

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **3**
(64) 2022

Wolumetria warg sromowych większych



GINEKOLOGIA:

- Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w ciąży
- Wpływ pandemii COVID-19 na wzrost lęku u ciężarnych
- Ultrasonografia kontrastowa
- Krioablacja w leczeniu gruczołu piersiowego

PRAWO:

- Postępowanie przed sądem lekarskim
- Wynagrodzenie medyków – mocno w górę

ISSN 2084-5839

KRIOABLACJA PROSENSE™

najlepszy i najprostsz
sposób leczenia
zmian w piersiach



Krioablacja
ciełym azotem (LN2)
bezpiecznie, szybko
i bezboleśnie niszczy guzy,
bez konieczności wykonywania
zabiegu chirurgicznego.

- * Skuteczna alternatywa do biopsji
mammotonicznej oraz zabiegów
chirurgicznych
- * Małoinwazyjna metoda
leczenia z optymalnym efektem
kosmetycznym
- * Stosowana w leczeniu wszystkich
nowotworów gruczołu piersiowego



www.krioablacja.com.pl



Krioablacja ProSense™ daje pacjentkom bezpieczną terapię a lekarzom nowe możliwości i lepsze wyniki leczenia.

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
Wolumetria warg sromowych większych**
Skóra warg sromowych większych z wiekiem traci napięcie, sprężystość, staje się pomarszczona, obwisła, co szczególnie widoczne jest w pozycji stojącej pacjentki. W ginekologii plastycznej mamy kilka opcji terapeutycznych, w zależności od nasilenia problemu.

**12
Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w ciąży**
Kobiety w ciąży są bardziej zagrożone ciężkim przebiegiem COVID-19 niż kobiety niebędące w ciąży, zwłaszcza jeśli zakażenie wystąpi w trzecim trymestrze.

**16
Ultrasonografia kontrastowa**
Ultrasonografia kontrastowa czy bardziej poprawnie ultrasonografia wzmacniana kontrastem,

contrast enhanced ultrasound (CEUS), jest metodą szeroko stosowaną, która przyspiesza diagnostykę w wielu dziedzinach medycyny. Zastosowanie znajduje również w ginekologii.

**22
Krioablacja w leczeniu gruczołu piersiowego**
Małoinwazyjna krioablacja guzów była jednym z głównych tematów Europejskiego Kongresu Onkologii Interwencyjnej w Wiedniu. Metoda ta, wykorzystująca działanie ciekłego azotu, stosowana jest również w Polsce. W przypadku leczenia zmian nowotworowych piersi stanowi alternatywę do biopsji mammotonicznej oraz zabiegów chirurgicznych.

**26
Wpływ pandemii COVID-19 na wzrost lęku u ciężarnych**
W czerwcu 2021 roku na łamach International Journal of Environmental Research and Public Health został opublikowany artykuł polskich autorów: Urszuli Nowackiej, Szymona Koźłowskiego, Marcina Januszewskiego, Janusza Sierdzińskiego, Artura Jakimiuka, i Tadeusza

Issata zatytułowany „COVID-19 Pandemic-Related Anxiety in Pregnant Women” (1).

**28
Najniższe wynagrodzenie medyków – mocno w górę**
W maju 2022 r. Sejm przyjął ustawę zmieniającą PRZEPISY, dotyczące sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zmianie uległy współczynniki pracy, które są wykorzystywane przy wyliczaniu najniższego wynagrodzenia.

**32
Postępowanie przed sądem lekarskim cz. II**
Temat postępowania sprawdzającego i wyjaśniającego, które prowadzi rzecznik odpowiedzialności zawodowej budzi wiele emocji, dlatego należy go szczególnie przedstawić. W drugiej części tekstu, szczegółowo omawiającego ten temat, zajmijmy się zagadnieniami związanymi z zarzutami, z którymi mierzą się obwinieni lekarze oraz opiszemy, jak toczy się proces przed sądem lekarskim.

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 Gabinet 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 Kobiety i Ginekologii Onkologicznej II Wydział Lekarski WUM;

**Ivan Fističić, MD, PhD
Professor at University of Applied Health Sciences, Zagreb, Croatia;**
Assistant Professor at University Department of Health Studies, University of Split, Split, Croatia;

Director of Institute for Women's Health, Zagreb, Croatia;

Dr n. med. Paweł Grzesiowski
Pediatria, waccynolog, ekspert w dziedzinie immunologii, profi-laktyki 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 Gabinet 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

LECZENIE

Depresja poporodowa związana z zaburzeniami odporności?

Zespół naukowców z Virginia Commonwealth University (USA) ustalił, że nawet 15 proc. kobiet mierzy się z depresją poporodową, te same pacjentki mają także zaburzenia odporności.

Badacze przeanalizowali próbki krwi, pobrane od 482 kobiet z depresją poporodową (PPD). Odkryli znaczące różnice dotyczące limfocytów B w porównaniu z osobami bez PPD. Limfocyty B są kluczową częścią układu odpornościowego: gdy zagrożenie zostanie zidentyfikowane, ulegają aktywacji i wytwarzają przeciwciała, a ponadto wysyłają sygnały zarówno pro-, jak i przeciwzapalne.

– W czasie ciąży układ odpornościowy ma do spełnienia trudne zadanie. Musi zapobiegać infekcji spowodowanej przeziębieniem, a jednocześnie musi się dostroić, aby nie rozpoznać płodu jako ciała obcego i go nie zaatakować. Następnie, w okresie poporodowym, wszystkie te hormony i szlaki zostają zresetowane, aby powrócić do stanu przed ciążą – powiedział jeden z autorów badania, genetyk Jerry Guintivano z University of North Carolina.

Naukowcy w swoim badaniu zastosowali trzy rodzaje analizy do identyfikacji zmian dotyczących limfocytów B – sekwencjonowanie RNA, genotypowanie DNA i ocenę metylacji DNA. Badacze u kobiet z PPD odkryli tysiące pojedynczych transkryptów



FOT. KAROLINA GRABOWSKA

komórek B sekwencji kodujących syntezę białek, których nie obserwowano u kobiet bez PPD. Wykazano, że różnice te częściowo wynikają z wariantów DNA i regulacji genetycznej.

– To największe badanie tego typu, ale wciąż nie wiemy, dlaczego komórki B się

zmieniają – zaznaczył Guintivano. – Czy odzwierciedlają one inną zmianę w organizmie, która jest spowodowana lub powoduje PPD? Co napędza to zachowanie limfocytów B?

Naukowcy mówią o potrzebie dalszych badań. (PT)

PRAWO

Lekarz będzie miał więcej informacji o pacjencie

Rozporządzenie, zgodnie z którym katalog danych zbieranych przez personel medyczny został rozszerzony, podpisał minister zdrowia Adam Niedzielski. Lekarz będzie mógł zapytać pacjenta między innymi o to, czy cierpi na alergię, jaką ma grupę krwi i czy pacjentka jest w ciąży.

– Rozszerzenie katalogu gromadzonych danych przełoży się na zwiększenie dostępności i przejrzystości informacji przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej, co usprawni pracę personelu medycznego, ułatwi obieg dokumentacji medycznej i ograniczy koszty jej udostępniania – tak decyzję uzasadnia Ministerstwo Zdrowia.

Szef resortu przekonuje, że kobiety ciężarne nie powinny być poddawane szeregowi procedur medycznych,

np. badaniom RTG oraz nie mogą im być ordynowane niektóre produkty lecznicze.

Przekazywanie przez usługodawcę do SIM informacji o ciąży pacjentki służyć będzie dostosowaniu terapii do stanu ciężarnej pacjentki i zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego jej oraz nienarodzonemu dziecku.

Minister Niedzielski zapewnia, że na razie nowe dane będą przekazywane w ramach Systemu Informacji Medycznej fakultatywnie. Obligatoryjność raportowania wejdzie w życie 1 października 2022 r. Wspomniane rozporządzenie wzbudza kontrowersje w niektórych organizacjach społecznych. Według ich przedstawicieli, takie działanie ma na celu stworzenie tak zwanego „rejestrów ciąż”. (PT)

PRAWO

Jak założyć i prowadzić Indywidualną Praktykę Lekarską?

Przewodnik w formie książki, dotyczący zagadnień prawnych związanych z założeniem i prowadzeniem działalności medycznej w formie praktyki zawodowej, czyli popularnego IPL został wydany przez Wydawnictwo SPSMedia. Książka nosi tytuł „Praktyka zawodowa”, a jej autorem jest adwokat Ewa Mazur-Pawłowska. Stan prawny publikacji to lato 2022 r.

Rok temu w sprzedaży pojawiła się publikacja pod tytułem „Podmiot leczniczy”. Wiele osób pytało, kiedy podobna książka ukaże się dla lekarzy prowadzących działalność w formie praktyki. Niniejszym informujemy, że w czerwcu 2022 roku została wydrukowana.

Książka została wydana pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Główna tematyka publikacji to: założenie, rejestracja, warunki, obowiązki, wymagania, odpowiedzialność, dokumentacja sanitarna,

dokumentacja pracownicza, dokumentacja pacjenta, dokumentacja RODO.

W publikacji zostały przedstawione informacje dotyczące założenia i rejestracji działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej (indywidualna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska, indywidualna praktyka pielęgniarki, fizjoterapeuty itp). Zostały opisane warunki, obowiązki i wymagania nakładane przez polskie prawo na lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, którzy prowadzą działalność w formie praktyki. Zostały też poruszone kwestie dotyczące prowadzenia dokumentacji oraz przygotowania gabinetu na kontrolę placówki. Książka zawiera 40 wzorów dokumentów, niezbędnych do prowadzenia medycznej praktyki zawodowej.

Jest ona dostępna jest w księgarni Nowego Gabinetu Ginekologicznego – na stronie www.sklep.e-ginekologia.pl. (PT)



FINANSE

Kto poniesie koszty podwyżek dla lekarzy?

Pracodawcy RP i Naczelna Rada Lekarska odniosła się do nowelizacji ustawy o najniższym wynagrodzeniu pracowników podmiotów leczniczych. Według tych samorządów podwyżki są niewystarczające, a także brakuje podania źródeł finansowania.

– Projekt nowej legislacji nie określa, kto będzie finansował podwyżki wynagrodzeń, w szczególności w odniesieniu do podmiotów nieposiadających kontraktów z NFZ – twierdzą Pracodawcy RP.

– Tak rozmyty zapis może doprowadzić do przerzucenia części lub całości wydatków związanych z podwyżkami na podmioty lecznicze – odpowiadają z kolei przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej.

– W projektowanej ustawie powinno być wskazane, że w ramach świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych (w ramach umów NFZ), podwyżki zostaną sfinansowane ze środków publicznych (NFZ) – wskazują Pracodawcy RP.

Dodatkowo wskazują, że z podwyżek powinny być wyłączone podmioty prywatne, które nie są finansowane z NFZ.

– Sektor ten od wielu lat, samodzielnie i z powodzeniem, zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń medycznych, samodzielnie troszcząc się o zapewnienie zarówno doskonałości klinicznej, jak i efektywności kosztowej – uważają Pracodawcy RP.

Przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej twierdzą, że podwyżki są za niskie.

– Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśla, że lekarze oraz lekarze dentyści ze specjalizacją od lat postulują o podniesienie poziomu ich minimalnego wynagrodzenia do trzykrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Projekt ustawy zakłada ten współczynnik o ponad połowę niższy. NRL wskazuje, że samorząd lekarski oczekuje również zwiększenia minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyistów w trakcie specjalizacji do poziomu 2,5-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – twierdzi NRL. (PT)

PORÓD

Opieka fizjoterapeutyczna dla kobiet po porodzie

Model opieki fizjoterapeutycznej kobiet po porodzie wdrożyło Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Pacjentki po porodzie będą mogły szybciej wrócić do formy i uniknąć ewentualnych komplikacji zdrowotnych. Ten model działania jest skierowany do wszystkich kobiet rodzących i pacjentek ginekologicznych kwalifikowanych do zabiegów.

Kobiety są objęte działaniem z zakresu fizjoterapii oraz fizjoprofilaktyki pierwotnej i wtórnej. Pierwotna oparta jest na wczesnej diagnostyce i wykrywaniu chorób, natomiast fizjoprofilaktyka wtórna jest podejmowana w chwili pojawienia się objawów choroby lub dysfunkcji. Jej celem jest uzupełnienie leczenia i zapobieganie rozwojowi choroby.

Szpital w przesłanym komunikacie przekazał, że odpowiednio dobrana fizjoterapia znacząco wspomaga powrót pacjentki do pełnej sprawności i pozwala uniknąć komplikacji. W UCK każda rodząca kobieta podczas hospitalizacji odbywa konsultację fizjoterapeutyczną. Otrzymuje zalecenia dotyczące prawidłowych nawyków poporodowych, proponuje jej się także zestaw prostych i bezpiecznych w okresie połogu ćwiczeń.

W gdańskim szpitalu pacjentki zakwalifikowane do zabiegów ginekologicznych oprócz tego, otrzymują także edukację przedoperacyjną. Po odbytych zabiegach fizjoterapeutka przeprowadza z pacjentkami proste ćwiczenia oraz towarzyszy podczas pierwszej pionizacji. Pacjentki otrzymują również indywidualnie dobrane zalecenia do domu. (PT)

DOWIEDZIANO

Bakterie pomogą w walce z rakiem piersi

Naukowcy podczas dorocznego spotkania Towarzystwa Endokrynologicznego w Atlancie potwierdzili, że wzrost bakterii *Lactobacillus* w tkance piersi może ograniczać ryzyko rozwoju raka piersi oraz zwiększać skuteczność dotychczasowych metod leczenia tego nowotworu.

Badacze twierdzą, że bakterie mogą nasilać działanie leku przeciwnowotworowego (tamoksyfenu) oraz innych terapii ukierunkowanych na gospodarkę hormonalną u osób z tzw. rakiem piersi ER+ (z pozytywnym receptorem estrogenowym).

Doświadczenia przeprowadzono z wykorzystaniem gryzoni. Kiedy badacze wstrzyknęli te bakterie do gruczołów sutkowych myszy, u których rozwijały się guzy nowotworowe spowodowane rakiem piersi, zauważyli, że pod wpływem *Lactobacillus* zmiany nowotworowe u chorych zwierząt rozwijały się dużo wolniej.

Uczeni przyjrzeni się także ludzkim tkankom pobranym od kobiet cierpiących na raka piersi ER+. Okazało się, że u pacjentek z podwyższonym poziomem *Lactobacillus* zaobserwowano niższy przyrost komórek nowotworowych.

– Nasze badania wskazują, że bakterie probiotyczne mogą wzmacniać działanie



FOT. ANNA SHVETS

przeciwnowotworowe tamoksyfenu i innych terapii ukierunkowanych na gospodarkę hormonalną w celu zmniejszenia ryzyka raka piersi ER+ – twierdzi dr Katherine L. Cook.

– To pokazuje, że wzrost *Lactobacillus* w tkance piersi zmniejsza ryzyko raka piersi. Sugeruje to również potencjalną

rolę zarówno tych, jak i innych gatunków bakterii w zwiększaniu odpowiedzi na leczenie u pacjentów – powiedziała dr Katherine L. Cook z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wake Forest podczas ostatniego spotkania Towarzystwa Endokrynologicznego w Atlancie (ENDO 2022). (PT)

PROFILAKTYKA

Lek na menopauzę znikną z apteki

Z aptek znikają hormonalne plastry dla kobiet. Preparat nie będzie już dostępny. Chodzi o lek Climara-50, występujący w postaci plastrów przeznaczonych do naklejania na skórę. Wskazany jest do stosowania w terapii niedoborów estrogenów zdiagnozowanych u kobiet po menopauzie.

Środek jest stosowany do łagodzenia objawów menopauzy, łagodzi nieprzyjemne dolegliwości związane z przekwitaniem, takie jak m.in. uderzenia gorąca, wahania nastrojów, przybieranie na wadze, rozdrażnienie, bezsenność i zmęczenie. Zawiera estradiol, zaliczany do naturalnych żeńskich hormonów płciowych.

– Z informacji od przedstawiciela firmy Bayer wynika, iż dystrybucja leku Climara-50 na rynek polski została zakończona i preparat nie będzie już dłużej dostępny w aptekach – poinformował portal GdziePoLek.pl.

Zapasy produktu kończą się już w aptekach. (PT)

NRL

Wzrośnie składka na izby lekarskie?

Z 60 do 80 złotych wzrośnie składka na izby lekarskie – podniesienie składki na izbę lekarską do takiej kwoty było jednym z tematów dyskusji na XV Krajowym Zjeździe Lekarzy.

Nowy prezes NRL, Łukasz Jankowski, nie jest przeciwny podwyżce, lecz nie chce, by powstało hasło „że Jankowski jest inicjatorem zwiększenia składki”.

Nowy prezes zaapelował, by przedstawić listę korzyści wynikających z podniesienia składki. – Rozmawialiśmy o zwiększeniu składki. Padały argumenty, ja również je przytaczałem, o zwiększeniu średniego wynagrodzenia w czasie od poprzedniej wyżki składki o 67 proc. minimalnego wynagrodzenia o prawie 70 proc. – mówił Łukasz Jankowski, nawiązując do ostatniej podwyżki składek na funkcjonowanie izb lekarskich w 2015 r.

– Kiedyś staniemy przed taką koniecznością, sęk w tym, żebyśmy potrafili kolegom powiedzieć dlaczego tę składkę zwiększamy, przedstawiając merytoryczną listę korzyści, pokazując co z tego każdy członek samorządu będzie miał. Ostrożne szacunki, pokazują, że trzeba byłoby podnieść składkę co najmniej do 80 zł z obecnych 60 zł, ale ja tu nie chcę stawiać się w roli kogoś kto to już policzył – powiedział Łukasz Jankowski.

Jednym z wydatków, które zostałyby w ten sposób sfinansowane, miało być podwyższenie wynagrodzeń rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sędziów sądu lekarskiego.

– Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sędziowie są osobami, które mają wiedzę specjalną. Są fachowcami nie tylko w medycynie, ale też w dziedzinie prawa. Wykonują niewdzięczną pracę w Izbach, co ze wstydem trzeba powiedzieć, za 300 zł. Nie jest to już nawet zwrot kosztów. Za profesjonalną pracę należy się godziwe wynagrodzenie – zapowiedział. (PT)

PRAWO

Nie będzie obowiązku informacji o możliwości „bankowania” krwi

Rozporządzenie dotyczące organizacji opieki okołoporodowej w trybie pilnym zmieniło Ministerstwo Zdrowia. Przepisy te mają ukrócić nałożony wcześniej na szkoły rodzenia obowiązek informowania o możliwości „bankowania” krwi pępowinowej i pozyskiwania komórek macierzystych.

Taką decyzję podjęto, ponieważ często było to w praktyce reklamą prywatnych firm.

– To wynik pojawienia się informacji o możliwym nieprawidłowym podejściu do stosowania zapisów rozporządzenia przez szpitale. Nie możemy pozwolić na wykorzystywanie przepisów prawa do reklamowania jakichkolwiek prywatnych inicjatyw – informuje cytowany przez portal tokfm.pl rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz.

Dochodziło do sytuacji, że dzięki reklamie korzystały na tym prywatne firmy odpłatnie pobierające i przechowujące krew pępowinową. W niektórych szpitalach nie tylko rozdawano ulotki, ale organizowano także spotkania przedstawicieli komercyjnych banków komórek macierzystych z uczestnikami szkół rodzenia. W związku z taką sytuacją, resort zdrowia podjął decyzję o usunięciu z rozporządzenia obowiązku informowania przyszłych rodziców o takiej możliwości. Przedstawiciele resortu zdrowia zamierzają spotkać się również z ekspertami, by wypracować możliwości wykorzystania komórek w medycynie. (PT)

AKCJE

Położne z Poznania pojadą do Afryki

Fundacja Redemptoris Missio z Poznania pomoże w wysłaniu położnych do Afryki, by ratować nowo narodzone dzieci. Republika Środkowoafrykańska znajduje się w czołówce regionów z najwyższą śmiertelnością noworodków.

W całej Republice Środkowoafrykańskiej jest tylko jeden ginekolog. Przy porodach asystują niewykwalifikowane akuszerki. Często robią podstawowe błędy. Nie myją rąk i przenoszą na noworodki różne zakażenia, a przecież wystarczy przeszkolić je na temat aseptyki, antyseptyki i higieny rąk. To bardzo proste rzeczy, a zapobiegają powikłaniom – tłumaczy położna Sara Suchowiak.

Wolontariuszki Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio – przeprowadzą szkolenia dla ponad 100 położnych z RŚA i Konga. Fundacja wyposaży też ponad 40 sal porodowych w sprzęt, który w Europie już dawno jest standardem.

– Kupujemy najbardziej podstawowy sprzęt, który posłuży tam na miejscu, jak choćby detektor tętna płodu. W Polsce kosztuje on około 100 zł, a tam jest absolutnie nieosiągalny – nikt go nawet nie widział na oczy – zaznacza prezes fundacji Justyna Janiec-Palczewska.

Położne i sprzęt pojadą do Afryki na początku maja. Fundacja Redemptoris Missio już po raz drugi finansuje projekt „Bezpieczna Mama”, którego celem jest pomoc rodzącym Afrykankom. (PT)

HEXAGYN[®] żel

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

dla pacjentek do odbudowy błony śluzowej pochwy bez estrogenów



- odbudowuje błonę śluzową pochwy w atrofii i dystrofii
- przyspiesza regenerację pochwy po porodzie i zabiegach ginekologicznych
- 1 aplikacja na 3 dni

*Badanie obserwacyjne. Poprawa nawilżenia śluzówki pochwy w stopniu dobrym i bardzo dobrym w grupie 42 pacjentek w trakcie 30 dniowej terapii. NGG nr 2/2022

HEXANOVA
POLSKA FIRMA 10 LAT
INNOWACJI W MEDYCYNIE

Hexanova Sp. z o.o., ul. Brukowa 36, 05-092 Łomianki

HG/NGG/06/2022

LECZENIE

Tajemnicze zapalenie wątroby u dzieci

Coraz więcej przypadków ostrego zapalenia wątroby u dzieci o nieustalonej jeszcze przyczynie wykrywanych jest w Europie. Wszyscy pacjenci byli w wieku od jednego miesiąca do 16 lat i wykazywali takie objawy jak: biegunka, wymioty i ból brzucha. 17 dzieci wymagało przeszczepu wątroby, a co najmniej jedno dziecko zmarło.

O takich przypadkach donoszą służby epidemiologiczne w Danii, Hiszpanii, Holandii, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii. Najnowszy przypadek dotyczy 10-letniego dziecka z Belgii. Steven Van Gucht, wirusolog z Narodowego Instytutu Zdrowia

Publicznego – Sciensano, nie jest zaskoczony, że choroba dotarła do Belgii.

– Myślę, że w nadchodzących dniach lub tygodniach pojawią się nowe możliwe przypadki – powiedział Van Gucht telewizji VRT. – Teraz rozesłaliśmy również ostrzeżenie do lekarzy i specjalistów, że powinni zgłaszać możliwe przypadki. Każdego roku dochodzi do kilkudziesięciu przypadków ostrego zapalenia wątroby, w tym u dzieci, więc samo w sobie nie jest to niczym niezwykłym – zaznaczył ekspert.

Przyczyna tego nowego tajemniczego zapalenia wątroby nie jest jeszcze znana, ale naukowcy są pewni, że nie

jest to żaden z typowych wirusów zapalenia wątroby. Dopóki przyczyna nie zostanie zidentyfikowana, skuteczne leczenie choroby jest dużo trudniejsze. Pierwsza w Europie alarm wszczęła Brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia (UKHSA) na początku kwietnia br. Badano wtedy już ponad 60 przypadków zapalenia wątroby u dzieci w samej Anglii.

Aktualnie kluczowa jest szybka identyfikacja nowych przypadków i przeprowadzenie odpowiednich testów. W tym celu prowadzone są działania, mające na celu podniesienie świadomości wśród pracowników służby zdrowia, którzy rozpoznają choroby u dzieci. (PT)

PRAWO

Nie będzie zastrzeżenia kar dla medyków

Wycofany został zapis w projektowanych zmianach Kodeksu karnego – oznaczający dla lekarzy zwiększenie ryzyka bezwzględnego więzienia za nieumyślny błąd medyczny – wzbudzający zdecydowany sprzeciw środowiska lekarskiego. Samorząd liczy na to, że podczas dalszej ścieżki legislacyjnej ten szkodliwy dla lekarzy i pacjentów pomysł nie zostanie przywrócony.

– Niezaostrożanie Kodeksu karnego (przy niezmiennie istniejącej odpowiedzialności cywilnej i zawodowej lekarzy), to dobry prognostyk w kontekście postulowanego przez lekarzy wprowadzenia systemu opartego na bezpieczeństwie leczenia, koncentrującego się na szybkiej ścieżce rekompensaty dla pacjenta oraz identyfikowaniu i eliminowaniu błędów w przyszłości. Zaostrożenie Kodeksu karnego nakładałoby dodatkową presję potęgującą zjawisko medycyny asekuracyjnej oraz spychałoby na margines kwestię jakości w opiece zdrowotnej – podkreśla samorząd.

Komisja Nadzwyczajna ds. nowelizacji Prawa Karnego przegłosowała – wbrew stanowisku Ministerstwa Sprawiedliwości – poprawkę wycofującą się z zastrzeżenia odpowiedzialności karnej za art. 155 (nieumyślne spowodowanie śmierci). Poprawkę zgłosił poseł Bartłomiej Dorywalski (z PiS) oraz posłowie KO (m.in. Tadeusz Zwiefka). Nikt nie głosował przeciw tej poprawce, tylko 2 posłów wstrzymało się. W opinii samorządu lekarskiego zaostrożenie kar może doprowadzić do tego, że lekarze i lekarze dentyści przestaną wybierać specjalizacje zabiegowe, jako kierunek ścieżki zawodowej.

Środowisko lekarskie postuluje również wprowadzenie obietnicy ministra zdrowia dotyczącej systemu no-fault.

– Chodzi jednak o realny system, w którym nie jest kluczowe koncentrowanie się na szukaniu i karaniu winnego po stronie personelu medycznego, a o sposób zrekompensowania pacjentowi lub jego rodzinie wyrządzonej szkody – postuluje NRL. (PT)

PROFILAKTYKA

HPV: potrzebne szczepienia i profilaktyka

Zaszczepienie przeciwko HPV nie zwalnia z obowiązku wykonywania cytologii – przekonuje dr hab. Tomasz Dzieciatkowski. Badania cytologiczne umożliwiają wykrycie zmian przednowotworowych lub nowotworowych na wczesnym etapie. Eksperti dodatkowo przekonują o potrzebie wprowadzenia obowiązku szczepień przeciwko HPV zarówno dla chłopców, jak i dla dziewczynek.

– Co każdy rodzic i nastolatek powinien wiedzieć o HPV? Jest to wirus ekstremalnie częsty w populacji. Każda współżyjąca osoba przynajmniej raz miała kontakt z jakimkolwiek wirusem brodawczaka. Niekoniecznie musi to prowadzić do rozwoju nowotworu, ale w przypadku części z tych wirusów wykazano ich udział w onkogenezie – mówi dr hab. Tomasz Dzieciatkowski z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podczas konferencji „Zdrowie kobiety”.

Ekspert przekonuje, że szczepić należy również chłopców, argumentując tym, że podstawową drogą transmisji jest droga seksualna, a podstawowym nośnikiem – męski penis. Ekspert podkreśla, że zaszczepiony chłopiec będzie zabezpieczony przed nowotworem jądra, ale także przed zakażeniem HPV. Nie będzie tego wirusa przenosił dalej, a w związku z tym będzie zabezpieczał też kobiety.

Nieświadomość, jeśli chodzi o profilaktykę zakażenia wirusem HPV, wśród młodzieży potwierdził Paweł Zawadzki, pełnomocnik dyrektora ds. rozwoju Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. – Przygotowaliśmy wspólnie z naszymi lekarzami pięć lekcji na temat onkologii i udaliśmy się do szkoły. Naszym pierwszym pytaniem w kontakcie z uczniami z klas VI-VIII było, czy wiedzą, co oznacza słowo profilaktyka. W żadnej z klas nie uzyskaliśmy odpowiedzi. To pokazuje, że jesteśmy dopiero na początku drogi i jak wiele mamy do zrobienia – ocenił. (PT)

Wolumetria warg sromowych większych

**SKÓRA WARG SROMOWYCH WIĘKSZYCH Z WIEKIEM TRACI NAPIĘCIE, SPRĘŻY-
STOŚĆ, STAJE SIĘ POMARSZCZONA, OBWISŁA, CO SZCZEGÓLNIIE WIDOCZNE JEST
W POZYCJI STOJĄCEJ PACJENTKI.** W ginekologii plastycznej mamy kilka opcji tera-
peutycznych, w zależności od nasilenia problemu.

Wolumetrię można wykonać na kilka sposobów. W zależności od wielkości zmian możemy użyć urządzeń EBD, zastosować wypełniacze lub zdecydować się na zabieg operacyjny.



Fot. 1. Wolumetria warg sromowych większych kwasem hialuronowym



Fot. 2. Wolumetria warg sromowych większych kwasem hialuronowym

Urządzenia EDB

W sytuacji, gdy zmiany są niewielkiego stopnia, możemy stosować urządzenia wykorzystujące energię (EBD). Mam na myśli: działające powierzchniowo (do 1 mm) lasery, działającą nieco głębiej (do 2 mm) radiofrekwencję i działające znacznie głębiej, bo aż do 4,5 mm urządzenia MFU (Micro Focused Ultrasound). Urządzenia te podgrzewają na różnych głębokościach skórę i indukują produkcję kolagenu i elastyny. Stężenia kolagenu i elastyny w organizmie człowieka obniżają się wraz z upływem wieku pacjentki, dlatego wymuszenie ich produkcji,

Istotna dla efektu wolumetrycznego zabiegu jest znajomość anatomii wargi sromowej większej. Umożliwia to rozmieszczenie depozytu we właściwej warstwie

Poniżej są kody QR do dwóch filmów z zabiegów. Na pierwszym zaprezentowałem augmentację warg sromowych większych kwasem hialuronowym u pacjentki po labiominooplastyce. Na drugim pokazałem, jak przeprowadzam labiomajoroplastykę z liftingiem na niciach.



Film 1: <https://youtu.be/3ltJZff4PSg>



Film 2: <https://youtu.be/kQHLtbesGkk>

poprzez użycie urządzeń emitujących niewielką energię, daje dobre efekty.

Zastosowanie wypełniaczy

W bardziej zaawansowanych przypadkach można zastosować wypełniacze, takie jak kwasy hialuronowe czy tłuszcz autologiczny. Efekt wolumetryczny kwasów hialuronowych w zależności od rodzaju kwasu i indywidualnej metabolizacji kwasu utrzymuje się od kilku do kilkunastu miesięcy. Efekt transferu autologicznego tłuszczu jest długotrwały przy zachowaniu pewnych reguł preparatyki tłuszczu (jak najmniejsza mikronizacja przeszczepu) czy łączeniu z osoczem bogatopłytkowym (poprawa przeżywalności adipocytów). Ten efekt może utrzymywać się latami.

Bardzo istotna dla efektu wolumetrycznego zabiegu jest znajomość anatomii wargi sromowej większej. Umożliwia to rozmieszczenie depozytu we właściwej warstwie.

Anatomia

Tkanka podskórna wargi sromowej mniejszej ma inną budowę niż tkanka podskórna sery brzucha. Tkanka tłuszczowa

powłok brzusznych poniżej pępka rozdzielona jest na warstwę powierzchowną i głęboką przez powięź Scarpy, która to na wysokości więzadła pachwinowego dzieli się na dwa listki obejmujące specyficznie zbudowaną w tym miejscu tkankę tłuszczową (tworzącą strukturę plastra miodu). Tak szczególnie zbudowana w tym miejscu tkanka tłuszczowa, otoczona warstwą włóknisto-powięziową, nazywana jest workiem lub torebką tłuszczową (adipose sac), co zostało opisane w 2016 roku przez prof. Adama Ostrzeńskiego.

Technika zabiegu

Z punktu widzenia techniki zabiegu ważnym jest, gdy deponujemy tłuszcz lub kwas hialuronowy, aby umieszczać go nad torebką tłuszczową, a poniżej warstwy włóknisto-mięśniowej skóry wargi sromowej większej (tunica Dartos) – wyczuwalnej jako wyraźny opór podczas wprowadzania kaniuli.

Bardzo zaawansowane przypadki ptozy skóry warg sromowych większych wymagają leczenia operacyjnego. Wtedy trzeba wykonać labiomajoroplastykę, często wraz z liftingiem i liposukcją, wzgórką łonowego, szczególnie u pacjentek po intensywnym odchudzaniu czy operacjach bariatrycznych.



Fot. 3. Wolumetria warg sromowych większych kwasem hialuronowym



Fot. 4. Podanie tłuszczu autologicznego



Fot. 5. Podanie tłuszczu autologicznego



Fot. 6. Podanie tłuszczu autologicznego



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.

Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w ciąży

KOBIETY W CIĄŻY SĄ BARDZIEJ ZAGROŻONE CIĘŻKIM PRZEBIEGIEM COVID-19 NIŻ KOBIETY NIEBĘDĄCE W CIĄŻY, ZWŁASZCZA JEŚLI ZAKAŻENIE WYSTĄPI W TRZECIM TRYMESTRZE. W tej grupie ryzyko przyjęcia na OIT wynosi od 2,1% do 28,5%, podczas gdy prawdopodobieństwo konieczności wentylacji mechanicznej wynosi około 0,3-1%. FDA oraz EMA już na początku 2021 r. wydały zgody na warunkowe stosowanie szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 wśród kobiet w ciąży, motywując to przewagą zalet takiego postępowania nad potencjalnym ryzykiem.



Abstrakt: Trwająca pandemia COVID-19 budzi nadal ogromne zaniepokojenie na całym świecie. Wprowadzone szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 dały powody do optymizmu, jednak pojawiły się kolejne problemy, m.in. niechęć do szczepień. Jedną z najczęstszych kwestii nurtujących społeczeństwo jest bezpieczeństwo tychże szczepionek dla kobiet w ciąży. Celem tego artykułu jest dostarczenie aktualnych wyników badań klinicznych oraz określenie roli ginekologów w doradzaniu kobietom podjęcia świadomej decyzji o przyjęciu szczepionek przeciwko koronawirusowi. Trzeba wyraźnie w tym miejscu podkreślić, że chociaż COVID-19 zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu i zwiększonej śmiertelności wśród ciężarnych, to nie brały one udziału we wstępnych badaniach szczepionek przeciwko SARS-CoV-2. W rezultacie początkowe informacje dotyczące bezpieczeństwa były stosunkowo skąpe, jednak obecnie wiele krajów na całym świecie, po analizie korzyści i potencjalnego ryzyka, niedawno zatwierdziło te szczepienia dla kobiet w ciąży i karmiących.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, pandemia COVID-19, szczepionki przeciwko SARS-CoV-2, szczepienia w ciąży

FOT. 123 RF

Choroba COVID-19 jest powodowana przez koronawirusa, określanego obecnie jako SARS-CoV-2, którego po raz pierwszy wykryto wśród pacjentów w chińskim mieście Wuhan pod koniec 2019 roku (1). SARS-CoV-2 może powodować zakażenia od bardzo łagodnych do ciężkich, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, jego chorób współistniejących oraz statusu immunologicznego (2). Istnieją obecnie dowody na to, że kobiety w ciąży są bardziej zagrożone ciężkim przebiegiem COVID-19, niż kobiety niebędące w ciąży, zwłaszcza jeśli zakażenie wystąpi w trzecim trymestrze. W tej grupie ryzyko przyjęcia na OIT wynosi od 2,1% do 28,5%, podczas gdy prawdopodobieństwo konieczności wentylacji mechanicznej wynosi około 0,3-1% (3). Ważną rolę predysponującą do cięższego przebiegu COVID-19 mają również fizjologiczne zmiany adaptacyjne, zachodzące

w organizmie kobiety po zajściu w ciążę. W układzie sercowo-naczyniowym wzrasta objętość wyrzutowa serca, częstość skurczowa, a także objętość łożyska naczyniowego. W układzie oddechowym zmniejszeniu ulega całkowita pojemność płuc, a wysokie ułożenie przepony powoduje trudności w usuwaniu wydzieliny z drzewa oskrzelowego, wtórnie pojawia się również obrzęk błony śluzowej nosogardła (4).

