

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **5**
(66) 2022

Zaburzenia żylne miednicy – czy farmakologia może być skuteczna?



GINEKOLOGIA:

- Aktualne rekomendacje dotyczące szczepień przeciwko SARS-CoV-2 kobiet ciężarnych i karmiących
- Hymenoplastyka
- Endometrioza – problem wciąż aktualny
- Pierwszy zabieg z wykorzystaniem mikrosondy inPROBE
- Wielkie koło położnicze – od egipskich papirusów do akcji „Rodzić po Ludzku”
- EVA Pro – wydarzenie w świecie kolposkopii
- Peruka – jako element wspomagający podczas leczenia choroby nowotworowej

PRAWO:

- Lekarskie zaniechanie podczas porodu

EVA Pro

NOWOŚĆ

Najnowsza generacja mobilnej kolposkopii i technologia, która zmienia badanie szyjki macicy



Ponad 1.000.000

zdjęć szyjki macicy
wykonanych za pomocą
systemu EVA

FDA CE



Mobile
SCANMED
Systems

Mobile SCANMED Systems
t. +48 502 099 303
e-mail: office@mobilescanmed.pl

Odwiedź naszą stronę i poznaj mocne strony EvaPro mobilescanmed.pl

Wydawca:



Adres redakcji:

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

p.o. Redaktora naczelnego:

Jacek Tulimowski
jtulimowski@gmail.com

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

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

Redakcja:

Piotr Szymański

Korekta:

Krzysztof Kowalczyk

Reklama:

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

Prenumerata:

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

Skład i łamanie:

Ewa Kopka-Nowakowska

Fot. na okładce:

123RF

Nakład: 3000 egz.

Wydawnictwo dostępne wyłącznie
w prenumeracie.

Magazyn jest kierowany do osób uprawnionych
do wystawiania recept lub osób prowadzących
obrot 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.

**12
Pierwszy zabieg z wykorzystaniem mikrosondy inPROBE**

W sierpniu 2022 r. odbyła się pierwsza operacja z użyciem przez lekarza chirurga onkologa mikrosondy inPROBE w celu potwierdzenia bezpieczeństwa użycia mikrosondy oraz oznaczenia poziomu stężenia biomarkera HER2 w nowotworze piersi operowanej pacjentki.

**13
Zaburzenia żylna miednicy – czy farmakologia może być skuteczna?**

Niewydolność żylna miednicy (PeVD – pelvic venous disorders) przejawia się jako spektrum objawów pojawiających się w obrębie brzucha, miednicy i nóg [1].

**18
Endometrioza – problem wciąż aktualny**

Endometrioza jest hormonozależną przewlekłą chorobą, stwierdza-

ną u 5–15% kobiet w wieku rozrodczym [1, 2, 3, 4].

**20
Hymenoplastyka**
Hymenoplastyka, czyli chirurgiczne odtworzenie błony dziewiczej jest jednym z najstabiliej opisanych zabiegów ginekologii plastycznej.

**22
Wielkie koło położnicze – od egipskich papirusów do akcji „Rodzić po Ludzku” cz. II**
Studiowanie historii medycyny nie jest stratą czasu. Poznawanie przeszłości naszego zawodu uczy lekarzy pokory. Pokazuje, że uznane autorytety mogą się mylić, a nasza ogromna wiedza okazuje się czasem bardzo skromna wobec mądrości Matki Natury.

**26
Aktualne rekomendacje dotyczące szczepień przeciwko SARS-CoV-2 kobiet ciężarnych i karmiących**

**30
Lekarskie zaniechanie podczas porodu**
Nieprzeprowadzenie cesarskiego cięcia, po wystąpieniu nieprawidłowości w zapisie KTG, było głównym powodem powikłań

poporodowych, które obecnie skutkują u dziewczynki porażeniem spastycznym czterokończynowym. Sąd wskazał na winę lekarzy i wymierzył karę pieniężną dla szpitala.

**32
EVA Pro – wydarzenie w świecie kolposkopii**
Po kilku latach intensywnej pracy rozwojowej i testowej, w Polsce dostępne jest nowe narzędzie diagnostyczne do wizualizacji, tworzenia oraz archiwizowania dokumentacji medycznej w zakresie wczesnego wykrywania zmian przednowotworowych oraz raka szyjki macicy (RSM).

**34
Peruka – jako element wspomagający podczas leczenia choroby nowotworowej**
Pacjenci onkologiczni cierpią z powodu wielu dolegliwości spowodowanych rozwojem choroby nowotworowej, jak również działań niepożądanych, związanych z zastosowaną terapią. Leczenie onkologiczne skierowane jest przede wszystkim na komórki nowotworowe. Niestety skutki uboczne chemioterapii oraz jej toksyczność dotyczą również zdrowych komórek.

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 Cewlewick

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;

Dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ivan Fistonić, 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;

Prof. dr hab. n. med. Artur J. Jakimiuk

Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie.

Dr n. med. Paweł Grzesiowski

Pediatra, wakcyнолог, ekspert w dziedzinie immunologii, profilaktyki i terapii zakażeń Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do walki z COVID-19. Założyciel i dyrektor Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie oraz prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń;

Lek. med. Jacek Tulimowski

Lekarz ginekolog, redaktor naczelny magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny; Tulimowski & Sterlińska 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

Endometrioza stwarza większe prawdopodobieństwo udaru mózgu

Na udar mózgu w większym stopniu narażone są kobiety cierpiące na endometriozę – tak wynika z badań przeprowadzonych przez naukowców z Arizony w Tucson, w Stanach Zjednoczonych.

Ich badanie dowodzi, że prawdopodobieństwo wystąpienia udaru u tych kobiet wzrasta nawet o 34 procent. Badacze analizowali dane dotyczące ponad 112 tys. kobiet w wieku od 25 do 42 lat (informacje gromadzone były od 1989 roku w ramach Nurses' Health Study II).

W ciągu 28 lat obserwacji doszło do 893 udarów. Endometrioza zdiagnozowana podczas laparoskopii występowała u 5244 kobiet. Największy odsetek udarów u kobiet z endometriozą związany był z usunięciem macicy i/lub jajników (39 proc.), a także z hormonalną terapią zastępczą (16 proc.).

– Dotychczasowe badania wskazywały, że endometrioza związana jest z większym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego. Inne prace sugerowały podwyższone ryzyko udaru u kobiet po histerekтомii, nawet jeśli nie występowała u nich endometrioza – zauważa autorka analizy dr Leslie V. Farland.

– Te wyniki nie mówią o tym, że kobiety z endometriozą czeka udar. Wskazują jedynie na związek z umiarkowanym ryzykiem udaru. Kobiety z endometriozą powinny jednak obserwować swój stan zdrowia i konsultować z lekarzem czynniki ryzyka i metody prewencyjne – podkreślają badacze.

Z szacunków wynika, że endometrioza dotyka około 190 milionów kobiet na całym świecie, ale nadal jest „wysoce niedoreprezentowana”. Eksperti podkreślają, że sposobem, który może zapewnić pacjentkom stałą opiekę specjalistów z różnych dziedzin jest stworzenie sieci referencyjnych ośrodków skoncentrowanych na tej chorobie.

Obecnie znacznie częściej słyszy się, że w leczeniu endometriozy coraz większą rolę odgrywa dieta. Specjaliści zalecają kobietom produkty zawierające kwasy omega 3, jak również GLA, a także antyoksydanty czy też przeciwzapalne przyprawy typu kurkuma oraz duże ilości warzyw. Oprócz tego istotne jest spożywanie produktów, które wspierają pracę wątroby, np. tych, które zawierają dużą ilość witamin z grupy B. Ważną rolę pełnią również probiotyki, które nie



FOT. 123 RF

tylko wspierają mikrobiotę jelit, ale działają także immunostymulująco. (PT)

DIAGNOSTYKA

Screening raka piersi również dla kobiet 70+

O kolejną grupę zostanie prawdopodobnie rozszerzony screening raka piersi. Chodzi o kobiety powyżej 70. roku życia. Takie zapowiedzi płyną z ust wiceministra zdrowia, Waldemara Kraski.

W planach jest również wzmocnienie standardów badań diagnostycznych, w tym mammografii, „aby te badania były jak najwyższej jakości”. Obecnie program profilaktyki raka piersi adresowany jest do kobiet w wieku 50–69 lat. W Polsce rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Zachorowalność na ten nowotwór ciągle wzrasta. Wiceszef MZ dodał, że standardem leczenia raka piersi pozostaje leczenie wielodyscyplinarne. Przypomniał, że od 2015 roku placówki mogą stosować szybką terapię onkologiczną. Podstawę stanowi Karta DiLO, którą mogą wystawić lekarze POZ lub lekarze z AOS i szpitali. – Chcemy, aby w każdym miejscu w kraju, do którego trafia pacjentka z rakiem piersi, procedura diagnostyczna była taka sama. I to się już dzieje – powiedział Waldemar Kraska. Wiceszef resortu zdrowia dodał, że schemat leczenia jest uzależniony od stopnia zaawansowania i biologii raka,

a leczenie odbywa się w ramach finansowania świadczeń przez NFZ. Tego procesu, w tak jasnych barwach, nie widzi już Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” oraz prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Twierdzi ona, że „od jakiegoś czasu narastają problemy z kartą DiLO”. – Karta nie jest respektowana. Nie ma możliwości przyjęcia w takich terminach, jakie zostały w karcie DiLO zagwarantowane. Liczę na to, że wreszcie będzie działało kompleksowe leczenie. My, jako organizacje pacjenckie, staramy się zachęcać pacjentki, żeby zgłaszały się do ośrodków referencyjnych – powiedziała pani prezes. – Kto ma motywować pacjentki? Mam wrażenie, że świadczeniodawcom w ogóle nie zależy na tym. Mamy w Polsce bardzo dużo ośrodków, ale bardzo małą zgłaszalność. Za granicą jest mało ośrodków, ale bardzo duża zgłaszalność. Martwi, że nasze postulaty, aby już w szkole rozpoczynać od najmłodszych lat edukację zdrowotną, nie są realizowane. Szczególnie w społeczeństwie o tak niskiej świadomości zdrowotnej – dodała Krystyna Wechmann. (PT)

FINANSE

To skandal. Położne o wycenienie opieki okołoporodowej

Na niską wycenę świadczeń opieki okołoporodowej zwraca uwagę Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych. Specjalne pismo w tej sprawie wysłano między innymi do ministra zdrowia.

– Tak ważne dla każdej przyszłej matki wsparcie położnej POZ tuż po porodzie jest wycenione na 2,38 zł! To skandal! To poniżenie i zdeptanie prawa do ochrony zdrowia każdej kobiety w okresie okołoporodowym. To skandal, bo w dobie szalejącej inflacji wizyta wyceniona na 2,38 zł nie jest w stanie pokryć żadnej gotowości do wizyty – podkreśla OSPR.

Pismo, oprócz resortu zdrowia, trafiło również do NFZ-u, prezydenta RP, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Nakreślona w nim jest między innymi trudna sytuacja, związana z wizytami domowymi położnych.

– Ostatnie działania Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia są niczym innym jak kpina zarówno w odniesieniu do świadczeniobiorców (pacjentów), jak i świadczeniodawców (np. praktyk położnych). W Państwie, w którym na każdym kroku podkreśla się niesamowitą rolę rodziny i wszelkimi sposobami stara się zwiększyć dzietność, jednym ruchem pomija się Opiekę Okołoporodową – czytamy.

Położne zadają również pytanie ministrowi zdrowia, czy swoimi decyzjami chce doprowadzić do upadku praktyk położnych zawierających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia? Czy w ten sposób chce pozbawić opieki okołoporodowej matek, które mają do niej prawo? Pytają również, w jaki sposób mają utrzymać gabinety i wykonywać świadczenia na europejskim poziomie z tak haniebną stawką?



FOT. 123 RF

– Do tej pory zagryzałyśmy zęby, choć ciągle smagano nas batem. Podczas epidemii, jako jedyne z całej armii POZ-etowskiego personelu, wykonywałyśmy świadczenia w domu pacjentki, bo żadna z nas nie miała sumienia zostawić noworodka i położnicy bez żadnej opieki – czytamy w piśmie.

– Jako położne rodzinne jesteśmy częścią Ochrony Zdrowia! Takiej, do której ma prawo każda ciężarna, położnica i noworodek. Takiej, która jest realna i prawdziwa, a nie istniejąca na wymaganych plakatach! Takiej, w której będziemy mogły zaoferować cały wachlarz należnych pacjentkom świadczeń – podsumowało OSPR. (PT)

CIAŻA

Pregoreksja coraz powszechniejsza

68,8 proc. kobiet, które spodziewają się dziecka bądź już urodziły, jest niezadowolonych ze swojej sylwetki – tak wskazują badania przeprowadzone przez naukowców i studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

To może być wytłumaczenie dla coraz częściej występującego zjawiska, że kobiety będące w ciąży, podczas której przyrost ich masy ciała jest prawidłowością, stosują głodówki i restrykcyjne diety, mogące zaszkodzić zarówno im samym, jak i potomstwu. Taki stan rzeczy coraz częściej określa się mianem pregoreksja.

Jest to termin, który można określić w skrócie jako anoreksja w ciąży. Wiele kobiet zamiast postrzegać zmiany w swoim ciele przez pryzmat rozwijającego się płodu, skupia się przede wszystkim na zbyt dużym ich zdaniem przyroście masy ciała.

– Zaskoczyło nas, jak wiele kobiet, których BMI [red.: body mass index] było w normie, miało równocześnie zaburzone postrzeganie swojej sylwetki, co w konsekwencji mogło doprowadzić do wystąpienia zaburzeń odżywiania zarówno w czasie ciąży, jak i w okresie poporodowym. Zaobserwowaliśmy także związek między skłonnością do ograniczania jedzenia a BMI. Respondentki z nadwagą lub prawidłową masą ciała wykazywały większą skłonność do powściągliwości żywieniowej. Było to szczególnie widoczne u kobiet niezadowolonych ze swojej masy ciała – mówi dr n. med. Agnieszka Białek-Dratwa z Katedry Dietetyki Wydziału Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Eksperci podkreślają, że naturalne jest, iż w okresie ciąży, porodu i połogu w ciele każdej kobiety zachodzi wiele

procesów fizjologicznych. Zmianom ulega również rozmieszczenie tkanki tłuszczowej, zmienia się przyrost ciała. Wynika to między innymi z rozwoju płodu i jego masy, zwiększenia ilości krwi w organizmie kobiety, ilości wód płodowych i łożyska. – Panie, które nie potrafią się z tym pogodzić, zaczynają popadać w coraz większe kompleksy i niezdrową obsesję na punkcie masy swojego ciała, co może prowadzić do depresji i zaburzeń odżywiania się. Do zaburzeń tych należą np. anoreksja i bulimia, które mogą wyrządzić wiele złego zarówno dla matki, jak i dziecka – tłumaczy dr Agnieszka Białek-Dratwa. Niestety, anoreksja w ciąży może doprowadzić nie tylko do upośledzenia fizycznego czy umysłowego dziecka, ale również do poronienia lub obumarcia płodu. (PT)

SZPITALA

Pierwsze trojaczki od kilkunastu lat w Słupsku



FOT. WSS SŁUPSK

W słupskim szpitalu odbył się pierwszy od kilkunastu lat poród, podczas którego urodziły się trojaczki. – Pacjentka do szpitala przyjechała karetką i niezbędne było szybkie rozwiązanie ciąży. Wszystko poszło dobrze – przekazał rzecznik szpitala.

Oboje rodzice pochodzący z Mołdawii, przed porodem byli przekonani, że urodzą się bliźnięta. Dopiero kilka dni przed rozwiązaniem dowiedzieli się, że będą to trojaczki.

– Byłam przygotowana na dwoje noworodków w domu, ale teraz jestem szczęśliwa, że wszystkie trzy dziewczynki mają się dobrze – powiedziała cytowana w komunikacie pani Jecatarina.

Swoje gratulacje przekazali rodzicom zarząd szpitala i naczelnia pielęgniarka. Przekazali również prezent dla dziewczynek.

– Poród trojaczy to w naszym szpitalu duże wydarzenie. Ostatni taki szczęśliwy poród zdarzył się kilkanaście lat temu – przyznała wiceprezes zarządu szpitala Anetta Barna-Feszak.

Pochodzący z Mołdawii rodzice dziewczynek mają jeszcze dwoje starszych dzieci.

Ze statystyk wynika, że trojaczki rodzą się średnio w Polsce raz w roku. Wyjątkiem są lata 2019 i 2021. Według położników, pięcioraczki zdarzają się raz na 52 miliony porodów, czworaczki – raz na ponad 614 tys., trojaczki – raz na ponad 7 tys. Ciąża bliźniacza

zdarza się średnio co 85. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, ze względu na bezpieczeństwo dzieci, ciąża trojacza powinna być rozwiązana po zakończeniu 32. tygodnia ciąży. Eksperci wskazują, że jeśli u kobiety wystąpiła jedna ciąża wielopłodowa, to prawdopodobieństwo kolejnej jest większe.

Na prawdopodobieństwo ciąży mnogiej wpływa również wiek matki. Kobiety po trzydziestce mają generalnie większe szanse na zajście w ciążę mnogą. Ma to związek z gospodarką hormonalną, a konkretnie z wyższym poziomem FSH, który wpływa na przebieg cyklu miesięczkowego. (PT)

TECHNOLOGIE

Kraków: pierwsza taka operacja w Polsce

Skomplikowany zabieg leczenia zaawansowanej endometriozy z wykorzystaniem nowoczesnych technologii: rozszerzonej rzeczywistości i robota chirurgicznego da Vinci przeprowadzili lekarze z krakowskiego Szpitala na Klinach.

Specjaliści podkreślają, że największym wyzwaniem, z uwagi na stopień zaawansowania choroby, było zaplanowanie zabiegu. Podczas operacji wykorzystano HoloLens 2, czyli gogle rozszerzonej rzeczywistości i specjalne oprogramowanie.

Dane obrazowe pacjentki zostały wykorzystane do stworzenia hologramów, przedstawiających wewnętrzne narządy miednicy mniejszej. Dzięki tym nowoczesnym technologiom chirurdzy zyskali nowe możliwości wizualizacji i prezentacji danych medycznych. Dzięki temu mogli zobaczyć oraz ocenić zrosty i ogniska endometriozy, jak również ich dokładną lokalizację w stosunku do innych narządów.

– W naszym szpitalu uruchomiliśmy wiele projektów z myślą o zdrowiu kobiet. Jakość ich życia zmieniła się dzięki pracy naszych zespołów, ich wytrwałości i zaangażowaniu na rzecz poprawy standardów opieki ginekologicznej – mówi Joanna Szyman, prezes zarządu Grupy NEO Hospital, do której należy Szpital na Klinach. Gogle rozszerzonej rzeczywistości, które umożliwiają chirurgowi wyświetlanie narządów

wewnętrznych pacjenta w trójwymiarze w formie hologramów, krakowski ośrodek wykorzystał jako pierwszy w Polsce.

– Chirurgiczne leczenie głęboko naciekającej endometriozy wiąże się z istotnymi trudnościami dla operujących lekarzy z powodu zaburzonej anatomii w obrębie narządów miednicy mniejszej. W praktyce oznacza to, że operacja stwarza duże ryzyko poważnych powikłań śródoperacyjnych, np. uszkodzenia jelit, pęcherza moczowego i moczowodów oraz dużych naczyń w miednicy mniejszej, a także powikłań późnych, takich jak przetoki odbytniczo-pochwowe i pęcherzowo-pochwowe – mówi dr n. med. Maciej Olszewski z krakowskiego Szpitala na Klinach.

Dzięki zastosowanej technologii możliwe było stworzenie wewnętrznego modelu narządów miednicy mniejszej. Lekarze byli w stanie zobaczyć oraz ocenić zrosty i ogniska endometriozy, jak również ich dokładną lokalizację w stosunku do innych narządów, co pozwala na bezpieczne i dokładne zaplanowanie operacji i zmniejszenie ryzyka powikłań.

Szacuje się, że endometriozą w Polsce może dotyczyć nawet 2 milionów Polek. Diagnozowana zbyt późno prowadzi do wielu powikłań, uniemożliwia zajście w ciążę, a dla większości kobiet wiąże się z przewlekłym bólem. (PT)

PROFILAKTYKA

Niepokojące dane dotyczące nowotworów ginekologicznych



FOT. 123 RF

Eksperci z Zakładu Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie twierdzą, że Polki coraz rzadziej badają się pod kątem nowotworów ginekologicznych. Jesteśmy pod tym względem na szarym końcu w Europie.

Eksperti podkreślają, że jest to niezrozumiałe zjawisko. Podają choćby przykład szczepionek przeciw HPV dla dziewcząt i chłopców do 9. roku życia. Według ekspertów, jeśli byłaby stosowana powszechnie, to w ciągu 2 do 3 dekad nie mielibyśmy zachorowań na raka szyjki macicy. Panie także nieczęsto uczestniczą w badaniach przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka trzonu macicy.

Jeśli chodzi o występowanie chorób nowotworowych u kobiet młodych i w średnim wieku, to obserwujemy więcej zachorowań w tej grupie niż w przypadku mężczyzn. Według ekspertów, każdego roku notujemy około 13 tysięcy zachorowań na nowotwory ginekologiczne, co stanowi około 15 procent wszystkich zachorowań na choroby nowotworowe wśród pań. Ta liczba wzrosła o ponad 3 tysiące w ciągu ostatnich 20 lat. Mamy również około 7 tysięcy zgonów, co stanowi około 15 procent zgonów z powodu chorób nowotworowych u kobiet.

Specjaliści, nawiązując do tych danych, podkreślają, że działania mające zapobiegać występowaniu nowotworów wydają się nieskuteczne. Twierdzą, że wiele kobiet wie, że cytologia jest badaniem, które może je uchronić przed zachorowaniem na pełnoobjawowego raka szyjki macicy, a z drugiej strony, mamy bardzo niskie ich uczestnictwo w badaniach przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia tego raka.

W przypadku raka trzonu macicy, dającego przecież bardzo charakterystyczne objawy, pacjentki potrafią długo zwlekać z wizytą u lekarza. Musimy znaleźć sposób, by przekonać kobiety do korzystania z możliwości, jakie daje im system ochrony zdrowia. W tym przypadku obserwujemy bardzo niepokojący trend, z jednej strony, podobnie jak w całej Europie, mamy coraz wyższe wskaźniki zachorowalności, z drugiej zaś strony obserwujemy również rosnący trend umiarności. Zupełnie odwrotnie niż w Europie Zachodniej. (PT)

Poznaj nowe oblicze kolposkopii

Profesjonalne oprogramowanie IRIS • Archiwizacja
Wideokolposkop VC HD-1000 • Obrazowanie

- Obrazowanie najmniejszych zmian w szyjce macicy
- Kamera HD oraz wewnętrzne źródło światła białego
- Obraz prezentowany na bieżąco na monitorze
- Łatwe przystosowanie urządzenia do pracy

Program IRIS jest w pełni kompatybilny z urządzeniem. Zawiera formularz opisu kolposkopii, zgodny z wymogami PTiPISM.

Zobacz więcej z nowym VC HD-1000

www.medi.com.pl



TECHNOLOGIA

Polskie urządzenie do KTG zdobywa europejskie rynki



FOT. NESTMEDIC

Polska technologia coraz bardziej jest doceniana na zachodnich rynkach. Do sprzedaży w Europie trafi telemedyczny system, służący do przeprowadzania zdalnego badania KTG dla kobiet w ciąży.

