

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **1**
(68) 2023

Czynnościowy podwzgórzowy brak miesiączki – przypadek kliniczny. Diagnostyka oraz algorytm leczniczy



GINEKOLOGIA:

- **Hymenoplastyka**
Cz. 3: przygotowanie,
doradztwo, wskazania
i przeciwwskazania
- **Leczenie**
dysfunkcyjnego
krwawienia z macicy
- **Rola szczepień**
przeciwko HPV
w profilaktyce zakażeń
ludzkimi wirusami
brodawczaka

PRAWO:

- **Nowe zasady**
reklamowania
wyrobów medycznych
- **Powikłanie w ciąży**
ektopowej

NOWA

GINEKOLOGIA

2023



04.03.2023 – WARSZAWA
11.03.2023 – GDYNIA
18.03.2023 – LUBLIN
15.04.2023 – WROCŁAW
13.05.2023 – KRAKÓW

*Minimum teorii
– maksimum praktyki*

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Najdłużej kontynuowany i najbardziej popularny wśród polskich ginekologów projekt edukacyjny wchodzi w „dorosłość”! – **„NOWA GINEKOLOGIA 2023”** będzie 18-tą edycją tego cyklu! Przez 17 lat mieliśmy ogromną przyjemność i prawdziwy zaszczyt spotykać się z Wami ucząc się nawzajem od siebie sztuki ginekologiczno-położniczej. Niezmiennie kierując się zasadą **„Minimum teorii – maksimum praktyki”**, zamierzamy jeszcze bardziej upraktyczyć formułę i zwiększyć interaktywność tych spotkań w ich 18-tej edycji.

Serdecznie zapraszamy do udziału w tych konferencjach wszystkich ginekologów/położników bez względu na staż pracy czy rodzaj praktyki zawodowej.

Do zobaczenia podczas cyklu konferencji **„NOWA GINEKOLOGIA 2023”** !

KOMITET PROGRAMOWY

Prof. dr hab. n.med. Jan Kotarski
Prof. dr hab. n.med. Tomasz Paszkowski
Prof. dr hab. n.med. Leszek Pawelczyk
Prof. dr hab. n.med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Szczegóły oraz rejestracja są dostępne na stronie konferencji:
www.nowaginekologia.alltus.pl lub bezpośrednio u organizatora:
tel.: +48 531 075 866, e-mail: nowaginekologia@alltus.pl.
Udział w konferencjach możliwy jest po zarejestrowaniu się.



Wydawca:



Adres redakcji:

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

p.o. Redaktora naczelnego:

Jacek Tulimowski
jtulimowski@gmail.com

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

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

Redakcja:

Piotr Szymański

Korekta:

Krzysztof Kowalczyk

Reklama:

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

Prenumerata:

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

Skład i łamanie:

Ewa Kopka-Nowakowska

Fot. na okładce:

123RF

Nakład: 3000 egz.

Wydawnictwo dostępne wyłącznie w prenumeracie.

Magazyn jest kierowany do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu art. 52 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 6.01.2001 Prawo Farmaceutyczne. Cena za kolejnych 12 numerów 190 zł (w tym VAT). Redakcja nie odpowiada za treść materiałów reklamowych oraz ma prawo odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny. Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

W NUMERZE

**4
Miscellanea**

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

**10
Hymenoplastyka Cz. 3: przygotowanie, doradztwo, wskazania i przeciwwskazania**

Według WHO, z czysto medycznych powodów, rekonstrukcja błony dziewiczej nie jest wskazana medycznie. Procedura nie przynosi żadnych korzyści medycznych, więc nie ma odpowiednio korzystnego stosunku korzyści do ryzyka [15], ale powinniśmy wziąć pod uwagę kontekst kulturowy, o którym pisałem w poprzednich częściach, i działać w najlepszym interesie pacjentki.

**12
Czynnościowy podwzgórzowy brak miesiączki – przypadek kliniczny – diagnostyka oraz algorytm leczniczy**

**16
Powikłanie w ciąży ektopowej**

Często się zdarza, że pacjentki obwiniają lekarzy za niepowodzenia w donoszeniu ciąży. Czasem wynika to z działania lub zaniechania lekarza, czasem jednak przyczyny wynikają z patologii, która nie może być rozpoznana w początkowej fazie rozwoju ciąży.

**18
Leczenie dysfunkcjonalnego krwawienia z macicy**

Cavaterm to mało inwazyjna metoda, która umożliwia trwałe zmniejszenie lub nawet wyeliminowanie krwawienia miesięczkowego bez naruszenia równowagi hormonalnej. Może być stosowana w przypadku endometrium o grubości powyżej 12 mm. Daje rewelacyjne wyniki, bo ponad 90 proc. kobiet leczonych tą metodą jest zadowolonych z zabiegu.

**20
Rola szczepień przeciwko HPV w profilaktyce zakażeń ludzkimi wirusami brodawczaka**

Plaskonabłonkowy rak

szylki macicy jest jednym z najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet na całym świecie. W ponad 90% przypadków jest on spowodowany zakażeniami onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Szczepionki przeciwko HPV zapewniają długotrwałą, niezawodną ochronę przed infekcjami HPV, które są najczęściej związane z procesem nowotworzenia.

**24
Nowe zasady reklamowania wyrobów medycznych**

Od początku 2023 r. zaczęły obowiązywać nowe przepisy REGULUJĄCE REKLAMOWANIE wyrobów medycznych. Jest to efekt wprowadzonej w życie 7 kwietnia 2022 r. nowej ustawy o wyrobach medycznych. Kwestie dotyczące reklamy wyrobów medycznych weszły z 9-miesięcznym opóźnieniem i zaczęły obowiązywać od Nowego Roku. Jakie zmiany przynoszą nowe przepisy dla praktykujących lekarzy? Czy zmieni się możliwość i zakres reklamowania gabinetów medycznych?

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 Ginekologiczny, Warszawa;

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Celewicz

Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;

Prof. dr hab. n. med.

Włodzimierz Sawicki
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa Chorób Kobietych 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 Kobietych i Ginekologii Onkologicznej, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie.

Dr n. med.

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

Lek. med.

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

Prof. dr hab. med.

Piotr Rutkowski
Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy 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

PROFILAKTYKA

Test, który wykryje endometriozę, stworzyli naukowcy z WUM

Nieinwazyjny test, który wykryje endometriozę w 48-godziny, opracowali naukowcy z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jak informują – może być to przełom w leczeniu tej choroby.

Biopsja endometrium ma być pobierana w gabinecie ginekologicznym, a następnie umieszczana w płynie stabilizującym. Wykorzystywana do tego ma być metoda z zastosowaniem techniki qRT-PCR, która podczas pandemii koronawirusa stała się bardzo popularna. Stworzył go polski start-up Diagendo. Próbkę poddawana jest testowi, który wykrywa podwyższony poziom ekspresji genu FUT4, wynik, w zależności od obciążenia pracą laboratorium, może być dostępny nawet w 48 h. Samo badanie przypomina cytologię.

– Obecnie prowadzimy rozmowy z ogólnopolskimi sieciami laboratoriów oraz szpitali, aby test był dostępny w wielu miastach na terenie kraju. Mam nadzieję, że w lutym opublikujemy na naszych mediach społecznościowych listę pierwszych partnerów, gdzie test będzie dostępny – wyjaśniają badacze.

Przyczyną problemów ze zdiagnozowaniem endometriozy jest brak odpowiednich testów, dających jednoznaczny i szybki wynik. Diagnostyka polega na wykonaniu ginekologicznego badania USG.

– Jednak na jego podstawie można tylko domniemywać, że pacjentka choruje na endometriozę. Aby potwierdzić diagnozę, konieczne jest wykonanie kosztownego zabiegu laparoskopowego – czytamy na stronie WUM.