Dodatkowymi czynnikami ryzyka są: wiek powyżej 40 lat oraz potencjalne choroby współistniejące u matki, takie jak: otyłość, przewlekłe nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca. Z wyżej wymienionych powodów, kobiety w ciąży powinny być uważane za grupę podwyższonego ryzyka dla poważnego przebiegu COVID-19 (5). Jednakże ze względu na zasady prowadzenia badań klinicznych, pomimo że zakażenia SARS-CoV-2 stwarzają ryzyko ciężkich postaci

autor:
Tomasz Dzieciatkowski,
Anna Golke,
Jacek Tulimowski

Odsetki spontanicznych poronień były podobne u ciężarnych zaszczepionych przeciwko SARS-CoV-2 do tych, które uzyskano u kobiet w ciąży w badaniach przeprowadzonych przed pandemią COVID-19. Nie stwierdzono więc zależności pomiędzy szczepieniami preparatami mRNA a zwiększonym ryzykiem poronienia

choroby i zwiększonej śmiertelności, ciężarne zostały wykluczone z początkowych badań klinicznych szczepionek przeciwko koronawirusowi (6). Skutkowało to początkowym niedostatkami danych, dotyczących bezpieczeństwa szczepionek dla kobiet w ciąży, a co za tym idzie, licznymi wątpliwościami ze strony opinii publicznej. Jednak stosunkowo szybko w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i w krajach Unii Europejskiej pojawiły się zalecenia, by na podstawie danych obserwacyjnych umożliwić szczepienia także ciężarnym, ze względu na ich szczególną podatność na ciężki przebieg COVID-19. Dotyczyło to także osób, poddanych zabiegom transplantacyjnym, leczonych immunosupresyjnie, cierpiących na przewlekłe choroby nerek lub wielokrotnie dializowanych. Skąpe dane, dotyczące bezpieczeństwa zatwierdzonych szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 do stosowania podczas ciąży, zestawiano z faktem, że inne inaktywowane szczepionki podawane ciężarnym nie są związane z jakimkolwiek zwiększonym ryzykiem (7).

Wpływ COVID-19 na ciążę: ryzyko dla matki

W czasie ciąży układ odpornościowy, układ sercowo-naczyniowy i układ oddechowy ulegają znaczącym zmianom fizjologicznym, gdzie nawet niewielka ilość stresu może zaostrzyć objawy zakażenia SARS-CoV-2. Ciąża może także powodować zwiększone ryzyko nadkrzepliwości oraz choroby zakrzepowo-zatorowej. Jednocześnie według obecnych dowodów i badań obserwacyjnych, pacjenci z COVID-19 mają także podwyższone ryzyko zakrzepicy. Dodatkowo, wysoka gorączka we wczesnym etapie ciąży może zwiększać szanse wystąpienia pewnych wad wrodzonych (8). Według niektórych autorów u ciężarnych zakażonych SARS-CoV-2 istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia niskiej masy urodzeniowej oraz przedwczesnego porodu, krwotoków poporodowych czy problemów wymagających rozwiązania ciąży poprzez cesarskie cięcie (9). W badaniu przeglądowym autorstwa Vergara-Merino i wsp. stwierdzono także, że COVID-19 w ciąży powoduje ryzyko hospitalizacji na OIT u od 2,1% do 28,5% ciężarnych, zaś śmierci matki – w zakresie od 0% do 11,1% (3). Ponadto kilka badań wykazało obecność wirusowego RNA w mleku zakażonych matek; jednak nadal brak jest jednoznacznych dowodów na to, że spożywanie mleka matki zakażonej SARS-CoV-2 zwiększa ryzyko przeniesienia wirusa na noworodka (10).

Wpływ COVID-19 na ciążę: ryzyko dla płodu

Trzeba podkreślić, że w żadnych dotychczasowych badaniach nie wykryto teratogennego działania koronawirusów. SARS-CoV-2 nie jest w tym przypadku wyjątkiem. W większości badań, dotyczących tego zagadnienia, stwierdzono brak poważnych anomalii u noworodków urodzonych przez matki zakażone SARS-CoV-2. Dostępne dane, porównujące wyniki noworodków w grupach matek z objawami COVID-19, nie wykazały bowiem istotnych różnic w odsetku niekorzystnych wyników badań prenatalnych w porównaniu z ciężarnymi bez objawów COVID-19 (11).



FOT. 123 RF

Brak jest również silnych dowodów na transmisję wertykalną SARS-CoV-2, bowiem wśród prac obejmujących wyniki badań noworodków tylko w kilku z nich zgłaszano pozytywne wyniki testów w kierunku COVID-19. Nie wiadomo dokładnie, czy dochodzi do zakażenia wewnątrzmacicznego podczas porodu czy też zaraz po urodzeniu, ponieważ stosowane testy są najczęściej oparte na metodach łańcuchowej polimerazy, RT-qPCR, które sprawdzają się stosunkowo najlepiej w wykrywaniu zakażeń u pacjentów objawowych (12). Jednakże w badaniu Kumar i wsp. stwierdzono możliwość transmisji pionowej wirusa, w szczególności w trzecim trymestrze, o czym miałyby świadczyć około 3,2% częstość dodatniego wyniku badania wymazu z jamy nosowo-gardłowej niemowlęcia w kierunku RNA SARS-CoV-2, przy 0% dodatnich wynikach w płynie owodniowym i moczu, 3,6% dodatnich próbek krwi pępowinowej i 7,7% biopłatów łożyska (13).

Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 a ciąża

A amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) oraz Europejska Agencja Leków (EMA) wydały już na początku 2021 roku zgody na warunkowe stosowanie szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 wśród kobiet w ciąży, motywując to przewagą zalet takiego postępowania nad potencjalnym ryzykiem. Oceniając możliwe ryzyko i korzyści, kluczowe jest zrozumienie, iż pierwsze dostępne badania kliniczne na ludziach nie były prowadzone na takich grupach badanych, które mogłyby ustalić, czy szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 są bezpieczne do stosowania u płodów i noworodków. Wiąże się to z obowiązującymi zasadami prowadzenia badań klinicznych. Początkowo istniało tylko kilka badań dotyczących rozwoju ciąży na modelu zwierzęcym, które dostarczyły wyniki braku toksycznego ich wpływu na reprodukcję: grupa ponad 1000 szczurów, które otrzymały szczepienie preparatem Moderny przed lub w czasie ciąży nie wykazywała jakichkolwiek negatywnych następstw (10).

Trzeba zaznaczyć, że szczepionki mRNA zatwierdzone do stosowania w ciąży, produkowane przez Pfizer/BioNTech i Modernę, składają się wyłącznie z mRNA, kodującego kompletne białko



FOT. 123 HF

kolca SARS-CoV-2, który został zamknięty w nanocząstce lipidowej (LNP) w celu dostarczenia do wnętrza komórki gospodarza (14). Szczepionki tego typu wykorzystują komórki naszego organizmu do produkcji białka kolca koronawirusa, będącego odpowiednim antygenem, który indukuje odporność humoralną, jak i komórkową, podobnie jak dzieje się to w przypadku pozostałych szczepień. Naśladując naturalny cykl replikacji koronawirusów, szczepionki mRNA ulegają translacji w cytoplazmie i nie wnikają do jądra komórkowego, a co za tym idzie, nie mogą powodować jakichkolwiek zmian w ludzkim DNA (15). Nie są więc w stanie wywołać żadnych zmian genetycznych, którymi czasem straszono w mediach.

Badania wspierające stosowanie szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 wśród ciężarnych

W jednym z pierwszych badań kohortowych, przeprowadzonych wśród ciężarnych uczestniczek, średni wiek ciąży przy podaniu pierwszej dawki szczepionki wynosił 23,2 tygodnia, gdzie 11 kobiet (13%) otrzymujących pierwszą dawkę szczepionki było w pierwszym trymestrze ciąży, 39 (46%) w drugim trymestrze a 34 (40%) w trzecim trymestrze (16). Odnotowane działania niepożądane szczepionki były podobne pomiędzy wszystkimi grupami badanymi i ograniczały się do bólu w miejscu wkłucia, miejscowej reakcji zapalnej, wysypki, bóli głowy i/lub mięśni, uczucia zmęczenia, przejściowej gorączki lub dreszczy oraz nielicznych reakcji alergicznych. Wśród obserwowanych 13 ciężarnych uczestniczek, które urodziły w okresie badania, mediana wieku ciąży wynosiła 39,3 tygodnia. Wszystkie 13 kobiet zostało zaszczepionych w trzecim trymestrze ciąży. Poród siłami natury miał miejsce u 10 kobiet (77%), zaś poprzez cesarskie cięcie u 3 (23%). Spośród 10 próbek krwi pępowinowej dostępnych do analizy, 9 na 10 matek, od których pobrano materiał do analizy, otrzymało obie dawki szczepionki (16).

Szczepionki mRNA zatwierdzone do stosowania w ciąży, produkowane przez Pfizer/BioNtech i Modernę, składają się wyłącznie z mRNA, kodującego kompletne białko kolca SARS-CoV-2, który został zamknięty w nanocząstce lipidowej (LNP) w celu dostarczenia do wnętrza komórki gospodarza

W innym badaniu autorzy stwierdzili, że oprócz ochrony kobiet przed COVID-19 i jego powikłaniami w okresie ciąży, szczepienie matki przeciwko SARS-CoV-2 w trzecim trymestrze prowadzi do przeniesienia wytworzonych przeciwciał przez łożysko, co sugeruje, że szczepienie ciężarnej może zapewnić pewien poziom ochrony dla noworodka (17). W programie v-safe, dotyczącym 827 kobiet (ankietę przeprowadzono wśród 827 kobiet, które już zakończyły ciążę), ciąża zakończyła się: żywym porodem w 712 (86,1%) przypadkach, poronieniem samodzielnym w 104 (12,6%) przypadkach, martwym urodzeniem w 1 (0,1%) przypadku, innymi okolicznościami (ciąża pozamaciczna/poronienie wywołane) w 10 (1,2%) przypadkach. 92,3% spontanicznych aborcji odbyło się przed 13 tygodniem ciąży. Zanotowano 98,3% żywych urodzeń wśród kobiet zaszczepionych pierwszą dawką w trzecim trymestrze ciąży. Przedwczesne porody odnotowano w 9,4% przypadków, niską masę urodzeniową stwierdzono u 3,2% noworodków, zaś duże wady wrodzone u 2,2%, wśród tych ostatnich żadna kobieta nie była zaszczepiona w I trymestrze lub okresie okołokoncepcyjnym (18).



PIŚMIENNICTWO:

- Golke A, Piekarska K, Dzieciatkowski T. Coronaviruses - a new old menace. *Postępy Biochem.* 2021; 66(4): 303-308. doi: 10.18388/pb.2020.357.
- Salzberger B, Buder F, Lampl B i wsp. Epidemiology of SARS-CoV-2. *Infection.* 2020; 8: 1-7. doi: 10.1007/s15010-020-01531-3.
- Vergara-Merino L, Meza N, Couve-Pérez C i wsp. Maternal and perinatal outcomes related to COVID-19 and pregnancy: An overview of systematic reviews. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021; 100(7): 1200-1218. doi: 10.1111/aogs.14118.
- Grzegorz H. Bręborowicz Ginekologia i Położnictwo PZWL 2015, tom I, 45-51
- Martins I, Louwen F, Ayres-de-Campos D i wsp. EBCOG position statement on COVID-19 vaccination for pregnant and breastfeeding women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 262: 256-258. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.05.021.
- Craig AM, Hughes BL, Swamy GK. Coronavirus disease 2019 vaccines in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021; 3(2): 100295. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100295.
- Sebghati M, Khalil A. Uptake of vaccination in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021; 76: 53-65. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.03.007.
- Samji P, Manoj KR Effect of COVID-19 on pregnancy and childbirth. *Indian J Obstet Gynecol Res* 2020; 7(2): 296e9. <https://doi.org/10.18231/j.ijogr.2020.065>.
- Elsaddig M, Khalil A. Effects of the COVID pandemic on pregnancy outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021; 73: 125-136. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.03.004.
- Stafford IA, Parchem JG, Sibai BM. The coronavirus disease 2019 vaccine in pregnancy: risks, benefits, and recommendations. *Am J Obstet Gynecol.* 2021; 224(5): 484-495. doi: 10.1016/j.ajog.2021.01.022.
- Yang H, Sun G, Tang F i wsp. Clinical features and outcomes of pregnant women suspected of coronavirus disease 2019. *J Infect.* 2020; 81(1): e40-e44. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.003.
- Nowakowski F, Krajewska K, Klimek K i wsp. COVID-19 during pregnancy one year on - what lessons did we learn? *Ginekol Pol.* 2021; 92(5): 383-386. doi: 10.5603/GP.a2021.0095.
- Kumar R, Yeni CM, Utami NA i wsp. SARS-CoV-2 infection during pregnancy and pregnancy-related conditions: Concerns, challenges, management and mitigation strategies-a narrative review. *J Infect Public Health.* 2021; 14(7): 863-875. doi: 10.1016/j.jiph.2021.04.005.
- <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/covid-19-vaccination-considerations-for-obstetric-gynecologic-care> (dostęp: 11.04.2022)
- Bettini E, Locci M. SARS-CoV-2 mRNA vaccines: Immunological mechanism and beyond. *Vaccines (Basel).* 2021; 9(2): 147. doi:10.3390/vaccines9020147
- Gray KJ, Bordt EA, Atyeo C i wsp. Coronavirus disease 2019 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2021; 225(3): 303.e1-303.e17. doi: 10.1016/j.ajog.2021.03.023.
- Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR i wsp. Preliminary findings of mRNA COVID-19 vaccine safety in pregnant persons. *N Engl J Med.* 2021; 384(24): 2273-2282. doi: 10.1056/NEJMoa2104983.
- Błaszczek E. Safety and efficiency of COVID-19 vaccination during pregnancy and breastfeeding. *Ginekol Pol.* 2022. doi: 10.5603/GP.a2021.0241.
- Grunebaum A, Bornstein E, Guleren M i wsp. Pregnancy safety of COVID-19 vaccines is validated by the Vaccine Adverse Event Reporting System. *Am J Obstet Gynecol.* 2022; 226(1): S694-S695. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1145>
- Dick A, Rosenbloom JI, Gutman-Ido E i wsp. Safety of SARS-CoV-2 vaccination during pregnancy - obstetric outcomes from a large cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022; 22(1): 166. doi: 10.1186/s12884-022-04505-5.
- Vousden N, Ramakrishnan R, Bunch K i wsp. Management and implications of severe COVID-19 in pregnancy in the UK: data from the UK Obstetric Surveillance System national cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022; 101(4): 461-470. doi: 10.1111/aogs.14329.

Chociaż uzyskane wyniki są trudne do jednoznacznych porównań, wyliczone odsetki spontanicznych poronień były podobne u ciężarnych zaszczepionych przeciwko SARS-CoV-2 do tych, które uzyskano u kobiet w ciąży w badaniach przeprowadzonych przed pandemią COVID-19. Nie stwierdzono więc zależności pomiędzy szczepieniami preparatami mRNA a zwiększonym ryzykiem poronienia (18). Podobnie, najczęstszym działaniem niepożądanym związanym z ciążą, a zgłaszanym dobrowolnie do bazy danych VAERS, było spontaniczne poronienie, które odnotowano tam 678 razy (18). Natomiast badania przeprowadzone na grupie 5618 ciężarnych w Izraelu pozwoliły wywnioskować, iż szczepionka przeciwko SARS-CoV-2 wydaje się być bezpieczna w czasie ciąży, nie powodując wzrostu częstości przedwczesnych porodów i niskiej masy urodzeniowej w porównaniu z kobietami nieszczepionymi. Co ciekawe, autorzy zaobserwowali jednak u kobiet zaszczepionych w drugim trymestrze nieznaczny wzrost częstości porodów przedwczesnych (20).

Wnioski

Najsukuteczniejsza strategia walki z obecną pandemią COVID-19 polega na masowym szczepieniach, zwłaszcza w grupach

zwiększonego ryzyka. Chociaż brak obecnie konkretnych danych klinicznych, dotyczących mało prawdopodobnych długotrwałych działań niepożądanych szczepionek mRNA, to możemy się spodziewać, że szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 pomogą zakończyć pandemię, ponieważ liczba nowych ciężko chorych pacjentów, wymagających hospitalizacji oraz śmiertelność z powodu COVID-19, jest ograniczona w wielu krajach o wysokich wskaźnikach wyszczepienia. Ostatnie dane

z terenu Wielkiej Brytanii potwierdzają również, że ciężkie postacie COVID-19 u kobiet w ciąży są istotnym czynnikiem zwiększonego ryzyka (21). Informacje promujące stosowanie szczepień przeciwko SARS-CoV-2 powinny być więc skierowane w szczególności do osób najbardziej zagrożonych poważnymi następstwami, w tym u ciężarnych. Natomiast decyzje dotyczące czasu szczepienia oraz terminu i sposobu porodu powinny być podejmowane w ramach starannych dyskusji z pacjentkami.