Stworzył go polski start-up medyczny – Nestmedic. Ekspansja na rynek zachodni jest możliwa dzięki umowie zawartej z holenderskim dystrybutorem o międzynarodowym zasięgu.

Urządzenie Pregnabit Pro i platforma Pregnabit Cloud to rozwiązanie służące do przeprowadzania zdalnego badania KTG dla kobiet w ciąży. System obejmuje badanie akcji serca płodu, tętna mamy oraz zapis czynności skurczowych mięśnia macicy,

następnie dane są przekazywane bezprzewodowo do Centrum Opisu. Ten zaś obsługiwany jest przez wykwalifikowany personel medyczny.

W czerwcu br. firma oficjalnie uzyskała certyfikat MDR wyrobu medycznego dla Pregnabit Pro i platformy Pregnabit Cloud.

– Teraz przyszedł czas na rozwinięcie sprzedaży w całej Europie. Partnerem w tym przedsięwzięciu jest ICT Healthcare Technology Solutions, holenderski dystrybutor o międzynarodowym zasięgu. Rozpoczęliśmy też rejestrację urządzenia na rynku izraelskim – informuje Nestmedic.

W niedalekiej przyszłości planowane jest również poszerzenie obszaru dystrybucji urządzenia. – Jesteśmy pewni, że współpraca z ICT HCTS pozwoli nam z sukcesem zaistnieć na rynkach w Europie. Pierwsze zamówienie zostało złożone na 40 urządzeń, ale jeszcze w tym roku planowana jest sprzedaż kolejnych 300 sztuk Pregnabit Pro. W kolejnych latach liczba ta będzie się systematycznie zwiększać – zapowiada Jacek Gnich, prezes Nestmedic.

Polski producent nadal chce się rozwijać. Wydał już około 7 milionów złotych na stworzenie drugiej wersji urządzenia. W sumie na rozwój polskiej technologii wyłożył dotąd około 20 milionów złotych. – Spodziewamy się, że próg rentowności i trwałej rentowności przekroczyliśmy już w przyszłym roku, z kolei pełny zwrot przewidujemy za maksymalnie 2 lata, może wcześniej. Cel osiągniemy dzięki sprzedaży nie tylko w Europie, ale też w Stanach Zjednoczonych. Jesteśmy w trakcie kompletowania dokumentacji do certyfikacji FDA i w 2023 r. chcielibyśmy wprowadzić Pregnabit Pro na rynek w USA – podaje do wiadomości prezes Jacek Gnich. (PT)

KORONAWIRUS

Wyższa śmiertelność ciężarnych w czasie pandemii. Statystyki

Pandemia koronawirusa wpłynęła na statystyki śmiertelności matek z powodu ciążyowych i okołoporodowych powikłań. „JAMA Network Open” podaje, że doszło do wzrostu śmiertelności. Wzrost jest niewielki, ale statystycznie istotny.

– Przyglądając się zmianom w procedurach porodowych, odsetkowi przedwczesnych porodów i śmiertelności okołoporodowej, odkryliśmy zwiększone prawdopodobieństwo zgonu matki podczas hospitalizacji porodowej oraz wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń sercowo-naczyniowych i krwotoków położniczych – piszą autorzy badania, naukowcy z Beth Israel Deaconess Medical Center w Bostonie oraz Harvard T.H. Chan School of Public Health tamże.

Niewątpliwie pandemia doprowadziła do utrudnienia w dostępie do rutynowej opieki prenatalnej i usług związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym.

To natomiast przełożyło się na słabsze monitorowanie potencjalnych powikłań związanych z ciążą. Kobiety rzadziej widywały swoich lekarzy prowadzących ze względu na ograniczenia nałożone na wizyty stacjonarne.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w okresie pandemii doszło do 5,2 proc. redukcji liczby żywych urodzeń. Wykazano również wzrost zgonów wśród matek podczas hospitalizacji porodowych: z 5,17 zgonów na 100 000 ciężarnych przed pandemią do 8,69 zgonów na 100 000 ciężarnych podczas pandemii. Badacze na podstawie swoich doświadczeń próbują odpowiedzieć na pytanie – co istotnie wpłynęło na wzrost śmiertelności kobiet?

– Podczas gdy opieka położnicza w szpitalach pozostała podstawową usługą w czasie pandemii COVID-19, to ambulatoryjna opieka prenatalna doświadczyła znacznych zakłóceń. Wiele

rutynowych procedur zaczęto wykonywać wirtualnie. Możliwe, że owe zakłócenia i ograniczenia, jakie wiążą się z monitorowaniem ciąży za pośrednictwem teleporad, mogły przyczynić się do nieznacznego pogorszenia wyników związanych z nadciśnieniem ciążowym. Być może na częstsze zaburzenia nadciśnieniowe mógł wpłynąć także odczuwany z powodu pandemii stres – mówi dr Felipe J. Molina.

Naukowcy wskazują również, że nie bez znaczenia może być to, że od czasu pojawiania się COVID-19 skróceniu uległy związane z porodem pobytu w szpitalu, szczególnie te po cięciu cesarskim. Wszystko przez to, że zarówno obsada medyczna, jak i pacjenci byli zachęceni do minimalizowania rozprzestrzeniania się infekcji. Z kolei ustalono też, że w czasie pandemii nie zmieniła się liczba porodów przedwczesnych ani sposoby porodu. (PT)

LECZENIE

Nowy lek dla pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi

Jest kolejna szansa na skuteczne leczenie pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi. Również dla tych, u których wystąpiły przerzuty. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła lek Enhertu w postaci wlewu dożylnego do leczenia nieoperacyjnego raka piersi z niską ekspresją HER2.

– To pierwsza zatwierdzona terapia skierowana do pacjentek z podtypem raka piersi z niską ekspresją HER2. Rak piersi z niską ekspresją HER2, to nowo zdefiniowany podzbiór HER2-ujemnego raka piersi – wyjaśniają lekarze.

Do tej pory takie przypadki były leczone terapią endokrynologiczną lub chemioterapią. Specjaliści podkreślają, że do terapii nowym lekiem klasyfikują się pacjentki z rakiem piersi o niskim poziomie HER2, jeśli wcześniej były leczone chemioterapią przy przerzutach lub miały nawrót raka w trakcie chemioterapii uzupełniającej bądź są w ciągu 6 miesięcy od jej zakończenia. Przeprowadzone badania potwierdzają skuteczność leku

Enhertu w porównaniu ze standardową chemioterapią. Z przeprowadzonych doświadczeń wynika, że lek zatrzymał postęp raka na około 10 miesięcy, w porównaniu z około 5 i pół miesiąca w grupie otrzymującej standardowe leczenie. Wydłużył czas życia pacjentek bez progresji raka i poprawił przeżycie w porównaniu z pacjentami otrzymującymi standardową chemioterapię.

Najczęstsze objawy niepożądane u pacjentek otrzymujących lek Enhertu to: nudności, zmęczenie, łysienie, wymioty, zaparcia, zmniejszenie apetytu, bóle mięśniowo-szkieletowe, biegunka. Naukowcy wskazują, że dziś rokowania dla pacjentek z tym nowotworem są znacznie lepsze. Nadal jednak jest to choroba dużo bardziej agresywna niż raki piersi luminalne, HER2-ujemne.

Szacuje się, że w całym 2022 roku wśród Amerykanek zostanie zdiagnozowanych 287 850 przypadków raka piersi. W USA około 80–85 proc. tych nowych przypadków było wcześniej uważanych



FOT. 123 RF

za podtyp HER2-ujemny, co oznacza, że guzy nie ulegają nadekspresji lub tworzą zbyt wiele kopii białka HER2. (PT)

Cito



**Aparaty KTG Numer 1 w PL
z archiwizacją badań**



**Lampy
ginekologiczne**

Najlepszy sklep internetowy

Ponad 500 opinii klientów na 5 ★★★★★

Kolposkopy Pro z archiwizacją

- **NOWOŚĆ** możliwość wyposażenia w system archiwizacji **miniliris i Iris**

- monitor poglądowy jako opcja



oprogramowanie medyczne



**Darmowa
dostawa
od 500 zł**



**Wysyłka
24h**



**14 dni na
zwrot**



**Bezpieczne
zakupy
Certyfikat SSL**

Więcej na: cito-sklep.pl

kontakt: biuro@cito24.pl tel. 61 646 08 24

SZPITALE

Kraków: podsumowali pracę z robotem da Vinci



FOT. MATERIAŁY PRASOWE / IS

Krakowski Szpital na Klinach od stycznia tego roku realizuje program operacyjnego leczenia nowotworów ginekologicznych (raka endometrium i raka szyjki macicy) z wykorzystaniem robota da Vinci. Placówka

podsumowała ten czas i wskazała na jego skuteczność.

Zabiegi ze wsparciem systemu robotycznego są bezpieczne i charakteryzują się szeregiem korzyści, zwłaszcza u pacjentek z otyłością, cukrzycą oraz chorobami współistniejącymi. Istotnym jest również fakt, że zabiegi robotyczne z zakresu ginekologii, wykonane w Szpitalu na Klinach w 2022 r., stanowią blisko 20% wszystkich zabiegów ginekologicznych wykonanych w asyście robota da Vinci w Polsce – wynika z przeprowadzonej analizy. Z zabiegu skorzystało w tym czasie wiele kobiet. – Od momentu rozpoczęcia realizacji programu zgłosiło się do nas ponad 170 kobiet, spośród których zoperowaliśmy ok. 80. Najmłodsza z pacjentek miała 25 lat, a najstarsza 85 lat. Uzyskane do tej

pory wyniki wskazują, że zastosowane metody operacyjne, przeprowadzone w asyście robota da Vinci, przyczyniają się do poprawy jakości leczenia operacyjnego chorych na raka endometrium – mówi Joanna Szyman,

prezes Grupy NEO Hospital, do której należy Szpital na Klinach.

Krakowscy specjaliści szczególnie chwalią sobie pracę z wykorzystaniem robota, argumentując to tym, że w operacyjnym leczeniu raka trzonu macicy jest teraz minimalizacja interwencji chirurgicznej i precyzja w wykonaniu zabiegu. Dzięki powiększeniu obrazu, szczegółowej wizualizacji anatomii oraz niewielkim narzędziom o ruchomości 560 stopni, chirurgia robotyczna przewyższa niektóre ograniczenia laparoskopii i metody klasycznej. To pozwala na dotarcie w trudno dostępne miejsca. Niestety rak endometrium jest aktualnie najczęstszym nowotworem ginekologicznym w Polsce. Z jego powodu rocznie umiera 1,8 tysiąca kobiet, a diagnozowanych jest około 6 tysięcy. Niemniej specjaliści są przekonani, że wcześniej zdiagnozowany nowotwór daje szansę na zachowanie jakościowego życia pacjentki, szczególnie, gdy do operacji zaczęto wykorzystywać robota da Vinci. Robot ten ma kilka ramion, chirurg operuje nimi za pomocą specjalnej konsoli. Ruchy ramion imitują anatomiczne ruchy nadgarstka operatora. Da Vinci wspomaga pracę operatora i umożliwia wielokrotne optyczne powiększenie pola operacyjnego; zapewnia również nieograniczony dostęp i nieosiągalną innymi technikami precyzję ruchów podczas operacji. (PT)

DOWIEDZIANO

Dzieci w wieku płodowym uśmiechają się, smakując marchewkę

Nienarodzone dzieci reagują na smak marchewki wyrazem twarzy przypominającym uśmiech, zaś na smak jarmużu wyrazem przypominającym płacz – tak wynika z badań obrazowych wykonanych na USG. Podczas badania przyglądano się 100 płodom.

Ich matki były w wieku od 18 do 40 lat i między 32. a 36. tygodniem ciąży. 35 kobiet trafiło do grupy eksperymentalnej, która spożywała kapsułkę ze sproszkowanym organicznym jarmużem, 35 trafiło do grupy, która przyjmowała kapsułkę z marchewką, a 30 trafiło do grupy kontrolnej. Kobiety poproszono, by na godzinę przed badaniem nie spożywały pokarmów ani napojów. Kobiety po 20 minutach od przyjęcia tabletki z proszkiem marchewek zostały poddane badaniu ultrasonograficznemu 4D, które zostały porównane potem z obrazami 2D płodów.

Okazało się, że w grupie, która przyjęła marchewkę, ściąganie kącików warg przez dzieci, sugerujące uśmiech lub śmiech, było znacznie częstsze w porównaniu z grupą spożywającą jarmuż i grupą kontrolną.

Z kolei takie ruchy jak: podnoszenie górnej wargi, opuszczenie dolnej wargi, zaciskanie ust i kombinacja tych ruchów,

sugerujących płaczącą twarz, były znacznie częstsze w grupie przyjmującej jarmuż niż w pozostałych grupach.

– Nasze badania są pierwszymi pokazującymi bezpośrednie dowody na reakcje płodu na smaki w łonie matki. Wyniki pokazują, że płody w ostatnich trzech miesiącach ciąży są wystarczająco dojrzałe, aby odróżnić różne smaki przekazane z matczynej diety – powiedziała główna autorka badań Beyza Ustun.

Badacze podkreślają, że wyniki ich badań mogą przynieść wiele korzyści. Podkreślają, że jest wiele zdrowych warzyw o gorzkim smaku, które zazwyczaj nie są atrakcyjne dla dzieci. Badanie pokazuje, że ich nastawienia do takich pokarmów można zmienić, zanim jeszcze się urodzą, poprzez manipulowanie dietą matki w czasie ciąży. Ponadto eksperci wciąż podkreślają, dobroczynny wpływ marchewki na rozwój niemowlaków. Najważniejszy jest beta-karoten, z którego powstaje witamina A, wzmacniająca odporność i zapobiegająca problemom ze wzrokiem. W marchewce są też witaminy z grupy B, witaminy E i K oraz związki mineralne: wapń, żelazo, magnez, fosfor, potas, sód i cynk. (PT)

LECZENIE

ICZMP: uratowano bliźnięta z syndromem podkradania

Bliźnięta z syndromem podkradania uratowali lekarze z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Medycy pomogli także ich 26-letniej matce, która jest uchodźczynią.

Obaj chłopcy niebawem będą mogli opuścić szpital. Nie ma wątpliwości, że matce w rodzinnych stronach nie udało się donosić ciąży. Katia razem z mamą, 4-letnią córką Saszą i 10-letnią siostrą Sonią, została wysiedlona z objętego wojną miasta Wołnowacha w obwodzie donieckim.

Katia, będąc już w Polsce, trafiła do ginekologa, którego stan jej bliźniaczej ciąży zaniepokoił na tyle, że skierował ją do szpitala w Zielonej Górze. Tam lekarka – po rozpoznaniu syndromu podkradania – niezwłocznie skontaktowała się z kierownikiem Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodów w łódzkim ICZMP dr. hab. Piotrem Kaczmakiem. Przy stole operacyjnym Katii stanęli najlepsi specjaliści – obok dr. Kaczmarka, prof. Krzysztof Szaflik i dr Adam Bielik.

– Objawy TTTS są różne, ale dominującym jest to, że u biorcy, który dostaje krew dawcy, tworzy się duża ilość płynu owodniowego, co kończy się odplywem płynu i poronieniem. Z kolei dawca, nie mając płynu owodniowego, jest przytwierdzony do ściany łożyska i pompuje krew dla drugiego płodu. Leczenie polega na przecięciu naczyń w łożysku, które łączą oba płody. Wykonuje się to za pomocą

fetoskopu – przez powłoki brzuszne matki wprowadzany jest rodzaj endoskopu z torem wizyjnym i włóknem laserowym – wyjaśnił dr Kaczmarek.

– Zabieg wymaga dużej precyzji, ale trzeba działać rozważnie, bo może się zdarzyć, że w wyniku przecięcia wszystkich naczynek jeden płód umiera. Dlatego operację wykonaliśmy dwukrotnie, tydzień po tygodniu. Zwyczajowo rozwiązujemy takie ciąży planowo ok. 36 tygodnia, ale wskutek rozwinięcia się samostnej czynności skurczowej lub odpłynięcia płynu owodniowego może to nastąpić wcześniej – dodał dr Kaczmarek.

Dzięki wsparciu Fundacji „Mamy Serce”, działającej w ICZMP, mama może spędzać z dziećmi dużo czasu w szpitalnym internacie. Ludzie dobrej woli dbają o to, aby miała co jeść i w co się ubrać; przygotowano również rzeczy dla jej dzieci.

– Trochę się martwimy, bo zbliża się czas wypisu, i nie wiemy, gdzie trafią te nasze wcześniaki. W Sulęcynie 4-osobowa rodzina Katii zajmuje jeden pokój w internacie, gdzie jest 60 osób. Niestety wkrótce z internatu uchodźcy będą przenoszeni do ośrodka czasowego z domkami, gdzie przebywali już wcześniej. Tego się obawiamy, bo jest tam grzyb i dzieci tam chorowały. Chcielibyśmy, aby Anadrij i Arkadij trafili do dobrych warunków – podkreśliła pani Anna, jedna z pracowników łódzkiego szpitala. (PT)

HEXAGYGN[®] 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

POLSKA FIRMA 10 LAT
Hexanova[®] INNOWACJI W MEDYCYNIE

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

HG/NGG/06/2022

// w gabinecie

Pierwszy zabieg z wykorzystaniem mikrosondy inPROBE

W SIERPNIU 2022 R. ODBYŁA SIĘ PIERWSZA OPERACJA Z UŻYCIEM PRZEZ LEKARZA CHIRURGA ONKOLOGA MIKROSONDY INPROBE W CELU POTWIERDZENIA BEZPIECZEŃSTWA UŻYCIA MIKROSONDY ORAZ OZNACZENIA POZIOMU STĘŻENIA BIOMARKERA HER2 W NOWOTWORZE PIERSI OPEROWANEJ PACJENTKI. Przygotowania do tego zabiegu trwały od maja 2021 roku.



niezależnych od Spółki i ośrodków klinicznych okoliczności, które wymagałyby konieczności zastąpienia wybranej pacjentki np. z powodów uniemożliwiających wykonanie zaplanowanej operacji, może on ulec zmianie.

Po zakończeniu Fazy I badań klinicznych mikrosondy inPROBE rozpocznie się Faza II, której celem będzie potwierdzenie skuteczności i walidacja urządzenia. W tej fazie badań klinicznych udział wezmą kolejne 192 pacjentki, badanie będzie wieloosrodkowe, a czas jej trwania został przewidziany na okres około 6 miesięcy, po którym nastąpi faza zamykająca badania kliniczne (dokumentacja, analizy, statystyki i raport końcowy).

W ramach planowanych do przeprowadzenia badań klinicznych Spółka zamierza jako pierwsza na świecie dokonać detekcji i pomiaru stężenia biomarkera nowotworowego HER2 w okolicy guza nowotworowego bez jednoczesnej akwizycji chorej tkanki z guza (biopsji). Pozyskana wiedza będzie miała ogromne znaczenie w dalszym rozwoju technologii inPROBE oraz możliwości dokładnego kalibrowania technologii do tradycyjnych metod diagnostyki histopatologicznej (metody IHC lub FISH).

SDS Optic SA opracowała innowacyjną i unikalną w skali globalnej światłowodową mikrosondę inPROBE. Jest to biosensor o wysokim poziomie czułości i specyficzności, pozwalający na wykonanie biologicznego pomiaru stężenia konkretnego biomarkera lub dedykowanego związku w ciele pacjenta (badanie in vivo). Podstawowym polem aplikacji, na którego rozwoju i komercjalizacji obecnie Spółka się skupia jest diagnostyka, a także leczenie celowane markerów HER2-dodatniego raka piersi. Rozwijana przez SDS Optic technologia może stanowić alternatywę lub uzupełnienie bardziej czasochłonnej i bardziej inwazyjnej tradycyjnej biopsji.

Rok temu sporządzono szczegółowy, wyjściowy plan badań klinicznych, następnie przeprowadzono szkolenia badaczy z zakresu instrukcji użytkowania urządzenia detekcyjnego i mikrosondy inPROBE, zebrano również w tym procesie cenne informacje zwrotne, które pomogły ulepszyć całą procedurę. Kolejnym krokiem był wybór dwóch ośrodków klinicznych oraz rekrutacja do programu badań 18 pacjentek o określonym profilu chorobowym. Uzyskano także wymagane zgody od Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz Komisji Bioetycznej.

– Pierwszy zabieg z wykorzystaniem mikrosondy inPROBE jest niezwykle ważnym kamieniem milowym, który osiągnął cały zespół SDS Optic. Z jednej strony jest to efekt i podsumowanie etapu bardzo rzetelnego i starannego przygotowania się do Fazy

I badań klinicznych, zarówno w wymiarze formalno-organizacyjnym, jak i koncepcyjnym. Z drugiej strony jest to początek badania klinicznego, którego celem jest potwierdzenie bezpieczeństwa i skuteczności opracowanego przez SDS Optic biosensora, który może istotnie skrócić czas diagnozy pacjentek z HER2 dodatnim nowotworem piersi, a w efekcie może przyspieszyć rozpoczęcie stosowanych do sytuacji pacjentek terapii. – mówi Mateusz Sagan, Dyrektor Operacyjny i ds. Rozwoju Biznesu SDS Optic SA

Wcześniej przeprowadzono także badania in vitro na komórkach ludzkich oraz wieloetapowe badania na zwierzętach w certyfikowanym ośrodku badawczym, które potwierdziły założenia działania technologii oraz bezpieczeństwo wykonywanego badania.

Czas trwania Fazy I badania klinicznego został przewidziany na okres do około 3 miesięcy. Jednakże w przypadku wystąpienia

Zaburzenia żyłne miednicy – czy farmakologia może być skuteczna?

NIEWYDOLNOŚĆ ŻYLNĄ MIEDNICY (PEVD – PELVIC VENOUS DISORDERS) PRZEJAWIA SIĘ JAKO SPEKTRUM OBJAWÓW POJAWIAJĄCYCH SIĘ W OBRĘBIE BRZUCHA, MIEDNICY I NÓG [1]. Związek między żylną patologią miednicy a doświadczanymi przez pacjentki dolegliwościami jest bardzo skomplikowany.

Podstawową przyczyną PeVD jest niewydolność żył miednicy, na co wskazuje poszerzenie i dysfunkcja żył jajnikowych lub biodrowych wewnętrznych z charakterystycznym spowolnieniem przepływu i refluksami [2]. PeVD może manifestować się jednocześnie w wielu obszarach, a podobne zaburzenia żyłne mogą dawać zupełnie inne objawy u różnych pacjentek. Ważnym problemem związanym z PeVD jest niska świadomość lekarzy, dotycząca tego schorzenia i wynikająca z tego bardzo mała rozpoznawalność.

Zaburzenia żyłne miednicy (PeVD) stały się terminem opisującym kobiety z przewlekłym bólem miednicy (CPP) pochodzenia żylnego, łączącym wiele stanów syndromicznych, takich jak: zespół May-Thurnera, zespół dziadka do orzechów, zespół biernego przekrwienia miednicy (PCS) i spotykany w angielskim piśmiennictwie „pelvic dumping syndrome”, w celu poprawy przejrzystości diagnostycznej, uwzględniającej specyficzną patofizjologię [3].

Najczęściej dochodzi do znacznego poszerzenia żył jajnikowych, żył przymacicza, macicy i krocza, co skutkuje rozwojem w tym rejonie żyłaków.