– Według szwedzkich wyliczeń średni czas potrzebny na postawienie ostatecznej diagnozy wynosi aż 9 lat – zaznaczał prof. Piotr Ludański tamże. W niektórych przypadkach może to trwać nawet 12 lat. Ze statystyk wynika, że endometrioza dotyczy 6–15 proc. ogólnej populacji kobiet, występuje głównie u kobiet



FOT. 123 RF

w wieku rozrodczym, jak również u młodocianych i u 3 proc. kobiet po menopauzie. U kobiet cierpiących z powodu niepłodności, częstość występowania endometriozy wzrasta do 35–50 proc. przypadków. Powoduje codzienny dyskomfort i ból, uniemożliwiający normalne funkcjonowanie. Dolegliwości występują w różnych momentach cyklu, nie tylko podczas bardzo obfitych miesiączek. Najbardziej charakterystyczne jest trudne do opisanie uczucie ciężkości, rozpierania w dole brzucha, które pojawia się na przykład podczas stosunku czy w czasie owulacji. (PT)

DIAGNOSTYKA

Rak piersi u 7-letniej dziewczynki

Ogromne zdumienie wzbudził wśród lekarzy przypadek 7-letniej dziewczynki, u której zdiagnozowano raka piersi. Dziewczynka pochodzi z Chile, jej mama powiedziała, że choroba dawała o sobie znać znacznie wcześniej. Pierwsze oznaki nowotworu pojawiły się, gdy dziewczynka miała zaledwie 5 lat.

– Podczas jej wycierania i nakładania kremu zauważyłam mały guzek pod jej sutkiem. Lekarz powiedział mi, że to nie jest normalne i że guzek będzie się powiększać, jeśli zostanie pozostawiony na dłuższy czas. Ale nigdy mi nie powiedział z czym wiąże się jego usunięcie. Teraz moja córka jest okaleczona i muszę z tym żyć – mówi mama dziewczynki. – Przypadek dziecka poniżej 7. roku życia z tą chorobą był dotąd „całkowicie anegdotyczny” – powiedział hematolog dziecięcy i onkolog Francisco Barriga.

Lekarze, by ocalić życie dziewczynki zdecydowali się na przeprowadzenie mastektomii. Było to dużym ciosem dla rodziny dziecka.

Medycy postanowili również wykonać serię badań; obecnie rodzina czeka na wyniki i ma nadzieję, że nie doszło do przerzutów.

– Jedyną rzeczą, o której mi wspomina, kiedy zabieram ją do onkologa, jest to, że nie chce być łyśa. Poza tym nie rozumie, że straciła pierś – mówi przejęta mama dziewczynki. Kobieta boi się reakcji córki na swoje ciało, gdy ta dorośnie.

Jeśli jednak okaże się, że nowotwór daje przerzuty, rodzina ma w planach wyjazd do Barcelony na dalsze leczenie, gdzie pracują najlepsi specjaliści zajmujący się leczeniem nowotworów u małych dzieci. (PT)

PROFILAKTYKA

Starsi ojcowie przekazują więcej mutacji

Wciąż obserwuje się wzrost wieku, w którym ludzie decydują się na spłodzenie potomstwa. Dlatego opublikowane niedawno badanie może okazać się szczególnie cenne w tym kontekście. Naukowcy z Rockefeller University w USA uważają, że męski układ rozrodczy, to główne miejsce powstawania zmienionych genów, co dzieje się za sprawą mutacji.

Badacze podkreślają, że może to wyjaśniać, dlaczego starsi ojcowie przekazują więcej mutacji potomstwu niż młodszy. Naukowcy przeprowadzili doświadczenia na muszkach owocowych. Choć muszki na pierwszy rzut oka wydają się inaczej zbudowane niż ludzie, to wiele zachodzących w nich procesów ma swoje odpowiedniki u człowieka.

Co ważne również, owady te szybko się mnożą, to zaś pozwala na prowadzenie intensywnych badań. Naukowcy stwierdzili, że w późniejszym wieku niesione w plemnikach geny zawierają więcej mutacji. Według nich może to oznaczać wyższe ryzyko genetycznych zaburzeń i niektórych nowotworów. Stojące za tym mechanizmy pozostają jednak słabo poznane.

– Chcieliśmy sprawdzić, czy linie komórek rozrodczych starszych samców są mniej skuteczne w naprawie mutacji czy też więcej mutacji zawierają już na starcie. Nasze wyniki wskazują, że dzieją się oba procesy jednocześnie. Na każdym etapie spermatogenezy



FOT. 123 RF

pojawia się więcej nowych mutacji na jedną cząsteczkę RNA u starszych much niż u młodszych – mówi prof. Evan Witt z Rockefeller University.

– W dużej mierze nie wiadomo, czy bardziej zmutowana komórka płciowa jest mniej zdolna do zapłodnienia niż mniej zmutowana. Nie było na ten temat wielu badań, z wyjątkiem prowadzonych na poziomie populacji. Tymczasem, jeśli ludzie dziedziczą więcej mutacji po ojcach,

zwiększa to szanse na nowe zaburzenia genetyczne i niektóre rodzaje raka – tłumaczy prof. Witt.

I choć nie ma konkretnych tez wyciągniętych z tych badań, to naukowcy podkreślają jednak, że wyniki mogą niemało powiedzieć o ludzkim zdrowiu i jego ewolucji. Przeprowadzone na muszkach owocowych badanie zostało opisane na łamach periodyku „Nature Ecology & Evolution”. (PT)

PROFILAKTYKA

Darmowe szczepionki przeciw HPV

Dwa roczniki dziewcząt i chłopców (12 i 13 lat) otrzymają darmowe szczepienia HPV. Taką decyzję miało podjąć Ministerstwo Zdrowia – informuje Dziennik Gazeta Prawna. Program ma się rozpocząć z ponad rocznym poślizgiem, ale za to dla cztery razy większej grupy.

Szczepionki, które chronią przed rakiem szyjki macicy, miały być dostępne dla części dzieci już w 2021 r. Tak zakładano w przyjętej przez rząd Narodowej Strategii Onkologicznej. Jednak resort zdrowia nie miał prawnej możliwości kupienia szczepionki, która nie jest wpisana do obowiązkowego kalendarza. Szczepionka przeciw HPV ma być jedynie zalecana. Sytuacja się zmieniła, ponieważ zgodnie z nową ustawą o Funduszu Medycznym, Ministerstwo Zdrowia może kupować szczepionki także tylko

te zalecane. Szczepionki mają być kupione w tym roku.

Przychodnie, które będą podawać szczepionkę, otrzymają ją za darmo, a samo jej podanie będzie refundowane. Preparat będzie dostępny dla dwóch roczników. Szczepienia mają być oferowane 12- i 13-latkom. Takie decyzje mają nadgonić lukę, która powstała w związku z opóźnieniem. Związek między szczepionką a spadkiem liczby nowotworów jest bezpośredni. Naukowcy w 2021 r. w medycznym czasopiśmie „The Lancet” opublikowali wyniki przeprowadzonych w tym samym roku badań, które wskazywały na istotny spadek liczby nowotworów szyjki macicy u kobiet od czasu wprowadzenia programu szczepień w 2008 roku. Szczepienia zdołały prawie całkowicie wyeliminować ten rodzaj

raka u kobiet urodzonych przed 1995 r. – napisali naukowcy.

Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV jest jedną z najczęstszych infekcji wirusowych, przenoszonych głównie drogą płciową. Szacuje się, że liczba kobiet i mężczyzn, którzy są nosicielami HPV na całym świecie wynosi 660 mln.

HPV to także czynnik, który co roku powoduje około 595 tys. przypadków raka szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu. Za najbardziej onkogenne uważa się podtypy HPV-16 i 18 – łącznie w 70 proc. odpowiadają za wywołanie raka szyjki macicy. Za odkrycie związku między zakażeniem HPV a wystąpieniem raka szyjki macicy w 2008 roku Niemiec, prof. Harald zur Hausen, otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny. (PT)

BADANIA

Układ odpornościowy po urodzeniu dziecka może mieć wpływ na zaburzenia nastroju kobiet

Z analizy przeprowadzonej przez naukowców z Cedars-Sinai Medical Center w Kalifornii wynika, że zaburzenia nastroju dotykające wiele kobiet po urodzeniu dziecka, mają związek z nieregularnościami w funkcjonowaniu układu odpornościowego.