DR HAB. N. MED. TOMASZ DZIECIĄTKOWSKI¹ DR N. WET. ANNA GOLKE² LEK. MED. JACEK TULIMOWSKI

1 Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: prof. dr hab. Hanna Pituch
2 Katedra Nauk Przedklinicznych, Wydział Medycyny Weterynaryjnej Szkoły Głównej
Gospodarstwa Wiejskiego. Kierownik: dr hab. Małgorzata Gieryńska

Adres do korespondencji:
dr hab. Tomasz Dzieciatkowski
ul. Chałubińskiego 5, 02-004 Warszawa
tel./fax. 022 628 27 39
mail: tdzieciatkowski@wum.edu.pl

Ultrasonografia kontrastowa

ULTRASONOGRAFIA KONTRASTOWA CZY BARDZIEJ POPRAWNIE ULTRASONOGRAFIA WZMACNIANA KONTRASTEM, CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND (CEUS), JEST METODĄ SZEROKO STOSOWANĄ, KTÓRA PRZYSPIESZA DIAGNOSTYKĘ W WIELU DZIEDZINACH MEDYCZYNY. Zastosowanie znajduje również w ginekologii.

autor:
**Roman
Kołodziejczak**

Do badania wykorzystujemy kontrast przygotowany bezpośrednio przed badaniem. Jest to zawarty w fiolce gaz – sześćsiofluorek siarki, który po dodaniu do fiolki 0,9% NaCl i intensywnym wstrząsaniu, zamykany jest w pęcherzykach utworzonych przez liofilizat obecny na dnie tej samej fiolki.

Na czym polega metoda?

Utworzone pęcherzyki są, w polu działania głowicy ultradźwiękowej, poddawane działaniu fali akustycznej (ciśnieniowej), co powoduje ich ściskanie. Pęcherzyki, rozprężając się, powiększają swoją objętość, przez co wytwarzają falę, która jest odbierana ponownie przez głowicę i dzięki dodatkowemu oprogramowaniu przedstawiana w czasie rzeczywistym na ekranie aparatu USG.

Ilości kontrastu używane do badań wahają się od pojedynczych kropli do 2 – 2,5 ml na badanie, zależnie od rodzaju badania. Fiolka zawiera 5 ml.

Kontrast podajemy dożylnie w linii wkłucia, bezpośrednio do venflonu, nie zaś przez kraniki, niekapki czy górne dożycie venflonu, gdyż opór, spowodowany podaniem kontrastu pod ciśnieniem, doprowadzi do rozpadu pęcherzyków kontrastu. Dodatkowo, po podaniu kontrastu, przepłukujemy żyłę 10 – 15 ml soli fizjologicznej.

Inne drogi podania – do pęcherza moczowego lub do jam ciała wymagają minimalnej ilości kontrastu, nie więcej jednak niż 1 – 2 krople.

Kontrast w CEUS jest kontrastem wewnątrznaczyniowym, a przebieg kontrastowania jest ściśle związany z unaczynieniem

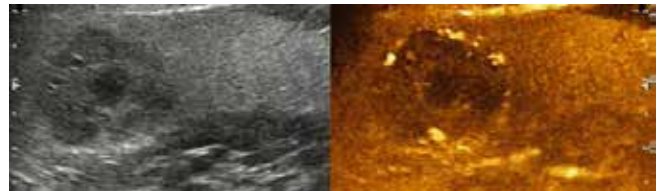
narządów. Nie ma wychwytu tkankowego czy przechodzenia poza naczynia.

Analiza wzmocnienia kontrastowego (wash in) i wypłukiwania kontrastu (wash out) jest podstawą wnioskowania co do charakteru opisywanych zmian i jest ściśle związana ze specyfiką unaczynienia zmian.

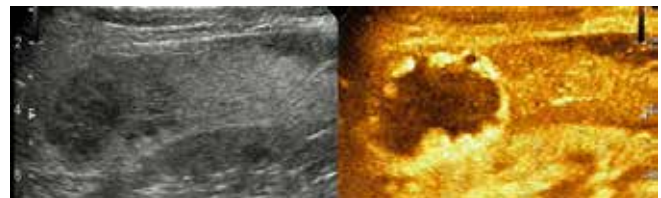
Badania muszą być rejestrowane, a wnioski diagnostyczne poprzedzone oceną zarejestrowanych obrazów.

Wyjątkowe cechy i bezpieczeństwo

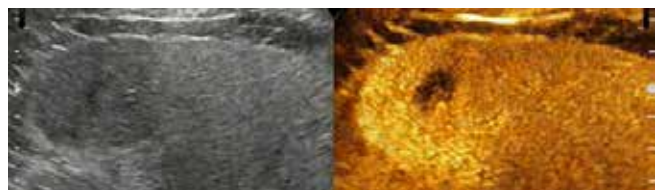
Kontrast gazowy jest szybko wydalany drogami oddechowymi. Nie jest wydalany przez nerki, nie ma więc niebezpieczeństwa, że spowoduje upośledzenie funkcji nerek. Nie wymaga promieniowania RTG ani szczególnie przygotowanej pracowni. Może być wykonany zarówno w pracowni USG, jak i przy łóżku chorego. Kontrast gazowy charakteryzuje się wysokim poziomem bezpieczeństwa. Odczyny alergiczne



Fot. 1 i 2. Naczyniaki wątroby – już 10 s po podaniu kontrastu, początek kontrastowania od obwodu



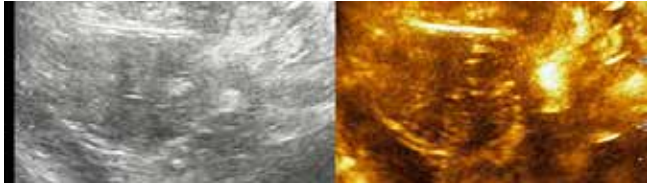
Fot. 5 i 6. Naczyniaki wątroby – po 30 s po podaniu kontrastu



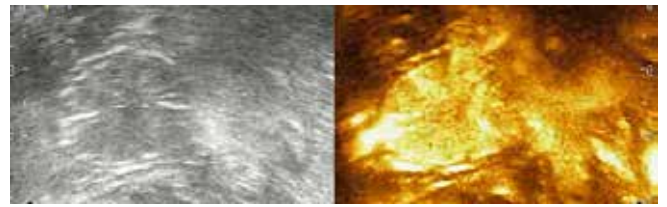
Fot. 9 i 10. Naczyniaki wątroby – po prawie 7 min kontrast nadal jest widoczny w zmianie

Fot. 3 i 4. Naczyniaki wątroby – po 20 s po podaniu kontrastu

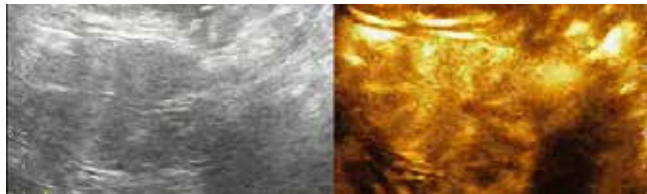
Fot. 7 i 8. Naczyniaki wątroby – po 3 min po podaniu kontrastu



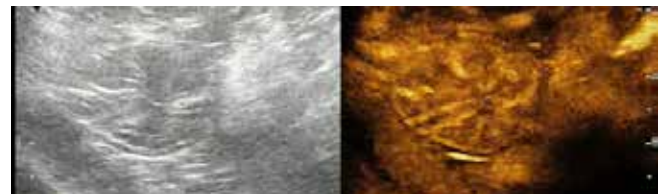
Fot. 11 i 12. Ogniskowy guzkowy przerost – 7 s po podaniu kontrastu



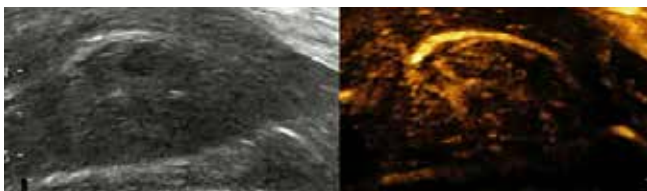
Fot. 13 i 14. Ogniskowy guzkowy przerost – 10 s po podaniu kontrastu, zmiana zakontrastowana



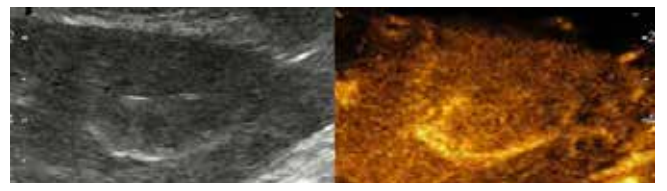
Fot. 15 i 16. Ogniskowy guzkowy przerost – szprychowaty układ naczyń i blizna centralna, typowe dla FNH



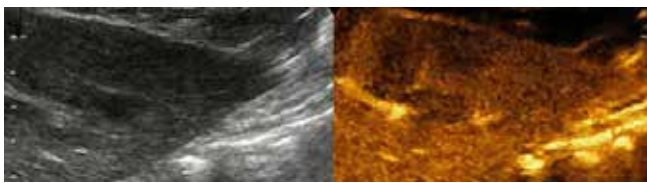
Fot. 17 i 18. Ogniskowy guzkowy przerost – po 4 min po podaniu kontrastu, nadal bez wypłukiwania kontrastu



Fot. 19 i 20. Zmiany złośliwe w wątrobie – początek kontrastowania, 10 s po podaniu kontrastu



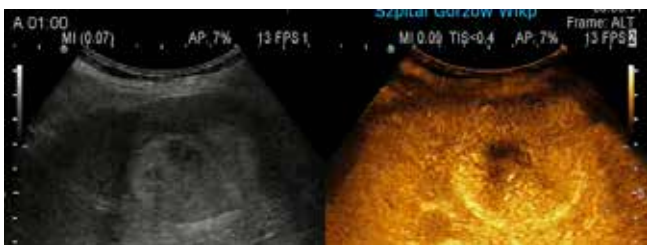
Fot. 21 i 22. Zmiany złośliwe w wątrobie – 17 s zmiana zakontrastowana



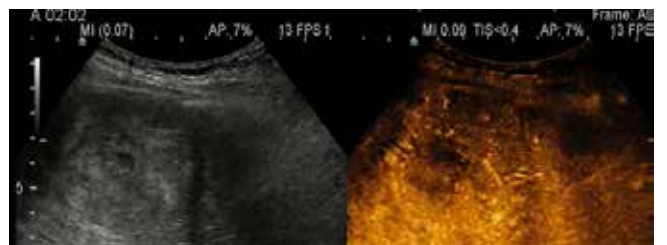
Fot. 23 i 24. Zmiany złośliwe w wątrobie – w 35 s kontrast został wypłukany



Fot. 25 i 26. Rak wątrobowokomórkowy – w 23 s cała zmiana zakontrastowana



Fot. 27 i 28. Rak wątrobowokomórkowy – 1 min po podaniu kontrastu kontrast wciąż dobrze widoczny



Fot. 29 i 30. Rak wątrobowokomórkowy – 2 min po podaniu kontrastu, zaczyna się opóźnione wypłukiwanie kontrastu, typowe dla HCC

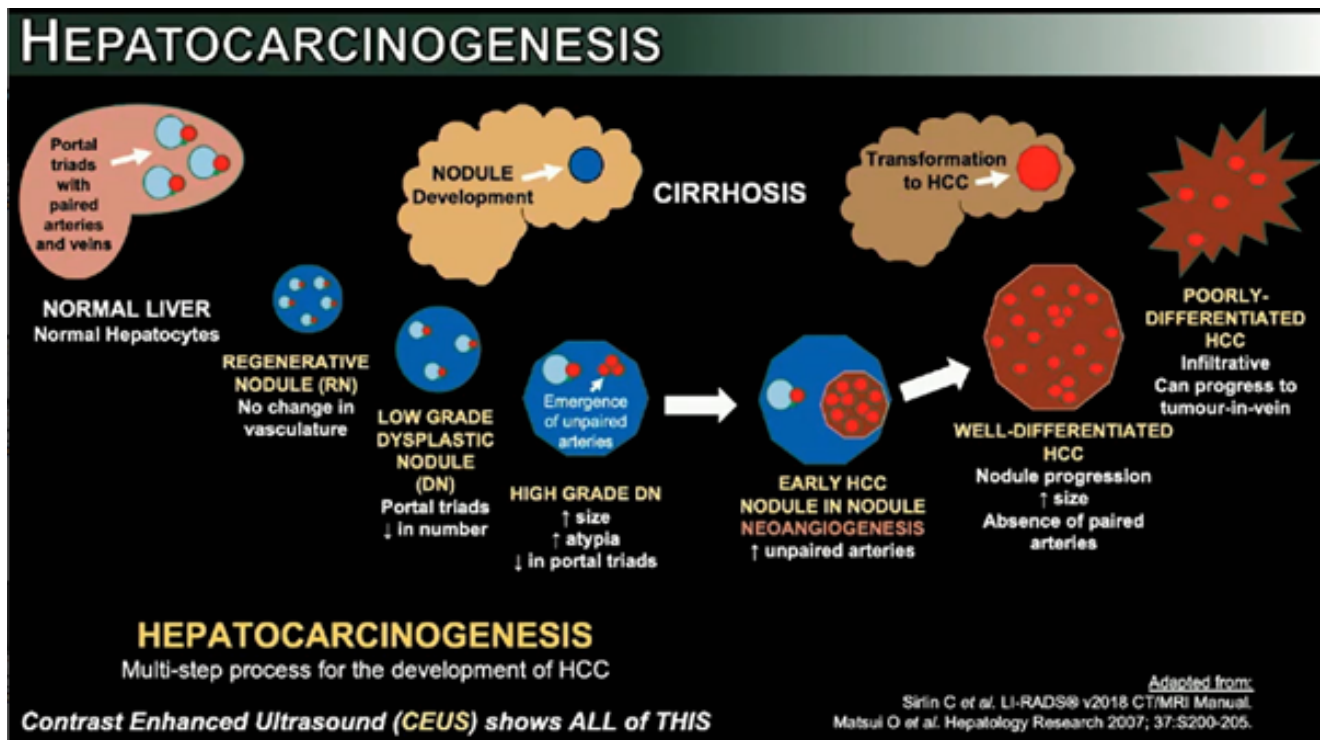
występują bardzo rzadko. Podczas 4 lat stosowania kontrastów nie zaobserwowaliśmy ani jednej negatywnej reakcji na kontrast.

Choroby wątroby

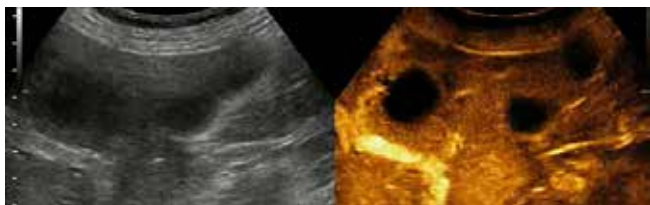
Analiza kontrastowania wątroby opiera się na znajomości unaczynienia narządu – najszybszy napływ masy z tętnicy wątrobowej, która dostarcza 20% krwi, następnie żyła wrotna (faza wrotna) dostarcza ok. 80% krwi do wątroby, a w kolejnym etapie jest odpływ do żył wątrobowych.

CEUS daje możliwość jednoznacznego zidentyfikowania łagodnych zmian ogniskowych wątroby, często wątpliwych w innych badaniach obrazowych (KT, MR).

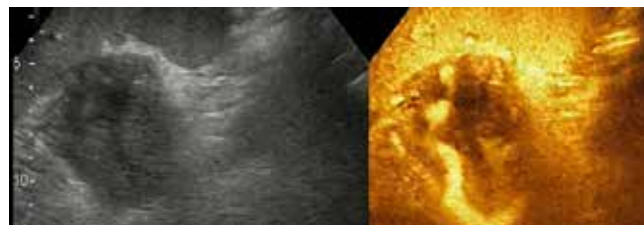
Naczyniaki wątroby (fot. 1-10) w badaniu kontrastowym USG wykazują powolne kontrastowanie od obwodowych części z dopełnianiem powolnym w kierunku centrum zmiany (centripetal) oraz nie wykazują wypłukiwania kontrastu. Kontrast pozostaje w zmianie długo. Pozostaje dłużej hiperintensywny w stosunku do miększu wątroby.



Fot. 31. Rak wątrobowokomórkowy – etapy kancerogenezy w raku wątrobowokomórkowym (HCC)



Fot. 32 i 33. Ropnie wątroby



Fot. 34 i 35. Gruczolakorak ogona trzustki – słabe nieregularne wzmocnienie kontrastem

Ogniskowy guzkowy przerost (FNH) to kolejna łagodna zmiana sprawiąca problemy diagnostyczne, a dająca się zidentyfikować dzięki CEUS (fot. 11 – 18). W tym przypadku mamy naczynie zaopatrujące, które rozprowadza unaczynienie i tym samym kontrast od centrum zmiany do obwodu z bardzo szybkim kontrastowaniem zmiany przez charakterystyczne szprychowate naczynia i podobnie jak w naczyniaku, jako zmiana łagodna, nie wykazuje wypłukiwania kontrastu.

CEUS idealnie sprawdza się również przy diagnozowaniu ogniskowych zaburzeń dystrybucji tłuszczu w wątrobie. Po podaniu kontrastu obszary te kontrastują się identycznie jak pozostały mięsz wątroby, co pozawala wykluczyć poważniejszy problem w ciągu 5 – 6 minut obserwacji w CEUS.

Gruczolaki wątroby są łagodnymi guzami, osiagającymi często duże rozmiary, zwykle rozwijają się na podłożu długotrwałej antykoncepcji lub mogą być genetycznie uwarunkowane. Identyfikacja gruczolaków ma duże znaczenie, gdyż należy unikać ich biopowania ze względu na duże ryzyko krwawienia. Dodatkowo, istnieje ryzyko transformacji w raka wątrobowokomórkowego.

Charakterystyczną cechą gruczolaków w CEUS jest szybkie kontrastowanie od obwodu do centrum z brakiem wypłukiwania kontrastu.