PeVD stanowi jedną z przyczyn przewlekłego zespołu bólowego miednicy mniejszej (ang. chronic pelvic pain – CPP) u pacjentek. CPP zdefiniowany jest jako ciągły lub przerywany ból zlokalizowany w podbrzuszu i utrzymujący się powyżej 6 miesięcy [4]. Przewlekły ból miednicy nadal stanowi wyzwanie zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne. Częstość występowania przewlekłego bólu miednicy u kobiet w wieku rozrodczym szacuje się w zakresie od około 24 do 39% [5]. Wśród możliwych przyczyn wymienia się najczęściej: stany zapalne miednicy, endometriozę, wady strukturalne jajowodów oraz zmiany w zakresie naczyń żylnych miednicy. Dolegliwości zwykle nasilają się podczas aktywności fizycznej. Nasilony ból pogarsza jakość życia, w związku z czym około 15% chorych raportuje zwiększoną absencję w pracy, a około 45% zgłasza obniżoną wydajność zawodową [6]. Objawy bólowe najczęściej zlokalizowane

Częstość występowania przewlekłego bólu miednicy u kobiet w wieku rozrodczym szacuje się w zakresie od około 24 do 39%. Wśród możliwych przyczyn wymienia się najczęściej: stany zapalne miednicy, endometriozę, wady strukturalne jajowodów oraz zmiany w zakresie naczyń żylnych miednicy

są w miednicy, ale mogą występować w całym brzuchu i dolnej części pleców. Dolegliwości bólowe w obrębie miednicy mogą być spowodowane wieloma czynnikami, nie tylko ginekologicznymi, ale też urologicznymi, gastrologicznymi, chirurgicznymi, neurologicznymi, a nawet psychiatrycznymi. W związku z tym, aby ustalić przyczynę, konieczna jest złożona, wielokierunkowa i wielospecjalistyczna diagnostyka.

Etiologia

Odływ krwi z miednicy odbywa się głównie przez żyły biodrowe wewnętrzne i żyły jajnikowe u kobiet, które następnie zasilają odpowiednio żyłę biodrową wspólną i żyłę nerkową lewą. Refluks pierwotny i/lub refluks wtórny z powodu niedrożności może prowadzić do nadciśnienia i poszerzenia splotu żylnego miednicy, co przypuszczalnie jest odpowiedzialne za depolaryzację nocyceptorów, prowadzącą do uczucia bólu [3]. Teoria dotycząca bólu, spowodowanego

autorzy:
**Aleksander
Woźniak,
Martyna
Kozłowska,
Sławomir Woźniak**

Tabela 1. Klasyfikacja SVP zaburzeń żylnych miednicy wg międzynarodowej grupy badawczej American Vein & Lymphatic Society ds. zaburzeń żylnych miednicy [31].

Symptoms Objawy	Varices Żyłaki	Pathophysiology Patofizjologia
S ₀ Bez objawów	V ₀ Brak żyłaków brzucha, żyłaków miednicy i żyłaków pozamiednicowych pochodzenia miednicowego	Anatomia IVc - Żyła główna dolna Żyła nerkowa lewa Żyła jajnikowa/Żyła jądrowa Żyła biodrowa wspólna Żyła biodrowa zewnętrzna Żyła biodrowa wewnętrzna Żyły wychodzące przez punkty ujścia z miednicy
S ₁ Objawy nerkowe pochodzenia żylnego	V ₁ Żyłaki wnęki nerki	
S ₂ Przewlekły ból miednicy pochodzenia żylnego	V ₂ Żyłaki miednicy	
S ₃ Objawy pozamiednicowe pochodzenia żylnego	V ₂ Żyłaki pozamiednicowe pochodzenia miednicowego	
a Objawy związane z żyłami zewnętrznymi narządów płciowych	a Żyłaki narządów płciowych (żyłaki sromu i żyłaki powrózka nasiennego)	Hemodynamika Przeszkoda (O) Reflux (R)
b Objawy pochodzenia miednicowego związane z żyłami kończyn dolnych poza żyłami odpiszczelowymi	b Żyłaki kończyny dolnej pochodzenia miednicowego rozciągające się z punktów ujścia z miednicy (ang. pelvic escape/leak points) na udo	Etiologia Zakrzepowa (T) Niezakrzepowa (NT) Wrodzona (C)
c Chromanie żyłne		

rozszerzonymi żyłami zmniejszającymi prędkość przepływu krwi w żyłach miednicy, została po raz pierwszy przedstawiona przez Taylora w latach czterdziestych XX wieku. Zaburzenia te mogą być związane z uszkodzeniem lub brakiem systemu zastawkowego w żyłach okołojajnikowych i przymacicznym. Anomalia naczyń powoduje refluks w żyłach jajnikowych lub żyłach biodrowych wewnętrznych i ich drogach odpływu. Brak zastawek w pobliżu rozgałęzienia naczynia jajnikowego stwierdza się u 15% kobiet; zaburzenie

układu zastawkowego rozpoznaje się w 40% przypadków po stronie lewej i u 35% po stronie prawej [8, 9]. Dodatkowo, upośledzenie przepływu krwi może być związane z mechanicznym uciskiem na naczynia, np. uciskiem żyły nerkowej między aortą a tętnicą krezkową górną, zwężeniem żyły nerkowej lewej lub żyły biodrowej wspólnej lewej, czy nieprawidłowym ustawieniem macicy, lub przesunięciem macicy, mogącym powodować ucisk żyły jajnikowej [10]. Pojawienie się bólu jest nie tylko wynikiem zwiększonej objętości krwi, ciśnienia i przepływu wstecznego, ale także wynikającego z tego niedokrwienia żył, upośledzającego trofizmu komórek śródbłonna i mięśni gładkich, które reagują wydzielaniem substancji P oraz neurokininy A i B. Związane z tym czynniki predysponujące obejmują: wielorakość, wywiad rodzinny w zakresie przewlekłego bólu miednicy oraz zaburzeniami statyki narządu rodnego [11, 12]. Obecnie uważa się, że ciąża jest najczęstszą przyczyną PeVD. Istnieje wiele powodów, dla których ciąża może wywołać ten stan. Ciąża powoduje w obrębie miednicy zmiany strukturalne, które wpływają na niektóre naczynia krwionośne, co zwiększa ryzyko wystąpienia żyłaków u kobiety. Innym czynnikiem ryzyka jest to, że w organizmie ciężarnej

obserwuje się retencje wody i żyły nie radzą sobie z taką ilością płynu. Żyły stają się nabrzmiałe do tego stopnia, że uszkodzają się zastawki i krew zaczyna przez nie przepływać, co powoduje, że stają się żyłakami. Innym powodem, dla którego uważa się, że ciąża powoduje PeVD, jest to, że wzrost poziomu estrogenu osłabia ściany naczyń krwionośnych i sprzyja ich dylatacji. Dlatego kobiety, które wcześniej przeszły ciążę, są bardziej narażone na PeVD i uważa się, że ryzyko to wzrasta wraz z ilością przeżytych ciąż.

Diagnostyka

Pewne rozpoznanie PeVD może stwarzać trudności. W błąd zaczyna już wprowadzać, istniejąca wciąż, nieaktualna nomenklatura, która podzielona jest na wiele stanów o podobnych objawach i pochodzeniu. Przebiegający proces ujednoczenia tych jednostek we wspólne spektrum umożliwił sprawniejsze postępowanie diagnostyczne i lecznicze. W tym celu stworzona została klasyfikacja Symptoms-Varices-Pathophysiology (SVP) dzieląca się na trzy obszary (od ang. S – objawy, V – żyłaki, P – patofizjologia) [tabela 1]. Mimo złożoności tej klasyfikacji, pozwala ona ujednoczyć nazewnictwo i jest ważnym krokiem w ulepszaniu podejmowania decyzji klinicznych [13]. Pierwszym krokiem w diagnostyce PeVD jest USG

Preferowaną metodą jest badanie przezpochwowe, co zapewnia odpowiednią wizualizację splotu żylnego miednicy i pozwala na dynamiczną ocenę przepływu krwi

Obiecującym preparatem w leczeniu wspomagającym może okazać się zastosowanie Distreptazy. Preparat ten znajduje się w formie doodbytniczego czopka i zawiera dwie substancje czynne – streptokinazę i streptodornazę. Substancje te powodują upłynnienie skrzepów krwi oraz składników morfotycznych stanu zapalnego. W 24-dniowej terapii preparatem Distreptaza odnotowano zmniejszenie nasilenia objawów bólowych z 6,7 VAS przed leczeniem do 2,2 VAS po leczeniu (redukcja o 55%)

z wykorzystaniem oceny Dopplerowskiej. Preferowaną metodą jest badanie przezpochwowe, co zapewnia odpowiednią wizualizację spłotu żylnego miednicy i pozwala na dynamiczną ocenę przepływu krwi. Kryterium umożliwiające rozpoznanie poszerzonego spłotu żylnego to: uwidocznienie krętych naczyń żylnych o średnicy powyżej 5-6 mm, spowolniony (<3 cm/s), odwrócony lub wahadłowy przepływ krwi w żyłach jajnikowych, poszerzone łukowate żyły połączone z obustronnymi żyłakami miednicy w obrębie myometrium lub towarzyszący zespół policystycznych jajników. Często obserwuje się poszerzone naczynia w zakresie ściany pęcherza moczowego. Aby zwiększyć wypełnienie układu żylnego, a tym samym dokładność badania, można poprosić pacjentkę o wykonanie próby Valsalvy oraz ułożyć w pozycji anty-Trendelenburga [14, 15]. Badania obrazowe takie jak TK czy MRI również znajdują zastosowanie w diagnostyce PeVD. Zapewniają dokładną wizualizację anatomiczną oraz wielopłaszczyznowe obrazowanie miednicy. W kryteriach diagnostycznych w obu tych badaniach obrazowych zawarte są: obecność co najmniej czterech ipsilateralnych żył miednicy o różnej średnicy w tym co najmniej jednej, której średnica wynosi > 4 mm lub średnicę żyły jajnikowej > 8 mm. MRI ma tą przewagę nad TK, że nie wymaga zastosowania promieniowania i jest bezpieczniejsze w stosowaniu u kobiet w wieku rozrodczym. Zarówno MR-angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym, jak i sekwencje MRA bez kontrastu zapewniają dobrą czułość w diagnostyce niewydolności żylniej. W celu uzyskania dokładniejszych informacji, dotyczących przepływu przez żyły, można zastosować MRA z obrazowaniem w czasie (TRI – Time-Resolved Imaging). Metoda ta dostarcza szczegółowych informacji o tym, czy obecny jest refluks żylny w naczyniach. Badania potwierdziły podobną skuteczność do klasycznej wenografii [16, 17].

Postępowanie

Postępowanie w PeVD obejmuje terapię zachowawczą, chirurgiczną i endowaskularną. W farmakoterapii szeroko stosowane są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Mają one szybkie działanie uśmierzające ból, jednakże efekt przeciwbólowy jest krótki. Ich przewlekłe stosowanie niesie ze sobą wiele efektów niepożądanych, takich jak: zaburzenia żołądkowo-jelitowe, krwawienia żołądkowo-jelitowe, supresja hematopoezy czy

agranulocytoza. Optymalna terapia z zastosowaniem NLPZ powinna wynosić do 5-7 dni, a lek powinien być podawany w formie czopków doodbytniczych [18]. Farmakoterapia obejmuje również stosowanie terapii hormonalnej, polegającej na supresji czynności jajników i redukcji poziomu estrogenu. W literaturze opisuje się zwykle skuteczność gosereliny lub octanu medroksyprogesteronu. Badania wykazały, że półroczna terapia łagodzi dolegliwości bólowe i tłumi objawy zgłaszane przez pacjentów. Niestety leczenie jest ograniczone ze względu na brak danych określających długotrwałą skuteczność; często opisywany jest nawrót objawów po kilku miesiącach stosowania. Dodatkową wadą tej metody są możliwe działania niepożądane – przez zmniejszenie poziomu estrogenu w organizmie widoczne będą objawy podobne do menopauzy. Terapia ta może doprowadzić do zwiększenia łamliwości kości, przez zmniejszenie ich gęstości mineralnej oraz ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej. Przy leczeniu PeVD, wspomagająco, znajdują zastosowanie preparaty zawierające zmikronizowaną frakcję flawonoidową (MPFF). Leki te wpływają na zmniejszenie zastoju żylnego, poprzez zmniejszenie przepuszczalności naczyń włosowatych, zwiększenie napięcia ścian naczyń żylnych i normalizację czynności zastawek. Efektem jest złagodzenie bólu oraz poprawa przepływu krwi przez organy miednicy [9, 10].

Obiecującym preparatem w leczeniu wspomagającym może okazać się zastosowanie Distreptazy. Preparat ten stosuje się w formie czopka doodbytniczego. Zawiera on dwie substancje czynne – streptokinazę i streptodornazę. Substancje te powodują upłynnienie skrzepów krwi oraz składników morfotycznych stanu zapalnego. Distreptaza swoim działaniem umożliwia lepszy dostęp antybiotyków lub chemioterapeutyków do ogniska zapalnego [19]. W dostępnych publikacjach można znaleźć informacje, o pozytywnym wpływie tego preparatu na łagodzenie bólu w przypadku CPP o różnej etiologii. Lek ten dodatkowo charakteryzuje się wysokim poziomem zadowolenia u pacjentek oraz dobrą tolerancją [20]. Pietrzycki i wsp. w publikacji pt. „Ocena skuteczności leczniczej preparatu Distreptaza w przewlekłym zespole bólowym miednicy mniejszej u kobiet” w 24-dniowej terapii preparatem Distreptaza (raz na dobę jeden czopek na noc) wykazali bardzo wysoką skuteczność redukcji bólu, ocenianą wizualną skalą bólu (VAS). Odnotowano zmniejszenie nasilenia objawów bólowych z 6,7 VAS przed leczeniem do 2,2 VAS po leczeniu (redukcja o 55%). Autorzy zwrócili uwagę, że terapia Distreptazą znacząco redukuje ból i wpływa na jakość spoczynku nocnego. Odnotowano 50% spadek epizodów bólu zaburzającego sen. Autorzy podkreślili, że 87% chorych, biorących udział w badaniu, deklaroowało zadowolenie z terapii [27].

Dondiuc i wsp. w prospektywnym badaniu stwierdzili, że pacjenci cierpiący na CPP, którzy przyjmowali Distreptazę, uzyskali lepszy wynik leczenia. Jednocześnie czas leczenia uległ skróceniu. Nie odnotowano żadnych działań niepożądanych [28]. Skrzypulec-Plinta i wsp. w badaniu oceniającym skuteczność i tolerancję leczenia preparatem Distreptaza stwierdzili, że 10-dniowa terapia powoduje znamienne poprawę w zakresie nasilenia objawów przewlekłego zespołu bólowego miednicy mniejszej o charakterze idiopatycznym, a korzystny efekt terapii utrzymuje się przez co najmniej miesiąc po jej zakończeniu. Ponadto zaobserwowano, że terapia charakteryzuje się korzystnym profilem tolerancji i wysokim poziomem satysfakcji pacjentek z efektów leczenia [29].

Hernández-Bernal i wsp. w randomizowanym badaniu, przeprowadzonym na populacji 170 chorych, porównali skuteczności i bezpieczeństwo stosowania rekombinowanej streptokinazy z czopkami na bazie octanu hydrokortyzonu w ostrej chorobie hemoroidalnej. Czopki ze streptokinazą wykazały znaczną przewagę nad powszechnie stosowanym bez recepty preparatem octanu hydrokortyzonu w leczeniu ostrej choroby hemoroidalnej, a także

Postępowanie w PeVD obejmuje terapię zachowawczą, chirurgiczną i endowaskularną. W farmakoterapii szeroko stosowane są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

posiadały odpowiedni profil bezpieczeństwa [30]. Ze względu na właściwości terapeutyczne, użycie Distreptazy wydaje się obiecującym kierunkiem do dalszych badań.

Metody inwazyjne

Gdy opcja leczenia farmakologicznego jest niewystarczająca, to warto rozważyć metody inwazyjne. Chirurgiczna okluzja żył jajnikowych przynosi poprawę u około 73% pacjentek leczonych tą metodą. Jednakże autorzy badań zwracają uwagę na trudności ze związaniem wszystkich odgałęzień żył jajnikowych, co może decydować o skuteczności metody. Zabieg można przeprowadzić zarówno w formie laparotomii, jak i laparoskopii [21].

Histerektoomia oraz owariektomia nie powinny być stosowane w leczeniu PeVD, gdyż pozbawiają one kobietę płodności, wywołują sztuczną menopauzę oraz niosą wysokie ryzyko powikłań. Co więcej, ich skuteczność jest niższa niż w przypadku okluzji żył jajnikowych [18, 21]. Obecnie najczęściej stosowaną metodą jest embolizacja wewnątrzmaczyniowa. Procedura ta została zastosowana do leczenia PeVD po raz pierwszy przez Edwardsa i wsp. w 1993 r. [22]. Badania prospektywne wskazują, że w 48. miesięcznym okresie procedura jest skuteczna w 83% przypadków. Brak poprawy zaobserwowano u 13% pacjentek, natomiast pogorszenie objawów u 4% pacjentek. Dodatkowo nie zaobserwowano skutków ubocznych, takich jak nieprawidłowe miesiączki czy brak równowagi hormonalnej. Ponadto nie zaobserwowano wpływu na płodność u leczonych pacjentek. [23, 24, 25, 26].

ALEKSANDER WOŹNIAK, MARTYNA KOZŁOWSKA, SŁAWOMIR WOŹNIAK

III Klinika Ginekologii UM w Lublinie



BIBLIOGRAFIA:

1. Meissner MH, Khilnani NM, Labropoulos N, et al. The Symptoms-Varices-Pathophysiology classification of pelvic venous disorders: A report of the American Vein & Lymphatic Society International Working Group on Pelvic Venous Disorders. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2021;9 (3): 568-584.
2. Jurga-Karwacka A, Karwacki GM, Schoetzau A, Zech CJ, Heinzelmann-Schwarz V, Schwab FD. A forgotten disease: Pelvic congestion syndrome as a cause of chronic lower abdominal pain. *PLoS One.* 2019;14 (4): e0213834.
3. Winokur RS. The new vocabulary of pelvic venous disorders. *Endovascular Today.* [cytowane 02.09.2022]; Dostęp z: <https://evtoday.com/articles/2021-apr/the-new-vocabulary-of-pelvic-venous-disorders?c4src=archive:feed>.
4. Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Ann Agric Environ Med.* 2016;23 (2): 223-226.
5. Kaufman C, Little NA. Pelvic Congestion Syndrome: A Missed Opportunity. *Indian J Radiol Imaging.* 2021;31 (3): 539-544.
6. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17 (9): 3005.
7. Lazarashvili, Zaza & Antignani, Pier & Monedero, J. Pelvic congestion syndrome: Prevalence and quality of life. *Phlebology.* 2016;23 (3): 123-126.
8. Metzger DA. Pelvic congestion. In: Steege JF, Metzger DA, Levy BS. *Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach.* Philadelphia: WB Saunders Co, 1999, 149-160.
9. Kaufman JA. Inferior vena cava and tributaries. In: Kaufman JA, Michael JL, eds. *The Requisites: Vascular and Interventional Radiology.* Philadelphia, PA: Mosby, 2004, 273-273.
10. Freedman J, Ganeshan A, Crowe PM. Pelvic congestion syndrome: the role of interventional radiology in the treatment of chronic pelvic pain. *Postgrad Med J.* 2010; 86: 704-710.
11. Phillips D, Deipolyi AR, Hesketh RL, Midia M, Oklu R. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management. *J Vasc Interv Radiol.* 2014;25 (5): 725-733.
12. Valji K. *The Practice of Interventional Radiology.* Saunders; 2012, p. 432-434.
13. Meissner MH, Khilnani NM, Labropoulos N, et al. The Symptoms-Varices-Pathophysiology classification of pelvic venous disorders: A report of the American Vein & Lymphatic Society International Working Group on Pelvic Venous Disorders. *Phlebology.* 2021;36 (5): 342-360.
14. Woźniak S, Woźniak A. Zespół przekrwienia biernego miednicy. *Nowy Gabinet Ginekologiczny.* 2020;6:44-47.
15. Kucharzewski M. Zespół niewydolności żylniej miednicy. *Nowy Gabinet Ginekologiczny.* 2020;4:12-15.
16. Bafabuzsek K, Toborek M, Pietura R. Comprehensive overview of the venous disorder known as pelvic congestion syndrome. *Ann Med.* 2022;54 (1): 22-36.
17. Yang DM, Kim HC, Nam DH, Jahng GH, Huh CY, Lim JW. Time-resolved MR angiography for detecting and grading ovarian venous reflux: comparison with conventional venography. *Br J Radiol.* 2012;85 (1014): e117-e122.
18. Gavrilov SG, Turisheva OO. Conservative treatment of pelvic congestion syndrome: indications and opportunities. *Curr Med Res Opin.* 2017;33 (6): 1099-1103.
19. BIOMED-LUBLIN. Charakterystyka produktu leczniczego DISTREPTAZA. [cytowane 02.09.2022]; Dostęp z: http://chpl.com.pl/data_files/2013-01-07_charakterystyka_pl_-distreptaza.pdf
20. Sadłocha M, Paszkowski T, Skrzypulec-Plinta V. Badanie skuteczności i tolerancji leczenia preparatem Distreptaza® w przypadkach przewlekłego zespołu bólowego miednicy mniejszej. *Forum Położnictwa i Ginekologii.* 2018;42.
21. Stępniać A, Czuczwar P, Paszkowski T. Zespół przekrwienia biernego miednicy mniejszej – wyzwanie diagnostyczne dla ginekologa. *Forum Położnictwa i Ginekologii,* 2018;30
22. Edwards RD, Robertson IR, MacLean AB, Hemingway AP. Case report: pelvic pain syndrome – successful treatment of a case by ovarian vein embolization. *Clin Radiol.* 1993;47 (6): 429-431.
23. Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Ann Agric Environ Med.* 2016;23 (2): 223-226.
24. Freedman J, Ganeshan A, Crowe PM. Pelvic congestion syndrome: the role of interventional radiology in the treatment of chronic pelvic pain. *Postgrad Med J.* 2010;86 (1022): 704-710.
25. Kim HS, Malhotra AD, Rowe PC, Lee JM, Venbrux AC. Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long-term results. *J Vasc Interv Radiol.* 2006;17 (2 Pt 1): 289-297.
26. Ignacio EA, Dua R, Sarin S, et al. Pelvic congestion syndrome: diagnosis and treatment. *Semin Intervent Radiol.* 2008;25 (4): 361-368.
27. Pietrzycki B, Józwiak M, Józwiak M, Okungbowa O. Therapeutic efficacy of Distreptaza® for chronic pelvic pain syndrome in women. *Ginekologia Praktyczna.* 2004;12 (2): 17-22.
28. Dondiuc I, Cernechi O, Eanu T, Volocci V., the impact of treatment with distreptaze in patients with inflammatory pelvic disease. *curierul medical,* 2012; 300 (6): 25-27.
29. Skrzypulec-Plinta V, Sadłocha M, Paszkowski T. Badanie skuteczności i tolerancji leczenia preparatem Distreptaza w przypadkach przewlekłego zespołu bólowego miednicy mniejszej. *Forum Położnictwa i Ginekologii.* 2018; (42): 26-30.
30. Hernández-Bernal F, Castellanos-Sierra G, Valenzuela-Silva CM, Catusés-Álvarez KM, Martínez-Serrano O, Lazo-Diago OC, Bermúdez-Badell CH, Causa-García JR, Domínguez-Suárez JE; THERESA-4 (Treatment of Hemorrhoids with REcombinant Streptokinase Application) Group of Investigators. Recombinant streptokinase vs hydrocortisone suppositories in acute hemorrhoids: A randomized controlled trial. *World J Gastroenterol.* 2015 Jun 21;21 (23): 7305-12.