Z przeprowadzonych badań wynika także, że jedna na osiem kobiet doświadcza okołoporodowych zaburzeń nastroju, które mogą utrudniać codzienne funkcjonowanie i przyczyniać się do pogorszenia stanu zdrowia. Jednak, co warto podkreślić, większość dotychczasowych badań dotyczących tego tematu koncentrowała się przede wszystkim na pierwszym roku po porodzie, podczas gdy u 30–50 proc. kobiet problemy te mogą trwać znacznie dłużej niż 12 miesięcy.

– Żadna z kobiet nie powinna cierpieć przez problemy zdrowia psychicznego przez lata po porodzie, dlatego bardzo chcemy ustalić, dlaczego część kobiet jest bardziej narażona m.in. na depresję czy zaburzenia lękowe – mówi dr Eynav Accortt, autorka analizy.

W badaniu wzięły udział 33 kobiety. Wypełniły one kwestionariusze dotyczące zdrowia psychicznego w ciągu trzech lat po urodzeniu dziecka.

Do analizy pobrano również próbki krwi kobiet. Badano je pod kątem różnych genów. Zaobserwowano, że na poziomie ekspresji genów, związanych ze stanem zapalnym,



FOT. 123 RF

występowały wyraźne różnice pomiędzy kobietami, które doświadczały zaburzeń nastroju po porodzie oraz tymi, które ich nie miały. Zwiększenie aktywności genów, związanych z silniejszym prozapalnym działaniem mechanizmów obronnych układu odpornościowego, zaobserwowano u kobiet, u których występowały nasilone objawy depresji, zaburzeń lękowych czy zespołu stresu pourazowego w okresie od dwóch

do trzech lat po urodzeniu dziecka. W tej grupie matek zaobserwowano także zmniejszenie aktywności genów związanych z obroną organizmu przed wirusami. Według badaczy, ważne jest opracowanie odpowiedniego badania krwi, które może pomóc we wczesnej diagnostyce ryzyka. Naukowcy są przekonani, że znacznie poszerzyłyby to możliwości oferowania wsparcia kobietom z tej grupy. (PT)

PRAWO

Zwolnienie wystawione on-line może być potraktowane jak łapówka

W Internecie można znaleźć coraz więcej firm, które oferują zwolnienia z pracy lub receptę on-line „od ręki”. Prawnicy ostrzegają jednak lekarzy, że jeśli konsultacja lekarska nie ma faktycznie miejsca, to przekazanie płatności za zwolnienie lekarskie można potraktować jako przekazanie łapówki za wystawienie dokumentu przez osobę pełniącą funkcję publiczną.

Za takie postępowanie grozi nawet 10 lat więzienia. Prawnicy przypominają również, że karalne jest także udzielanie korzyści majątkowych osobie pełniącej funkcję publiczną – a takimi są między innymi lekarze.

– Jeżeli w konkretnym przypadku konsultacja lekarska ma charakter

fikcyjny, to płatność za tzw. „L4” można potraktować jako de facto przekazanie łapówki za wystawienie dokumentu przez osobę pełniącą funkcję publiczną (art. 115 par. 19 Kodeksu karnego) – ostrzegają prawnicy na łamach portalu prawo.pl.

Prawnicy wskazują również, że lekarz, aby nie narażać się na odpowiedzialność karną, w ramach teleporady, na podstawie dostępnej dokumentacji, może przedłużyć leki. Natomiast w odniesieniu do zwolnień lekarskich istnieje możliwość jego przedłużenia. Jednak co do zasady wystawienie zwolnienia lekarskiego bez wizyty nie jest możliwe. Jak wynika z najnowszych danych ZUS, liczba zaświadczeń lekarskich, wystawionych z tytułu choroby

w listopadzie 2022 roku, wyniosła 1 mln 835 tys., w grudniu było to 2 mln 178 tys.

– Mamy jakiś problem w porównaniu do poprzedniego roku, bo L4 jest coraz więcej. Jest jeszcze czwarta kategoria zwolnień – to problemy psychiczne – zauważył Ostrowski. – Liczba udzielanych L4 z tego tytułu rośnie. A ostatnie lata były trudne dla nas wszystkich i to przekłada się na ogólną kondycję – powiedział w Polsat News przewodniczący OPZZ, Piotr Ostrowski.

Część osób twierdzi, że wzrost liczby zwolnień lekarskich wynika stąd, że lekarze wystawiają je zbyt często – czasem bez takiej konieczności. Eksperci jednak nie zgadzają się z takimi zarzutami. (PT)

DIAGNOSTYKA

Gęsta tkanka piersi jest bardziej narażona na nowotwory

Nawet czterokrotnie bardziej narażone na zachorowanie na nowotwór są kobiety, których piersi zbudowane są z gęstej tkanki gruczołowej. Tak uważają naukowcy z Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.

Poziom ryzyka raka piersi wzrasta wraz ze stopniem ich gęstości, choć eksperci nie są nadal pewni, dlaczego tak się dzieje.

– Jedna z hipotez twierdzi, że kobiety, mające gęściejszą tkankę piersi mają również wyższy poziom estrogenów, który zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu – powiedział dr Harold Burstein, onkolog piersi w Dana-Farber Cancer Institute.

Badacze postanowili sprawdzić, czy kobiety są świadome takiej zależności. W badaniu udział wzięło 1858 pań w wieku od 40 do 76 lat, które niedawno przeszły

mammografię. Kobiety te nie miały w rodzinie historii zachorowania na raka piersi i jednocześnie słyszały o gęstości piersi. Zostały poproszone o porównanie ryzyka zachorowania na nowotwór piersi, związanego z ich gęstością, z pięcioma innymi czynnikami, które odpowiadają za raka piersi. Chodzi o posiadanie krewnego pierwszego stopnia, chorującego na nowotwór piersi, nadwagę lub otyłość, spożywanie więcej niż jednego napoju alkoholowego dziennie, nieposiadanie dzieci i przeprowadzenie zabiegu biopsji piersi. Naukowcy przeprowadzili również wywiady z 61 uczestniczkami badania, które zgłosiły, że zostały poinformowane o gęstości swoich piersi, jednak nie uważały, by miało to związek z ryzykiem zachorowania na nowotwór. Naukowcy mają jasne tezy dotyczące wiedzy kobiet na ten temat.

– Niewielka świadomość, dotycząca związku między gęstością piersi a ryzykiem zachorowania na raka, jest niewielka nie tylko wśród samych kobiet. Wiedza ta jest również niewystarczająca wśród personelu medycznego, który zleca badania przesiewowe, dlatego zalecamy, by pacjentki, których piersi są „gęste”, oprócz standardowego badania mammograficznego, które jest w stanie wykryć zmiany w 90 proc., kierowane były także na USG i rezonans magnetyczny piersi – uważają autorzy badania. (PT)



FOT. 123 RF

LECZENIE

Poród po przeszczepie płuc

Zdrowe dziecko urodziła kobieta po przeszczepie płuc. To pierwszy taki poród, jaki odbył się w Polsce. Minęły trzy lata od przeszczepu zanim kobieta zaszła w ciążę. Do ciąży pacjentka była przygotowywana przez specjalistów ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Po zjściu w ciążę była też monitorowana przez specjalistów ze Śląska. Natomiast poród miał miejsce w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

– 11 czerwca 2019 roku w Śląskim Centrum Chorób Serca doszło u pacjentki do transplantacji płuc. Miała ona wtedy 19 lat. Przeszczep był podyktowany całkowitą niewydolnością oddechową w przebiegu mukowiscydozy. Po 3 latach od zabiegu, przy bardzo dobrej funkcji przeszczepionych płuc, pacjentka po optymalizacji leczenia immunosupresyjnego (przeciwodrzutowego) i odpowiednim przygotowaniu zaszła w ciążę – przypomina w komunikacie prasowym Śląski Uniwersytet Medyczny. Eksperci są przekonani, że to wspólny sukces zespołów medycznych z klinik Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Uważa się wręcz, że kobiety po transplantacji płuc, które zaszły w ciążę, są narażone na większe ryzyko w porównaniu

z innymi biorcami narządów mięszszowych. Ryzyko pogorszenia czynności płuc i odrzucenie nie są małe, stąd zaleca się, aby panie, które przeszły przeszczep płuc, unikały zjścia w ciążę w ciągu pierwszych 2–3 lat po operacji. Możliwe są liczne powikłania, takie jak: stan przedrzucawkowy, nadciśnienie, cukrzyca, infekcje, a także powikłania związane z niektórymi powszechnymi lekami przeciw odrzuceniu przeszczepu – w tym zwłaszcza wady wrodzone i przedwczesne porody – przypominają specjaliści. Mimo to kobieta w pełnej świadomości zdecydowała się na ciążę.