Zmiany złośliwe w wątrobie

Kluczową cechą zmian złośliwych w wątrobie (fot. 19 – 24) jest fakt, iż są one zaopatrywane wyłącznie przez gałęzie tętnicy

wątrobowej, a nie otrzymują krwi żyły wrotnej, która jest głównym źródłem zaopatrzenia zdrowej wątroby. Z tego faktu wynika przebieg kontrastowania zmiany złośliwej. Kontrastuje się ona bardzo szybko. Jest intensywnie unaczyniona z tętnicy i kontrast szybko ulega wypłukaniu, zwykle w ciągu kilkudziesięciu sekund, ale przed upływem 1 minuty, podczas gdy okoliczny mięsz wątroby jeszcze ulega kontrastowaniu w fazie wrotnej.

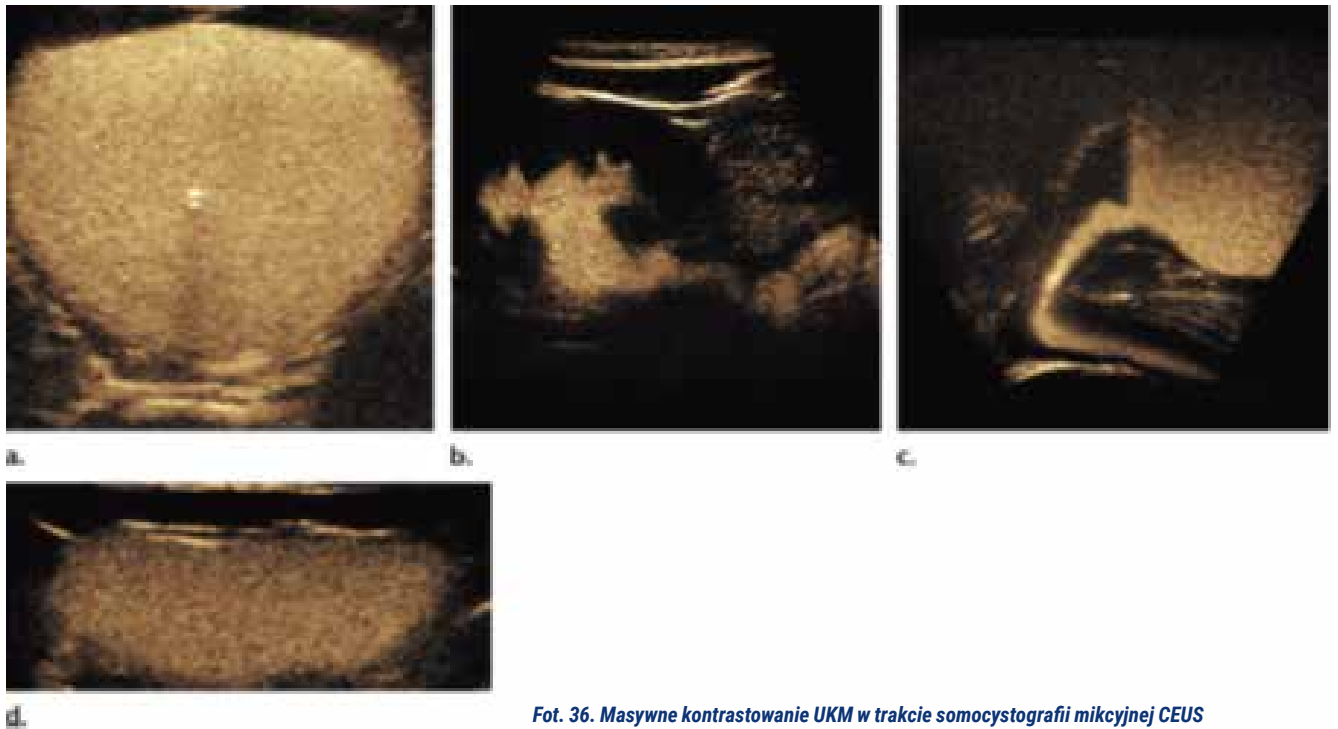
Rak wątrobowokomórkowy (HCC) wykazuje w CEUS (fot. 25 – 31) typowe opóźnione wypłukiwanie. Wash out jest opóźniony, tzn. następuje później niż po 60 sekundach.

Wątrobowe wskazania do zastosowania ultrasonografii kontrastowej są ugruntowane od lat. Także w różnicowaniu zmian litych i torbielowatych, rozpoznawaniu ropni wątroby, w wykonywaniu drenaży ropni wątroby (fot. 32). Przy wykonywaniu biopsji poprawia skuteczność, gdy dzięki wskazaniu nieunaczynionych obszarów martwicy możemy skupić się na żywej tkance guza, aby otrzymać miarodajny materiał.

Choroby pęcherzyka żółciowego

CEUS ułatwia różnicowanie stanów zapalnych, miękkich złożeń i unaczynionych polipów oraz zmian nowotworowych, które ulegają kontrastowaniu.

Autoimmunologiczne zapalenie trzustki charakteryzuje się intensywnym, czasami nieregularnym, wzmocnieniem narządu.



Fot. 36. Masywne kontrastowanie UKM w trakcie somocystografii mikcyjnej CEUS



Fot. 37. Martwica kory nerki przeszczepionej (brak kontrastowania)

W ostrym zapaleniu trzustki możemy obserwować niekontrastujące się obszary martwicy i monitorować proces gojenia, tworzenia ropni oraz zbiorników płynowych.

W przewlekłym zapaleniu trzustki wzmocnienie kontrastowe jest niejednorodne, a CEUS okazuje się przydatny w różnicowaniu guzów zapalnych i nowotworowych.

W rakach gruczołowych trzustki obserwujemy nieregularne wzmocnienie kontrastowe z szybkim wypłukiwaniem kontrastu.

Nerki i układ moczowy

Sonocystografia mikcyjna w diagnostyce refluksu pęcherzowo-moczowodowego z użyciem środków kontrastowych ma długą historię. Nie może jednak przebić się u nas do codziennej praktyki. Mimo to jej zalety nad rentgenowską cystourethrografią mikcyjną są bezsporne. Przecież badanie ultrasonograficzne może być wykonane nawet u mamy na rękach, bez promieniowania, bez przewożenia do odrębnej obcej pracowni z zimnym stołem. Samo badanie ma charakter dynamicznej obserwacji, nie jest ograniczone do skalkulowanych



Fot. 38. Brak „fizjologicznego” refluksu do moczowodu nerki przeszczepionej

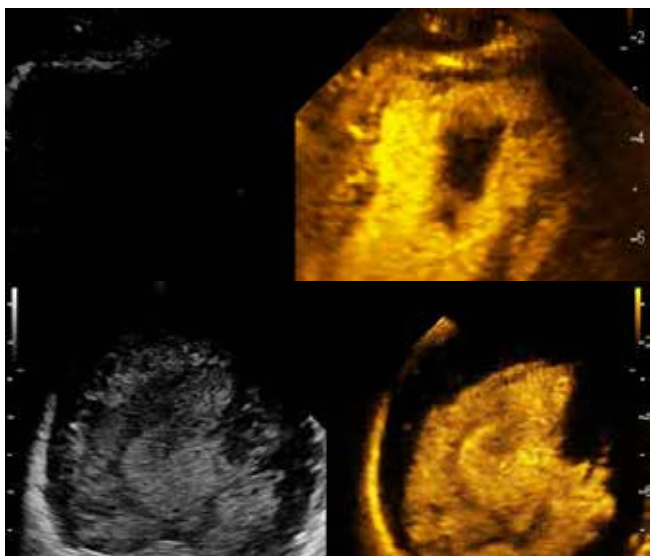
w czasie zdjęć. Powtarzanie badań nie naraża małego pacjenta na promieniowanie; w razie potrzeby może być wykonane przy łóżeczku dziecka.

Do wykonania badania podajemy dopęcherzowo 2 krople kontrastu na 500 ml soli fizjologicznej i obserwujemy napływ do pęcherza, następnie ewentualne cofanie kontrastu do moczowodów.

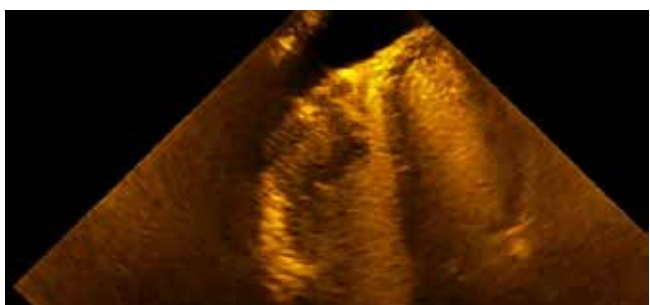
U dorosłych CEUS pozwala na różnicowanie w pęcherzu mas nowotworowych i skrzepów oraz jest pomocny w ocenie rozległości zmian rozrostowych. Nerka jest szczególnym narządem dla ultrasonografii kontrastowej, głównie dlatego, że kontrast ten nie szkodzi nerce. Nie ma żadnych ograniczeń wykonywania badań w przypadkach niewydolności nerek.

CEUS pozwala na: ocenę unaczynienia nerki, diagnostykę obszarów niedokrwienia, zawałów nerki, pozwala różnicować warianty anatomiczne (pseudoguzy), ropnie nerki; jest wartościowy w ocenie złożonych torbieli nerki.

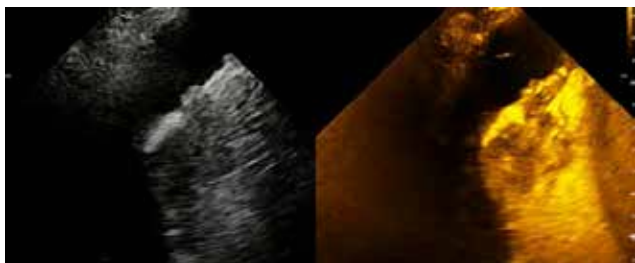
Szczególna rola przypada ultrasonografii kontrastowej w monitorowaniu nerki przeszczepionej oraz w diagnostyce martwicy kory



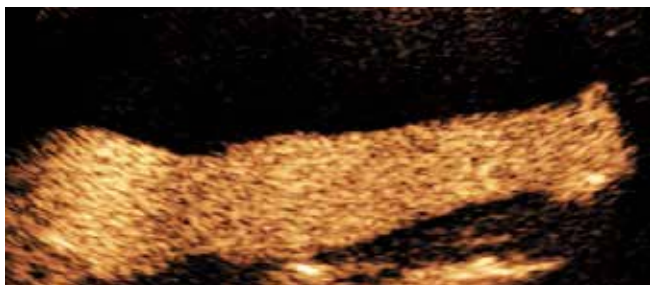
Fot. 39-42. Skrzeplina w lewej komorze



Fot. 49 i 50. Guz ulega kontrastowaniu



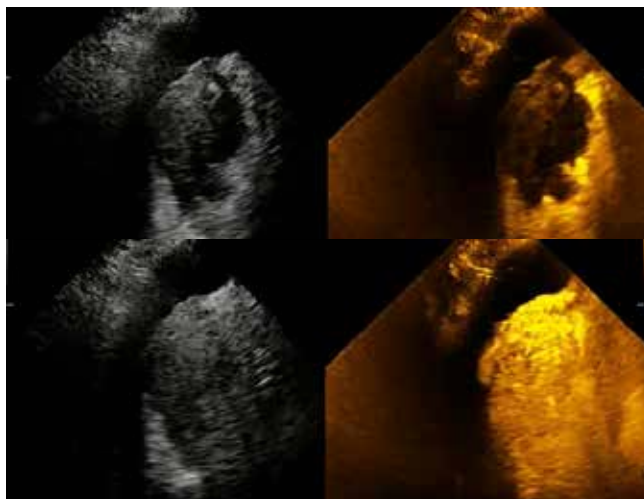
Fot. 51 i 52. Wypłukanie kontrastu po około 40 s



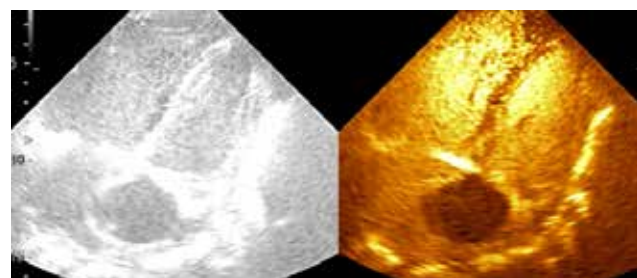
Fot. 55. Przedoperacyjna ocena tętniaka – rozległa skrzeplina i kanał przepływu w tętniaku



Fot. 43 i 44. Powikłania zatorowe na obwodzie – zawał śledziony



Fot. 45 – 48. Guz wolnej ściany prawej komory serca



Fot. 53 i 54. Obecność guza w prawej komorze sprzyja wykrzepianiu i powoduje zatorowość płucną. Podobnie jak guz prawego przedsionka też sprzyja zatorowości



Fot. 56 i 57. Po zabiegu widoczny przeciek typu 2 i stentgraft w tętniaku.

nerki (brak kontrastowania kory), zaburzeń unaczynienia i odpływu moczu.

Echokardiografia

Zastosowanie kontrastu w echokardiografii, choć znane od lat, w Polsce rzadko jest wykorzystywane. Dokładna ocena wsierdza, a dzięki temu dobra ocena kurczliwości i frakcji wyrzutowej, to podstawowe zastosowanie CEUS w ocenie serca, choć wykryć możemy także wiele innych problemów występujących w sercu.

Ocena naczyń z pomocą ultrasonografii kontrastowej

CEUS wspomaga lekarzy w poszukiwaniu przecieków po zabiegach na tętniakach i w ocenie kontrolnej w okresie pozabiegowym. Pomaga też zaplanować zabiegi u chorych z przeciwwskazaniami do podania kontrastu RTG.

Położnictwo i ginekologia

Kontrast aktualnie dostępny (preparat SonoVue) jest wybiórczo naczyniowym kontrastem. Nie pokonuje on błon półprzepuszczalnych, nie przechodzi przez łożyska, niemniej jednak nie jest jeszcze dopuszczony do diagnostyki u kobiet ciężarnych i karmiących, choć

prezentowane doniesienia naukowe prezentują jego przydatność oraz brak efektów ubocznych.

W ginekologii potwierdzoną wartością ma HSG ultrasonograficzne, wykonywane z podaniem miejscowym kontrastu. Ponadto CEUS może być pomocny także w różnicowaniu litych i płynowych jajników.

Podsumowanie

Z przedstawionych przykładów zastosowania ultrasonografii kontrastowej prawie

wszystkie pochodzą z praktyki codziennej – stosowania CEUS na Oddziale Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego, Endokrynologii i Gastroenterologii w Gorzowie Wlkp.

Uzupełnianie badań USG podaniem kontrastu, upraszcza i przyspiesza diagnostykę chorych zarówno ze zmianami w wątrobie, jak i w przypadkach innych patologii. Coraz częściej wykonujemy te badania dla innych oddziałów, a także dla pacjentów kierowanych do nas z odległych miejsc w kraju.

LEK. MED. ROMAN KOŁODZIEJCZAK

Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego, Endokrynologii, Gastroenterologii. Absolwent Pomorskiej Akademii Medycznej. Od 1988 r. pracuje na Oddziale Chorób Wewnętrznych Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim. W 1991 r. uzyskał pierwszy stopień, a w 1994 drugi stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. Przez wiele lat zajmował się diagnostyką endoskopową, następnie ultrasonografią w pełnym zakresie jej możliwości. Rozpoczął wprowadzanie badań dopplerowskich, biopsji narządowych oraz prowadził systematyczne, praktyczne szkolenie lekarzy w tym zakresie. W ostatnim okresie wdrożył do codziennej praktyki ultrasonografię kontrastową i zorganizował pierwszą w Polsce dedykowaną temu tematowi konferencję z praktyczną nauką tej metody.

Kontakt do autora: romankol1962@gmail.com

KONFERENCJA ULTRASONOGRAFII KONTRASTOWEJ

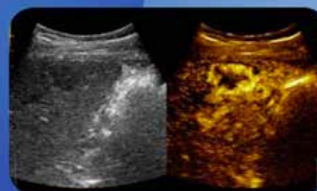
W dniach 22–24.04.2022 przeprowadziliśmy Konferencję Ultrasonografii Kontrastowej z warsztatami. Wzięło w niej udział ok. 70 osób z całej Polski. Była prowadzona transmisja online.

Po raz drugi zaprosiliśmy do Gorzowa Wlkp. lekarzy zainteresowanych ultrasonografią kontrastową. Skorzystaliśmy z uprzejmości doświadczonych wykładowców z całej Polski i z Niemiec. Pozytywna ocena konferencji i warsztatów napawa optymizmem, że ultrasonografia kontrastowa znajdzie właściwe miejsce w panelu diagnostycznym w Polsce, podobnie jak w innych krajach.

Dostęp do nagrań z konferencji będzie wkrótce umożliwiony na stronie internetowej szpitala, na stronie ceuspolska.pl oraz na stronie Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND COURSE

AND WORKSHOP
22-24 April 2022



**Voivodeship Hospital
Gorzów Wielkopolski**
ul. Dekerta 1
Poland

ceuspolska.pl

Krioablacja w leczeniu gruczołu piersiowego

MAŁOINWAZYJNA KRIOABLACJA GUZÓW BYŁA JEDNYM Z GŁÓWNYCH TEMATÓW EUROPEJSKIEGO KONGRESU ONKOLOGII INTERWENCYJNEJ W WIEDNIU. Metoda ta, wykorzystująca działanie ciekłego azotu, stosowana jest również w Polsce. W przypadku leczenia zmian nowotworowych piersi stanowi alternatywę do biopsji mammotonicznej oraz zabiegów chirurgicznych. Kiedy stanie się złotym standardem w onkologii interwencyjnej piersi?

autorka:
Monika
Mikołajczak



To rozwiązanie umożliwia uzyskanie dobrze oznaczonego obszaru martwicy wokół guza.