Distreptaza®

Streptokinaza + Streptodornaza

symphar



SKŁAD

Streptokinaza + Streptodornaza,
wydzielane przez *Streptococcus equisimilis* H46A

POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Czopki doodbytnicze o masie 2 g.

DAWKOWANIE

W STANACH CIĘŻKICH

18 CZOPKÓW × 9 DNI

W STANACH ŁŹEJSZYCH

10 CZOPKÓW × 7 DNI
LUB 5 CZOPKÓW

3 × 1 CZOPEK NA DOBĘ PRZEZ 3 DNI
2 × 1 CZOPEK NA DOBĘ PRZEZ KOLEJNE 3 DNI
1 × 1 CZOPEK NA DOBĘ PRZEZ KOLEJNE 3 DNI

2 × 1 CZOPEK NA DOBĘ PRZEZ 3 DNI
1 × 1 CZOPEK NA DOBĘ PRZEZ KOLEJNE 4 DNI
LUB 2 × 1 CZOPEK NA DOBĘ PRZEZ KOLEJNE 2 DNI

OPAKOWANIE

1 blister zawierający 6 czopków.
Blister PVC/PE w tekturowym pudełku.

PRZECHOWYWANIE

W temp. 2°C-8°C (w warunkach chłodniczych). Nie zamrażać.

OKRES WAŻNOŚCI

3 lata



Distreptaza, Streptokinasum + Streptodomasum Nazwa produktu leczniczego: Distreptaza. Streptokinaza + Streptodornaza 15 000 j.m. + 1250 j.m. czopki doodbytnicze **Postać farmaceutyczna, skład produktu leczniczego:** Czopki doodbytnicze. Jeden czopek (2 g) zawiera streptokinazy (*Streptokinasum*) 15 000 j.m. i streptodornazy (*Streptodomasum*) 1250 j.m.. **Wskazania:** Leczenie wspomagające w zapaleniu narządów miednicy mniejszej (PID, ang. *pelvic inflammatory disease*) - zespół chorób zapalnych jajników, jajowodów i błony śluzowej macicy. Choroba zrostowa po operacjach w obrębie miednicy mniejszej. Ostra (AHD, ang. *acute haemorrhoidal disease*) i przewlekła choroba hemoroidalna. Wspomagająco w ropniu okołodbytniczym i przetokach z rozległym naciekiem zapalnym. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dawkowanie. Dorośli.** Dawkowanie zależy od rodzaju i stopnia nasilenia stanu zapalnego. Stosowanie według zaleceń lekarza. W stanach ciężkich stosuje się: 3 x po 1 czopku przez pierwsze 3 dni; 2 x po 1 czopku przez kolejne 3 dni; 1 x po 1 czopku przez kolejne 3 dni. W stanach łżejszych stosuje się: 2 x po 1 czopku przez 3 dni; 1 x po 1 czopku przez kolejne 4 dni lub 2 x po 1 czopku przez 2 dni. Zwykle w kuracji stosuje się 8-18 czopków. Przeciętne leczenie trwa 7-10 dni. **Dzieci i młodzież.** Bezpieczeństwo stosowania u dzieci i młodzieży nie zostało odpowiednio udokumentowane. **Osoby w podeszłym wieku.** Nie ma informacji o konieczności zmiany dawkowania u pacjentów w wieku powyżej 65 lat. **Zaburzenie czynności wątroby.** Distreptaza jest podawana w postaci czopków doodbytniczych. Nie jest metabolizowana w wątrobie, dlatego nie ma konieczności zmiany dawkowania u pacjentów z niewydolnością wątroby. **Zaburzenie czynności nerek.** Nie ma informacji o konieczności modyfikacji dawkowania u pacjentów z niewydolnością nerek. **Sposób podawania.** Czopek po wyjęciu z foremki blistra należy wprowadzić głęboko do odbytnicy. **Przeciwwskazania:** Produktu leczniczego nie należy stosować: - w przypadku nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; - jeśli pacjent ma rany pokryte świeżym strupem lub szwy chirurgiczne w okolicy podania; produkt nie powinien stykać się z raną świeżo pokrytą strupem albo ze świeżo założonym szwem, ponieważ może to spowodować rozluźnienie szwów i następne krwawienie z rany; - po krwotokach przez około 10 dni, gdyż może to wywołać ponowne krwawienie; - z produktami leczniczymi zawierającymi sole wapnia; - w ostrym zapaleniu tkanki łącznej bez oznak ropienia; - u pacjentów z obniżoną krzepialnością krwi; - z antykoagulantami (lekami przeciwzakrzepowymi), ze względu na ryzyko miejscowego krwawienia. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Produkt może powodować miejscowe podrażnienia. **Działania niepożądane:** Rzadko ($\geq 1/10\ 000$ do $< 1/1\ 000$) mogą wystąpić: Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: objawy alergiczne, podwyższenie temperatury ciała oraz skłonność do krwawień, miejscowa bolesność i obrzęk. **Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: + 48 22 49 21 301, e-mail: ndi@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Opakowanie:** 6 szt. - 1 blister po 6 szt. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** „BIOMED-LUBLIN” Wytwórnia Surowic i Szczepionek Spółka Akcyjna, 20-029 Lublin, ul. Uniwersytecka 10 tel 81 533 82 21, faks 81 533 80 60, e-mail biomed@biomedlublin.com. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydany przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych:** R/0211. Produkt leczniczy wydawany na receptę, oznaczony symbolem „Rp”. Przed przepisaniem leku należy zapoznać się z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pełna informacja o leku dostępna na życzenie.

1. Zaburzenia żylne miednicy - czy farmakologia może być skuteczna? Woźniak Aleksander, Martyna Kozłowska, Sławomir Woźniak, III Klinika Ginekologii UM w Lublinie

2. Charakterystyka Produktu Leczniczego Distreptaza®



FOT. 123 RF

Endometrioza - problem wciąż aktualny

ENDOMETRIOZA JEST HORMONUZALEŻNĄ PRZEWLEKŁĄ CHOROBA, STWIERDZANĄ U 5–15% KOBIEŃ W WIEKU ROZRODCZYM [1, 2, 3, 4].

Wędmę Międzynarodowej Grupy Roboczej Endometriozy z 2021 r. endometrioza definiowana jest jako choroba charakteryzująca się obecnością nabłonka i/lub zrębu podobnego do endometrium i myometrium, zwykle z towarzyszącym procesem zapalnym [5].

Przyczyny endometriozy

Najczęstszą lokalizacją endometriozy jest powierzchnia otrzewnej i jajniki [5, 6]. Etiopatogeneza endometriozy jest wieloczynnikowa. Udokumentowano związek z metabolizmem steroidów, w którym kluczową rolę odgrywa 17β -estradiol – również syntetyzowany w tkance endometriozy [7]. Zbadano, że udział w rozwoju tej choroby biorą czynniki immunologiczne: prozapalne i proangiogenne cytokiny (IL-6, TNF, IL-8, VGF) oraz cząsteczki adhezyjne [8, 9].

Opisano udział wielu szlaków sygnalizacyjnych w tym MAPK/MEK/ERK, PI3K/Akt/mTOR, Rho/ROCK, związanych z proliferacją, apoptozą, autofagią, migracją i angiogenezą [10].

W endometriozie wykazano również aktywację szlaku Wnt/ β katena i SOX2, co wspiera hipotezę o udziale komórek macierzystych w jej rozwoju [11].

Badania genetyczne wykazały, że w 51% przypadków endometriozy u kobiet występują mutacje genów. Podczas badań kliniczno-kontrolnych całego genomu zidentyfikowano 19 niezależnych polimorfizmów genowych, związanych z ryzykiem endometriozy [11, 12]. Wykryto, że również dieta ma wpływ na rozwój endometriozy: niedobór cynku może być czynnikiem związanym z etiopatogenezą endometriozy [13, 14, 15].

Etiopatogeneza endometriozy jest wieloczynnikowa.

Udokumentowano związek z metabolizmem steroidów, w którym kluczową rolę odgrywa 17β estradiol – również syntetyzowany w tkance endometriozy

autorzy:
Janina Markowska,
Jacek Tulimowski



PIŚMIENNICTWO:

1. Findeklee S., Radosa JC., Hamza A., et al. Treatment algorithm for women with endometriosis in a certified Endometriosis Unit. *Minerva Ginecol.* 2020; 72 (1): 43–49.
2. Taylor HS., Kotlar AM., Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet.* 2021; 397 (10276): 839–852.
3. Zondervan KY., Becker ChM., Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2020 Mar 26;382 (13): 1244–1256.
4. Crispim PCA., Jammal MP., Murta EFC., Nomelini RS. Endometriosis: What is the Influence of Immune Cells? *Immunol Invest.* 2021; 50 (4): 372–388.
5. International Working Group of AAGL, ESSE, ESHRE and WES: An international terminology for endometriosis, 2021. *Human Reproduction Open*, 2021 (4), hoab029. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab029>.
6. Smolarz B., Szyfko K., Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *Int J Mol Sci.* 2021; 22 (19): 10554. doi: 10.3390/ijms221910554.
7. Chantalat E., Valera MC., Vaysse Ch., et al. Estrogen receptors and endometriosis. *Int J Mol Sci.* 2020; 21 (8): 2815. doi: 10.3390/ijms21082815.
8. Gica N., Panaitescu AM., Iancu G., et al. The role of biological markers in predicting infertility associated with non-obstructive endometriosis. *Ginekol Pol.* 2020;91 (4): 189–192. doi: 10.5603/GP.2020.0039.
9. anusz A., Janusz J., Mielcarek-Palacz A., Sikora J., et al. Participation of selected soluble cell adhesion molecules and syndecans in formation and development of endometriosis. *Ginekol Pol.* 2021; 92 (11): 745–752. doi: 10.5603/GP.a2021.0064.
10. Hung SW., Zhang R., tan Z., et al. Pharmaceuticals targeting signaling pathways of endometriosis as potential new medical treatment: A review. *Med Res Rev.* 2021; 41 (4): 2489–2564. doi: 10.1002/med.21802.
11. Laganá AS., Garzon S., Götte M., et al. The Pathogenesis of Endometriosis: Molecular and Cell Biology Insights. *Int J Mol Sci.* 2019; 20 (22): 5615. doi: 10.3390/ijms20225615.
12. Montgomery GW., The Genetics of Endometriosis. *Twin Res Hum Genet.* 2020; 23 (2): 103–104. doi: 10.1017/thg.2020.36.
13. Jurkiewicz-Przondziona J., Lemm M., Kwiatkowska-Pamula A., et al. Influence of diet on the risk of developing endometriosis. *Ginekol Pol.* 2017; 88 (2): 96–102. doi: 10.5603/GP.a2017.0017.
14. Nasiadek M., Stragierowicz J., Klimczak M., Kilianowicz A. The Role of Zinc in Selected Female Reproductive System Disorders. *Nutrients.* 2020; 12 (8): 2464. doi: 10.3390/nu12082464.
15. Messalli EM., Schettino MT., Mainini G., et al. The possible role of Zinc in the etiopathogenesis of endometriosis *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014; 41 (5): 541–6.
16. Russo MAL., Chalif JN., Falcone T. Clinical management of endometriosis. *Minerva Ginecol.* 2020; 72 (2): 106–118. doi: 10.23736/S0026-4784.20.04544-X.
17. Guidozi F. Endometriosis-associated cancer. *Climacteric.* 2021; 24 (6): 587–592. doi: 10.1080/13697137.2021.1948994.
18. Kvaskoff M., Mahamat-Saleh Y., Farland LV., et al. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2021; 27 (2): 393–420. doi: 10.1093/humupd/dmaa045.
19. Koninckx PR., Fernandes R., Ussia A., et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021; 12: 745548. doi: 10.3389/fendo.2021.745548.
20. Zhuo Z., Wang Ch., Yu H. Plasma microRNAs can be a potential diagnostic biomarker for endometriosis. *Ginekol Pol.* 2021. doi: 10.5603/GP.a2021.0127.
21. Kiesel L., Sourouni M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric.* 2019; 22 (3): 296–302. doi: 10.1080/13697137.2019.1578743.
22. Piccus R., Mann Ch., Sutcliffe RP. Diagnosis and treatment of diaphragmatic endometriosis: results of an international patient survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 260: 48–51. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.003.
23. Morgan-Ortiz F., López-de la Torre MA., López-Zepeda MA., et al. Clinical characteristics and location of lesions in patients with deep infiltrating endometriosis using the revised Enzian classification. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2019 Sep; 20 (3): 133–137. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0120.
24. Gordts S., Koninckx P., Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertil Steril.* 2017;108 (6): 872–885.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.08.036.

Rak jajnika konsekwencją endometriozy

Najczęstszymi objawami endometriozy są: przewlekły ból, występujący często w okresie miesiączki (zależny głównie od umiejscowienia i wielkości ognisk endometriozy) oraz zaburzenia miesiączkowania i problematyki płodności. Ocenia się, że endometrioza występuje u 25–40% niepłodnych kobiet [7, 8].

Realnym problemem w przewlekłej endometriozy jest rozwój raka jajnika [16, 17, 18]. Na podstawie elektronicznych baz danych w 46 badaniach populacyjnych kliniczno-kontrolnych ustalono, że największe ryzyko dotyczy raka jasnokomórkowego (RR 3,44) i endometrioidalnego (RR 2,33) [18].

Rozpoznanie i leczenie

W rozpoznaniu endometriozy używa się oceny ultrasonograficznej oraz MRI – dotyczy to głównie niechirurgicznej głębokości naciekania. Poza tym ocenia się surowiczą wartość CA 125 [8, 16, 19]. Opisano, że oznaczane w osoczu mikroRNA może być przyszłościowo rozważane jako marker prognostyczny choroby [20]. Wartość oznaczeń markerów podaje się jednak jako wątpliwą [19].

Leczenie farmakologiczne jest problemem medycznym ze względu na przewlekły charakter choroby. Najczęściej stosowaną jest terapia hormonalna.

Stosuje się: Danazol, analogi gonadoliberyny, preparaty progesteronowe, doustne środki antykoncepcyjne oraz wkładkę antykoncepcyjną uwalniającą lewonorgestrel.

Wszystkie uznane metody leczenia farmakologicznego mają zbliżoną skuteczność terapeutyczną.

Najnowszym lekiem zatwierdzonym przez FDA jest Elagolix – antagonistą GnRH. Umożliwia obniżenie poziomu estrogenów oraz łagodzi ból [6, 10, 19].

Według nowych opracowań, złotym standardem diagnostycznym endometriozy jest laparoscopia, niezależnie od stopnia zaawansowania. Pozwala zarówno na ocenę faktycznego zaawansowania choroby, jak i jej eradykację [6, 21]. Opóźnienie leczenia endometriozy, jak i jej nieefektywne leczenie powodują zarówno znaczne objawy kliniczne, jak i obejmowanie zmianami innych

tkanek. Według Piccus i wsp. [22] objawy kliniczne występują u około 68% kobiet z endometriozą zaawansowaną i niekiedy wymagają kolejnych zabiegów. Najpoważniejsze wydaje się być głębokie objęcie zmianami tkanek leżących poza macicą. W opisie 60 pacjentek z Meksyku średni wiek chorych wynosił 30,5 lat i 68% z nich było nieródkami, a więc problem dotyczy również rozrodczości [23]. Dlatego uważa się, że monitorowanie i leczenie powinno dotyczyć nawet zmian niedających dolegliwości klinicznych [24].

Leczenie laparoskopowe jest wydajną procedurą diagnostyczną i terapeutyczną.

Pooperacyjne leczenie hormonalne zabezpiecza przed nawrotem choroby.



PROF. DR. HAB. N. MED. JANINA MARKOWSKA

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



LEK. JACEK TULIMOWSKI

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

Hymenoplastyka

HYMENOPLASTYKA, CZYLI CHIRURGICZNE ODTWORZENIE BŁONY DZIEWICZEJ, JEST JEDNYM Z NAJSŁABIEJ OPISANYCH ZABIEGÓW GINEKOLOGII PLASTYCZNEJ.

Wciąż nie ma żadnego standardu operacyjnego, który doprowadziłby do odtworzenia błony dziewiczej i do krwawienia podczas stosunku seksualnego w noc poślubną [1, 2].



„Dziewictwo jest największym skarbem dziewczyny, ale wyzwaniem jest zachowanie przez długi czas tego skarbu, do którego klucz mają wszyscy mężczyźni.”

François de Bassompierre

FOT. 123 RF

Choć kontrowersyjna z perspektywy etycznej i społecznej, hymenoplastyka jest obecnie oferowana w wielu krajach [3]. Zapotrzebowanie na nią rośnie również w krajach zachodnich, zwłaszcza po kolejnych falach imigracji. Jak podaje BBC, hymenoplastyka zyskała w ostatnich latach popularność, zwłaszcza wśród młodych kobiet. Prywatne kliniki oferujące zabieg, który jest legalny w Wielkiej Brytanii, nie gromadzą danych na temat liczby kobiet, które poddały się zabiegowi, ale szacuje się, że w 2019 roku około 9000 z nich szukało zabiegu w Google. Mohammad Masood, dyrektor MAS Gynecology Clinic w Londynie, powiedział w brytyjskim Daily Metro, że liczba kobiet poszukujących zabiegu wzrosła czterokrotnie w porównaniu z poprzednimi sześcioma latami [4].

Anatomia i histologia

Nazwana na cześć boga małżeństwa i ceremonii ślubnych w klasycznej mitologii greckiej – Hymenaios – błona dziewicza jest błoniastą strukturą, która oddziela kanał pochwy od przedsionka pochwy.

Ma dwie granice: dołączoną lub przylegającą granicę i wolną granicę wokół otworu błony dziewiczej. Wolna granica jest zwykle nieregularnie ząbkowana. Otwór błoniasty może przyjmować różne kształty. Może to być: semilunar, falciform, cubiform lub septate. Zasadnicza część błony dziewiczej zbudowana jest z tkanki łącznej włóknistej, pokrytej na obu

powierzchniach – sromowej i pochwowej – nabłonkiem płaskim warstwowym [5].

Zaopatrzenie naczyń błony dziewiczej jest bogate, zwłaszcza w okolicy wolnego brzegu, gdzie naczynia są poszerzone i nabrznięte. Obserwowano liczne naczynia włosowate, przenikające przez pokrywający nabłonek i docierające do jego powierzchniowych warstw. Unaczynienie to jest czasami przyczyną silnego krwawienia, które niekiedy towarzyszy urazom związanym z defloracją [5].

Błona dziewicza jest słabo unerwiona. Stwierdzono, że zaopatrzenie nerwowe jest stosunkowo gęste w części podstawnej, wykrywane z trudem w części środkowej i nieobecne w wolnym brzegu [5].

Ilość włókien sprężystych jest zmienna. Niektóre badane błony dziewicze były bogate we włókna elastyczne, podczas gdy inne były utworzone głównie z włókien kolagenowych. Potwierdza to obserwację kliniczną, że błona dziewicza ma zmienną konsystencję i elastyczność. Czasami łatwo ulega rozerwaniu, natomiast w niektórych przypadkach jest na tyle elastyczna, że pozwala na odbycie stosunku seksualnego bez jej rozerwania [5].

Funkcja błony dziewiczej

Według większości źródeł u samicy zwierząt różnego gatunku nie stwierdzono występowania błony dziewiczej. Posiadają ją jedynie ludzie [6, 7, 8, 9]. A według większości

autor:
Piotr Kolczewski



PIŚMIENNICTWO:

1. Prakash V. Hymenoplasty — How to do. Indian J Surg. 2009;71:221–3
2. Vojvodic M et al. Luminar Reduction Hymenoplasty: A Canadian Experience With Hymen Restoration. Aesthet Surg J. 2018;38 (7): 802-806
3. Bianca R van Moorst et al. Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction. Eur J Contracept Reproduct Health Care 2012 Apr; 17 (2): 93-105.
4. Abelellah Lahlali and al. Hymen Restoration: An Experience From a Moroccan Center. Aesthet Surg J. 2021;Nov 12;41 (12)NP2053-NP2059
5. Mahran M et al. Anat Rec. 1964.
6. Hobday AJ, et al. Med Hypotheses. 1997
7. Buley N. The evolution of concealed ovulation. Am Nat 1979; 114: 835-858.
8. Smith R L. Human sperm competition. In: Smith R L, ed. Sperm Competition and the Evolution of Animal Mating Systems. New York: Academic Press, 1984: 601–59.
9. Katchadorian H A. Biological Aspects of Human Sexuality, 4th edn. Fort Worth, Texas: Holt, Rinehart & Winston, 1990: 453.
10. Leutenegger W. Encephalization and obstetrics in primates with particular reference to human evolution. In: Armstrong E, Falk D, eds. Primate Brain Evolution; Methods and Concepts.
11. Fisher HE. The Sex Contract: The Evolution of Human Behavior. New York: William Morrow, 1982.

autorów funkcja tej struktury nie jest znana [7, 8].

Do późnego okresu życia płodowego, płodu żeńskiego, światło pochwy oddzielone jest od jamy zatoki moczowo-płciowej błoną. W okresie okołoporodowym ulega ona częściowemu udroźnieniu i pozostaje

jako fałd błony śluzowej wokół wejścia do pochwy, zwany błoną dziewiczą [9].

Biorąc pod uwagę większą bezradność niemowląt ludzkich w porównaniu z niemowlętami małp człekokształtnych [10], potencjalne zakażenie, spowodowane niemożnością samodzielnego oczyszczenia

okolic pochwy, może być istotną przyczyną śmiertelności. A zatem każda struktura, która ogranicza przedostawanie się kału lub innych materiałów do pochwy, jest faworyzowana przez dobór naturalny. W ten sposób, wydaje się, błona dziewicza pełni funkcję ochronną przed zakażeniem [11].



DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

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



[Strona główna](#) [Szkolenia](#) [O mnie](#) [Kontakt](#)

[Filmy z zabiegów](#)

[Zapisz się na szkolenie](#)

Ginekologii plastycznej nie nauczymy się w trakcie specjalizacji na rezydenturze.

Afiliacja Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

Szkolenia z ginekologii plastycznej i estetycznej

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



FILMY / FILMS



CONSULTATION



TRAINING

Zapisy i szczegóły:

tel. 692 42 55 15

e-mail: expertise@esthegyn.com

<http://expertise.esthegyn.com>

Wielkie koło położnicze – od egipskich papirusów do akcji „Rodzić po Ludzku” cz. II

STUDIOWANIE HISTORII MEDYCYNY NIE JEST STRATĄ CZASU. POZNAWANIE PRZESZŁOŚCI NASZEGO ZAWODU UCZY LEKARZY POKORY. POKAZUJE, ŻE UZNANE AUTORYTETY MOGĄ SIĘ MYLIĆ, a nasza ogromna wiedza okazuje się czasem bardzo skromna wobec mądrości Matki Natury. Poznajmy Tych, którzy leczyli na długo przed nami i oddajmy cześć ich wiedzy. To, co umiemy – zawdzięczamy także im.

Artykuł został podzielony na dwie części. W tym numerze Nowego Gabinetu Ginekologicznego prezentujemy drugą część artykułu. Początek tej fascynującej historii znajdą Państwo w numerze 4/2022.

