiał na podłożu płynne przesyłamy do laboratorium pojemnik z załączoną w nim szczoteczką wymazową. Dostarczamy tym samym do badania cały pobrany materiał, łącznie z tym, znajdującym się na szczoteczce, co odróżnia tę cytologię od klasycznej i zwiększa czułość metody. Ocena pobranego materiału jest szybsza i dokładniejsza, gdyż są lepiej zachowane komórki, małe pole diagnostyczne

Nigdy nie wolno bagatelizować nawet mniejszych nieprawidłowości cytologicznych. Podczas weryfikacji histopatologicznej, aż 10 – 20% rozpoznań cytologicznych ASCUS oraz 15 – 25% rozpoznań cytologicznych L-SIL okazuje się w efekcie H-SIL

i brak elementów utrudniających ocenę, np. śluz, erytrocyty, zlepianie się komórek.

HR HPV 14 (14 najbardziej wysokoonkogennych genotypów HPV) – narzędzie o najwyższej czułości, sięgającej 90%. Obejmuje identyfikację trzech onkogennych genotypów: HPV16, HPV18 i HPV45 oraz dwóch grup genotypów: inne HRHPV A (31/33/52/58) oraz inne HRHPV B (35/39/51/56/59/66/68). Istnieje możliwość dalszej identyfikacji poszczególnych genotypów z grupy A i/lub B w kolejnych testach, jeśli wskazanie infekcji konkretnym genotypem leży w interesie pacjentki, niemniej nie ma to większego znaczenia dla dalszego postępowania klinicznego.

Odchodząc od obecnie stosowanego modelu (cytologia klasyczna jako pierwotne badanie przesiewowe), skrining HPV – zależny, powinien obejmować: test połączony (cotesting), czyli jednoczesne pobranie do jednej próbki materiału do LBC oraz HR HPV 14 lub pierwotny HR HPV 14, jeżeli np. odgrywają istotną rolę względy finansowe. W przypadku cotestingu testem II-rzędowym będzie badanie p16/Ki67, a w przypadku pierwotnego badania HPV – II-rzędowym testem będzie np. LBC, którego wykonanie można zlecić z tego samego materiału, bez konieczności ponownego wzywania pacjentki do gabinetu, najczęściej w ciągu 1 m-ca od pobrania.

Test p16/Ki67

Test p16/Ki67 jest to podwójny test immunocytochemiczny o wysokiej czułości i wysokiej swoistości, określający ryzyko rozwoju zmian śródnowonabłonkowych dużego stopnia.

Wskazaniami do jego wykonania są:

- przy cotestingu: wszystkie przypadki dodatniego (+)HR HPV n16/n18 i NILM;
- przy pierwotnym przesiewowym teście HR HPV: wszystkie przypadki dodatniego (+)HR HPV n16/n18.

Każdy dodatni (+) wynik p16/Ki67 jest wskazaniem do kolposkopii.

Kolposkopia

Kolposkopia jest uznana za jeden z centralnych punktów diagnostyczno-terapeutycznych skriningu RSM. Czułość tej metody dla detekcji H-SIL wynosi 50 – 65% z powodu ograniczeń wynikających z budowy szyjki macicy i zachodzących w jej obrębie procesów fizjologicznych. Według nowych standardów kolposkopia zakłada jednoczesne pobranie materiału do badania histopatologicznego – pobranie materiału z kanału szyjki macicy u pacjentek niebędących w ciąży (ECC – ang. endocervical curettage



FOT. IZ3 RF

– sampling endocerykalny z użyciem kurety i/lub ECB – ang. endocervical brushing – sampling endocerykalny z użyciem szczoteczki), biopsję celowaną lub/i losową w określonych sytuacjach.

Wskazaniami do kolposkopii są:

- dodatni wynik (+) HR HPV 16 i/lub 18 i/lub 31 (genotyp 31 w przypadku rozszerzonego genotypowania HPV-xGT) w przypadku nieznanego statusu HR HPV pacjentki w okresie ostatnich 3 lat;
- dodatni wynik (+) HR HPV 16 i/lub 18 i/lub 31 (genotyp 31 w przypadku rozszerzonego genotypowania HPV-xGT) potwierdzony powtórnie po 12 miesiącach, w przypadku pacjentki pozostawionej uprzednio w obserwacji;
- dodatni wynik (jeden lub więcej) (+) HR HPV nie-16/nie-18/nie-31 (nie-31 w przypadku rozszerzonego genotypowania HPV-xGT) potwierdzony powtórnie po 12 miesiącach, w przypadku pacjentki pozostawionej uprzednio w obserwacji;
- każdy dodatni wynik (+) testu p16/Ki67;
- wynik cytologii: ASC-H, H-SIL lub AGC.