– To były długie godziny rozmów. Widziałem jej wielką determinację i stale nadzorowałem wyniki. Pani Patrycja pochodzi z województwa mazowieckiego, a zatem dla niej, logistycznie najbardziej optymalny był poród w cieszącym się ogromnym prestiżem Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – mówi dr hab. n. med. Marek Ochman, koordynator Oddziału Transplantacji Płuc z Pododdziałem Mukowiscydozy, Pododdziałem Chirurgii Klatki Piersiowej i Pododdziałem Chorób Płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze. Mama i jej córeczka opuściły już szpital. (PT)

LECZENIE

Są kraje, w których wciąż okaleczają żeńskie narządy płciowe

W tym roku, według najnowszych szacunków UNFPA, 4,3 mln kobiet i dziewcząt może stać się ofiarami praktyk związanych z okaleczaniem żeńskich narządów płciowych. Z kolei UNICEF podkreśla, że okaleczanie żeńskich narządów płciowych to szkodliwa i niebezpieczna forma przemocy ze względu na płeć oraz naruszenie praw człowieka.

Co gorsza z analiz wynika, że takich działań w kolejnych latach będzie więcej. Szacuje się, że do 2030 roku ich liczba wzrośnie do 4,6 miliona rocznie.

Przez okaleczanie żeńskich narządów płciowych rozumie się zabiegi polegające na częściowym lub całkowitym wycięciu żeńskich narządów płciowych z powodów niemedycznych. Najczęściej przeprowadza się je na dziewczętach – od wczesnego dzieciństwa do około 15. roku życia. W niektórych przypadkach ma to miejsce później i dzieje się bezpośrednio przed wydaniem kobiety za mąż.

Praktykuje się to przede wszystkim w zachodnich, wschodnich i północno-wschodnich regionach Afryki oraz w niektórych krajach Bliskiego Wschodu i Azji. UNICEF podkreśla, że w każdej formie okaleczania jest złamaniem fundamentalnych praw człowieka, m.in. prawa do zdrowia, ochrony i godności. Praktyka ta nie ma żadnych pozytywnych skutków dla zdrowia, a wręcz może prowadzić do poważnych komplikacji lub nawet śmierci. Bezpośrednio po okaleczeniu mogą występować krwawienia, infekcje, zatrzymanie moczu. Takie brutalne praktyki mają również konsekwencje psychiczne u dziewczyn. Tracą one zaufanie do rodziców i opiekunów. Mogą cierpieć z powodu depresji i stanów lękowych.

Dlaczego więc niektóre społeczności praktykują takie nieludzkie traktowanie dziewcząt? Widzą w niej rytuał przejścia. Inne wykorzystują, by zdusić w zarodku seksualność dziewczyn i mieć pewność, że pozostaną dziewicami do ślubu. Zarówno islam, jak i chrześcijaństwo nie popierają okaleczania. Czasem jednak zwolennicy



FOT. FREEPIK.COM

tych praktyk często uciekają się do wierzeń religijnych, by usprawiedliwić proceder. – Dokładna liczba kobiet, poddawanych okaleczeniu narządów płciowych pozostaje nieznana, ale szacunkowo mówi się o co najmniej 200 mln dziewcząt i kobiet z 31 krajów – czytamy na stronie internetowej UNICEF-u. (PT)

PRAWO

Zabiegi medycyny estetycznej mogą wykonywać tylko lekarze

Nie dla kosmetologów? Niebawem okaże się, kto będzie mógł wykonywać zabiegi z medycyny estetycznej. O prawo do tego zabiegają zarówno medycy, jak i kosmetolodzy. Ci pierwsi chcą przyznawanymi sobie certyfikatami ograniczyć dostęp do tego obszaru konkurencji kosmetologicznej.

Co więcej, Ministerstwo Zdrowia zmienia przepisy w taki sposób, by takie zabiegi mogli wykonywać tylko lekarze. Nic więc dziwnego, że spór o tę dziedzinę pomiędzy kosmetologami a lekarzami jest zaćięty. Jest to rynek, który wciąż rośnie i wart jest miliardy złotych.

Lekarze twierdzą, że tylko oni powinni przeprowadzać tego rodzaju usługi, gdyż są to zabiegi medyczne. Z kolei kosmetolodzy nie ustępują im, argumentując, że wykonują zabiegi powiększenia ust czy niwelowania zmarszczek już od lat. Robią to i robili zanim stało się to modne i zanim lekarze dostrzegli, że na tym rynku można sporo zarobić.

Z projektu przygotowanego przez resort zdrowia, który trafił do konsultacji, wynika, że o certyfikat umiejętności zawodowych w zakresie medycyny estetycznej ubiegać będą się mogli lekarze i lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu, niezależnie od swojej specjalizacji.

– W uzasadnieniu do rozporządzenia napisano: umiejętnością zawodową jest nabycie umiejętności z zakresu danej dziedziny

medycyny albo kilku dziedzin medycyny. Certyfikat umiejętności zawodowej przyznawać będzie towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym prowadzące działalność naukową od co najmniej 5 lat poprzedzających datę złożenia pierwszego wniosku o certyfikację danej umiejętności zawodowej albo państwowy instytut badawczy właściwy dla danej umiejętności zawodowej, które są wpisane do rejestru prowadzonego przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – tłumaczy minister zdrowia.

Dodatkowo ma powstać katalog procedur medycznych, dotyczących medycyny estetycznej, których przeprowadzanie będzie zastrzeżone dla lekarzy i lekarzy dentyistów.

– Przeanalizowaliśmy uwagi oraz nowe propozycje zgłoszone w toku konsultacji projektu rozporządzenia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów. Spotykamy się z poszczególnymi reprezentantami środowisk. Pierwsze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia dotyczyło medycyny estetycznej. Planowane są kolejne. Niezależnie od nich rozmawiamy z konsultantami krajowymi. Z uwagi na różne opinie podjęcie ostatecznych decyzji musi poprzedzić merytoryczna i wyczerpująca dyskusja na temat katalogu umiejętności zawodowych lekarza i lekarza dentyisty – wskazuje Wojciech Andrusiewicz, rzecznik prasowy ministra zdrowia. (PT)

PROFILAKTYKA

Płodność w czasie choroby nowotworowej

Sekcję Płodności w Chorobie Nowotworowej (Oncofertility) powołało Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Sekcja będzie prowadzić działalność edukacyjno-naukową w zakresie zabezpieczenia płodności u chorych na nowotwory.

Zadaniem sekcji będzie również współpraca z innymi towarzystwami naukowymi, a także aktywny udział w opracowaniu standardów w zakresie prowadzenia i bezpieczeństwa ciąży u chorych po leczeniu onkologicznym, jak również ocena zdrowia dzieci oraz działania profilaktyczne w tym zakresie.

Ma to być budowanie wspólnej przestrzeni do wymiany wiedzy oraz pomocy pacjentkom w ważnym dla nich aspekcie życia. Ekspertki podkreślają, że ostatnie lata przyniosły znaczną poprawę rokowania u chorych na nowotwory. Jest to zasługa nowoczesnych metod diagnostycznych

i terapeutycznych. Jednak leczenie onkologiczne, a szczególnie chemioterapia, wpływa niekorzystnie na płodność chorych w wieku prokreacyjnym. Stosowane terapie przeciwnowotworowe mogą powodować upośledzenie funkcji rozrodczych, a w skrajnych przypadkach prowadzić nawet do trwałej niepłodności.