Akuszerki

Położnictwo od zawsze było, jest i będzie domeną akuserek, czyli położnych. W czasach Odrodzenia w jednych regionach Europy płonęły stosy, w innych, mimo wszystko odradzało się naukowe położnictwo. W XV wieku uchwalono statuty, dzięki którym radni miast mogli kontrolować poczynania położnych. Położna musiała złożyć oficjalną przysięgę, a także zdać teoretyczny egzamin przed miejskim lekarzem. Położne posadzano wówczas o mordowanie noworodków. W roku 1520 w Niemczech ogłoszono zakaz sprzedawania środków poronnych oraz usmierzających bóle porodowe. Kodeksu karny, uchwalony w 1532 r. w Reichstagu w Ratyzbnie obarczył położne funkcją donosicielek, które miały informować władze o kobietach, które usmiercały swe nienarodzone, bądź dopiero co wydane na świat dziecko.

W 1630 roku założono w Paryżu pierwszą w Europie nowożytną szkołę dla położnych. Położne dyplomowane, zaczęto nazywać akuszerkami – od francuskiego *accouche* – rodzić. Powstały nowe podręczniki. Maria Luiza Bourgeois, francuska akuszerka, w 1626 r. opublikowała rozprawę na temat położnictwa. Interesowały ją ciążowe anomalie, badała obumarłe płody, pisała o poronieniach, doszukiwała się przyczyn niepłodności i wad płodu. Umiejętności kobiety doceniła rodzina monarchy. Została oficjalną akuszerką królowej Marii Medycejskiej i przyjęła porody jej siedmiorga dzieci, łącznie szacuje się, że Maria Luiza przyjęła ponad 2000 porodów. Kładła nacisk na zachowanie higieny podczas narodzin dziecka i jako pierwsza opisała proces oddzielania się łożyska. W 1671 r. w Anglii ukazał się podręcznik traktujący o podstawach współczesnego położnictwa, którego autorką była Jane Sharp.

W Krakowie w 1534 r. ukazała się drukiem pierwsza książka lekarska w języku polskim napisana przez Stefana Falimirza pt. „Falimirza Zielnik”. Książka składała się z 13 części, z dużym traktatem „O rodzeniu dzieci”, który był przekładem z Rosselina. Był to pierwszy polski podręcznik dla położnych. Pierwsza oficjalna szkoła położnych w Polsce powstała we Lwowie dopiero w 1773 roku, a za nią poszły kolejne, na przykład Szkoła Babienia w Warszawie. Wielkie zasługi dla położnictwa miał chirurg Ambroży Pare (1510–1580), który założył szkołę dla położnych

w szpitalu Św. Ducha (Hotel Dieu) w Paryżu. Wykonał on i opisał obrót wewnętrzny na nóżkę z następowym ręcznym wydobyciem płodu przy nieprawidłowym jego położeniu. W tamtej epoce jedynym sposobem wydobycia było operacyjne rozkawalenie płodu. Do czasów bezpiecznego cięcia cesarskiego, ręczne wydobycie stało jedyną metodą pozwalającą na uzyskanie żywego noworodka z nieprawidłowego położenia.

Mężczyźni przy porodach

Mężczyźni chirurdzy próbowali znieślawiać akuszerki i odbierać im pacjentki. Sprzeciwiając się temu, Elizabeth Cellier, angielska położna wyszła z inicjatywą, by tworzyć szpitale, na oddziałach których nauki pobierałyby pielęgniarki. Justine Siegemundin, nadworna akuszerka księżąt brandenburskich, pisała o trudnych porodach miednicowych w 1688 r. Jej książka *Die Kgl. Preußische und Chur-Brandenburgische Hof-Wehemutter* (Królestwa pruskiego i brandenburskiego domu akuszerka) zawierała pomijane dotąd detale i własnoręcznie wykonane ryciny. Przez wieki porody były domeną kobiet, a Kościół zabraniał mężczyznom uczestniczenia w nich jako grzechu. Doktor Veit Volsch, który próbował tego w kobiecym przebraniu, został nawet spalony za to na stosie w Hamburgu w roku 1522. Akuszerki wzywały na pomoc chirurgów potajemnie. Sytuacja zmieniła się w XVII wieku. Ludwik XIV – „Król Słońce” lubił obserwować zza kotary porody swoich licznych metres. W 1668 roku dla swej wygody kazał usunąć krzesło porodowe i ułożyć rodzącą na plecach. Akuszer Julius Clement, asystujący przy tych porodach, zyskał królewską łaskę i sławę. Arystokracja zaczęła naśladować zwyczaje królewskiego dworu. Poród na plecach stał się modny. W tych czasach lekarze mężczyźni często asystowali przy porodach z zawiązanymi dla obyczajności oczami lub badali rodzącą pod przykryciem. Doktor Osiander proponował, by kobiety rodziły całkowicie ubrane w pozycji wyprostowanej. Przełomu w tej kwestii dokonał dopiero amerykański profesor James White w 1850 roku, gdy w swej sali wykładowej umieścił nagą rodzącą pacjentkę i pozwolił studentom przyglądać się porodowi. Oczywiście wierni kościołowi medycy oskarżyli go o niegodziwość na łamach gazet. White wytoczył przeciwnikom proces, ale sąd oddalił pozew. American Medical Association w 1851 roku wydała

autorka:
**Agnieszka
Kurczuk-Powolny**

Cięcie cesarskie udoskonalił w 1876 roku Eduardo Porro, wykonując ciecie nadpochwowe i amputację trzonu macicy po wydobyciu dziecka. W połączeniu ze stosowaniem karbolu do dezynfekcji operacyjnej znacznie zmniejszyło to śmiertelność pooperacyjną kobiet. W 1881 r. Ferdinand Kehler zastosował wynaleziony przez siebie szew z jedwabnej nici nasączonej karbolem oraz ciecie w dolnym odcinku macicy, gdzie mięsień jest najcieńszy

wyrok, że obnażanie kobiety nie daje żadnych korzyści dla jej leczenia (Sic).

Kleszcze położnicze

Przełomowym wydarzeniem było upowszechnienie od ok. 1730 roku kleszczy porodowych, skutecznego narzędzia kończącego poród. Lekarska rodzina Chamberlenów posługiwała się nimi w tajemnicy już od 1560 roku na terenie Francji, Anglii i Niderlandów przez prawie 200 lat. Narzędzie to rozślawił też chirurg Mains de Palfyn, który je skonstruował w 1723 roku, nie wiedząc, że czegoś podobnego używał Chamberlen. Użycie kleszczy wymaga ułożenia rodzącej na plecach. Kleszcze zostały następnie udoskonalone przez licznych lekarzy (m.in. Naegele, Madurowicz) i w kolejnych latach masowo nadużywane, zwłaszcza przez sławy lekarskie, jak dr Smellie czy dr Osiander, który miał mawiać przy porodzie: "Szybciej, podajcie mi kleszcze, bo zaraz wyjdzie samo". Doktor Jean Rene Sigault otrzymał w 1777 r. medal paryskiego fakultetu medycznego za pomysł symfizjotomii, czyli nacięcia spojenia łonowego rodzącej przy zwężonej miednicy lub dużym płodzie. Dziecko wprawdzie się rodziło, ale matka pozostawała kaleką do końca życia. Doktor James Lucas z Anglii głodził ciężarne ze zwężoną miednicą, by dziecko było mniejsze i miało bardziej miękką główkę. Próbowano też przy zwężeniu miednicy wywoływać przedwczesne porody. Cięcia cesarskie wykonywano na żywych kobietach praktycznie bez znieczulenia i w urągających higienie warunkach. Śmiertelność matek przy porodach zabiegowych była zastraszająco wysoka.

Gorączka połogowa – Semmelweis myje ręce

Przełomu w tej kwestii dokonał Ignaz Semmelweis, węgierski lekarz położnik, który wprowadził na swoim oddziale procedurę dezynfekowania rąk przed badaniem pacjentek. Odkrył on, że śmiertelność matek na skutek gorączki połogowej na oddziale położniczym, gdzie pracowali lekarze i gdzie kształcono studentów jest dużo większa niż na oddziale, gdzie rządziły położne, a lekarzy i studentów praktycznie nie

było. Przyczyną było wykonywanie przez lekarzy sekcji zwłok, a następnie przechodzenie bez mycia rąk na oddział porodowy. Gdy w swej klinice w Wiedniu w 1846 roku wprowadził nakaz mycia rąk wodnym roztworem chlorowanego wapna, przed każdym badaniem rodzącej i położnicy, śmiertelność kobiet spadła z 29% do niecałych 2%. Świat lekarski przez ponad 40 lat nie chciał uznać jego odkrycia. Zapomniany i zdegradowany Semmelweis skończył w szpitalu psychiatrycznym. Zmarł zaś na zakażenie krwi, z którym walczył u pacjentek tyle lat. Dopiero odkrycie bakterii przez Pasteura w 1861 roku i praca Josepha Listera o skuteczności kwasu karbolowego, jako skutecznego antyseptyka przy operacjach, w 1867 roku otworzyły oczy zarozumiałym ówczesnym autorytetom medycznym.

Cesarskie cięcie

Wśród historyków medycyny nie ma zgody, co do tego, kto pierwszy dokonał cesarskiego cięcia na żywej kobiecie, która to przeżyła. Palmę pierwszeństwa przyznaje się niekiedy Jakubowi Nuferowi ze Szwajcarii, który miał wykonać zabieg na własnej żonie w 1500 roku. Co ciekawe, nie był on nawet lekarzem, a znajomość anatomii czerpał z zawodowego uboju świń. Wydarzenie to odnotował dopiero 80 lat później lekarz Francois Rousset w 1582 r. Pierwsze, prawdziwie udokumentowane cięcie na żywej kobiecie, wykonał 26 kwietnia 1610 r. w Wittenberdze dr Jeremiasz Trautmann (niektóre źródła podają, że miało to miejsce w 1622 r.). Pacjentka przeżyła samą operację, ale zmarła 25 dni później w wyniku komplikacji. Sensacją na skalę europejską w 1833 roku było przeprowadzenie w Kilonii czterech kolejnych cięć, zakończonych sukcesem, u tej samej kobiety, opisane przez doktora Gustawa Michaelisa. Historia Anny Adametz zakrawa wręcz na cud. Doktor Michaelis, gdy dowiedział się o odkryciach Semmelweisa i uświadomił sobie, że jest mimowolnie odpowiedzialny za śmierć wielu kobiet, 9 sierpnia 1848 roku rzucił się pod pociąg.

W tamtych czasach ciecie wykonywano metodą klasyczną, czyli pionowo wzdłuż przedniej ściany brzucha. Uznawano, że nie trzeba

zakładać szwów na macicę, gdyż miała się ona obkurczać i sama tamować krwawienie. Powodowało to krwotoki do jamy brzusznej i zapalenie otrzewnej. Cięcie cesarskie udoskonalił w 1876 roku Eduardo Porro, wykonując ciecie nadpochwowe i amputację trzonu macicy po wydobyciu dziecka. W połączeniu ze stosowaniem karbolu do dezynfekcji operacyjnej znacznie zmniejszyło to śmiertelność pooperacyjną kobiet. W 1881 r. Ferdinand Kehler zastosował wynaleziony przez siebie szew z jedwabnej nici nasączonej karbolem oraz ciecie w dolnym odcinku macicy, gdzie mięsień jest najcieńszy. I znowu zadufani w sobie profesorowie nie chcieli uznać odkrycia niepozornego lekarza z prowincjonalnego ośrodka w Heidelbergu. Młodzi następcy Kehlera, Max Sänger i Fritz Frank udoskonaliли jego metodę. Z pewnymi modyfikacjami jest ona stosowana do dziś.

Znieczulenie porodu

Męskie położnictwo wniosło też oczywiście wiele dobrego. Szwajcarski lekarz Francois Mayor opracował metodę osłuchiwania tętna płodu podczas porodu. Carl Credé spopularyzował zabieg wyciskania uwięźniętego łożyska przez powłoki brzuszne, który do dziś nosi jego imię. Szkot James Simpson w 1847 roku po raz pierwszy zastosował znieczulenie rodzącej oparami chloroformu. I znowu nadepty świat lumnaryjny medycyny i Kościoła stanął przeciwno postępowi. Argumentowano, że zawarte w Biblii słowa „W bólach rodzić będziesz...” stanowią niepodważalne prawo i znieczulenie porodu jest karygodnym wykroczeniem. Dopiero, gdy królowa Wiktorja, wzór purytańskiej kobiety, podczas porodu swego ósmego dziecka w 1853 roku zażądała chloroformu i urodziła bezboleśnie księcia Leopolda, a następnie księżniczkę Beatrycze w 1857 roku, ucichły głosy protestu. Doktor Simpson, który wstąpił się ponadto skonstruowaniem pierwszego próżniociągu położniczego, w 1848 roku, otrzymał od królowej tytuł szlachecki. W Polsce nowoczesne położnictwo wprowadził profesor z Krakowa Maurycy Madurowicz oraz Franciszek Neugebauer, choć już wcześniej istniały liczne szkoły dla położnych.

Bezpieczniej podczas porodu, ale...

Wszystkie te odkrycia i wynalazki sprawiły, że pod koniec XIX wieku poród przestał być dla kobiety, przynajmniej bogatej, śmiertelnym zagrożeniem. Biedne kobiety, których nie stać było na lekarza i szpital, nadal umierały podczas porodu i połogu. Wiek XX oznaczał dalszy lawinowy postęp medycyny. Odkryto i zastosowano ergotoksynę, pomagającą obkurczyć macicę po porodzie, i oksytocynę, która odpowiedzialna jest za czynność skurczową macicy. Wprowadzono na sale porodowe nowe leki przeciwbólowe i znieczulenie zewnątrzoponowe. Odkrycie penicyliny w 1928 roku pomogło opanować zakażenia okołoporodowe.

Dr Michel Odent zauważył, że porody przyjmowane przez samodzielne położne mają mniejszą liczbę interwencji medycznych. Oddał położnym przyjmowanie porodów. Głosił, że najbezpieczniejsze dla kobiety i dziecka są porody, które przyjmuje doświadczona położna, współpracująca z ciężarną kobietą na wiele tygodni przed przyjściem dziecka na świat. Wprowadził popularną obecnie i coraz częściej stosowaną ideę domowo zaaranżowanych sal porodowych. Według niego: ciąża to nie choroba, to wyjątkowy stan fizjologiczny

Porody nadal odbywały się w domach, ale coraz częściej w szpitalach. Postęp medycyny nie od razu poprawił statystyki umieralności matek i dzieci. Do szpitali położniczych z początku trafiały głównie kobiety biedne, chore i zaniedbane. Jeszcze po drugiej wojnie światowej porody w Polsce odbywały się w domu z położną lub w Izbach Porodowych. Dopiero w latach 60-tych XX wieku szpital stał się praktycznie jedynym miejscem porodów, a lekarz ich głównym pomocnikiem. W 1956 roku 43% Polek rodziło w szpitalu, w latach osiemdziesiątych było to już prawie 100%. W Polsce panował wówczas totalitaryzm, który zaznaczał się również na salach porodowych. Poródka była fabryką do rodzenia dzieci, a lekarz robotnikiem przy taśmie produkcyjnej. Prawa pacjenta były pojęciem równie abstrakcyjnym jak prawa obywatela.

Medykalizacja porodu

W krajach Europy Zachodniej ciąża i poród zostały w tym samym czasie poświęcone innym bogom: technologicznej i medykalizacji. Według brytyjskiej antropolożki Sheili Kitzinger, rodzące przypominały wieloryby wyrzucone na brzeg, bezwolne, podłączone kablami do maszyn monitorujących czynność skurczową macicy i tętno płodu. Nie wolno było się ruszać, bo mogło to zaburzyć działanie aparatury. Narodziny dziecka były poddawane pomiarom i sterowane. Rutynowo podawano silne leki przeciwbólowe i znieczulenie zewnątrzoponowe oraz kroplówkę z oksycytyną. Rutynowo nacinano krocze. Kobieta, podłączona do maszinerii, była w końcu bezpieczna. W XX wieku doszło do obniżenia umieralności dzieci i matek. Ceną było to, że poród z naturalnego procesu fizjologicznego stał się chorobą, a rodząca zdrowa kobieta – „pacjentką”, z której trzeba sprawnie wydobyć dziecko. Taka sytuacja nie podobała się wielu kobietom, ale i niektórym lekarzom.

Naturalny poród Dick-Reada

Brytyjski lekarz, Grantly Dick-Read, już w latach 20. w swej praktyce starał się wdrażać

zasady naturalnego porodu. Opracował system kształcenia przyszłych matek, zapoznawał je z procesem porodu, uczył technik relaksacji i oddychania. Wierzył, że w ten sposób można opanować ból porodowy i zrezygnować z potencjalnie szkodliwego dla matki i dziecka chloroformu. W 1936 roku opublikował artykuł Natural Childbirth (Naturalny poród). I znowu, jak wiele razy w historii medycyny, potępił go i oskarżyli koledzy po fachu. Stał przed sądem pod zarzutem niegodnego lekarza uprawiania autoreklamy, a nawet – co absurdalne – okrucieństwa wobec pacjentek, którym miał odmawiać znieczulenia. Pomimo ostracyzmu środowiska kontynuował swoją praktykę. W 1944 r. wydano jego książkę Childbirth without Fear (Rodzić bez strachu). Stała się ona bardzo popularna wśród kobiet z Anglii, Ameryki i Nowej Zelandii. Przetłumaczono ją na 10 języków. Niestety, nie znalazła uznania u autorytetów medycznych. British Medical Journal oraz Lancet jednoznacznie ją potępiły (Sić!). Dick-Read wyemigrował do Republiki Południowej Afryki, gdzie również dosięgła go klątwa większości medyków nowatorów. Tamtejsza Rada Lekarzy w 1949 roku cofnęła mu nawet na kilka miesięcy licencję na wykonywanie zawodu. Mimo to, jego praca zmieniła oblicze położnictwa na świecie i zmiana ta wyszła od samych kobiet. Kobiety nie chciały być podczas porodu przedmiotem, tylko podmiotem i zaczęły wymuszać to na lekarzach.

Francuskie odrodzone narodziny

W latach 50. słynny francuski położnik Fernand Lamaze zaczął w swej klinice stosować z powodzeniem metody psychoprofilaktyki bólu porodowego, oparte na pracach Dick-Reada. Kolejny Francuz, dr Michel Odent od 1962 do 1985 roku, w małym oddziale porodowym w miasteczku Pithiviers pod Paryżem, dokonał rewolucji, która zmieniła spojrzenie na kwestię ciąży i przyjmowania porodu. Przybywały tam do porodu kobiety z całego świata. Czasy się zmieniły, więc środowisko lekarskie było bardziej

skłonne do uznania nowych trendów. Specjaliści z zakresu położnictwa zapraszali go jako prelegenta na konferencje i sami przyjeżdżali do jego kliniki, by obserwować fenomen porodów, które praktykował. Dr Odent wskrzesił zapomnianą sztukę akuszerstwa. Zauważył, że porody przyjmowane przez samodzielne położne mają mniejszą liczbę interwencji medycznych. Oddał położnym przyjmowanie porodów. Głosił, że najbezpieczniejsze dla kobiety i dziecka są porody, które przyjmuje doświadczona położna, współpracująca z ciężarną kobietą na wiele tygodni przed przyjściem dziecka na świat. Wprowadził popularną obecnie i coraz częściej stosowaną ideę domowo zaaranżowanych sal porodowych. Według niego: ciąża to nie choroba, to wyjątkowy stan fizjologiczny. Swoje poglądy i metody opisał w 1984 roku w książce Odrodzone narodziny oraz w kolejnych publikacjach. Michel Odent uczestniczył też w kongresie „Jakość narodzin, jakość życia” w 1993 roku w Warszawie, który stał się inspiracją dla grupy dziennikarzy i działaczy społecznych, aby stworzyć ranking porodówek oparty na listach od kobiet. Ta akcja zmieniła oblicze polskich szpitali położniczych. W kongresie uczestniczyła też Sheila Kitzinger, autorka wielu książek o macierzyństwie i propagatorka porodów w domu. Autorka tego artykułu także miała zaszczyt uczestniczyć w tej konferencji ze swym nowo narodzonym Synem na rękach.

Polska akcja „Rodzić po Ludzku”

W grudniu 1993 r. miesięcznik „Twoje Dziecko” i Ośrodek Edukacji Ekologicznej EKO-O-KO zaapelowali o listy z opisem porodu i pobytu w szpitalu. Najlepszym placówkom miano przyznać tytuł „Złotego Bociana”. Odpowiedziało 250 kobiet, ich przejmujące, szczerze wypowiedzi dały początek lawinie listów i ankiet. Hasło „Rodzić po ludzku” pojawiło się w maju 1994 r. na łamach „Gazety Wyborczej” za sprawą Piotra Pacewicza. Kobiety pisały o swoich potrzebach i oczekiwaniach; chciały być po prostu traktowane „po ludzku”. W grudniu 1994 r. na łamach „Gazety Wyborczej” opublikowany został pierwszy „Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce”. Opisanych w nim zostało 272 placówki położnicze. Ogólnopolskie media i lokalne dodatki „Gazety Wyborczej” opisywały zmiany w szpitalach. W 1995 r. przyłączył się Program 1 Telewizji Polskiej, 20 lokalnych stacji radiowych i telewizyjnych i inne gazety. W czasie dwóch lat listy przysłało prawie 15 tysięcy kobiet. W kolejnym roku opisano 96 proc. istniejących wówczas w Polsce porodówek. Korzystano z trzech źródeł informacji: ankiet od kobiet, z kwestionariuszy od ordynatorów oraz z relacji dziennikarzy z pobytu w szpitalu. Oceny, wyrażane gwiazdkami, jak w przewodnikach hotelowych oraz serduszkami, oparte były wyłącznie na danych od kobiet. Pierwsze efekty



PIŚMIENNICTWO:

1. An anatomical description of the human gravid uterus and its contents by the Late William Hunter, MD, London, 1794
2. Aubrey J.; Wielkie zwycięstwo medycyny; Warszawa; 1969
3. Badinter E.; Historia miłości macierzyńskiej; Volumen, 1998
4. Bednarczyk A.; Medycyna i filozofia w starożytności; Warszawa; 1989
5. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu; Warszawa; 1975
6. Boy-Zeleński T.; Piekło kobiet; Jirafa Roja; 2013
7. Brelet C.; Święta medycyna; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995
8. Brian, Cyril P.; Ancient Egyptian Medicine: The Papyrus Ebers; Ares 1974
9. Brzeziński T.; Historia medycyny; PZWL, 2015
10. Clayton M.; Leonardo da Vinci; mechanika człowieka; Warszawa 2015
11. Conteneau G.; Życie codzienne w starożytnej Babilonii i Asyrii; Warszawa; 1963
12. Datner S., Kamieńska A.; Z mądrości Talmudu; PIW, 1988
13. Dzierżanowski R.; Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji; Warszawa; 1983
14. Ferreira A.J.; Emotional factors in prenatal environment; A review, Journal of Nervous and Mental Disease, July 1965, vol. 141, no 1
15. Finkel I.; Zarys historii medycyny starożytnej Mezopotamii; Poznań; 1987
16. Gavin F.; Przemiany ludzkiego ciała; Bukowy Las; 2019
17. Gilbert R.; Tajemne życie seksualne kobiet w średniowieczu; Dom Wydawniczy Rebis; 2021
18. Ginekologdy; Thorwald J.
19. Guhl J.; Hellada i Roma. Życie Greków i Rzymian; Warszawa; 1896
20. Hippokrates; Wybór pism; Prószyński i S-ka; 2008
21. Hutter Epstein R.; Get me out. A History of Childbirth from the Garden of Eden to the Sperm Bank; W.W. Norton & Company, 2010
22. Kondratow A.; Zaginionie cywilizacje; Warszawa; 1971
23. Kosiński T.; Życie erotyczne Słowian; Wydawnictwo Bellona; 2021
24. Manuscript for the health of mother and child; The „Kahun Medical Papyrus” or „Gyneacological Papyrus” (translation by Stephen Quirke)
25. Niznikiewicz J.; Tajemnice dawnej medycyny magii i erotyki; Book Market; 2007
26. Odent M.; Odrodzone narodziny; Nowa; 1997
27. Phelps Walsh K.; Marketing Midwives in Seventeenth – Century London: A Re-examination of Jane Sharp’s The Midwives Book; 2019
28. Pollak K.; Uczniowie Hipokratesa; Warszawa; 1978
29. Röesslin E.; The Byrth of Mankynde; London 1545
30. Seyda B.; Dzieje medycyny w zarysie; Warszawa; 1973
31. Szarzyńska K.; Miłość i seks w kulturach Wschodu Starożytnego; Warszawa; 1996
32. Szumowski W.; Historia medycyny; Warszawa; 1994
33. The Ebers Papyrus; A new English Translation, Commentaries and Glossaries; Cairo: Academy of Scientific Research and Technology, 1987
34. Thorwald J.; Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga; Wrocław; 1980
35. Thorwald J.; Ginekologdy; Wydawnictwo Marginesy; 2016
36. Utro K.; Córki Ewy. Historia kobiety europejskiej; Wydawnictwo 69; 1998
37. Waszyński E.; Historia położnictwa i ginekologii w Polsce; Wydawnictwo Volumed; 2000

akcji pojawiły się już w 1994 roku, ale nadal powszechnie panował „medyczny model rodzenia”. Kobiety poddawane były rutynowej lewatywie, goleniu, nacinaniu krocza, kroplówkom przyspieszającym poród. Rodzące nie mogły się poruszać, ani przyjąć dogodnej pozycji, musiały rodzić na leżaku. Po porodzie dziecko zabierano, poddawano je szpitalnej „obróbce” – mierzeniu, ważeniu; potem trafiało do osobnej sali i matka mogła je widzieć, tylko gdy je przyniesiono do karmienia. Nie było odwiedzin bliskich. Ojcowie oglądali swe dzieci stojąc pod oknem szpitala. W kolejnych latach aktywiści akcji przeprowadzili setki szkoleń dla lekarzy i położnych. Niestety „betonowe położnictwo” nie oddawało pola bez walki.