0°C

Granica obszaru wymrażania

-40°C/-20°C

Temperatura wewnętrzna

Fot. 1. System do krioablacji ProSense™ na bazie ciekłego azotu wykorzystuje ekstremalnie niskie temperatury do bezpiecznego, szybkiego i bezbolesnego niszczenia guzów w trakcie mało inwazyjnego zabiegu. Cykl zamrażania-rozmrażania-zamrażania natychmiast niszczy docelową chorą tkankę, pozostawiając przyległe zdrowe tkanki nieuszkodzone



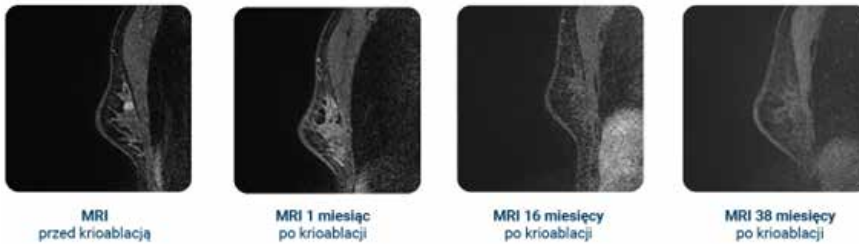
Fot. 2. Bezpieczna, szybka i skuteczna metoda usuwania gruczołakowłókniaków piersi

Podczas Europejskiego Kongresu Onkologii Interwencyjnej 2022 zaprezentowano obiecujące wyniki największego, wielo-środkowego badania klinicznego ICE3,

dotyczącego nieinwazyjnej krioablacji raka piersi. Niszczy ona komórki nowotworowe przez wystawianie ich na działanie temperatur poniżej zera. Okazuje się skuteczną alternatywą dla operacji nowotworów

piersi o cechach niskiego ryzyka, ale także złośliwych.

Ostatnie wyniki analizy pośredniej pokazały, że tylko 2,06% (4 ze 194 kwalifikujących się pacjentek biorących udział



Fot. 3. Studium przypadku: Krioablacja piersi

Pacjentka z nowotworem w stadium 1 w prawej piersi została poddana zabiegowi krioablacji systemem ProSense pod kontrolą USG. U pacjentki nie wykazano nawrotu nowotworu piersi przez cztery lata po zabiegu. Nie wystąpiły powikłania ani działania niepożądane, a pacjentka uzyskała dobre wyniki kosmetyczne



Fot. 4. Zbigniew Wróbel, specjalista-ginekolog w swojej klinice w Świdnicy przeprowadził pierwsze w Polsce zabiegi krioterapii ciekłym azotem gruczolakowłókniaków piersi

w badaniu) doświadczyło nawrotu raka. Natomiast prawdopodobieństwo braku nawrotu w populacji chorych na raka piersi niskiego ryzyka, we wczesnych stadiach i wielkości guza do 1,5 cm, przez okres do trzech lat, wynosi od 94,58% do 99,89%. Są to wyniki ponad 6-letniej obserwacji pacjentek.

Cytując słowa dr. Kennetha R. Tomkovicha, głównego badacza badania ICE3: „Włączenie tymczasowych wyników badania klinicznego ICE3 do programu naukowego ECIO 2022 jest ogromnym postępem w dziedzinie zdrowia kobiet, a dokładniej leczenia raka piersi. Stanowi też okazję dla onkologów interwencyjnych w Europie i na świecie, aby wykorzystać swoją wiedzę w zakresie ablacji

guza pod kontrolą obrazu i rozważyć teraz krioablację raka piersi jako leczenie, gdy procedura ta zyskuje coraz szerszą akceptację jako realna, niechirurgiczna opcja dla niektórych pacjentek”.

Co to jest krioablacja?

Krioablacja od dziesięcioleci jest znaną metodą niszczenia łagodnych i złośliwych zmian w nerkach, prostatce, wątrobie, płucach, kościach i innych narządach. Jest stosowana także w leczeniu paliatywnym (uśmierza ból, jaki wywołują przerzuty nowotworów do kości) oraz w ginekologii. Krioablację ciekłym azotem z powodzeniem wykorzystuje się w leczeniu łagodnych nowotworów piersi – przede wszystkim

Krioablacja ProSense™ jest z powodzeniem stosowana w leczeniu gruczolakowłókniaków od 2012 roku. Od 2014 roku jest testowana w ramach największego kontrolowanego, wielośrodkowego badania klinicznego ICE3. Okazuje się skuteczną alternatywą dla operacji nowotworów piersi o cechach niskiego ryzyka, ale także złośliwych

gruczolakowłóknia (fibroadenomy), który występuje aż u 10% kobiet.

Krioablacja piersi to prosty i szybki, minimalnie inwazyjny oraz bezpieczny zabieg wykonywany w warunkach ambulatoryjnych. Jest doskonałą alternatywą do biopsji mammotomicznej. Lekarze onkolodzy uważają, że zabiegi usunięcia gruczolakowłóknia z użyciem biopsji mammotomicznej można wykonywać do 2 cm średnicy zmiany, powyżej rekomendują krioablację, która jest znacznie bezpieczniejszą metodą. Ponadto daje ona kosmetycznie lepsze rezultaty w porównaniu do zabiegów chirurgicznych. Zabiegi krioablacji trwają zwykle mniej niż godzinę, a pacjentki mogą szybko powrócić do normalnej aktywności.

– Krioterapia oferuje małoinwazyjną metodę leczenia z optymalnym efektem kosmetycznym. Wykorzystanie ciekłego azotu do zamrażania zmian nowotworowych umożliwia pacjentkom z gruczolakowłókniami poddanie się zabiegowi krioablacji w gabinecie, co jest skuteczne, bezbolesne i szybsze niż inne procedury – mówi Zbigniew Wróbel, specjalista-ginekolog, który w swojej klinice jako pierwszy w Polsce zastosował krioterapię systemem ProSense na bazie ciekłego azotu. W jednym dniu zabiegowi usunięcia gruczolakowłóknia poddały się cztery pacjentki w wieku: 30, 32, 38 i 49 lat.

– W przypadku tradycyjnego – chirurgicznego leczenia licznych gruczolakowłóknia, pacjentki wymagałyby



Krioablacja ProSense jest zabiegiem małoinwazyjnym, przeprowadzonym przezskórnie, w znieczuleniu miejscowym i pod kontrolą badań obrazowych: tomografu lub USG.

– Jedną z najważniejszych korzyści wynikających ze stosowania krioablacji w porównaniu ze starszymi metodami ablacji jest to, że zabieg ten jest całkowicie bezbolesny. Pacjent nie odczuwa żadnego bólu ani podczas zabiegu, ani po nim. Inną ważną przewagą tej metody jest możliwość dokładnego sprawdzenia obszaru ablacji i jego ukształtowanie oraz struktury zmian, ponieważ kulę lodową można łatwo zobaczyć za pomocą ultrasonografii lub tomografii komputerowej. Oznacza to, że krioablacja systemem ProSense jest bezpieczna – nie ma ryzyka uszkodzenia tkanek znajdujących się w pobliżu guza, ponieważ bardzo dokładnie widzimy, gdzie znajduje się granica kuli lodowej. Reasumując, dla pacjentów efekty zastosowania krioablacji są bardzo korzystne, natomiast dla lekarza zabieg jest łatwy do przeprowadzenia – mówi profesor Franco Orsi z European Institute of Oncology z Mediolanu, drugiego największego instytutu onkologicznego w UE.

wielu operacji wycięcia, po których zostają blizny czy zniekształcone piersi. Natomiast po krioablacji nie ma ubytków, krwinków, blizn, deformacji, utraty objętości czy zmian kształtu piersi – informuje Zbigniew Wróbel. – Każdy zabieg poprzedza wykonanie biopsji gruboigłowej oraz rozpoznanie histopatologiczne. Dopiero wówczas można przystąpić do przeprowadzenia krioablacji, która polega na zamrożeniu i obkurczeniu wybranych, zmienionych chorobowo tkanek, rozmrożeniu i ich ponownemu zamrożeniu, w celu

uzyskania obszarów martwicy. Martwe tkanki są wchłaniane przez organizm. W trakcie 6 miesięcy od zabiegu guz ulega nekrozie. Po 38 miesiącach w obrazie badania rezonansu magnetycznego piersi nie ma po nim śladu, co jest istotne w dalszej diagnostyce, profilaktyce i screeningu gruczołu piersiowego. Ważne jest również to, że nie zostaje zniszczona struktura białka. Przy tej metodzie stawiamy na odpowiedź immunologiczną organizmu. Tym samym krioablacja to przyszłościowa immunoterapia – dodaje.

Metoda ProSense™

Metoda ProSense jest dostępna w Polsce. Samo urządzenie jest bardzo kompaktowe i łatwe w obsłudze – dla doświadczonego lekarza wykonującego biopsję, krioablacja będzie bardzo prosta do przeprowadzenia. – Wszystkie nasze pacjentki są z niej bardzo zadowolone. Natychmiast po zabiegu mogły wrócić do domu i nie doświadczyły żadnych komplikacji. Z czasem zniszczony gruczolakowłókniak zostanie całkowicie zastąpiony przez naturalną, zdrową tkankę włóknistą – przekonuje Zbigniew Wróbel.

Krioablacja to metoda nowatorska i jak każda nowa rzecz, szczególnie na rynku medycznym, będzie miała zarówno przeciwników, jak i zwolenników.

– Uważam, że niedługo będziemy wykorzystywać krioablację w leczeniu wszystkich nowotworów gruczołu piersiowego. Jeżeli będzie można ją również stosować przy węzłach chłonnych – to jest to metoda przyszłościowa, stanowiąca alternatywę zarówno dla lekarzy, jak i przede wszystkim dla pacjentów – podsumowuje Zbigniew Wróbel.

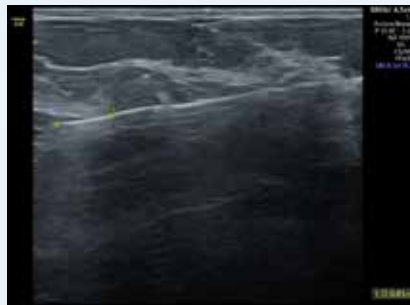
ProSense ma certyfikację FDA i CE. Został opracowany przez firmę IceCure Medical Ltd. z Izraela i jest stosowany na całym świecie. W Polsce autoryzowanym dystrybutorem tej technologii jest Mobile SCANMED Systems z Wrocławia.

– Cieszymy się, że od kilku miesięcy krioablacja z użyciem ProSense jest dostępna w Polsce – mówi Marcin Weksler, Prezes Zarządu Mobile SCANMED Systems, który reprezentuje IceCure w Polsce. – Naszym celem jest udostępnienie pacjentom oraz lekarzom najlepszych metod diagnostyczno-interwencyjnych w onkologii. Obecnie, jak z każdą nową na rynku technologią medyczną, lekarze potrzebują czasu, aby zapoznać się z bogatą dokumentacją i literaturą na temat krioablacji. Ważne jest, aby wiedzieli, że dla ich pacjentek jest alternatywa oraz nowa możliwość, która przynosi jeszcze lepszą jakość ich usług.

U PACJENTKI W WIEKU 38 LAT ZASTOSOWANO MROŻENIE ELIPSĄ



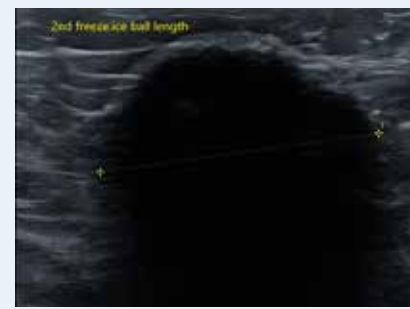
Fot. 5. Wymiary gruczolakowłóknaka



Fot. 6. Wprowadzenie igły w gruczolakowłóknaka pod kontrola USG



Fot. 7. Obraz USG po pierwszym mrożeniu gruczolakowłóknaka



Fot. 8. Obraz USG po drugim mrożeniu gruczolakowłóknaka

XXVI KONFERENCJA NAUKOWA

Postępy w Ginekologii Onkologicznej

9 września 2022 r. | Hotel Mercure Kasprowy | Zakopane

W KONFERENCJI UDZIAŁ WEZMĄ:

Dr hab. n. med. Paweł Basta
Prof. dr hab. n. med. Wiesława Bednarek
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Byrski
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Cendrowski
Dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, Prof. PUM
Dr hab. n. med. Wojciech Cnota
Dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski
Prof. dr hab. n. med. Ryszard W. Gryglewski
Dr. hab. n. med. Magdalena Grzybowska
Prof. dr hab. n. med. Robert Jach
Prof. dr hab. n. med. Witold Kędzia
Dr. hab. n. med. Tomasz Kluz, Prof. UR
Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs
Prof. dr hab. n. med. Jan Kotarski
Prof. dr hab. n. med. Janina Markowska
Prof. dr hab. n. med. Janusz Menkiszak

Prof. dr hab. n. med. Ewa Nowak-Markwitz
Dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski
Prof. dr hab. n. med. Anita Olejek
Prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski
Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Panek
Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raba
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Roszak
Prof. dr hab. n. med. Stefan Sajdak
Prof. dr hab. n. med. Dariusz Samulak
Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki
Prof. dr hab. n. med. Marek Spaczyński
Prof. dr hab. n. med. Jacek Suzin
Prof. dr hab. n. med. Jacek Sznurkowski
Prof. dr hab. n. med. Łukasz Wicherek
Prof. dr hab. n. med. Jacek Wilczyński
Dr hab. n. med. Hubert Wolski, Prof. PPUZ
Prof. dr hab. n. med. Dariusz Wydra



BACHLEDA
KONGRESY EVENTY

ZAPRASZAMY DO REJESTRACJI
www.onkogin2022.pl

Bachleda Kongresy Eventy Sp. z o. o.

ul. Krupówki 29 | 34-500 Zakopane

www.bachledakongresy.pl, e: biuro@grupabachleda.pl, t: +48 882 830 792

Wpływ pandemii COVID-19 na wzrost lęku u ciężarnych

W CZERWCU 2021 ROKU NA ŁAMACH INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH ZOSTAŁ OPUBLIKOWANY ARTYKUŁ POLSKICH AUTORÓW: URSZULI NOWACKIEJ, SZYMONA KOZŁOWSKIEGO, MARCINA JANUSZEWSKIEGO, JANUSZA SIERDZIŃSKIEGO, ARTURA JAKIMIUKA I TADEUSZA ISSATA ZATYTUŁOWANY „COVID-19 PANDEMIC-RELATED ANXIETY IN PREGNANT WOMEN” (1). Dokonano w nim próby oceny lęku towarzyszącego kobietom ciężarnym w trakcie pandemii COVID-19, a następnie porównano jego natężenie u kobiet zakażonych i zakażonych SARS-CoV-2.

Kobiety ciężarne są szczególnie narażone na występowanie zaburzeń lękowych, które mogą skutkować depresją, stanem przedrzucawkowym, nudnościami i wymiotami, a także poronieniami i porodami przedwczesnymi, niską masą urodzeniową noworodków i niższą punktacją w skali Apgar. Badanie wykonano w dwóch ośrodkach III referencji położniczej, w tym jednym przeznaczonym do walki z COVID-19. Ankieta podzielona była na 3 części i dotyczyła danych demograficznych, danych dotyczących wpływu pandemii na życie ciężarnej i oceny lęku za pomocą skali GAD-7.

Analizę przeprowadzono na grupie 439 kobiet, z czego 21% kobiet było zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

Zaburzenia lękowe o różnym nasileniu stwierdzono u 38% respondentek, częściej występowały u kobiet zakażonych (48% vs. 35%). Głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych były: lęk i depresja w wywiadzie, izolacja społeczna spowodowana pandemią, a także nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych.

W badaniu tym kobiety ciężarne deklarowały, iż najbardziej obawiają się o zdrowie swojego nienarodzonego dziecka (66%), a także ograniczenia możliwości odwiedzin (46%), asysty osoby bliskiej podczas porodu (40%) i ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (40%).

Wydaje się więc, że pandemia COVID-19 spowodowała znaczne nasilenie zaburzeń lękowych u kobiet ciężarnych z potencjalnie wszystkimi jej możliwymi konsekwencjami.

Badanie to otwiera dyskusję dotyczącą potrzeby screeningu w kierunku zaburzeń lękowych u kobiet ciężarnych, szczególnie w obliczu zdarzeń nasilających lęk, takich jak: konflikt zbrojny na terytorium Ukrainy lub utrudniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki prenatalnej, a także identyfikuje potencjalne grupy wysokiego ryzyka.

Naświetla ponadto potrzebę udzielania przez personel medyczny rzetelnej i fachowej informacji na tematy dotyczące pandemii COVID-19, szczególnie w aspekcie ryzyka położniczego związanego z zakażeniem oraz metod i bezpieczeństwa profilaktyki zakażenia.

autor:
Marcin Januszewski



**DR N. MED.
MARCIN
JANUSZEWSKI**

Specjalista Położnictwa i Ginekologii. Starszy asystent – lekarz w Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej CSK MSWiA w Warszawie.



PIŚMIENNICTWO:

1. Nowacka U, Kozłowski S, Januszewski M, Sierdziński J, Jakimiuk A, Issat T. COVID-19 Pandemic-Related Anxiety in Pregnant Women. Int J Environ Res Public Health. 2021;18 (14): 7221. Published 2021 Jul 6. doi: 10.3390/ijerph18147221

Aspargin[®]

Magnesii hydroaspartas + Kalii hydroaspartas

WYSOKI POZIOM PRZYSWAJANIA MAGNEZU I POTASU

90%

pryswajalności soli potasowej kwasu asparaginowego^{1,2}

47%

pryswajalności soli magnezowej kwasu asparaginowego³

UZUPEŁNIA NIEDOBORY MAGNEZU I POTASU



POLECAJ LEK ASPARGIN Kobietom w ciąży i karmiącym piersią⁴

1. Institute of Medicine. DRI, Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate. Panel on dietary reference intakes for electrolytes and water. Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Washington, 2004.

2. Stone M.S., Martyn L., Weaver C.M. Potassium intake, bioavailability, hypertension, and glucose control. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963920/Nutrients>. 2016;8(7):444.