Specjaliści podkreślają również, że brak dostatecznej wiedzy i zrozumienia problemów związanych z rozrodnością po chorobie nowotworowej budzi czasem kontrowersyjne reakcje otoczenia. To z kolei wzmacnia zjawisko dyskryminacji chorych na nowotwory. Dzisiejsza wiedza i rozwój nauki sprawia jednak, że odpowiednie działania profilaktyczne i edukacyjne dają chorym szansę na posiadanie potomstwa i zbudowanie w przyszłości szczęśliwego życia rodzinnego. Wielu ekspertów

podkreśla, że możliwe jest zarówno zajście w ciążę w trakcie choroby nowotworowej, jak i szczęśliwe donoszenie zdrowej ciąży przez pacjentki onkologiczne.

Wbrew powielanym mitom – ciąża nie przyczynia się do powstawania raka, ani nie powinna bezpośrednio wpływać na szybszy rozwój nowotworu. Choroby nowotworowe u kobiet w ciąży są rzadkie – zaledwie 0,1 proc. wszystkich przypadków nowotworów współwystępuje z ciążą. Statystyki europejskie podają występowanie 2500–5000 nowych przypadków kobiet chorujących na raka w ciąży rocznie. Ze statystyk wynika, że problem ten będzie narastał. Wynika to z coraz późniejszego wieku kobiet, które decydują się na potomstwo. Do najczęściej występujących nowotworów u kobiet ciężarnych należą: rak piersi, rak szyjki macicy, chłoniaki i czerniak złośliwy. (PT)

EstheGyn PSPRG
Expertise

Strona główna Szkolenia O mnie Kontakt Filmy z zabiegów Zapisz się na szkolenie

Ginekologii plastycznej nie nauczymy się w trakcie specjalizacji na rezydenturze.

Afiliacja Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

Szkolenia z ginekologii plastycznej i estetycznej

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

Zapisy i szczegóły:
tel. 692 42 55 15
e-mail: expertise@esthegyn.com
<http://expertise.esthegyn.com>

FILMY / FILMS
ONLINE CONSULTATION
PERSONAL MEDICAL TRAINING

Hymenoplastyka

Cz. 3: przygotowanie, doradztwo, wskazania i przeciwwskazania

WEDŁUG WHO, Z CZYSTO MEDYCZNYCH POWODÓW, REKONSTRUKCJA BŁONY DZIEWICZEJ NIE JEST WSKAZANA MEDYCZNIE. Procedura nie przynosi żadnych korzyści medycznych, więc nie ma odpowiednio korzystnego stosunku korzyści do ryzyka [15], ale powinniśmy wziąć pod uwagę kontekst kulturowy, o którym pisałem w poprzednich częściach, i działać w najlepszym interesie pacjentki.

Pacjentka powinna zostać poinformowana, że czasami błony dziewicze aktywnych seksualnie kobiet nie wykazują żadnych rozdarć, rozszczepeń czy nacięć [28], jak również, że 40–50% wszystkich kobiet z różnych kręgów kulturowych nie ma żadnej utraty krwi przy pierwszym stosunku [19]. Chirurg powinien również podkreślić, że nawet w przypadku odzyskania nienaruszonej błony dziewiczej, możliwość wystąpienia krwawienia podczas pierwszego stosunku wynosi około 50% [3, 12, 31].

Przekonujące poradnictwo, oparte na dowodach, może sprawić, że większość kobiet planujących zabieg zdecyduje się na rezygnację z operacji, mimo że początkowo uważały ją za jedyne rozwiązanie problemu, z którym się borykają [3].

Wskazania

Jak stwierdzono powyżej, rekonstrukcja błony dziewiczej nie jest wskazana medycznie i jest wykonywana

ze względów kulturowych, wyłącznie na życzenie pacjentki.

Przeciwwskazania

Przeciwwskazania do zabiegu dotyczą pacjentek, które mają: aktywną miesiączkę, opóźnioną miesiączkę bez testu ciążowego z krwi, aktywne infekcje narządów płciowych, nierealne oczekiwania, są poniżej 18. roku życia i bez opieki rodziców. Względny przeciwwskazaniem jest Vulvodynia lub przewlekły ból w tej okolicy, ponieważ może on ulec nasileniu w wyniku operacji narządów płciowych [2].

Chirurg powinien wziąć pod uwagę również czas przewidywanego współżycia, który determinuje technikę operacyjną. Dla pacjentek pragnących integralności strukturalnej i potrzebujących, by podczas oględzin błona dziewicza była nienaruszona „naprawa” powinna być wykonana na 3 miesiące przed „skonsumowaniem ślubów małżeńskich” [39]. Dla uzyskania trwałego efektu odpowiednie będą warianty redukcji luminalnej i techniki flap [1, 2, 30, 31, 33]. Dla pacjentek wymagających „szybkiej naprawy”, tuż przed nocą poślubną, odpowiednie będą różne wersje hymenorrrhaphy [4, 35, 36].

Znieczulenie, antybiotyki

Zabieg może być wykonany w znieczuleniu miejscowym, ogólnym i podpajęczynówkowym, w zależności od życzenia pacjentki i złożoności techniki operacyjnej [1, 2, 4, 35, 37, 39]. Większość autorów zaleca antybiotyki podawany okołooperacyjnie i jego kontynuację do piątej doby pooperacyjnej [1, 32, 37, 39].

Opieka pooperacyjna

Dr Placik zaleca stosowanie okładów z lodu przez pierwsze 24 do 48 godzin oraz standardowy schemat postępowania przeciwbólowego. Pielęgnacja rany polega na delikatnym nawadnianiu po oddaniu moczu i wypróżnieniu. Pacjentki są zachęcane do brania pryszniców, ale nie powinny się kąpać [39].

Po interwencji należy doradzić pacjentkom, aby unikały następujących czynności [4]:

- side lub straddle splits (ćwiczenia rozciągające, np. szpagat);
- zwiększonego ucisku na brzuch;
- kąpieli;
- używania tamponów;

autor:

Piotr Kolczewski



FOT. 123 RF



PIŚMIENNICTWO:

1. Prakash V. Hymenoplasty — How to do. *Indian J Surg.* 2009;71:221–3
2. Vojvodic M et al. Luminal 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.* 2021Nov 12;41 (12)NP2053-NP2059
5. Mahran M et al. *Anat Rec.* 1964.
6. Hobday AJ, et al. *Med Hypotheses.* 1997
7. Buffle 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.
12. Cook RJ, Dickens BM. Hymen reconstruction: Ethical and legal issues. *Int J Gynecol Obstet* 2009; 107:266–9.
13. Welchman L, Hossain S, editors. "Honour": crimes, paradigms and violence against women. London: Zed Books; 2005.
14. Roberts H. Reconstructing virginity in Guatemala. *Lancet* 2006;367 (9518): 1227–8.
15. World Health Organization. Preamble to the Constitution, para. 1 available at <https://www.who.int/about/governance/constitution>
16. Solberg KE. Killed in the name of honour. *Lancet* 2009;373 (9679): 1933–4.
17. Kandela P. Egypt's trade in hymen repair. *Lancet* 1996;347 (9015): 1615.
18. FIGO Ethics Committee. Ethical guidelines on conscientious objection. FIGO. Ethical issues in obstetrics and gynecology. London: FIGO; 2006. p. 24–6.
19. Loeber O. Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus; Een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen. [About the sword and the sheath; blood loss and pain at first coitus. A study of women with different cultural backgrounds.] *Tijdschrift voor Seksuologie* 2008;32:129–37.
20. Gomidleest.com. Afraid that you won't bleed on your wedding night? Accessed 13 August 2011 from: www.gomidleest.com/tag/bleeding-on-wedding-night/
21. Blank H. *Virgin; the untouched history.* New York: Bloomsbury 2007: 89–91
22. <https://www.medievalists.net/2016/06/how-to-cheat-on-a-virginity-test/>
23. Islamicgarden.com. The myth of the hymen continues. Accessed 13 August 2011 from: www.islamicgarden.com/mythhymen.html
24. Gürsoy E, Gülsen Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nurs Ethics* 2003; 10:485–94.
25. Parla A. The "honor" of the state: Virginity examinations in Turkey. *Feminist Stud* 2001;27:65–88.
26. Curtis E, Lazaro CS. Appearance of the hymen in adolescents is not well documented. *BMJ* 1999;318:605.
27. Rogers DJ, Stark M. The hymen is not necessarily torn after sexual intercourse. *BMJ* 1998;317:414.
28. Emans SJ, Woods ER, Allred EN, Grace E. Hymeneal findings in adolescent women: the impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediatr* 1994;125: 153–60.
29. RCOG position statement Virginity testing and hymenoplasty. Available at www.rcog.org.uk/media/qlxh3wro/rcog-virginity-testing-hymenoplasty-position-statement-august-2021.pdf
30. Goodman MP. Female Genital Cosmetic and Plastic Surgery: A Review. *J Sex Med.* 2011;8 (6): 1813–1825
31. Wei S-Y, Li Q, Li S-K, Zhou C-D, Li F-Y, Zhou Y. A new surgical technique of hymenoplasty. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2015;130 (1): 14–18
32. Eserdag S. A New Practical Surgical Technique for Hymenoplasty: Primary Repair of Hymen With Vestibulo-Introital Tightening Technique (VITT) 2021 *Aesthet Sur J* 2021 Feb 12;41 (3): 333–337.
33. Paterson-Brown S. Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Education about the hymen is needed. *BMJ.* 1998;316 (7129): 461.
34. Placik O. Commentary on: A New Practical Surgical Technique for Hymenoplasty: Primary Repair of Hymen With Vestibulo-Introital Tightening Technique. *Aesthet Sur J.* 2021 Feb 12;41 (3): 338–343.
35. Ou MC, Lin CC, Pang CC, Ou D. A cerclage method for hymenoplasty. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47:355–6.
36. El Hennawy Hymenoplasty PP presentation available at www.powershow.com/view/3b58f5-MjAZZ
37. Saraiya HA. Surgical revirgination: Four vaginal mucosal flaps for reconstruction of a hymen. *Indian J Plast Surg.* 2015;48:192–5.
38. Kimberley N, Hutson JM, Southwell BR, Grover SR. Vaginal agenesis, the hymen, and associated anomalies. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012;25:54–8.
39. Placik O. Female Cosmetic Genital Surgery – Concepts, classification and techniques. 2017: 190–199
40. Artificial hymen: available at https://wikipedia.org/wiki/Artificial_hymen
41. Hymen shop website available at <https://hymenshop.com>
42. CNNGo: „The unlikely Chinese product that could start a trade war”. Archived October 10, 2009, https://profilpelajar.com/article/Artificial_hymen
43. ABC News: „Egyptian Lawmaker Want to Ban Fake Hymen” available at www.cbsnews.com/news/egyptian-lawmakers-want-to-ban-fake-hymen

■ samodzielnego badania w celu sprawdzenia integralności błony dziewiczej.

Oczywiście penetracyjne stosunki seksualne mogą pogorszyć wyniki zabiegu.

Niepowodzenia i powikłania

Większość autorów podaje, że powikłania są nieznaczne, jednak ryzyko chirurgiczne zabiegu obejmuje: dehiscencję rany, zakażenie, bliznowacenie, zniekształcenie oraz zwężenie przedsionka pochwy [2].

W prezentacji największej znanej serii pacjentek, poddanych różnym metodom hymenoplastyki/hymenorrhaphy [4], wśród 518 pacjentek tylko 3 (0,5%) prezentowały wczesne

powikłanie w postaci aktywnego krwotoku, wymagającego hemostazy chirurgicznej. Spośród 227 kobiet, u których wykonano hymenorrhaphy, nie odnotowano niepowodzenia, a wszystkie pacjentki, które odbyły stosunek seksualny w ciągu 15 dni od zabiegu, doświadczyły krwawienia z pochwy.

Wśród 204 hymenoplastyk z użyciem płatów błony dziewiczej udokumentowano następujące powikłania: 5 niepowodzeń (0,025%), 20 przypadków dehiscencji rany przed ślubem (0,1%), 5 przypadków utrudnionej penetracji pochwy wymagającej korekty chirurgicznej (0,01%) oraz 3 przypadki krwotoku wymagającego operacji

z powodu rozdarcia podczas penetracji pochwy (0,025%) [4].

Spośród 99 hymenoplastyk z użyciem płatów pochwowych odnotowano tylko 1 niepowodzenie (0,1%), jednak pacjentka nie przestrzegła zaleceń dotyczących opieki pooperacyjnej. 5 (0,05%) pacjentek przeszło drugi zabieg w celu resekcji ciasnych blizn, 10 kobiet (0,1%) zgłosiło utrudnioną penetrację pochwy, wymagającą chirurgicznej resekcji szwów, 2 doświadczyły krwawienia z pochwy z powodu rozdarcia wymagającego wznowienia zabiegu [4]. Autor podkreśla, że w badanej grupie nie odnotowano powikłań położniczych [4].



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.

Czynnościowy podwzgórzowy brak miesiączki – przypadek kliniczny – diagnostyka oraz algorytm leczniczy

Pacjentka lat 26, zgłosiła się do poradni ginekologicznej z powodu wtórnego braku miesiączki od 4 miesięcy. Aktualnie nie jest aktywna seksualnie. Pierwszą miesiączkę w życiu miała w wieku 14 lat, a w wieku 15 lat miała już regularne cykle. Jednak w wieku 26 lat przestała miesiączkować. Jej waga wynosiła 72 kg, wzrost 161 cm, a wskaźnik masy ciała (BMI) 27,8 kg/m². Była niezadowolona ze swojej wagi. Około roku wcześniej rozpoczęła intensywne uprawianie sportu – siłownia, bieganie, zmieniła dietę na ubogo kaloryczną. Schudła 18 kg, a wskaźnik masy ciała (BMI) obniżył się do wartości 20,8 kg/m².

Badanie ginekologiczne: we wziernikach część pochwowa szyjki macicy wynabłonkowana, trzon macicy prawidłowej wielkości i ruchomości niebolesny przy palpacji, przydatki obustronnie niebadalne. Piersi wykształcone prawidłowo, bez patologicznych zmian podczas badania palpacyjnego.

Badanie ultrasonograficzne: trzon macicy w przodocięciu, o gładkim obrysie o wym. 48 x 32 mm. Myometrium jednorodne. Endometrium o grubości 3 mm. Prawy jajnik o wym. 28 x 21 x 23 mm – widocznych kilka drobnych pęcherzyków o średnicy do 8 mm. Lewy jajnik o wym. 25 x 18 x 21 mm – widocznych kilkanaście pęcherzyków o średnicy do 7 mm.

Badania laboratoryjne: HCG < 5 IU/L, LH -1,5 IU/L, FSH 5,1 IU/L, estradiol 130 pmol/L (39 pg/ml); jej poziomy prolaktyny oraz TSH były prawidłowe. Jednak jej T3 było niskie. Poziom 25-OH-D wynosił 20 nmol/l.

Analiza przypadku

Ten przypadek dotyczy pacjentki z brakiem miesiączki i prawidłowymi wynikami badań. Zwykłą reakcją odruchową jest poinformowanie pacjentki o prawidłowych wynikach i zachęcenie jej do przyjęcia złożonej hormonalnej pigułki antykoncepcyjnej w celu wywołania miesiączki. Jednak takie podejście ignoruje problem pacjentki, która wymaga dalszych badań i aktualnie nie potrzebuje zabezpieczenia antykoncepcyjnego.