Zmiany w polskich szpitalach

Sytuacja zmieniała się z kolejnymi „Przewodnikami”. Dyrektorzy szpitali o gorszej punktacji dostrzegli odpływ pacjentek i idących za nimi pieniędzy. Zaczęli dostrzegać prawa i potrzeby pacjentek i je respektować. Zakładano szkoły rodzenia, można było rodzić z partnerem, rodzina uzyskiwała wstęp do szpitala, matka mogła mieć dziecko przy sobie przez całą dobę. Lekarze i położne częściej informowali o zabiegach, lekach, stanie dziecka. Pozwalało kobietom na swobodę ruchów i pozycji w czasie porodu. Ordynatorzy przerabiali sale porodowe, instalowali w nich wanny do porodu w wodzie, wprowadzali system rooming-in, czyli sale dla matek z dziećmi. Z roku na rok malała liczba negatywnych ocen. W wielu polskich szpitalach powstały Domy Narodzin, gdzie rodzi się z wybraną położną, w wodzie lub na krześle porodowym, w obecności bliskiej osoby. Możliwe stały się też porody w domu.

Niewiele pamięta i zdaje sobie sprawę, że te oczywiste dziś, komfortowe warunki są zasługą oddolnej społecznej akcji sprzed kilkunastu lat. W 1996 roku powstała Fundacja „Rodzić po Ludzku”, która do dziś działa na rzecz poprawy jakości porodów w Polsce. Jej zasługą są liczne działania edukacyjne i legislacyjne w tym zakresie. Za swe zasługi działacze Akcji i Fundacji otrzymali liczne nagrody krajowe i międzynarodowe, łącznie z Nagrodą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2015 r. i Nagrodą ONZ w 2016 roku. Jest to unikatowy na skalę światową przykład oddolnej społecznej akcji, która realnie zmieniła oblicze położnictwa w danym kraju.

Wskutek działań Akcji, a następnie Fundacji zaznaczyła się również pewna niepokojąca negatywna tendencja. Niektóre pacjentki i położne zaczęły negować osiągnięcia współczesnej medycyny i stawiać tylko na naturalizm przy porodzie. Wahadło wychyliło się niebezpiecznie w jedną stronę.

Równowaga

W obecnych czasach zapanowała w tej kwestii względna równowaga. Kobiety w Polsce mają do wyboru prowadzenie ciąży przez lekarza lub przez położną. Możliwe są porody w domu. Sale porodowe są w większości szpitali wyposażone w wanny, drabinki, worki sacco, krzesła porodowe i inne sprzęty ułatwiające naturalny poród, prowadzony przez położną. Z drugiej zaś strony, jeśli natura zawodzi, powszechny jest dostęp do badań USG, aparatów KTG rejestrujących tętno płodu, znieczulenia zewnątrzoponowego. Dobrze wyszkolone położne prowadzą poród stosownie do jego przebiegu. Jak mówi słynna polska położna, Jeannette Kalyta: „Chronimy krocze, kiedy można i nacinamy je, kiedy trzeba”. Za ścianą przytulnej sali porodowej czy Domu Narodzin czeka w gotowości sala do cięć cesarskich i lekarze.

Tak oto położnictwo zatoczyło wielki koło. Dziś możemy czerpać z doświadczeń i pradawnej wiedzy naszych dawnych i zapomnianych Mistrzów i Mistrzyń. Możemy korzystać z najnowszych osiągnięć współczesnej medycyny. Możemy łączyć te dwa podejścia, dla dobra naszych pacjentek i ich dzieci.



LEK. AGNIESZKA KURCZUK-POWOLNY

Lekarz ginekolog-położnik z 30-letnim stażem pracy. Pasjonatka medycyny holistycznej. Autorka wielu artykułów popularnonaukowych dotyczących położnictwa i ginekologii. Tłumaczka książek medycznych z języka angielskiego. W trakcie pisania doktoratu z historii medycyny.

Aktualne rekomendacje dotyczące szczepień przeciwko SARS-CoV-2 kobiet ciężarnych i karmiących

Abstrakt:

Wpływ zakażeń SARS-CoV-2 na płód oraz noworodki nie jest nadal w pełni wyjaśniony. Za szczególnie zagrożone uważa się dzieci urodzone przez kobiety w ciąży z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19 lub noworodki, które miały kontakt z zakażonymi koronawirusem osobami. Ponieważ pierwsze szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 osiągnęły etapy regulacyjne w USA i Unii Europejskiej pod koniec 2020 r. i na początku 2021 r., wiele towarzystw naukowych przedstawiło już wtedy zalecenia dotyczące pomocy kobietom w ciąży i karmiącym piersią przy podejmowaniu decyzji o poddaniu się szczepieniu. Pomimo takich wytycznych, brak danych opisujących bezpieczeństwo szczepionek, immunogenność i skuteczność u kobiet w ciąży i karmiących piersią sprawił, że decyzja ta stała się dla wielu rodzin poważnym wyzwaniem. Jednak nawet biorąc pod uwagę obecny niedostatek danych klinicznych, znane ryzyko zachorowania na COVID-19 podczas ciąży przewyższa potencjalne ryzyko szczepionek przeciwko SARS-CoV-2, które mają wysoki profil bezpieczeństwa i skuteczności wśród osób niebędących w ciąży. Ponieważ aktualny stan wiedzy na temat okołoporodowych i noworodkowych skutków zakażenia COVID-19 szybko się zmienia, niezmiernie ważne jest ściśle monitorowanie zakażeń ciężarnych. Potrzebne są jednak zakrojone na szeroką skalę badania kohortowe, aby lepiej zrozumieć możliwe implikacje i długoterminowe skutki zakażenia COVID-19 dla noworodków, a także szczepień kobiet w ciąży.

Słowa kluczowe:

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

Od ponad dwóch lat pandemia COVID-19, choroby wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2, stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie (1). Do 25 września 2022 r., według dostępnych danych, zakażeniu uległo 620,2 mln osób, z czego zmarło 6,54 mln (2). Dowody na fakt, iż ciężarne zaliczane są do grupy bardziej zagrożonej ciężkim przebiegiem COVID-19 niż kobiety niebędące w ciąży są już powszechnie znane (3, 4). Z tego powodu sugerowane są im szczepienia profilaktyczne przeciwko SARS-CoV-2. Początkowo brak było wystarczającej ilości danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania tych szczepionek wśród kobiet w ciąży,

co powodowało wiele wątpliwości ze strony opinii publicznej na świecie. Jednak stosunkowo szybko w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i krajach Unii Europejskiej pojawiły się zalecenia, by na podstawie danych obserwacyjnych umożliwić szczepienia także kobietom w ciąży, ze względu na ich szczególną podatność na ciężki przebieg COVID-19 (5).

Badania poświęcone stosowaniu szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 wśród kobiet w ciąży

Już wstępne badania obserwacyjne, poczynione pomiędzy grudniem 2020 a lutym 2021 na grupie badanej 35 691 osób na podstawie raportów do bazy zgłoszeń VAERS, pozwoliły na postawienie twierdzenia, iż szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 nie różnią się pod względem częstości działań niepożądanych pomiędzy ciężarnymi a kobietami niebędącymi w ciąży (6). Wyniki te potwierdzono w kolejnych badaniach (7, 8), co pozwoliło na wydanie przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) oraz Europejską Agencję Leków (EMA) w pierwszej połowie 2021 roku zgody na warunkowe stosowanie szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 wśród kobiet w ciąży oraz karmiących. Motywowano to przewagą zalet takiego postępowania nad potencjalnym ryzykiem dla ciężarnej i płodu lub noworodka. Podobnie retrospektywne badania kohortowe przeprowadzone na dużych liczebnie grupach (n = 157 521) nie stwierdzono, aby szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 podczas ciąży były istotnie związane z ryzykiem porodu przedwczesnego, urodzeniem martwego dziecka czy niskim wynikiem

autorzy:
Tomasz Dzieciatkowski,
Anna Golke,
Paula Dobosz,
Jacek Tulimowski



FOT. 123 RF

w skali Apgar (9). Nie stwierdzono także, aby szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 wpływały w jakikolwiek sposób na żeńskie czy męskie zdolności rozrodcze (10). Pozwoliło to na stopniowy wzrost w różnych państwach na świecie poziomu zaufania do szczepień przeciwko nowemu koronawirusowi wśród ciężarnych (11, 12, 13). Zjawisku temu sprzyjało także ogłaszanie formalnych rekomendacji przez krajowe oraz międzynarodowe towarzystwa naukowe zrzeszające ginekologów i położników.

Rekomendacje towarzystw naukowych dotyczące szczepień przeciwko SARS-CoV-2 wśród kobiet w ciąży

Jako jedno z pierwszych krajowych towarzystw naukowych swoją opinię na temat bezpieczeństwa szczepień przeciwko SARS-CoV-2 u ciężarnych wydało w grudniu 2020 roku Kanadyjskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, SOGC). Zaznaczyło wtedy, że szczepienia są ważną częścią podstawowej i profilaktycznej opieki zdrowotnej u ciężarnych, a korzyści ze szczepienia w czasie ciąży (np. krztuścowi i grypie) dla płodu oraz noworodka są dobrze poznane i zalecenie tych szczepień stanowi część rutynowej opieki prenatalnej (14). Aktualne stanowisko rządu kanadyjskiego (9 września 2022 r.) mówi wyraźnie, iż szczepienia są ważnym elementem dla zdrowej ciąży, przynoszącym korzyści zdrowotne zarówno dla kobiety ciężarnej, jak i jej dziecka. W czasie ciąży rutynowo zaleca się w Kanadzie kilka szczepionek, w tym szczepionki przeciw SARS-CoV-2 (15).

Brytyjski publiczny system opieki zdrowotnej – National Health Service (NHS) – w swym komunikacie z dnia 30 lipca 2021 r. zalecił szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 szczepionkami mRNA kobietom w ciąży. Powołano się wówczas na dane z UK Obstetric Surveillance System (UKOSS) mówiące, iż ciężarne zaliczane są do najwyższego odsetka w tygodniowej liczbie hospitalizacji z powodu COVID-19, co jest związane ze wzrostem wskaźników infekcji i pojawieniem się wariantu Delta w całej Anglii. Stwierdzono także, że zakażenia SARS-CoV-2 w ciąży noszą za sobą oprócz znacznie większego ryzyka przyjęcia do szpitala także zwiększone prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu COVID-19 niż w populacji niebędącej w ciąży – zwłaszcza w trzecim trymestrze – oraz wyższe ryzyko przedwczesnych porodów (16). Zalecenia dotyczące rekomendowanych szczepień przeciwko SARS-CoV-2 u ciężarnych podtrzymano w oświadczeniu z 2.09.2022 opublikowanym przez brytyjską stronę rządową w porozumieniu z brytyjskim Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) (17).



FOT. 123 RF

Amerykańskie Centrum Kontroli Chorób Zakaźnych i Prewencji (CDC) już 11 sierpnia 2021 r. zaleciło szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 kobietom ciężarnym i karmiącym. Dyrektor CDC, Rochelle Walensky, stwierdziła wówczas: „CDC zachęca wszystkie kobiety w ciąży lub osoby, które myślą o zajściu w ciążę i karmiące piersią, do zaszczepienia się w celu ochrony przed COVID-19. Szczepionki są bezpieczne i skuteczne, a zwiększenie szczepień nigdy nie było pilniejsze, ponieważ mamy do czynienia z wysoce zakaźnym wariantem Delta i widzimy poważne skutki COVID-19 wśród nieszczepionych kobiet w ciąży” (18). Stanowisko to zostało podtrzymane w komunikacie z dnia 14 lipca 2022 r., gdzie zawarto również ostrzeżenie: „jesteś w ciąży lub niedawno byłaś w ciąży, jest bardziej prawdopodobne, że zachorujesz na COVID-19 w porównaniu z osobami, które nie są w ciąży. Dodatkowo, jeśli chorujesz na COVID-19 w czasie ciąży, masz zwiększone ryzyko powikłań, które mogą wpłynąć na ciążę i rozwój dziecka” (19).

Podobne stanowiska zajęły pod koniec 2021 roku departamenty zdrowia poszczególnych stanów Australii, zaznaczając dodatkowo, że nie ma dowodów naukowych sugerujących, iż którakolwiek ze szczepionek – w tym preparaty przeciwko SARS-CoV-2 – mają jakikolwiek wpływ na płodność mężczyzn lub kobiet (20). Obecne zalecenia rządu australijskiego mówią, że najlepszym sposobem na zmniejszenie ryzyka zachorowania na COVID-19 są aktualnie wszystkie szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 zalecane dla konkretnej grupy wiekowej lub indywidualnych potrzeb zdrowotnych. Podkreśla się też fakt, że można otrzymać szczepionkę mRNA przeciwko koronawirusowi na każdym etapie ciąży (21). Także rząd Nowej Zelandii

zaleca szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 kobiet ciężarnych szczepionką Pfizer/BioNTech (22).

Polska zaliczała się do jednych z pierwszych państw, których krajowe towarzystwa naukowe poparły ideę szczepień przeciwko SARS-CoV-2 ciężarnych. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP) wydało stosowne stanowisko już 26 kwietnia 2021 r., w którym stwierdzono, że „szczepionki przeciw COVID-19 powinny być oferowane kobietom ciężarnym i karmiącym”. Już wówczas podkreślono, że nie stwierdzono zwiększonego ryzyka stosowania szczepień przeciw COVID-19 u kobiet w ciąży w stosunku do pozostałej populacji osób w wieku prokreacyjnym, jak również nie ma danych o szkodliwym działaniu szczepionki na rozwój płodu od momentu zapłodnienia. Ze względu na ograniczone na początku 2021 roku informacje na temat pełnego profilu bezpieczeństwa szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 sugerowano wtedy, przy braku wskazań do pilnego zaszczepienia kobiety w ciąży, aby powyższą procedurę wykonać po okresie organogenezy, a więc po zakończeniu pierwszego trymestru ciąży (23). Obecnie wiadomo już, że nie ma potrzeby stosowania tego typu ograniczeń.

Wniosek

Obecnie przy braku dostępnych powszechnie w Polsce doustnych specyficznych leków przeciwko SARS-CoV-2 (24), wciąż najlepszą strategią walki z pandemią COVID-19 stanowią powszechne szczepienia. Niestety odsetek ciężarnych Polek, które decydują się na szczepienia w tym czasie – także przeciwko grypie czy krztuścowi – jest dramatycznie niski. Polska nie należy także do rekordzistów pod względem całkowitej liczby zaszczepionych



PIŚMIENNICTWO:

1. Dzieciatkowski T, Szarpak L, Filipiak KJ i wsp. COVID-19 challenge for modern medicine. *Cardiol J*. 2020; 27(2): 175-183. doi: 10.5603/CJ.a2020.0055.
2. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (dostęp: 25.09.2022)
3. Dzieciatkowski T, Golke A, Tulimowski J. Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w ciąży. *Nowy Gabinet Ginekologiczny*. 2022; 2 (63): 28-31.
4. Schmid MB, Fontijn J, Ochsenein-Köblle N, Berger C, Bassler D. COVID-19 in pregnant women. *Lancet Infect Dis*. 2020; 20(6): 653. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30175-4.
5. Adhikari EH, Spong CY. COVID-19 vaccination in pregnant and lactating women. *JAMA*. 2021; 325(11): 1039-1040. doi: 10.1001/jama.2021.1658.
6. 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.
7. Bleicher I, Kadour-Peero E, Sagi-Dain L i wsp. Early exploration of COVID-19 vaccination safety and effectiveness during pregnancy: interim descriptive data from a prospective observational study. *Vaccine*. 2021; 39(44): 6535-6538. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.09.043.
8. Riley LE. mRNA Covid-19 vaccines in pregnant women. *N Engl J Med*. 2021; 384(24): 2342-2343. doi: 10.1056/NEJMe2107070.
9. Magnus MC, Örtqvist AK, Dahlqvist E i wsp. Association of SARS-CoV-2 vaccination during pregnancy with pregnancy outcomes. *JAMA*. 2022; 327(15): 1469-1477. doi: 10.1001/jama.2022.3271.
10. Schaler L, Wingfield M. COVID-19 vaccine - can it affect fertility? *Ir J Med Sci*. 2021; 1-3. doi: 10.1007/s11845-021-02807-9.
11. Goncu Ayhan S, Oluklu D, Atalay A i wsp. COVID-19 vaccine acceptance in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021; 154(2): 291-296. doi: 10.1002/ijgo.13713.
12. Kharbanda EO, Vazquez-Benitez G. COVID-19 mRNA vaccines during pregnancy: new evidence to help address vaccine hesitancy. *JAMA*. 2022 Apr 19;327(15):1451-1453.
13. Zapletal J, Drochýtek V, Varbuchtová A i wsp. Analysis of awareness and acceptance of SARS-CoV-2 vaccination among pregnant women. *Ceska Gynekol*. 2022; 87(2): 100-103. doi: 10.48095/ccccg2022100.
14. https://sogc.org/common/Uploaded%20files/Latest%20News/SOGC_Statement_COVID-19_Vaccination_in_Pregnancy.pdf (dostęp: 25.09.2022)
15. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/vaccination-pregnancy-covid-19.html> (dostęp: 25.09.2022)
16. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/documents/covid-19-vaccination-in-pregnancy/> (dostęp: 25.09.2022)
17. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-women-of-childbearing-age-currently-pregnant-planning-a-pregnancy-or-breastfeeding/covid-19-vaccination-a-guide-for-women-of-childbearing-age-pregnant-planning-a-pregnancy-or-breastfeeding> (dostęp: 25.09.2022)
18. <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s0811-vaccine-safe-pregnant.html> (dostęp: 25.09.2022)
19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html> (dostęp: 25.09.2022)
20. <https://www.health.qld.gov.au/news-events/news/the-covid-19-vaccine-and-pregnancy> (dostęp: 25.09.2022)
21. <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/who-can-get-vaccinated/pregnant-women> (dostęp: 25.09.2022)
22. <https://covid19.govt.nz/covid-19-vaccines/covid-19-vaccine-facts-and-advice/pregnancy-and-vaccination/> (dostęp: 25.09.2022)
23. <https://www.ptgin.pl/aktualnosc/stanowisko-ptgin-dotyczace-szczepien-kobiet-ciezarnych-przeciwko-covid19> (dostęp: 25.09.2022)
24. Dzieciatkowski T, Golke A. Doustne leki: nowa nadzieja w walce z SARS-CoV-2. *Nowy Gabinet Ginekologiczny*. 2022; 65 (4): 24-27.
25. <https://konkret24.tvn24.pl/zdrowie,110/wielka-brytania-wycofuje-rekomendacje-szczepien-na-covid-19-dla-kobiet-w-ciazy-to-nieprawda,1117178.html> (dostęp: 25.09.2022)

obywateli przeciwko SARS-CoV-2. Według dostępnych informacji komplet szczepień podstawowych (dwie dawki) przyjęło ok. 67% Polaków, a pierwszą dawkę przypominającą już tylko 37%. Po ogłoszeniu 15 września 2022 roku możliwości zaszczepienia wszystkich osób powyżej 12. roku życia, w ciągu tygodnia deklarację taką złożyło ok. 130 tys. osób, z czego

do szczepień przystąpiło ok. 65 tys. Nadal stanowi to zdecydowanie zbyt małą liczbę, by móc mówić o dobrym zabezpieczeniu polskiego społeczeństwa. Nie sprzyjają temu pojawiające się często w mediach społecznościowych plotki czy błędne informacje, jakoby „rząd Wielkiej Brytanii wycofał rekomendację szczepień na COVID-19 dla ciężarnych”. Większość z nich

rozpowszechniana jest przez osoby, które nie mają nic wspólnego zawodowo z branżą medyczną i bazuje na niepotwierdzonych lub przestarzałych informacjach (25). Tym bardziej istotne są w tym kontekście wyjaśnienia oparte na źródłach naukowych, które mogą pomóc przekonać pacjentki do wzięcia udziału w szczepieniach przeciwko SARS-CoV-2.

DR HAB. N. MED. TOMASZ DZIECIĄTKOWSKI

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik: prof. dr hab. Hanna Pituch.