3. EFSA 2008: European Food Safety Authority [EFSA]. Scientific Opinion: Magnesium aspartate, potassium aspartate, magnesium potassium aspartate, calcium aspartate, zinc aspartate and copper aspartate as sources for magnesium, potassium, calcium, zinc and copper added for nutritional purposes to food supplements. The EFSA Journal. 2008; 883:1-23. <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2008.883> [dostęp: 14.04.2022].

4. Zgodnie z punktem 4.6 CHPL.

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

 **FILOFARM**

OTC/A/NGG/VII/2022

Najniższe wynagrodzenie medyków – mocno w górę

SEJM PRZYJĄŁ USTAWĘ ZMIENIAJĄCĄ PRZEPISY, DOTYCZĄCĄ SPOSOBU USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO NIEKTÓRYCH PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH.

Zmianie uległy współczynniki pracy, które są wykorzystywane przy wyliczaniu najniższego wynagrodzenia. Oznaczać to będzie podwyżki od 1 lipca 2022 r. dla pracowników, które będą wynosić od 17% do 41%, z czego średnio wynagrodzenia zasadnicze wzrosnie o 30%.

Dodatkowo wejdzie obowiązek aktualizacji umów o pracę, co może być źródłem dodatkowych sporów z pracownikami. Przy okazji wprowadzenia tych zmian warto wyjaśnić wszelkie wątpliwości, które narosły wokół tych przepisów.

Porządkowanie

Na wstępie należałoby przypomnieć, że omawiane przepisy odnoszą się do pracowników, czyli osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Tym samym przepisy te nie będą stosowane do wszystkich innych form zatrudnienia. Dlatego też umowy cywilnoprawne czy też praca na kontrakcie nie będą tą ustawą regulowane.

Dругim istotnym ograniczeniem jest zastosowanie tych przepisów wyłącznie do osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Tym samym przepisy nie obejmują pracowników zatrudnionych u lekarzy wykonujących działalność leczniczą w ramach indywidualnych praktyk lekarskich (zarejestrowanych w izbach lekarskich). Jednocześnie przepisy nie będą stosowane do stażystów i rezydentów, których wynagrodzenie ustala się w sposób odrębny.

autor:

Tomasz Popielski

Przede wszystkim więc przedsiębiorcy (zarejestrowani u wojewody) będą musieli spełnić wymagania wynikające z ustawy, a także SP ZOZ-y oraz jednostki budżetowe. Powyższe ograniczenia są dość istotne, gdyż wyłączają znaczną grupę osób spod rządów tej ustawy. Przyczyny pominięcia w ustawie praktyk zawodowych nie zostały wskazane. Tym bardziej słuszne wydają się głosy, że regulacja wynagrodzeń w części podmiotów prywatnych nie tylko nie bierze pod uwagę źródeł finansowania wzrostu wynagrodzeń, ale również może stanowić utrudnienie w konkurencji pomiędzy różnymi rodzajami placówek medycznych.

Im dalej, tym trudniej

Problemy związane ze stosowaniem tej ustawy wynikają również z faktu, że nawet jeżeli mamy do czynienia z podmiotem leczniczym, to przepisy te nie zawsze znajdą zastosowanie. Nie wszystkie bowiem osoby zatrudnione na umowę o pracę będą miały regulowane wynagrodzenie. Mogą liczyć na to jedynie osoby wykonujące zawody medyczne oraz pracownicy działalności podstawowej. Tu pojawia się jednak kolejny problem, polegający na trudności w ustaleniu, kim są pracownicy działalności podstawowej. Ustawa

Nowe przepisy dotyczą TYLKO osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Nie obejmują pracowników zatrudnionych u lekarzy wykonujących działalność leczniczą w ramach indywidualnych praktyk lekarskich



NOWA TABELA PŁAC W OCHRONIE ZDROWIA

Lp.	Zawód medyczny	Współczynnik wynagrodzenia	Wynagrodzenie po 1 lipca 2022 r.:
1.	Lekarz albo lekarz dentysta ze specjalizacją	1,45	8210,67 zł brutto
2.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w pkt. 1 wymagający wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim i specjalizacji, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,29	7304,66 zł brutto
3.	Lekarz albo lekarz dentysta bez specjalizacji	1,19	6738,41 zł brutto
4.	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,95	5379,40 zł brutto
5.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, technik elektroradiolog, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w pkt. 1–4 wymagający wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna wymagająca wyższego wykształcenia (studia I stopnia) i specjalizacji, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	1,02	5775,78 zł brutto
6.	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, technik elektroradiolog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w pkt. 1–5 wymagający wyższego wykształcenia na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej wymagający średniego wykształcenia albo pielęgniarka, albo położna wymagająca średniego wykształcenia, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,94	5322,78 zł brutto
7.	Technik elektroradiolog albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w pkt. 1–6 wymagający średniego wykształcenia oraz opiekun medyczny	0,86	4869,78 zł brutto
8.	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	1	5662,53 zł brutto
9.	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	0,78	4416,77 zł brutto
10	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	0,65	3680,64 zł brutto

- Pracownik rejestracji powinien być zakwalifikowany do grupy 9, chyba że pracodawca wymaga na tym stanowisku wykształcenia wyższego, wtedy grupa 8.
- Senat zaproponował poprawki do tej waloryzacji, polegające na podniesieniu wszystkich współczynników wynagrodzeń o 0,25. Jednak Sejm większością głosów (234 z czego 226 oddali posłowie PIS) odrzucił propozycje Senatu.

odsła do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach niebędących przedsiębiorcami. Nazwa tego rozporządzenia może być o tyle myląca, że pierwotnie rozporządzenie dotyczyło innych kwestii, a teraz zostało wykorzystane do ustalania wynagrodzeń, również u przedsiębiorców.

Rozporządzenie to zawiera wykaz 183 stanowisk, z czego 149 zalicza się do pracowników działalności podstawowej. Pracownikami działalności podstawowej nie będą m.in. księgowi, informatycy, radcowie prawni, BHP-owcy, magazynierzy, archiwiści oraz pracownicy gospodarczy. Te osoby nie mogą liczyć na bezpośrednią możliwość skorzystania ze stawek wskazanych w tej ustawie.

Jakkolwiek lista stanowisk jest naprawdę długa, to sama ustawa posługuje się jeszcze dodatkowym wytrychem. Pracownikami działalności podstawowej są nie tylko osoby wymienione w tym rozporządzeniu, ale również osoby zatrudnione na stanowiskach analogicznych. Użycie słowa „analogiczne” otwiera przestrzeń znacznej niepewności, związanej z kwalifikowaniem stanowiska pracy. Od decyzji, czy dane stanowisko jest analogiczne, zależy bowiem istotna

Tabela zawiera trzy kategorie stanowisk ogólnych, powiązanych z wymaganym wykształceniem. W przypadku stanowisk, na których wymagane jest wykształcenie wyższe, właściwym jest pozycja 6 i 8, w przypadku wykształcenia średniego jest to pozycja 9, a w przypadku wykształcenia niższego pozycja 10



FOT. P123 RF

kwestia wysokości najniższego wynagrodzenia. By rozstrzygnąć ten dylemat warto posiłkować się klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy. Choć klasyfikacja ta została ustanowiona do zupełnie innych celów, to może być szczególnie pomocna w określeniu, czy obowiązki wykonywane na danym stanowisku pracy, pomimo innej nazwy, można zaliczyć do stanowiska podstawowego.

Warto bowiem podkreślić, że nie sama nazwa stanowiska, lecz zakres obowiązków jest najważniejszy. Problem doskonale widać na przykładzie stanowiska sekretarki i sekretarki medycznej. Obie zostały wskazane w rozporządzeniu, jednakże sekretarka medyczna jest pracownikiem podstawowym, a sekretarka nim nie jest. Jednak, jeżeli sekretarka będzie w rzeczywistości wykonywała obowiązki sekretarki medycznej, czyli będzie zajmowała się gromadzeniem i segregowaniem dokumentacji medycznej lub też będzie wypełniała obowiązki rejestratorki medycznej (także stanowisko podstawowe), to będzie to stanowisko analogiczne, a tym samym z koniecznością stosowania najniższego wynagrodzenia.

Dostęp do dokumentacji medycznej również może być kryterium pozwalającym na zaliczenie pracownika do grupy pracowników podstawowych. Jak wynika z ustawy o prawach pacjenta (art. 24 ust. 2 pkt. 2) do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej uprawnione są nie tylko osoby wykonujące zawód medyczny, ale również inne osoby wykonujące czynności pomocnicze. Te osoby mogą być utożsamiane z pracownikami działalności podstawowej. Jeśli więc pracownik ma dostęp do dokumentacji medycznej, to również powinien zostać objęty ustawą.

Co więcej, obecnie po stronie pracodawcy będzie istniał obowiązek wskazania w umowie o pracę, do której grupy zawodowej zaliczane jest stanowisko zajmowane przez pracownika. Będzie dotyczyło to wszystkich nowych umów, a w przypadku umów starych będzie trzeba dopełnić obowiązku wskazania tego stanowiska w ciągu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Jeżeli będzie to powodowało istotną zmianę warunków pracy i płacy, pracodawca będzie zobowiązany do dokonania wypowiedzenia zmieniającego. W razie

Przepisy o minimalnym wynagrodzeniu odnoszą się tylko do pracowników, czyli osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Tym samym przepisy te nie będą stosowane do wszystkich innych form zatrudnienia

odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych warunków pracy lub płacy, umowa o pracę rozwiązuje się z upływem okresu dokonanego wypowiedzenia. Jeżeli pracownik przed upływem połowy okresu wypowiedzenia nie złoży oświadczenia o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków, uważa się, że wyraził zgodę na te warunki; pismo pracodawcy wypowiadające warunki pracy lub płacy powinno zawierać pouczenie w tej sprawie.

Dokładne określenie w umowie o pracę grupy zawodowej może stanowić przyczynek do dyskusji z pracownikiem odnośnie prawidłowości zaszeregowania. Co prawda już wcześniej to zaszeregowanie powinno było nastąpić, ale wydaje się, że uwidocznienie go bezpośrednio na umowie o pracę, może być dla pracownika wyraźnym sygnałem do określenia, czy zostało to wykonane prawidłowo. Warto będzie do takich rozmów się przygotować.

Nie ma zastosowania, ale ma

Warto również zwrócić uwagę, że ustawa zobowiązuje, aby porozumienie z pracodawcą lub zarządzenie, odnoszące się do wysokości wynagrodzeń, uwzględniła również wszystkie inne osoby zatrudnione w podmiocie leczniczym, co do których bezpośrednio przepisy ustawy nie mają zastosowania. Dlatego nawet jeżeli pracownik nie wykonuje wprost pracy związanej z zawodem medycznym, to i tak jego wynagrodzenie powinno być brane pod uwagę, przy podejmowaniu decyzji płacowych. Co więcej, zgodnie z najnowszym projektem, wynagrodzenie to musi uwzględniać adekwatny średni wzrost wynagrodzeń w danym podmiocie w ustalonym czasie. Oznacza to, że w związku z waloryzacjami wynagrodzeń konieczna jest również adekwatna zmiana wynagrodzeń wszystkich pracowników. Nie zostało wskazane co oznacza zmiana adekwatna, ale można jedynie przypuszczać, że chodzi tu o zmianę zbliżoną do zmiany proporcjonalnej.

Ostatecznie należy wskazać, że w przypadku niektórych stanowisk mogą pojawić się wątpliwości, jaki współczynnik pracy należy zastosować. Tabela zawiera trzy kategorie stanowisk ogólnych, powiązanych z wymaganym wykształceniem. W przypadku stanowisk, na których wymagane jest wykształcenie wyższe, właściwym jest pozycja 6 i 8, w przypadku wykształcenia średniego jest to pozycja 9, a w przypadku wykształcenia niższego pozycja 10. Zaszeregowanie jest więc ściśle związane z wymaganiami na danym stanowisku, a nie faktycznym wykształceniem, jakie posiada pracownik. Dlatego też rejestratorka medyczna (zgodnie z rozporządzeniem) wymaga posiadania wykształcenia średniego, a tym samym będzie zaszeregowana do grupy 9. Podniesienie poziomu wykształcenia przez pracownika na danym stanowisku nie będzie skutkowało zmianą grupy zaszeregowania, chyba że porozumienie między pracodawcą a pracownikami stanowić będzie inaczej.

Kara może zboleć

Niewątpliwie treść ustawy, a przede wszystkim kwestia stanowisk analogicznych, wiąże się z dużą uznaniowością, co może prowadzić do błędnego zakwalifikowania poszczególnych stanowisk. Natomiast niewypełnienie obowiązków, wynikających z tej ustawy, może skutkować wieloma negatywnymi konsekwencjami, które

warto znać. W pierwszej kolejności wypłata wynagrodzenia w nieodpowiedniej wysokości może stanowić podstawę do natychmiastowego rozwiązania umowy o pracę przez pracownika w związku z ciężkim naruszeniem podstawowych obowiązków pracodawcy. Takiemu pracownikowi będzie przysługiwało nie tylko wyrównanie wynagrodzenia, ale również wynagrodzenie za okres wypowiedzenia, w którym pracownik nie będzie już pracował.

Dodatkowo wypłata wynagrodzenia w zaniżonej wysokości stanowi zgodnie z kodeksem pracy wykroczenie zagrożone karą od 1000 zł do 30 000 zł. W przypadku gdyby zachowanie pracodawcy było złośliwe lub uporczywe, to może już kwalifikować się pod stosowne przepisy kodeksu karnego, które przewidują grzywnę, ale również karę pozbawienia wolności do lat 3.

Zgodnie z przepisami samej ustawy podmiotem uprawnionym do kontroli jest Państwowa Inspekcja Pracy. Co ciekawe PIP jest również uprawniona do sprawdzania, czy pracodawca spełnia obowiązek weryfikacji ogółu systemu wynagradzania wszystkich pracowników, a nie tylko tych, których obejmują przepisy samej ustawy.

Jak widać asortyment zagrożeń jest znaczny, dlatego prowadząc podmiot leczniczy należy bardzo dokładnie określić, czy dane stanowisko nie wymaga stosowania najniższego wynagradzania.

Należy również pamiętać, że to nie nazwa stanowiska, ale faktycznie wykonywane czynności decydują o tym, czy ustawa znajdzie zastosowanie. Dlatego też należy zdecydowanie przestrzec przed jakimikolwiek próbami omijania przepisów ustawy. Może to bowiem skończyć się nie tylko koniecznością wyrównania wynagrodzenia, ale również dalej idącymi konsekwencjami.

Mało czasu

Nowa ustawa stawia sobie jednocześnie za cel wprowadzenie zmian wynagrodzeń od 1 lipca 2022 r., bez względu na dzień wejścia w życie ustawy. Rząd potwierdził również, że nie zamierza odchodzić od waloryzacji stawek w przyszłych latach. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że już teraz pojawiają się informacje dotyczące zmiany wysokości powszechnego minimalnego wynagrodzenia o pracę. Rząd ma ogłosić informację w tej sprawie w późniejszym terminie, ale już teraz wskazywane są kwoty od 3350 zł do 3500 zł, z dodatkową waloryzacją w połowie roku. Ta zmiana będzie odnosiła się do wszystkich pracowników nieobjętych przepisami omawianej ustawy, a więc również pracowników indywidualnych praktyk lekarskich. Warto zatem śledzić i te zmiany w przepisach, i przygotować się na kolejne nadchodzące podwyżki wynagrodzeń.



TOMASZ POPIELSKI

Prawnik, absolwent studiów podyplomowych Prawo Medyczne na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu. Zawodowo specjalizujący się w tematyce roszczeń odszkodowawczych. Główny obszar zainteresowań, to szkody powstałe na zdrowiu, również w trakcie prowadzonego leczenia. Autor artykułów z zakresu praw osób poszkodowanych.