W tym przypadku bardzo ważne są informacje zebrane w czasie wywiadu chorobowego. Pacjentka była zaangażowana w intensywny program ćwiczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy, obejmujący bieganie oraz intensywne ćwiczenia na siłowni. Tak więc, intensywne ćwiczenia zaburzyły jej oś podwzgórze-przysadka-jajnik na tyle, że spowodowało to brak miesiączki. Zaburzenia miesiączkowania są powszechne wśród biegaczek. Hampton i wsp. w badaniu przeprowadzonym wśród 184 biegaczek biorących udział w maratonie odnotowali, że 32 proc. zgłosiło nieregularne miesiączki; zarówno młodszy wiek, jak i nieródka wiązały się z nieregularnymi miesiączkami [1]. Ponadto u analizowanej pacjentki stwierdzono znaczny spadek masy ciała. Jej niski T3 wraz z prawidłowym TSH odzwierciedla reakcję osi tarczycy na głód. Warto zauważyć, że wydzielanie FSH jest

stosunkowo zachowane, po części dlatego, że pulsacja GnRH o niższej częstotliwości jest bardziej korzystna dla wydzielania FSH, a także dlatego, że FSH jest również regulowany przez czynniki wewnątrz jajnikowe, takie jak inhibina. Odpowiednie sygnały metaboliczne są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania osi podwzgórze-przysadka-jajnik, a biorąc pod uwagę zapotrzebowanie energetyczne osób intensywnie ćwiczących z deficytem energii (zużywających więcej energii niż spożywają), podobnie jak osoby z anoreksją, często mają funkcjonalny podwzgórzowy brak miesiączki (FHA -functional hypothalamic amenorrhoe).

Czynnościowy brak miesiączki

Czynnościowy brak miesiączki pochodzenia podwzgórzowego jest formą przewlekłego braku owulacji niezwiązanego z możliwymi do zidentyfikowania przyczynami organicznymi, mający niekorzystne konsekwencje zdrowotne. Dokładny wywiad ma ogromne znaczenie w identyfikacji kobiet z tym zaburzeniem, ponieważ jest ono zwykle związane z czynnikami stylu życia, takimi jak stres, utrata masy ciała lub nadmierne ćwiczenia fizyczne. FHA jest związany z głębokim upośledzeniem funkcji rozrodczych, w tym z brakiem owulacji i bezpłodnością. Negatywny wpływ na układ kostny – spadek gęstości mineralnej kości, układ sercowo-naczyniowy i problemy psychiczne (2).

Pacjentki intensywnie uprawiający sport przez długi czas są narażone na zwiększone ryzyko rozwoju FHA. „Triada atletek” to współwystępowanie mniejszej dostępności energii, zaburzeń cyklu miesiączkowego i obniżonej gęstości mineralnej kości. Wszystkie te trzy czynniki „triady atletek” stają się coraz bardziej powszechne wśród sportowców wyczynowych, zwłaszcza tych uprawiających forsowne sporty, takie jak wyczynowe bieganie, pływanie albo balet, w których kładzie się szczególny nacisk na szczupłość (3). Kobiety z FHA są bardziej podatne na zaburzenia snu. Depresja i stany lękowe znacznie częściej dotyczą pacjentek z FHA, niż kobiety regularnie miesiączkujące (2). Wszystkim pacjentkom należy zaproponować badania laboratoryjne (ryc. 1). FHA można rozpoznać wyłącznie po wykluczeniu anatomicznej lub organicznej patologii mogącej powodować zatrzymanie miesiączki. Czynnościowy brak miesiączki pochodzenia podwzgórzowego stanowi najczęstszą przyczynę wtórnego braku miesiączki u kobiet w wieku reprodukcyjnym (4).

Postępowanie terapeutyczne

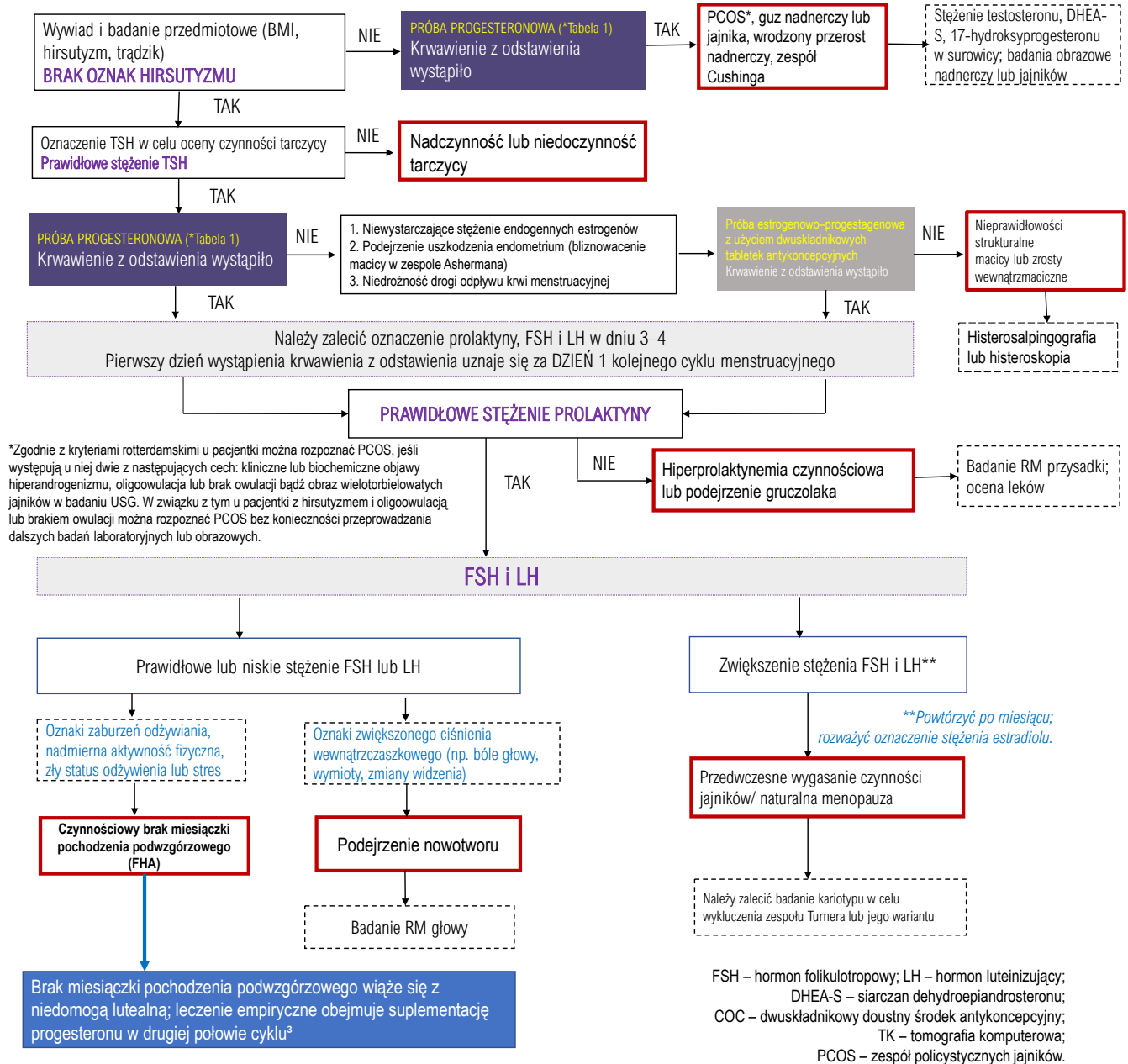
W przypadku opisywanej pacjentki zalecono przeprowadzenie próby progesteronowej. Pacjentka otrzymała progesteron doustnie w dawce 300 mg na dobę przez 10 dni. Po odstawieniu progesteronu u kobiety powinno wystąpić krwawienie z odstawienia (6). Pierwszy dzień wystąpienia krwawienia z odstawienia należy uznać za dzień 1 kolejnego cyklu menstruacyjnego.

autor:

Sławomir Woźniak

ALGORYTM OCENY PACJENTKI W WIEKU REPRODUKCYJNYM Z WTÓRNYM BRAKIEM MIESIĄCZKI

Test ciąży jest ujemny; należy ocenić stosowanie leków, w tym środków antykoncepcyjnych i narkotyków



*Zgodnie z kryteriami rotterdamскими u pacjentki można rozpoznać PCOS, jeśli występują u niej dwie z następujących cech: kliniczne lub biochemiczne objawy hiperandrogenizmu, oligoowulacja lub brak owulacji bądź obraz wielotorbielowatych jajników w badaniu USG. W związku z tym u pacjentki z hirsutyzmem i oligoowulacją lub brakiem owulacji można rozpoznać PCOS bez konieczności przeprowadzania dalszych badań laboratoryjnych lub obrazowych.