Adres do korespondencji: dr hab. Tomasz Dzieciatkowski; ul. Chałubińskiego 5, 02-004 Warszawa; tel./fax. 22 628 27 39; e-mail: tdzieciatkowski@wum.edu.pl

DR N. MED. PAULA DOBOSZ

Kierownik Zakładu Genetyki i Genomiki, Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

DR N. WET. ANNA GOLKE

Katedra Nauk Przedklinicznych, Wydział Medycyny Weterynaryjnej Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, kierownik: dr hab. Małgorzata Gieryńska

LEK. JACEK TULIMOWSKI

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

Bromocorn®

● ZABURZENIA CYKLU MIESIĄCZKOWEGO

● BEZPŁODNOŚĆ U KOBIET

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



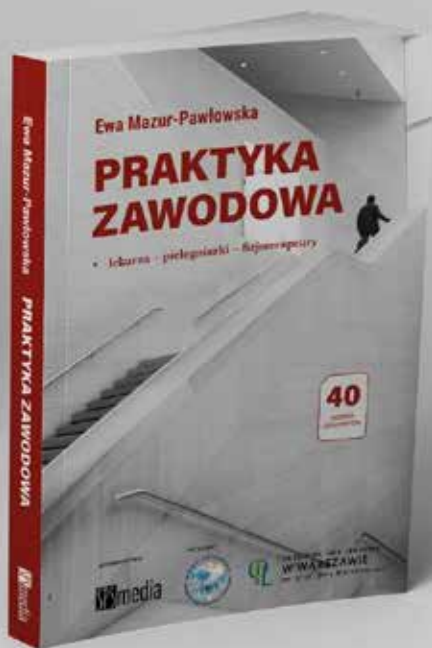
B/NG/VI/2022

**Rx | JEDYNA REFUNDOWANA
BROMOKRYPTYNA**



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

NOWOŚĆ



Kolejna książka Pani adwokat Ewy Mazur-Pawłowskiej. Zostały w niej szczegółowo opisane wszystkie zasady prowadzenia gabinetu stomatologicznego w ramach praktyki zawodowej.

- Książka zawiera 40 wzorów dokumentów, niezbędnych przy zakładaniu i prowadzeniu gabinetu.
- Wszystkie dokumenty dostępne są w formie elektronicznej do edycji.
- Stan prawny: lato 2022 r.

Książka pt. "Praktyka zawodowa" jest uzupełnieniem wydanej w 2021 roku książki pt. Podmiot leczniczy, która szczegółowo opisywała prowadzenia działalności leczniczej właśnie w ramach podmiotu leczniczego.

Zamówienia:
tel. 888 040 666

e-mail: sklep@nowygabinet.pl



www.sklep.nowygabinet.pl

Lekarskie zaniechanie podczas porodu

NIEPRZEPROWADZENIE CESARSKIEGO CIĘCIA, PO WYSTĄPIENIU NIEPRAWIDŁOWOŚCI W ZAPISIE KTG, BYŁO GŁÓWNYM POWODEM POWIKŁAŃ POPORODOWYCH, KTÓRE OBECNIE SKUTKUJĄ U DZIEWCZYNKI PORĄŻENIEM SPASTYCZNYM CZTEROKOŃCZYNOWYM. Sąd wskazał na winę lekarzy i wymierzył karę pieniężną dla szpitala.

Jurgen Thorwald, autor „Stulecia chirurgów” – zbeletryzowanych opowieści o pionierach medycyny, twierdził, że śmiertelne przypadki są nieuniknione i nie można ich „oskarżać”. Oskarżać bowiem można jedynie ludzką niedoskonałość.

Zapraszamy na nową serię Analiz Przypadków, przedstawiających historie ginekologicznych przypadków medycznych. Czasem będą to błędy medyczne, czasem powikłania, a czasem niezasadnie zgłoszone przez pacjentów roszczenia.



FOT. 123 RF

Opis przypadku

Pani M.W. w lipcu 2008 r. zaszła w pierwszą ciążę. Zdecydowała się na prowadzenie jej w prywatnym gabinecie lekarza ginekologa położnika K.L. W okresie ciąży Pani M.W. była czterokrotnie hospitalizowana (z powodu objawów skracania szyjki macicy, niedokrwistości dużego stopnia i kolki nerkowej, wzmożonym napięciem macicy oraz znacznie skróconą częścią pochwową, anemią).

8 marca 2009 r. o godz. 7:15 kobiecie zaczęły odchodzić wody płodowe i rozpoczęła się akcja porodowa. Po konsultacji telefonicznej z lekarzem prowadzącym ciążę – Pani M.W. udała się do SPZOZ Szpitala w R., gdzie przyjęto ją o godz. 8:40 z sączącymi się wodami płodowymi.

Na izbie przyjęć kobieta została poddana badaniu KTG. O godz. 9:51 wykonano zdjęcie główki w badaniu USG. Pacjentka czuła silne skurcze, ale nie odczuwała ruchów dziecka. Po badaniu około godz. 13:00 cofnięto pacjentkę z sali porodowej. Około godz. 16:30

w badaniu per vaginam stwierdzono ujście na 3 cm, główkę przypartą od wchodu, skurcze regularne co 6 – 7 min. O godz. 17:40 pacjentkę przeniesiono na salę porodową.

Dyżur pełnił wówczas lek. med. W.Z. posiadający specjalizację I stopnia. Pacjentce zaczęto w pompie podawać oksytocynę celem ustabilizowania regularności skurczów macicy. O godz. 18:00 stwierdzono „ujście rozwarne na 3 cm, część pochwową zgładzoną, główkę przypartą od wchodu, sączące czyste wody płodowe, ASP 140/min., skurcze regularne z wchłanianiem kroplówki naskurczowej”.

Na sali porodowej Panią M.W. poddano trzykrotnie badaniu KTG z aparatu, który drukował wyniki z numerem początkowym 30 o godz.: 13:00, 17:40 i 20:18.

Wyniki badania KTG z godz. 13:00 i z godziny 17:40 mieściły się w granicach normy.

Analizował je według podpisu na badaniach lek. W.Z. Dyżurujący lekarz poinformował wówczas lek. K.L. o przebiegu porodu. Jako że lek. K.L. miał podpisany kontrakt ze szpitalem w R., poinformował, że przyjdzie do szpitala.

autorki:
**Karolina Podsiadły-
Gęsikowska,
Aleksandra Powierża**

W szpitalu zjawił się około godz. 19:00 i przejął prowadzenie porodu drogą naturalną.

O godz. 20:05 pacjentce podano znieczulenie zewnątrzoponowe z uwagi na dużą bolesność skurczy przy 4 cm rozwarciu. Wynik badania KTG z godz. 20:18 – 20:41 wskazywał na patologię porodu, tj. cztery deceleracje późne, z amplitudą oscylacji milczącej. Po tym badaniu pacjentka nie była poddawana już KTG. Nie prowadzono stałego monitoringu na KTG, mimo patologii w wyniku badania z godz. 20:15. Tętno dziecka osłuchiwało ręcznie po każdym skurczu, nie odnotowując żadnych nieprawidłowości i deceleracji. Poród zakończył się o godz. 21:45.

Dziecko urodziło się w 34. tygodniu ciąży w zamartwiocy bladej. Dziewczynka była wiotka, z pojedynczą akcją serca i z wagą 2030 g. W 1. min życia otrzymała 5 punktów w skali Apgar, a po 5 minutach uzyskała 8 pkt w tej skali. Po narodzinach była cała sina i nie wydawała żadnych dźwięków. Została poddana masażowi serca i wentylacji maską Ambu. Po masażu akcja serca wróciła do normy. Oddech dziecka opisano jako stękający. W związku ze stwierdzoną przez pediatrę zamartwicą dziewczynka została umieszczona w inkubatorze otwartym pod stałym dopływem tlenu. Wyniki gazometrii mieściły się w normie, podobnie inne wyniki przeprowadzonych badań. Z uwagi na stabilny stan dziecka, po konsultacji z matką, ordynator pediatrii zdecydował o niewysyłaniu dziewczynki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

Opuściła ona szpital 23 marca 2009 r., w 12. dobie życia. Po wyjściu ze szpitala i przeprowadzeniu głębszej diagnostyki, u małej stwierdzono porażenie spastyczne czterokończynowe.

Zarzuty postawione szpitalowi

W związku z powyższym pełnomocnik przedstawicieli ustawowych dziecka złożył pozew do Sądu Okręgowego przeciwko Szpitalowi w R. m.in. o ustalenie odpowiedzialności szpitala względem małoletniej za skutki zdarzenia z dnia 8.03.2009 r. Sąd Okręgowy w wyroku uznał odpowiedzialność pozwanego szpitala.

W uzasadnieniu oparł się o opinię biegłych, zgodnie z którą lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu dopuścili się uchybień podczas porodu małoletniej w dniu 8.03.2009 r. poprzez nieprzeprowadzenie, po wystąpieniu nieprawidłowości w zapisie KTG z godz. 20:18, cesarskiego cięcia. Rozwiązanie ciąży w ten sposób ograniczyłoby – zdaniem Sądu – powikłania poporodowe u dziewczynki, związane z niedotlenieniem mózgu, które obecnie skutkują porażeniem spastycznym czterokończynowym.

Postępowanie dowodowe

Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, że podczas porodu małoletniej doszło do nieprawidłowości polegającej na podjętej przez lekarza prowadzącego – dr. K.L. – decyzji o kontynuowaniu porodu drogą naturalną, mimo wskazań związanych z wystąpieniem deceleracji późnych i zmiennych w zapisie KTG, zamiast zakończyć poród drogą cesarskiego cięcia. Niedotlenienie, którego wynikiem był wylew do mózgu małoletniej oraz następcze mózgowo porażenie dziecięce, mogło także wynikać z przebiegu porodu, który zgodnie z wnioskami biegłych był prowadzony nieprawidłowo. Matka dziewczynki, pomimo wystąpienia nieprawidłowości czynności serca płodu, nie była monitorowana aparatem KTG przez cały czas porodu. A nadto zaniechano, w konkretnym momencie pojawiania się deceleracji, rozwiązania porodu. Zdaniem sądu postępowanie lekarzy ze szpitala w R., na których ciążyła odpowiedzialność za prawidłowy przebieg porodu, uznano za bezprawne, a zarazem zawinione.

I chociaż pełnomocnik szpitala w R. złożył do Sądu Apelacyjnego apelację od wyroku Sądu Okręgowego, to Sąd Apelacyjny oddalił ją, podtrzymując ustalenia i wyrok Sądu Okręgowego.

BŁĘDY LEKARZY

- decyzja o kontynuowaniu porodu drogą naturalną, mimo wskazań związanych z wystąpieniem deceleracji późnych i zmiennych w zapisie KTG;
- matka dziewczynki, pomimo wystąpienia nieprawidłowości czynności serca płodu, nie była monitorowana na KTG przez cały czas porodu;
- zaniechano, w momencie pojawiania się deceleracji, rozwiązania porodu.

KONSEKWENCJE BŁĘDÓW

- powikłania poporodowe u dziewczynki, związane z niedotlenieniem mózgu, skutkują obecnie porażeniem spastycznym czterokończynowym.

Wyrok

Ostatecznie Sąd przyznał na rzecz małoletniej: 800 000 zł tytułem zadośćuczynienia, 87 712,94 zł tytułem odszkodowania, 121 658,68 zł z tytułu skapitalizowanej renty oraz miesięczną rentę w wysokości 3376,63 zł.

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.



KAROLINA PODSIADŁY- GĘSIKOWSKA - ADWOKAT ALEKSANDRA POWIERŻA - RADCA PRAWNY

Wspólniczki Kancelarii adwokacko-radcowskiej Podsiadły-Gęsikowska, Powierża Sp.p. specjalizującej się w prawie medycznym – szczególnie w zagadnieniach dotyczących odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów oraz prawami pracowniczymi. Prowadzą blog „Prawnik lekarza” oraz fanpage na facebooku pod tą samą nazwą.

EVA Pro - wydarzenie w świecie kolposkopii

PO KILKU LATACH INTENSYWNEJ PRACY ROZWOJOWEJ I TESTOWEJ, W POLSCE DOSTĘPNE JEST NOWE NARZĘDZIE DIAGNOSTYCZNE DO WIZUALIZACJI, TWORZENIA ORAZ ARCHIWIZOWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ZAKRESIE WCZESNEGO WYKRYWANIA ZMIAN PRZEDNOWOTWOROWYCH ORAZ RAKA SZYJKI MACICY (RSM).

EVA Pro to najnowszej generacji mobilny kolposkop z serii EVA System izraelskiej firmy MobileODT. Pomaga lekarzom oglądać, rejestrować, opisywać oraz udostępniać zdjęcia i wideo z badań stanu tarczy szyjki macicy, pochwy i sromu. Działa na podstawie zatwierdzonego przez National Cancer Institute algorytmu AVE. Możliwość zintegrowania EVA Pro z technologią VisualCheck – zautomatyzowaną wizualną oceną stanu szyjki macicy opartą na algorytmach sztucznej inteligencji, stanowi dodatkowe wsparcie dla lekarza i zapewnia większą pewność diagnostyki w kierunku RSM.

Krok w rozwoju

– Nowy, mobilny i cyfrowy kolposkop EVA Pro to znaczący krok naprzód w rozwoju technologii i samego produktu. Jest odpowiedzią na zmieniające się czasy, nowe wyzwania związane z cyfrową rzeczywistością, jak również na coraz większe oczekiwania i świadomość pacjentek w aspekcie badań diagnostycznych. Naukowcom udało się osiągnąć zauważalny progres pod względem jakości wykonania, użyteczności i skuteczności tego urządzenia, które pełni zarówno funkcję kolposkopu, jak i narzędzia do obrazowania stanu okolic anogenitalnych – informuje Marcin Weksler, CEO firmy Mobile SCANMED Systems, która jest wyłącznym przedstawicielem MobileODT w Polsce. Główne pryncypia pozostały bez zmian. EVA Pro to nadal przenośne i mobilne urządzenie, które jest łatwe w transporcie



EVA Pro została zaprezentowana po raz pierwszy, nie tylko w Polsce ale i na świecie, podczas II Jesiennego Kongresu Akademii Ginekologii i Położnictwa w Arłamowie. Na zdjęciu dr n. med. Grzegorz Głąb, prezentujący główne tematy i nowe kierunki rozwoju po Kongresie EUROGIN 2022 oraz lek. med. Jerzy Zygmunt, dzielący się swoim doświadczeniem i wiedzą w zakresie mobilnej kolposkopii, wspomaganej przez sztuczną inteligencję.



i przeniesieniu między gabinetami. Nie wymaga stosowania kabli, wszystko działa w oparciu o wi-fi lub internet stacjonarny. Nic nie zmieniło się także w obszarze aplikacji i portalu, na którym przechowywane są wszystkie dane pacjentek.

– Bezprzewodowa komunikacja z zabezpieczoną bazą danych pacjentek na portalu to jedna z najważniejszych zalet urządzeń serii EVA – potwierdza Marcin Weksler. Niezmienne pozostały również doceniane przez lekarzy możliwości nanoszenia komentarzy na zdjęciach w czasie rzeczywistym. Oprogramowanie zapewnia ich łatwe edytowanie na urządzeniu lub na portalu.

Czym wyróżnia się EVA Pro?

EVA Pro to urządzenie w pełni zintegrowane. Posiada wbudowaną kamerę i najnowszej generacji układ optyczny, który daje 16-krotne powiększenie obrazów. Gwarantuje to lepszą jakość zdjęć i filmów – są ostre, wyraźne i czyste. Dwa źródła światła dokładniej oświetlają tarczę szyjki macicy, co wpływa na temperaturę i lepszą jakość kolorów. Natomiast ekran LCD o zwiększonej rozdzielczości umożliwia jeszcze lepsze, bardziej diagnostyczne spojrzenie na obraz. Nowy zielony filtr obrazu zaprojektowany w celu optymalizacji kontrastu struktur naczyniowych oraz prosta i intuicyjna obsługa w języku polskim dopełniają całości.

Wśród najważniejszych zalet dr n. med Grzegorz Głąb, ekspert kolposkopii wskazuje na fakt, że „urządzenie EVA Pro jest zintegrowane z najnowszym algorytmem Visual-Check 2.0 i już wkrótce dzięki modułowi HeatMap będzie posiadać możliwość prezentacji graficznej wraz w wartością liczbową wskaźnika predykcji wystąpienia zmiany H SIL w zaznaczonym fragmencie obrazu szyjki macicy”.

Czy ta premiera okaże się wielkim wydarzeniem w świecie kolposkopii i wczesnej pogłębionej diagnostyki w kierunku RSM? Pozostaje mieć taką nadzieję, ponieważ tak kompletnego narzędzia zawierającego tak wiele udogodnień i sprawdzonych oraz skutecznych rozwiązań nie ma na rynku w tym segmencie. Jest droższe od poprzedniej wersji ale firma przygotowała specjalny program wymiany istniejącego urządzenia EVA 3.0 Plus na EVA Pro. Dla nowych klientów oferowany jest atrakcyjny system leasingu.

EVA Pro to ciąg dalszy ewolucji i rewolucji dla użytkowników oraz nowych adeptów specjalności kolposkopii, która jest coraz bardziej potrzebna, a także doceniana. To ona bowiem ma duży wpływ na zdrowie milionów coraz bardziej świadomych Polek.

W kuluarach II Jesiennego Kongresu Akademii Ginekologii i Położnictwa, podczas którego EVA Pro miała swoją premierę mówiło się, że jest to „game changer” na światowym rynku, o sukcesie którego niedługo się przekonamy.



EVA Pro to urządzenie kompletne i zintegrowane. Posiada wbudowaną kamerę i najnowszej generacji układ optyczny, który daje 16-krotne powiększenie obrazów. Gwarantuje to lepszą jakość zdjęć i filmów – są ostre, wyraźne i czyste.

Peruka – jako element wspomagający podczas leczenia choroby nowotworowej

PACJENCI ONKOLOGICZNI CIERPIĄ Z POWODU WIELU DOLEGLIWOŚCI SPOWODOWANYCH ROZWOJEM CHOROBY NOWOTWOROWEJ, JAK RÓWNIEŻ DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH, ZWIĄZANYCH Z ZASTOSOWANĄ TERAPIĄ. Leczenie onkologiczne skierowane jest przede wszystkim na komórki nowotworowe. Niestety skutki uboczne chemioterapii oraz jej toksyczność dotyczą również zdrowych komórek.



FOT. NAR

Przykładem ubocznego działania chemioterapii są cebulki włosowe, które ulegają uszkodzeniu, co w konsekwencji powoduje utratę owłosienia. Jest to jedna z trudniejszych chwil w trakcie leczenia pacjentek, dlatego że włosy są jednym z największych atrybutów kobiecości.

Trauma utraty włosów

Kilka lat temu prowadziłem badania wśród amazoнок i z ankiety wynikało, że dla ponad 50% kobiet większą traumą była utrata włosów niż mastektomia. Choroba jest intymną sprawą pacjentki i najbliższych, a w momencie utraty włosów staje się publiczną. W takich sytuacjach doskonałym środkiem zaradczym jest proteza włosów, czyli peruka.

Wiele kobiet podczas leczenia onkologicznego po raz pierwszy ma kontakt z perukami. Często boją się tego tematu, mając wyobrażenie, że są takie same, jakie widzą na manekinach w sklepach. To błędny pogląd, bo peruki medyczne są wykonane z najwyższej

Dla ponad 50% kobiet większą traumą była utrata włosów niż mastektomia. Choroba jest intymną sprawą pacjentki i najbliższych, a w momencie utraty włosów staje się publiczną

jakości włosa syntetycznego, do złudzenia przypominające włosy naturalne. Wiele modeli wykonanych jest ręcznie, zgodnie z najnowszymi trendami mody fryzjerskiej.

Jestem Kobietą – piękna w chorobie

Większość pacjentek chce perukę dokładnie odwzorowującą dotychczasową fryzurę, po to, aby nikt się nie zorientował, że są chore lub bezpośrednio po zakończeniu terapii.

Tego typu oczekiwania skłoniły mnie do stworzenia cyklu warsztatów skierowanych do pacjentek onkologicznych pt. „Jestem Kobietą – piękna w chorobie”. Projekt ten realizujemy jako firma przy współpracy z federacją Amazoнок oraz fundacjami onkologicznymi.

Ważny element wsparcia psychicznego

Podczas wspólnych zajęć zajmujemy się tym, co dla kobiet jest ważne, czyli fryzurami, stylizacją i wizażem. Każda kobieta chce być piękna i tego typu warsztaty na oddziałach szpitalnych pomagają im o tym pamiętać i na chwilę zapomnieć o chorobie. Uświadamiamy im, że choroba jest sytuacją przejściową i po skończeniu leczenia dalej będą piękne jak wcześniej. Jest to ważny element wsparcia psychicznego dla pacjentek, co pomaga w zwalczaniu choroby, daje pacjentkom nadzieję na to, że wszystko będzie jak przed chorobą.

Stworzyliśmy również warsztaty dla personelu medycznego, wolontariuszy i psychologów pracujących w placówkach onkologicznych, po to, aby przygotować kobiety na utratę włosów i pokazać, że jest to stan przejściowy.

Kilkanaście lat doświadczenia na rynku perukarskim oraz szkoleniowym pokazały, że tego typu zajęcia są czymś co pomaga. Podczas tych spotkań najlepsze chwile są wtedy, gdy widzimy uśmiech na twarzach pacjentek.