Podsumowanie

Jak już wcześniej wspomniano infekcja wirusem HPV może być niewykrywalna w ciągu pierwszych 3 lat od zakażenia, więc pojedynczy ujemny wynik HR HPV14, zwłaszcza wykonany w niedługim czasie po potencjalnej ekspozycji, nie musi oznaczać braku infekcji. Poza tym w sytuacji infekcji latentnej może ona przebiegać poniżej progu detekcji, dlatego dopiero systematyczny skrining daje pełną ocenę sytuacji zdrowotnej pacjentki.

Nigdy nie wolno bagatelizować nawet mniejszych nieprawidłowości cytologicznych. Podczas weryfikacji histopatologicznej, aż 10 – 20% rozpoznań cytologicznych ASCUS oraz 15 – 25% rozpoznań cytologicznych L-SIL okazuje się w efekcie H-SIL.



DR N. MED. MONIKA PLISZKIEWICZ

Absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku. Specjalista położnictwa i ginekologii, lekarz medycyny estetycznej. Certyfikowany Kolposkopista PTKIPSM KLP/99/2 i Certyfikowany Kolposkopista Zabiegowy PTKIPSM KLPZ/62. Wieloletni pracownik Centrum Medycznego Żelazna w Warszawie, współprowadziła Poradnię Patologii Szyjki Macicy. Współzałożycielka gabinetów „Ginekologia Murano” w Warszawie (www.ginekologiamurano.pl). Od wielu lat zajmuje się pacjentkami z chorobami szyjki macicy i sromu.

Pierwotne bolesne miesiączkowanie¹

Nimesil[®]

Nimesulidum

Wieloczynnikowa kontrola zapalenia²

Nimesulid charakteryzuje się:

szybkim początkiem działania przeciwbólowego
po 15 minutach³

niskim ryzykiem krwawień z górnego
odcinka przewodu pokarmowego
vs ketoprofen i naproksen⁴

zarejestrowany w bólu ostrym
i pierwotnym bolesnym miesiączkowaniu
od 12 roku życia¹

Przygotowano: czerwiec 2021, PL-NIM-2021-C2-3-v1-PRINT

50%
refundacja*
12+
lat¹

1. ChPL Nimesil[®] (aktualizacja 01.2021).

2. Rainsford KD, *Inflammopharmacology* 2006;14:120-37, wnioski na podstawie badań eksperymentalnych.

3. Rainsford KD, *Curr Med Res Opin.* 2006;22(6):1161-70.

4. Laporte J et al., *Drugs Safety* 2004;27:411-20.

* Dotyczy opakowania 30-saszetkowego. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21.04.2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 01.05.2021 r. Nimesulid należy przepisywać wyłącznie jako lek drugiego rzutu. Najdłuższy czas nieprzerwanego stosowania nimesulidu wynosi 15 dni. Obowiązkowa informacja o leku znajduje się w dalszej części publikacji.

Zapytaj eksperta
rozwiąż wątpliwości

PATRONAT



AKTUALNE PROBLEMY
PERINATOLOGII
XIII SYMPOZJUM

3-4 CZERWCA 2022

**ZAKOPANE
NOSALOWY DWÓR**

2 CZERWCA 2022 – WARSZTATY PRAKTYCZNE

PRÓŻNIOCIĄG POŁOŻNICZY

KURS USG POD PATRONATEM SEKCJI ULTRASONOGRAFII PTGIP

ZAOPATRYWANIE URAZÓW KROCZA III I IV STOPNIA

3-4 CZERWCA 2022 – SYMPOZJUM

SESJA I: PORÓD

SESJA II: CIĘCIE CESARSKIE

SESJA III: CHIRURGICZNA

SESJA IV: WYBRANE ZAGADNIENIA PATOLOGII CIĄŻY

SESJA V: WYBRANE ZAGADNIENIA PATOLOGII CIĄŻY

SESJA VI: ULTRASONOGRAFICZNA

SZCZEGÓŁOWE

INFORMACJE

I REJESTRACJA

NA STRONIE

GRUPAMEDICA.PL

ORAZ POD NUMEREM

TELEFONU

42 630 01 88

**SERDECZNIE
ZAPRASZAMY**