Aspargin®

Aspargin®, 1 tabletkę zawiera: 17 mg jonów magnezu w postaci 250 mg magnezu wodorooasparagianu (Magnesii hydroaspartas) oraz 54 mg jonów potasu w postaci 250 mg potasu wodorooasparagianu (Kalii hydroaspartas). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: sacharoza 53 mg. **Wskazania do stosowania:** Uzupełnianie niedoboru magnezu i potasu: przy niemiarowościach i nadpobudliwości serca, zwłaszcza na tle niedoboru magnezu i potasu; profilaktycznie w chorobie niedokrwiennej serca, przy zagrożeniu zawałem; w rekonwalescencji pozawałowej; po przebytych chorobach zakaźnych lub zabiegach chirurgicznych, w przebiegu których doszło do utraty magnezu i potasu; jako lek przeciwdziałający niepożądanym skutkom długotrwałego stosowania glikozydów nasercowych i leków moczopędnych (np. tiazydów, furosemidu). Produkt leczniczy jest przeznaczony dla pacjentów w wieku powyżej 12 lat. **Dawkowanie:** Dorośli i dzieci w wieku powyżej 12 lat: doustnie, zwykle od 2 do 6 tabletek na dobę w 2 lub 3 dawkach podzielonych, po posiłku (co odpowiada od 34 mg do 102 mg Mg⁺⁺/dobę (1,4 mmol do 4,2 mmol) oraz od 108 mg do 324 mg K⁺/dobę (2,7 mmol do 8,3 mmol). Lek należy przyjmować po posiłku, popijając wodą. Uwaga: przyjmuje się, że całkowite dzienne zapotrzebowanie organizmu na magnez nie przekracza 5 mg/kg masy ciała, a przy zapobieganiu niedoborom potasu podaje się do 780 mg jonu na dobę. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na którykolwiek składnik produktu leczniczego (patrz pkt 6.1 ChPL Aspargin), hipermagnezemia, hiperkaliemia, ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny mniejszy od 30 ml/min), zakażenia dróg moczowych, zaburzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (blok), bradykardia, myasthenia gravis, znaczne niedociśnienie tętnicze krwi. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Nie podawać bez wiedzy lekarza w chorobach nowotworowych. Produktu leczniczego nie należy stosować w ostrym odwodnieniu, rozległym zniszczeniu tkanek (np. oparzenia dużych powierzchni ciała). Nie podawać z innymi preparatami zawierającymi potas. Przy długotrwałym stosowaniu, w razie ciężkiej biegunki oraz u pacjentów leczonych glikozydami nasercowymi należy kontrolować stężenie potasu i magnezu w surowicy, a w razie potrzeby także w erytrocytach. Ostrożnie stosować u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka. Pacjenci z rzadkimi dziedzicznymi zaburzeniami związanymi z nietolerancją fruktozy, zespołem złego wchłaniania glukozy i galaktozy lub niedoborem sacharazy-izomaltazy nie powinni przyjmować produktu leczniczego. **Działania niepożądane:** zaburzenia układu nerwowego: bezsenność (bardzo rzadko); zaburzenia nerek i dróg moczowych: hiperkaliemia (rzadko zwłaszcza u osób z zaburzeniami czynności nerek); zaburzenia żołądka i jelit: bóle brzucha (niezbyt często), nudności (niezbyt często), biegunka (niezbyt często), zaparcia (niezbyt często), wymioty, które zwykle ustępują samoistnie (niezbyt często); zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: zaczerwienienie skóry (rzadko); zaburzenia serca: zaburzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (rzadko); zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: osłabienie mięśniowe (rzadko). **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy FILOFARM®, ul. Pułaskiego 39, 85-619 Bydgoszcz. Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: R/2107. **OTC - lek wydawany bez recepty.**



Postępowanie przed sądem lekarskim cz. II

TEMAT POSTĘPOWANIA SPRAWDZAJĄCEGO I WYJAŚNIAJĄCEGO, KTÓRE PROWADZI RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ BUDZI WIELE EMOCJI, DLATEGO NALEŻY GO SZCZEGÓŁOWO PRZEDSTAWIĆ. W drugiej części tekstu, szczegółowo omawiającego ten temat, zajmiemy się zagadnieniami związanymi z zarzutami, z którymi mierzą się obwinieni lekarze oraz opiszemy, jak toczy się proces przed sądem lekarskim.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej rozpoczyna się, z reguły, na skutek wpłynięcia skargi pacjenta. Najpierw prowadzone są czynności sprawdzające. Polegają one na zwróceniu się do lekarza lub podmiotu leczniczego o przekazanie dokumentacji medycznej pacjenta. Rzadko się zdarza, aby na tym etapie rzecznik odpowiedzialności zawodowej prosił o ustosunkowanie się do skargi pacjenta. Niestety, ale treść skargi pozostaje znana wyłącznie rzecznikowi, który podczas prowadzenia czynności wstępnych nie ujawnia jej treści.

Następnie rzecznik sprawdza zarzuty pacjenta na podstawie dokumentacji medycznej. Na tym etapie rzecznicy mają dwie linie prowadzenia postępowania, które już wkracza na drogę postępowania wyjaśniającego.

Pierwszy sposób, to przesłuchanie pacjenta w charakterze pokrzywdzonego oraz lekarza w charakterze świadka. Drugi sposób, rzecznik, po przesłuchaniu wyłącznie pacjenta w charakterze pokrzywdzonego, zleca opinię biegłym, celem ustalenia, czy doszło do błędu medycznego oraz ustalenia, czy postępowanie lekarza było prawidłowe, a jeżeli było nieprawidłowe, to na czym polegały nieprawidłowości.

Decyzja rzecznika

Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich – o kierunku prowadzenia postępowania i wykonywaniu określonych czynności, decyduje wyłącznie rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

W ustawie o izbach lekarskich w art. 71 znajdujemy taki zapis „w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może przesłuchiwać lekarza w charakterze obwinionego, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia”. Takie jednak sytuacje występują wyjątkowo rzadko.

Jeżeli zebrany przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na popełnienie przewinienia zawodowego,

wówczas rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu zarzutów. Lekarzowi zarzuty przedstawia się osobiście lub doręcza się je na piśmie, informując go o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do złożenia wyjaśnień.

W praktyce lekarz może zostać wezwany do stawienia przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Co ciekawe, często zdarza się, że na wezwaniu napisane jest, iż wzywa się lekarza w sprawie lub celem przesłuchania w charakterze świadka.

Niestety, ale rzadkością jest wezwanie w celu przedstawienia zarzutów. Tak naprawdę nie wiadomo z czego wynika takie postępowanie i zatajanie przed lekarzem faktycznego celu wezwania. Jedynym logicznym wytłumaczeniem takiego kamuflażu jest chyba obawa rzecznika, że lekarz w tym momencie ustanowi obrońcę i na taką czynność przyjdzie razem z adwokatem.

Nie rozumiem takiego postępowania, bowiem już zażądanie przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej dokumentacji medycznej konkretnego pacjenta wskazuje, że toczy się jakieś postępowanie, więc lekarz ma świadomość, że jego czynności lecznicze właśnie podlegają ocenie. Takie ukrywanie przez rzecznika faktycznego powodu wezwania ma na celu przedstawienie zarzutów. Po samej formalnej czynności przedstawienia zarzutów, rzecznik najczęściej zadaje dwa pytania, które mogą mieć poważne konsekwencje procesowe w późniejszym czasie.

Pytania rzecznika

Pierwsze pytanie brzmi: czy lekarz zrozumiał treść zarzutu lub zarzutów i czy przyznaje się do ich popełnienia? Niestety lekarz zaskoczony zarzutami, z reguły nie zna swoich praw, mimo że po przedstawieniu zarzutów zostały mu przedłożone pisemnie jego prawa i obowiązki. Najczęściej jednak w takiej sytuacji nie do końca są one zrozumiałe. Ponadto często w grę wchodzi jeszcze stan emocjonalny. Lekarz próbuje na gorąco analizować swoją sytuację

Lekarz jako obwiniony ma prawo do odmowy składania wyjaśnień i odmowy udzielania odpowiedzi na pytania, bez podania przyczyny



FOT. 123 RF

oraz postępowanie lecznicze, co w efekcie przynosi nie do końca trafne decyzje. Dlatego w takiej sytuacji dobrze być wcześniej przygotowanym na odpowiedź.

Możliwości są dwie. Albo przyznanie się do stawianych zarzutów, albo nie przyznanie się do nich.

Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku (zwłaszcza w tym drugim) nie należy w żaden sposób tłumaczyć swojego oświadczenia.

Można też skorzystać z jeszcze jednego sposobu, który można zastosować, gdy nie ma się pewności jak odpowiedzieć – po prostu złożyć oświadczenie, że „w tym momencie nie będę składać oświadczenia w przedmiocie przyznania się lub nie przyznania do stawianych mi zarzutów”. Dzięki temu dajemy sobie czas na przeanalizowanie postawionych nam zarzutów i swojej sytuacji.

Praktyką rzecznika odpowiedzialności zawodowej w czasie pandemii COVID-19 było przesyłanie lekarzowi postanowienia o przedstawieniu zarzutów wraz z pouczeniami drogą listowną. Wówczas to rzecznik odpowiedzialności zawodowej informował, że obwiniony może pisemnie złożyć wyjaśnienia. Z reguły jednak, bez zapoznania się z materiałem dowodowym, nie radziłabym pisać wyjaśnień. Lepiej poczekać

na możliwość zapoznania się z aktami i wówczas, jeżeli będzie taka decyzja – złożyć wyjaśnienia.

Przedstawienie zarzutów

W momencie, gdy lekarzowi zostaną przedstawione zarzuty, zmienia się jego status w postępowaniu. Od tego momentu staje się on obwinionym. Warto więc wiedzieć, jakie wobec tego pouczenia powinny zostać przedstawione lekarzowi i jakie przysługują mu prawa.

Prawo do odmowy składania wyjaśnień

Lekarz jako obwiniony ma prawo do odmowy składania wyjaśnień i odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania, bez podania przyczyny.

Jest to bardzo istotne uprawnienie i warto z niego korzystać, zwłaszcza gdy przedstawione zarzuty zaskoczą nas. Proszę pamiętać, że w momencie przedstawienia zarzutów, składając wyjaśnienia raczej sobie nie pomożemy. Z doświadczenia prawniczego mogę powiedzieć, że jest to najgorszy moment do wyjaśniania cegokolwiek. Poziom stresu i emocji jest tak wysoki, że często chcąc szybko wyjaśnić sprawę sami dokładamy argumentów przeciwko

sobie i pogarszamy swoją sytuację. Warto więc pamiętać o tym uprawnieniu i z niego korzystać. Zwłaszcza, iż prawo do składania wyjaśnień przysługuje przez cały tok postępowania.

Prawo do składania wniosków

Drugie prawo przysługujące oskarżonemu lekarzowi, to prawo do składania wyjaśnień oraz wniosków dowodowych. W sytuacji, gdy skorzystamy z prawa do odmowy składania wyjaśnień i odpowiedzi na pytania, nie stawiamy się w sytuacji przegranej. Oczywiście istnieje takie pozaprawne myślenie, że gdyby lekarz był niewinny i nie miał nic do ukrycia, to złożyłby wyjaśnienia. Takie myślenie jest błędne. Lekarz nie zna się na procedurach oraz na taktyce procesowej. Podczas przesłuchania na etapie postępowania wyjaśniającego najczęściej rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie ujawnia tego czym dysponuje. Zadawane pytania mogą tylko z pozoru wydawać się proste i oczywiste. Na tym etapie nie zostają ujawnione zebrane dowody, a zwłaszcza wnioski biegłych. Dlatego wyjaśnienia składane przez obwinionego są składane „w ciemno”. Należy z dużą ostrożnością podchodzić do składania wyjaśnień w momencie, kiedy nie wiemy jeszcze czym dysponuje rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Właśnie dlatego obwiniony ma prawo do odmowy składania wyjaśnień i prawo do składania wyjaśnień na każdym etapie postępowania. Prawo to nie jest niczym ograniczone. Można złożyć wyjaśnienia po zapoznaniu się z aktami postępowania albo skorzystać z tego prawa dopiero przy postępowaniu przed sądem lekarskim. To, kiedy obwiniony będzie składać wyjaśnienia i czy w ogóle będzie je składać zależy od materiału dowodowego oraz od taktyki obrony, jaką przyjmie.

Tak samo należy postępować ze składaniem wniosków dowodowych. Składane wnioski dowodowe, na etapie postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, są praktycznie zawsze oddalane. Rzecznicy najczęściej uzasadniają takie stanowisko stwierdzeniem, że sprawa jest oczywista, a wnioski dowodowe zmierzają wyłącznie do przedłużenia postępowania. Niestety, ale rzecznik odpowiedzialności zawodowej, nie wiadomo z jakiego powodu, nie stara się wyjaśnić wątpliwości, a chce utrzymać wyłącznie postawione zarzuty i je obronić. Na późniejszym etapie, w każdym czasie, aż do zakończenia postępowania sądowego, zawsze można złożyć wnioski dowodowe i nie ma w tym zakresie żadnych ograniczeń.

Ustanowienie obrońcy

Trzecie prawo, przysługujące oskarżonemu lekarzowi, to ustanowienie obrońców – nie więcej niż dwóch spośród: lekarzy,



FOT. S. OBEJIO

adwokatów lub radców prawnych. To uprawnienie każdego obwinionego, który nie czuje się na siłach samodzielnie prowadzić postępowania. Oczywiście jest możliwość ustanowienia obrońcą zarówno prawnika (adwokata lub radcę prawnego), jak i lekarza. W przypadku postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej lekarza obrońcą może być także inny lekarz.

Kolejne, czwarte prawo, przysługujące oskarżonemu lekarzowi, to prawo do wglądu w akta sprawy, za zgodą rzecznika. Na etapie postępowania wyjaśniającego, wyłącznie za zgodą rzecznika odpowiedzialności zawodowej, obwiniony może przeglądać akta i zapoznawać się z materiałem dowodowym. Różne są praktyki rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Niektórzy od początku postępowania nie widzą żadnych przeszkód w udostępnieniu akt obwinionemu i jego obrońcy, ale zdarzają się niestety również przypadki, iż rzecznik odmawia dostępu do akt, w czasie postępowania wyjaśniającego, zasłaniając się dobrem postępowania. Z punktu widzenia obrony jest to kuriozalne, ponieważ w końcu i tak zarówno obwiniony, jak i obrońca zapoznają się z aktami i będą wiedzieli, jakie dowody zebrał rzecznik. Zapoznają się oni z treścią opinii, zeznaniami świadków, skargą pacjenta. Do tego czasu zaś obwiniony na pewno nie będzie ujawniał swojej linii obrony, a tym bardziej nie będzie składał wyjaśnień. Niestety, ale takie działanie rzecznika prowadzi do komplikacji. Zdarza się, że dopiero na etapie postępowania przed sądem lekarskim rzecznik dowiadyuje się o dowodach, które ma lekarz na swoją obronę. I okazuje się że całe postępowanie było pozbawione sensu.

Zapoznanie się z aktami sprawy

Piąte prawo, przysługujące oskarżonemu lekarzowi, to prawo do końcowego zapoznania się z aktami. Jest to bardzo ważne uprawnienie obwinionego i należy zawsze z niego korzystać. W aktach znajduje się przede wszystkim kompletny materiał dowodowy i nic, po tej czynności, nie może być przez rzecznika „dołożone”. Jeżeli rzecznik, po zapoznaniu się oskarżonego z aktami, będzie chciał do nich cokolwiek dołożyć, wówczas musi powtórzyć czynność końcowego zapoznania tegoż oskarżonego z aktami. Termin zaznajomienia obwinionego z materiałami postępowania powinien być tak wyznaczony, aby od doręczenia zawiadomienia obwinionemu i jego obrońcom upłynęło co najmniej 14 dni. Gdy ten termin jest krótszy, co się zdarza, można egzekwować wypełnienie tego czasu. Okres 14 dni rozpoczyna się od momentu doręczenia zawiadomienia, a nie od daty wysłania zawiadomienia przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Z kolei nieusprawiedliwione niesta- wiennictwo obwinionego lub jego obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania. Jeśli więc nie stawimy się na wezwanie, gdy zostało ono prawidłowo doręczone, to rzecznik

będzie miał możliwość, aby merytorycznie i formalnie zakończyć postępowanie. Musimy o tym pamiętać.

Składanie wniosków dowodowych

Po zapoznaniu się z aktami, obwiniony lub jego obrońca może złożyć dodatkowe wnioski dowodowe, które muszą być przez rzecznika rozstrzygnięte. Oznacza to, że rzecznik musi albo je uwzględnić i przeprowadzić, a następnie ponownie ocenić, czy nadal są przesłanki do podtrzymania zarzutów, albo je oddać jako bezprzedmiotowe dla postępowania. W terminie 14 dni od dnia zaznajomienia obwinionego z materiałami postępowania wyjaśniającego można składać wnioski o uzupełnienie postępowania. Jest to termin zawity, czyli termin którego nie można w żaden sposób przekroczyć. Jeżeli wniosek o uzupełnienie postępowania zostanie złożony po terminie, wówczas taki wniosek nie jest rozpatrywany i jest oddalany.

Zakończenie postępowania przez rzecznika

Po końcowym zapoznaniu się z aktami postępowania znany jest kompletny materiał dowodowy, który zostanie przekazany, z wnioskiem o ukaranie, do rozstrzygnięcia sądowi lekarskiemu.

Gdy nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o zamknięciu postępowania. W terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, składa on do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie lekarza.

Natomiast, gdy postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania bez konieczności uprzedniego zaznajomienia obwinionego z materiałami postępowania wyjaśniającego i bez postanowienia o zamknięciu postępowania.

Postanowienie o umorzeniu postępowania powinno zawierać wskazanie przyczyn umorzenia.

W trzeciej części artykułu, w następnym wydaniu NGg, opiszę szczegółowo, jak toczy się proces zarówno przed sądem lekarskim, jak i przed sądem odwoławczym.



EWA MAZUR-PAWŁOWSKA

Adwokat, autorka książek o prawie w medycynie m.in. "RODO w gabinecie medycznym", "Podmiot leczniczy", "Praktyka zawodowa". Prowadzi autorskie szkolenia z zakresu prawa medycznego. Reprezentuje lekarzy w postępowaniach sądowych i dyscyplinarnych. Prowadzi audyty, tj. opracowuje pełną dokumentację dla działalności medycznej i dokumentację RODO.
e-mail: emazurpawlowska@gmail.com

Pierwotne bolesne miesiączkowanie¹

Nimesil[®]

Nimesulidum

Wieloczynnikowa kontrola zapalenia²

Nimesulid:

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: maj 2022, PL-NIM-2022-C1-6-v1-PRINT

50%
refundacja*
12+
lat¹



* Dotyczy opakowania 30-saszetkowego. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20.04.2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 01.05.2022 r.

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.

Nimesulid należy przepisywać wyłącznie jako lek drugiego rzutu. Najdłuższy czas nieprzerwanego stosowania nimesulidu wynosi 15 dni. Obowiązkowa informacja o leku znajduje się w dalszej części publikacji.

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



Konferencja Sekcji Płodności i Niepłodności PTGIP

NIEPŁODNOŚĆ W CODZIENNEJ PRAKTYCE GINEKOLOGICZNEJ

09-10.09.2022 • Hotel Vienna House Andel's Łódź

W gronie lekarzy ginekologów, położników, urologów, endokrynologów oraz andrologów, przedyskutujemy następujące zagadnienia:

- Aktualne zasady diagnostyki endokrynologicznej w niepłodności
- Choroby tarczycy w niepłodności i wczesnej ciąży
- Czy można zapobiec stracie wczesnej ciąży?
- Zasady postępowania w niepłodności męskiej
- Opieka perinatalna po leczeniu niepłodności
- Endometrioza i niepłodność – nowe rekomendacje

Wielu informacji nie znajdziecie Państwo w podręcznikach, nie usłyszycie i nie zobaczycie na innych spotkaniach. Jeśli chcecie poznać odpowiedzi na trudne pytania – to spotkanie jest dla Państwa.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie
www.grupamedica.pl

**SERDECZNIE
ZAPRASZAMY**