**IRENEUSZ
HARBUZ**

Dyrektor Generalny CMC Poland, Manager Kadry Polski Fryzjerstwa Artystycznego, CMC Poland, Manager Kreator Academy

Bromocorn®:

1 tabletkę zawiera jako substancję czynną 2,5 mg bromokryptyny (Bromocriptinum) w postaci bromokryptyny mezylanu oraz substancje pomocnicze: w tym 185 mg laktozy. Substancje pomocnicze: skrobia ziemniaczana, kroskarmelozą sodową, laktozę jednowodną, magnez stearynian, talk. **Wskazania do stosowania:** Choroba Parkinsona; wszystkie okresy choroby Parkinsona samoistnej lub po zapaleniu mózgu, Bromocorn można stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami stosowanymi w tej chorobie. Akromegalia; jako lek wspomagający lub w specjalnych przypadkach, jako lek alternatywny dla zabiegu chirurgicznego lub radioterapii. Gruczolaki wydzielające prolaktynę (prolaktynoma); leczenie zachowawcze mikro- i makrogruczolaków przysadki wydzielających prolaktynę; przed operacjami podejmowanymi w celu zmniejszenia wielkości guza i ułatwienia usunięcia guza; po operacji, jeżeli poziom prolaktyny jest nadal podwyższony. Hiperprolaktynemia u mężczyzn; hipogonadyzm zależny od prolaktyny (oligospermia, utrata libido, impotencja). Zapobieganie lub hamowanie fizjologicznej laktacji poporodowej wyłączenie ze względów medycznych (takich jak: utrata dziecka podczas porodu, śmierć noworodka, zarażenie matki wirusem HIV). Bromokryptyna nie jest zalecana w celu rutynowego hamowania laktacji lub zmniejszania objawów poporodowego bólu i obrzęku piersi, które można z powodzeniem leczyć niefarmakologicznie (np. podtrzymywaniem piersi, okładami z lodu) i (lub) przez podanie zwykłych środków przeciwbólowych. Zaburzenia cyklu miesiączkowego, bezpłodność kobiet; zależne od prolaktyny stany hiperprolaktynemii i pozornej normoprolaktynemii; brak miesiączkowania (z mlekotokiem lub bez mlekotoku), skąpe miesiączkowanie; brak fazy lutealnej; hiperprolaktynemia polekowa (np. po niektórych lekach psychotropowych i obniżających ciśnienie). Bezpłodność kobiet niezależna od prolaktyny; zespół policystycznych jajników, cykle miesiączkowe bezowulacyjne (podawanie leku jako uzupełnienie leczenia antyestrogenami, np. kłomifenem). **Dawkowanie i sposób stosowania:** Produkt leczniczy stosować doustnie. Należy przyjmować podczas posiłku. Choroba Parkinsona; dla zapewnienia optymalnej tolerancji, leczenie powinno zaczynać się od dawki 1,25 mg (pół tabletki) na dobę, najlepiej podawanej wieczorem, w ciągu pierwszego tygodnia. Zwiększanie dawki powinno być powolne w celu określenia w każdym przypadku minimalnej dawki skutecznej. Zwiększenie dawki powinno być stopniowe, o 1,25 mg na dobę co tydzień. Dawkę dobową dzieli się na 2 do 3 dawek. Oczekiwany efekt leczniczy można osiągnąć w ciągu 6 do 8 tygodni. Jeżeli to nie nastąpi, dawka może być dalej zwiększona o 2,5 mg na dobę co tydzień. Zwykły zakres dawek stosowanych w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym to 10 do 30 mg bromokryptyny na dobę. Ograniczenie maksymalnej dawki do 30 mg na dobę. W razie wystąpienia działań niepożądanych w okresie zwiększania dawki, należy dawkę dobową zmniejszyć i utrzymać zmniejszoną co najmniej przez tydzień. Po ustąpieniu działań niepożądanych, dawkę można ponownie zwiększyć. U pacjentów leczonych lewodopą, u których występują zaburzenia ruchowe, sugeruje się zmniejszenie dawki lewodopy przed rozpoczęciem podawania produktu. Po uzyskaniu zadowalającej reakcji na Bromocorn, dawkę lewodopy można dalej stopniowo zmniejszać. U niektórych chorych można całkowicie zaprzestać podawania lewodopy. Akromegalia; początkowo 1,25 mg (pół tabletki) 2 do 3 razy na dobę, ze stopniowym zwiększaniem dawki do 10 - 20 mg na dobę w zależności od reakcji klinicznej i działań niepożądanych. Prolaktynoma; 1,25 mg (pół tabletki) 2 do 3 razy na dobę, ze stopniowym zwiększaniem dawki do kilku tabletek na dobę, dla utrzymania odpowiedniego obniżenia stężenia prolaktyny w osoczu. Hiperprolaktynemia u mężczyzn; 1,25 mg (pół tabletki) 2 do 3 razy na dobę, ze stopniowym zwiększaniem dawki do 5 - 10 mg na dobę. Zaburzenia cyklu miesiączkowego, bezpłodność kobiet; 1,25 mg (pół tabletki) 2 do 3 razy na dobę. Gdyby dawka okazała się nieskuteczna, należy ją stopniowo zwiększyć do 2,5 mg 2 do 3 razy na dobę. Leczenie należy kontynuować aż do powrotu prawidłowego cyklu miesiączkowego i (lub) przywrócenia jajczkowania. W razie potrzeby leczenie może być kontynuowane przez kilka cykli w celu zapobiegania nawrotowi choroby. Zapobieganie lub hamowanie fizjologicznej laktacji poporodowej wyłączenie ze względów medycznych (takich jak: utrata dziecka podczas porodu, śmierć noworodka, zarażenie matki wirusem HIV); jedna tabletkę pierwszego dnia, po 2 do 3 dniach 1 tabletkę dwa razy na dobę przez 14 dni. Stopniowe rozpoczęcie leczenia w tym wskazaniu nie jest konieczne. Dzieci i młodzież; Produktu Bromocorn nie należy stosować u dzieci i młodzieży poniżej 15. roku życia. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na bromokryptynę i inne alkaloidy sporyszu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Bromokryptyna jest przeciwwskazana u pacjentów z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, nadciśnieniem tętniczym w ciąży (w tym rzucawką, stanem przedrzucawkowym lub nadciśnieniem tętniczym z powodu ciąży), nadciśnieniem po porodzie i w połogu. U kobiet otrzymujących po porodzie bromokryptynę w celu zahamowania laktacji rzadko obserwowano ciężkie działania niepożądane, w tym nadciśnienie tętnicze, zawał serca, napady drgawkowe, udar mózgu lub zaburzenia psychiczne. U niektórych pacjentów wystąpienie napadu drgawkowego lub udaru mózgu poprzedzone było silnym bólem głowy i (lub) przemieszczającymi zaburzeniami wzroku. Zaleca się monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, zwłaszcza na początku leczenia. W razie wystąpienia nadciśnienia tętniczego, bólu w obrębie klatki piersiowej, ciężkich, nasilających lub utrzymujących się bólów głowy (z zaburzeniami wzroku lub bez) lub objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego, leczenie bromokryptyną należy natychmiast przerwać, a pacjent powinien zostać jak najszybciej zbadany. Stosowanie produktu Bromocorn jest przeciwwskazane w przypadku pacjentów, u których występuje choroba wieńcowa w wywiadzie i inne ciężkie zaburzenia układu krążenia lub objawy zaburzeń psychicznych lub ciężkie zaburzenia psychiczne w wywiadzie. Pacjenci, u których podaje się ten produkt w hamowaniu laktacji lub w stanach zagrożenia życia produktem Bromocorn z powodu makrogruczolaka przysadki mogą go stosować jedynie w przypadku, gdy oczekiwane korzyści przeważają nad potencjalnymi zagrożeniami. W przypadku długotrwałego leczenia: stwierdzenie wody zastawkowej serca na podstawie echokardiografii wykonanej przed leczeniem. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Brak wystarczających dowodów potwierdzających skuteczność produktu Bromocorn w leczeniu objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego i łagodnych chorób gruczolak sutkowej. Z tego względu nie zaleca się podawania produktu Bromocorn w leczeniu tych zaburzeń. Ogólne: Jeżeli kobiety, których dolegliwości nie są związane z hiperprolaktynemią, leczone są produktem Bromocorn, to należy go podawać w najmniejszej dawce koniecznej do usunięcia ich dolegliwości. Ma to na celu uniknięcie możliwości zmniejszenia stężenia prolaktyny w osoczu poniżej normy, co może doprowadzić do zaburzeń funkcji lutealnej. Sporadycznie pojawiały się doniesienia o krwawieniu z przewodu pokarmowego i owrzodzeniu żołądka. W przypadku wystąpienia tych dolegliwości, Bromocorn powinien być odstawiony. Pacjenci z wrzodem trawiennym w wywiadzie lub aktualnie rozpoznany, powinni pozostawać pod szczególnie troskliwą opieką lekarską w trakcie leczenia. Czasami, szczególnie w pierwszych dniach leczenia, może wystąpić spadek ciśnienia tętniczego powodując zmniejszenie czujności, dlatego należy zachować szczególną ostrożność w czasie prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych. Stosowanie produktu Bromocorn wiąże się z występowaniem senności i występowaniem epizodów nagłego zaśnięcia, szczególnie u pacjentów z chorobą Parkinsona. Epizody nagłego zaśnięcia w czasie diennej aktywności, w niektórych przypadkach nieswiadomości lub bez objawów zwijających, obserwowano bardzo rzadko. Należy u tym poinformować pacjentów i doradcę ich żebym w czasie stosowania bromokryptyny nie prowadził pojazdów mechanicznych i nie obsługiwał urządzeń mechanicznych w ruchu. Pacjenciom, u których wystąpi senność i (lub) epizody nagłego zaśnięcia nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych i obsługiwać urządzeń mechanicznych w ruchu. Ponadto należy rozważyć zmniejszenie dawki lub zakończenie leczenia. U pacjentów leczonych bromokryptyną, zwłaszcza długotrwale i dużymi dawkami obserwowano niekiedy wysięk opłucnowy i osierdzinowy, a także zwłóknienie opłucnej i płuc oraz zaciśnięcie zapalenie osierdzia. Jeśli u pacjenta występują niewyjaśnione zaburzenia ze strony płuc i opłucnej, należy go dokładnie zbadać i rozważyć przerwanie leczenia bromokryptyną. U kilku pacjentów leczonych bromokryptyną, zwłaszcza długotrwale i dużymi dawkami, obserwowano zwłóknienie zaotrzewnowe. Aby mieć pewność rozpoznania zwłóknienia zaotrzewnowego we wczesnym, odwracalnym stadium, zaleca się, aby w tej grupie pacjentów uważnie śledzić jego objawy (takie jak ból pleców, obrzęk kończyn dolnych, zaburzenia czynności nerek). Bromokryptynę należy odstawić, jeśli stwierdzi się lub podejrzewa występowanie zaotrzewnowych zmian włóknistych. **Stosowanie u kobiet po porodzie:** U kobiet otrzymujących po porodzie produkt Bromocorn dla zahamowania laktacji w rzadkich przypadkach obserwowano ciężkie działania niepożądane, w tym nadciśnienie tętnicze, zawał serca, napady drgawkowe, udar mózgu i zaburzenia psychiczne. U niektórych chorych wystąpienie napadu drgawkowego lub udaru mózgu poprzedzone było silnym bólem głowy i (lub) przejściowymi zaburzeniami wzroku. Mimo, że związek przyczynowy między tymi działaniami i produktem Bromocorn nie jest ustalony, to u kobiet otrzymujących po porodzie produkt Bromocorn w celu zahamowania laktacji oraz u pacjentów leczonych z innych wskazań, zaleca się okresowe monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi. W razie wystąpienia ciężkiego, postępującego nadciśnienia tętniczego, utrzymujących się bólów głowy (z zaburzeniami wzroku lub bez) lub objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego, leczenie należy natychmiast przerwać, a pacjent powinien być jak najszybciej zbadany. Szczególna ostrożność jest wymagana w przypadku pacjentów leczonych ostatnio lub obecnie lekami wpływającymi na ciśnienie tętnicze krwi, np. lekami zwężającymi naczynia krwionośne takimi, jak sympatykomimetyki lub alkaloidy sporyszu łącznie z ergometryną i metyloergometryną. Nie zaleca się również równoczesnego podawania tych leków z produktem Bromocorn w połogu. **Stosowanie u pacjentów z gruczolakiem przysadki mózgowej wydzielającym prolaktynę:** U pacjentów z makrogruczolakami przysadki może dojść do niedociśnienia przysadki na skutek ucisku i zniszczenia jej tkanki. Dlatego u pacjentów tych, przed rozpoczęciem stosowania produktu Bromocorn, należy zbadać czynność przysadki i wprowadzić odpowiednią terapię zastępczą. U chorych z wtórną niewydolnością kory nadnerczy, konieczne jest zastosowanie zastępczej terapii kortykosteroidami. Należy dokładnie monitorować zmiany rozmiarów guza u pacjentów z makrogruczolakiem przysadki. W przypadku znacznego rozwoju guza, należy uwzględnić możliwość wykonania zabiegu chirurgicznego. Jeśli w trakcie terapii produktem Bromocorn, pacjentka z gruczolakiem przysadki zajdzie w ciążę, obowiązkową jest dokładna obserwacja. W czasie ciąży może dojść do wzrostu gruczolaka przysadki wydzielającego prolaktynę. W takim przypadku, leczenie produktem Bromocorn często prowadzi do zmniejszenia rozmiarów guza i szybkiego zmniejszenia zaburzeń pola widzenia. W ciężkich przypadkach, kiedy dochodzi do ucisku nerwu wzrokowego lub innych nerwów czaszkowych, wymagany jest zabieg chirurgiczny. Zaburzenia pola widzenia są znanym powikłaniem makrogruczolaka przysadki mózgowej wydzielającego prolaktynę. Skuteczne leczenie produktem Bromocorn prowadzi do zmniejszenia hiperprolaktynemii i często do poprawy pola widzenia. Jednakże u niektórych pacjentów może wystąpić wtórne uszkodzenie pola widzenia mimo normalizacji stężenia prolaktyny i zmniejszenia rozmiaru guza. Efekt ten może być spowodowany ścignięciem skrzyżowania nerwów wzrokowych do obecnie uszkodzonego pustułka tureckiego. W takich przypadkach pole widzenia może ulec poprawie po zmniejszeniu dawki bromokryptyny co spowoduje zwiększenie stężenia prolaktyny i częściową odpowę. Dlatego zaleca się monitorowanie pola widzenia u pacjentów z makrogruczolakiem przysadki mózgowej wydzielającym prolaktynę w celu wczesnego rozpoznania wtórnej utraty pola widzenia z powodu włknięwania skrzyżowania nerwów wzrokowych do siadła tureckiego i odpowiedniego dostosowania dawki. U niektórych pacjentów z gruczolakami wydzielającymi prolaktynę leczonych produktem Bromocorn obserwowano wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nosa. Dostępne dane sugerują, że stan taki może być skutkiem obkurczenia się guzów inwazyjnych. Dzieci i młodzież; Produktu Bromocorn nie należy stosować u dzieci i młodzieży poniżej 15. roku życia. Pacjenci w podeszłym wieku; Badania kliniczne z produktem Bromocorn nie uwzględniały wystarczającej liczby pacjentów w wieku 65 lat i starszych, w celu określenia czy reakcja na lek pacjentów w podeszłym wieku różni się od reakcji pacjentów w młodszy wieku. Pozostałe doświadczenia kliniczne, w tym post-marketingowe zgłoszenia działań niepożądanych, nie wskazują jednakże na istnienie różnic w tolerancji produktu pomiędzy pacjentami w podeszłym wieku a pacjentami w młodszy wieku. Pomimo, iż u pacjentów w podeszłym wieku przyjmujących produkt Bromocorn nie zaobserwowano zmian w profilu skuteczności lub działań niepożądanych, u niektórych z nich nie można kategorycznie wykluczyć większej wrażliwości. Przy wyborze dawki dla pacjentów w podeszłym wieku należy stosować ostrożność. Ze względu na częściej występujące w tej grupie pacjentów zmniejszenie czynności wątroby, nerek lub serca, występowanie jednocześnie innych chorób lub stosowanie równocześnie innych leków, leczenie należy rozpoczynać od mniejszej dawki. Należy regularnie monitorować pacjentów pod kątem rozwoju zaburzeń kontroli impulsów. Należy poinformować pacjentów i ich opiekunów, że u osób leczonych agonistami dopaminy, w tym lekiem Bromocorn, mogą wystąpić behawioralne objawy zaburzeń kontroli impulsów, w tym: uzależnienie od hazardu, zwiększenie libido, hiperseksualność, kompulsyjne wydawanie pieniędzy lub kupowanie oraz kompulsyjne lub napadowe objadanie się. W takich przypadkach zaleca się rozważenie zmniejszenia dawki lub stopniowe odstawienie leku. Produkt Bromocorn zawiera laktozę jednowodną, nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktozy typu Lapp lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. **Działania niepożądane:** Zaburzenia psychiczne; splątanie, pobudzenie psychoruchowe, omamy, zaburzenia psychotyczne, bezsenność, zwiększenie libido, podwyższona aktywność seksualna. Zaburzenia układu nerwowego; ból głowy, senność, zawroty głowy, dyskinetyka, senność, parastezje, nadmierna senność w ciągu dnia, nagłe zaśnięcia. Zaburzenia oka; zaburzenia wzroku, nieostre widzenie. Zaburzenia ucha i błędnika; szum uszny. Zaburzenia serca; częstoskurcz, rzadkoskurcz, arytmia, wady zastawkowe (wiążące łożnice krwi do serca) oraz związane z tym zaburzenia (zapalenie osierdzia i wysięk osierdzinowy). Zaburzenia naczyni; niedociśnienie, hipotonia ortostatyczna (będąca bardzo rzadko przyczyną omdleń), odwracalna błądność palców u rąk i nóg wywołana zimnem (zwłaszcza u pacjentów z chorobą Raynauda w wywiadzie). Zaburzenia oddechowe, klatki piersiowej i śródpiersia; przekrwienie błony śluzowej nosa, wysięk opłucnowy, zwłóknienie opłucnej, zapalenie opłucnej, zwłóknienie płuc, duszność. Zaburzenia żółtawkowo-jelitowe; nudności, zaparcia, wymioty, suchosć jamy ustnej, biegunka, bóle brzucha, włknięcie zaotrzewnowe, krwawienie z przewodu pokarmowego. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej; alergiczne reakcje skórne, utrata włosów. Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, tkanki łącznej i kości; skurcz nóg. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania; uczucie zmęczenia, obrzęki obwodowe, zespół przypominający żółtawy zespół neuroleptyczny po nagłym odstawieniu produktu. U pacjentów leczonych agonistami dopaminy, w tym lekiem Bromocorn, może wystąpić: uzależnienie od hazardu, zwiększenie libido, hiperseksualność, kompulsyjne wydawanie pieniędzy lub kupowanie oraz kompulsyjne lub napadowe objadanie się. W trakcie stosowania bromokryptyny w celu zahamowania laktacji w okresie poporodowym odnotowano rzadkie przypadki nadciśnienia tętniczego, zawału mięśnia sercowego, objadanie się. W trakcie udaru mózgu lub zaburzeń psychicznych. **Rp - Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza.** Przed zastosowaniem należy zapoznać się z pełną informacją o leku. **Podmiot odpowiedzialny posiadający Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy FIOFARM®, ul. Pułaskiego 39, 85-619 Bydgoszcz. **Pozwolenie MZ na dopuszczenie do obrotu nr:** R/2119. **Cena urzędowa:** Bromocorn 2,5 mg x 30 tabl. cena detaliczna 18,10 zł, poziom odpłatności - ryczałt (R), odpłatność dla pacjenta 3,20zł. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2022 r.

B/N6/V/2022



UWAGA!

Zmiana wskazania dla leków Gynoxin:

Drożdżycza błon śluzowych narządów płciowych (zapalenie sromu i pochwy, zapalenie pochwy, upławy). Leczenie zakażeń mieszanych pochwy.

GYNOXIN®
Fentikonazol



Najszerze wskazanie wśród leków OTC:
grzybicze i mieszane infekcje intymne¹
Działa jeszcze **72 h po aplikacji leku²**.

Nazwa produktu leczniczego: (A) Gynoxin Optima, 200 mg, kapsułka dopochwowa, miękka. (B) Gynoxin Uno, 600 mg, kapsułka dopochwowa, miękka.
Nazwa powszechnie stosowana: (A, B) Azotan fentikonazolu (Fenticonazoli nitras). **Skład jakościowy i ilościowy:** (A) 1 kapsułka dopochwowa, miękka zawiera 200 mg azotanu fentikonazolu (Fenticonazoli nitras). Substancje pomocnicze o znanym działaniu: etylu parahydroksybenzoesan (E 215), propylu parahydroksybenzoesan sodowy (E 217). (B) 1 kapsułka dopochwowa, miękka zawiera 600 mg azotanu fentikonazolu (Fenticonazoli nitras). Substancje pomocnicze o znanym działaniu: etylu parahydroksybenzoesan (E 215), propylu parahydroksybenzoesan sodowy (E 217). Postać farmaceutyczna: (A, B) Kapsułka dopochwowa, miękka. **Wskazania do stosowania:** (A, B) Drożdżycza błon śluzowych narządów płciowych (zapalenie sromu i pochwy, zapalenie pochwy, upławy). Leczenie zakażeń mieszanych pochwy. (B) Gynoxin Uno przeznaczony jest do stosowania u dorosłych i młodzieży w wieku powyżej 16 lat. U kobiet w wieku powyżej 60 lat, Gynoxin Uno można stosować po konsultacji z lekarzem. **Dawkowanie i sposób podawania:** (A, B) Tylko do stosowania dopochwowego. Nie ustalono bezpieczeństwa stosowania i skuteczności Gynoxin Optima/Gynoxin Uno u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 16 lat. Dane nie są dostępne. Dawka zalecana dla młodzieży w wieku 16 lat lub powyżej jest taka sama jak dla dorosłych. (A) 1 kapsułka dopochwowa, miękka raz na dobę przez 3 dni. Aplikować głęboko do pochwy wieczorem przed snem. (B) Kapsułkę dopochwową, mięką 600 mg stosuje się jednorazowo. Zakładać głęboko do pochwy przed udaniem się na spoczynek. Jeśli objawy utrzymują się, następną dawkę można powtórzyć po trzech dniach. **Przeciwwskazania:** (A, B) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. (B) Gynoxin Uno zawiera lecytynę sojową. Jeśli pacjentka jest uczulona na orzeszki ziemne lub soję nie powinna stosować tego produktu leczniczego. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** (A, B) Należy skonsultować się z lekarzem, w przypadku: gdy pacjentka jest w wieku powyżej 60 lat, gdy do zakażenia doszło po raz pierwszy, nawracających objawów (więcej niż 2 zakażenia w ciągu ostatnich 6 miesięcy), gorączki ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), bólu w dolnej części brzucha, pleców lub dyzurii, cuchnących upławów, nudności, nieregularnych lub nieregularnych krwawień z pochwy, upławów zabarwionych krwią i (lub) bólu w ramionach, gdy po upływie 7 dni nie nastąpiła poprawa, gdy pacjentka lub jej partner przechodzili kiedykolwiek chorobę przenoszoną drogą płciową, nadwrażliwości na imidazol lub inne przeciwgrzybicze produkty lecznicze do stosowania dopochwowego, ran pochwy i sromu w tym owrzodzeń i pęcherzy, działań niepożądanych, takich jak: świąd, zaczerwienienie, wysypka, które są związane z leczeniem. Produktu leczniczego nie należy stosować jednocześnie z mechanicznymi środkami antykoncepcyjnymi, środkami plemnikobójczymi, irygatorami dopochwowymi lub innymi produktami dopochwowymi. W przypadku zakażenia również partnera zaleca się jego równoczesne leczenie. Fentikonazol w czasie ciąży i laktacji powinien być stosowany pod nadzorem lekarza. (A, B) Produkt leczniczy zawiera etylu parahydroksybenzoesan i propylu parahydroksybenzoesan sodowy, które mogą powodować reakcje alergiczne (możliwe reakcje typu późnego). W przypadku wystąpienia miejscowego podrażnienia lub reakcji uczuleniowej leczenie należy przerwać. **Działania niepożądane:** (A, B) Po wprowadzeniu kapsułki do pochwy może wystąpić łagodne, przemijające uczucie pieczenia. Fentikonazol słabo się wchłania przy stosowaniu na zdrową skórę/błonę śluzową i występowanie ogólnoustrojowych działań niepożądanych jest mało prawdopodobne, jeśli Gynoxin Optima/Gynoxin Uno jest stosowany zgodnie z zaleceniami. Długotrwałe stosowanie miejscowe produktu leczniczego może spowodować nadwrażliwość. Działania niepożądane zestawiono według układów i narządów zgodnie z terminologią MedDRA, i według częstości: Zaburzenia układu rozrodczego i piersi: odczuwanie pieczenia sromu i pochwy (częstość: bardzo rzadko). Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: rumień, świąd, wysypka (częstość: bardzo rzadko). Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: nadwrażliwość w miejscu podania (częstość: nieznaną). **Podmiot odpowiedzialny:** (A, B) Recordati Industria Chimica e Farmaceutica S.p.A., Via Civitali 1, 20148 Mediolan, Włochy. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu i nazwa organu, który je wydał:** (A) 8432, (B) 8433 (A, B) Minister Zdrowia. **Kategoria dostępności:** (A, B) Produkt leczniczy wydawane bez przepisu lekarza – OTC.

1. Dotyczy leków bez recepty dostępnych w Polsce. **2.** Periti P. et al Journal of Chemotherapy 1999; 11(3):3-42. **3.** Charakterystyka Produktu Leczniczego Gynoxin® Optima, 200 mg, kapsułka dopochwowa, miękka. Data zatwierdzenia: 09/2020. Odnosi się wyłącznie do czasu stosowania leku. **4.** Charakterystyka Produktu Leczniczego Gynoxin® Uno, 600 mg, kapsułka dopochwowa, miękka. Data zatwierdzenia: 09/2020. Odnosi się wyłącznie do czasu stosowania leku.