1. Lord M, Sahni M. Secondary Amenorrhea. 2021 Jul 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022
2. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Fertil Steril.

Ujemny wynik próby – czyli brak prawidłowego, przypominającego menstruację krwawienia – wskazuje na hipostrogenizm lub przyczynę maciczną braku miesiączki.

Dodatni wynik próby – wystąpienie krwawienia z odstawienia – pozwala na wykluczenie przyczyn macicznych braku miesiączki oraz niskiego nasycenia estrogenami.

Doniesienia naukowe

W badaniu Shangolda i wsp. oceniano wpływ dawki 200 i 300 mg mikronizowanego progesteronu oraz tabletek placebo podawanych przez 10 dni na wystąpienie krwawień u pacjentek z wtórnym brakiem miesiączki. Krwawienia wystąpiły

Tabela 1.

Próba progesteronowa
Pacjentka otrzymuje progesteron doustnie w dawce 300 mg na dobę przez 10 dni w dniach 17–26 cyklu miesięczkowego.
3 x 100 mg ○○○
Po odstawieniu progesteronu u pacjentki powinno wystąpić krwawienie z odstawienia. Pierwszy dzień wystąpienia krwawienia z odstawienia należy uznać za 1 dzień kolejnego cyklu menstruacyjnego.
Oznaczenie FSH i LH DNIU 3–4 cyklu menstruacyjnego.

Lord M, Sahni M. Secondary Amenorrhea. [Updated 2020 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431055/>

Tabela 2. Przyczyny braku owulacji oraz towarzyszące im wzorce laboratoryjne (5)

Przyczyny braku owulacji oraz towarzyszące im wzorce laboratoryjne										
	17-OHP	AMH	DHEA-S	Estradiol	LH (IU/L)	LH/FSH	FSH (IU/L)	Prolaktyna	Testosteron	TSH
Wrodzony przerost nadnerczy	wysoki	normalny	normalny – wysoki	niski	< 15	> 1	< 10	normalny	wysoki	normalny
Czynnościowy podwzgorzowy brak miesiączki	normalny	wysoki	normalny	niski	< 10*	~ 1	< 10*	niski – normalny	niski – normalny	niski – normalny
Hiperprolaktynemia	normalny	normalny	normalny lub lekko wysoki	niski	< 10	> 1	< 10	wysoki	normalny	wysoki lub normalny
Klimakterium	normalny	niski	normalny	niski	> 15	< 1	> 15	normalny	niski – normalny	normalny
PCOS	normalny	normalny lub wysoki	normalny – wysoki	niski	< 15	> 1	< 10	wysoki – normalny	wysoki lub wysoki – normalny	normalny
Pierwotna niewydolność jajników	normalny	niski	normalny	niski	> 15	< 1	> 15	normalny	niski – normalny	normalny

17-OHP = 17-hydroxyprogesterone; AMH = anti-Müllerian hormone; DHEA-S = dehydroepiandrosterone-sulfate; FSH = follicle-stimulating hormone; LH = luteinizing hormone; TSH = thyroid-stimulating hormone.

* – LH i FSH mogą być prawidłowe w czynnościowym podwzgorzowy brak miesiączki.

u 90% pacjentek stosujących dawkę 300 mg dziennie i 58% w przypadku dawki 200 mg dziennie, a przy stosowaniu placebo tylko u 29% badanych (7).

W innym dostępnym w literaturze badaniu wzięło udział łącznie 776 kobiet w wieku 18–40 lat z nieregularnymi cyklami miesiączkowymi (trwającymi krócej niż 24 lub dłużej niż 38 dni przez co najmniej 3 miesiące przed włączeniem do badania), którym przepisano doustnie mikronizowany progesteron (Utrogestan, Besins Healthcare, Belgia – w Polsce forma doustna występuje pod nazwą Progesterone Besins) w dawce 200–400 mg/dobę przez 10 dni w dniach 17–26 cyklu miesiączkowego. Czas trwania leczenia u każdej pacjentki wynosił do 3 cykli miesiączkowych (faza leczenia), następnie pacjentki były obserwowane przez 3–6 cykli miesiączkowych (faza obserwacji). Kryterium skuteczności leczenia w cytowanym badaniu była normalizacja cyklu miesiączkowego (czas trwania 24–38 dni), którą uzyskano w 98,3 proc. przypadków.

Uzyskany wynik to 95 proc. skuteczności po 3 miesiącach oraz 97,9 proc. po 6 miesiącach obserwacji (8).

Podsumowanie

W przypadku opisywanej pacjentki po uzyskaniu pozytywnego wyniku próby z progesteronem – wystąpiło krwawienie z odstawienia – zalecono cykliczną terapię 200 mg mikronizowanym progesteronem przyjmowanym doustnie w drugiej fazie cyklu miesiączkowego przez następne 3 kolejne cykle. Po tym okresie nastąpiła normalizacja długości cyklu menstruacyjnego. Terapię uzupełniono dawką

witaminy D w dawce 30 000 IU/tydzień, w celu uzupełnienia jej zapasów.

Istnieje coraz więcej dowodów na to, że utrata regularności miesiączkowania, jest czynnikiem ryzyka późniejszego rozwoju osteoporozy i złamań szyjki kości udowej. Nadmierne opóźnienie w ocenie i leczeniu zaburzeń miesiączkowania może przyczynić się do osteoporozy. Wielu pacjentów ma niedobór zapasów witaminy D w organizmie, co odzwierciedla poziom 25-hydroksywitaminy D w surowicy poniżej 30 nmol/l. W takim przypadku pacjenci powinni być leczeni przez 8–12 tygodni dużą dawką witaminy D.



DR HAB. N. MED. SŁAWOMIR WOŹNIAK

III Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

PIŚMIENNICTWO:

- Hampton SL, Promecent PA, Mastrobattista J, Nader S (2005) Characteristics of menstrual irregularities in female athletes. *Obstet Gynecol* 105 (supp 4): 19S
- Meczekalski B, Katulski K, Czyżyk A, Podfigurna-Stopa A, Maciejewska-Jeske M. Functional hypothalamic amenorrhea and its influence on women's health. *J Endocrinol Invest*. 2014;37 (11): 1049–1056.
- Thralls, K.J.; Nichols, J.F.; Barrack, M.T.; Kern, M.; Rauh, M.J. Body Mass-Related Predictors of the Female Athlete Triad Among Adolescent Athletes. *Int. J. Sport Nutr. Exerc. Metab*. 2016, 26, 17.
- Gordon C. M. et al. Functional hypothalamic amenorrhea: an endocrine society clinical practice guideline/The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2017. – . 102. – N. 5. – . 1413 – 1439.
- Klein DA, Paradise SL, Reeder RM. Amenorrhea: A Systematic Approach to Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2019;100 (1): 39–48.
- Lord M, Sahni M. Secondary Amenorrhea. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 18, 2022.
- Shangold MM, Tomai TP, Cook JD, et al. Factors associated with withdrawal bleeding after administration of oral micronized progesterone in women with secondary amenorrhea. *Fertil Steril*. 1991;56 (6): 1040–1047.
- Manuchin et al. Micronized progesterone therapy for normalization of menstrual cycle in routine clinical practice: results of the Russian multicenter observational study *Russian Journal of Human Reproduction* 2019, vol. 25, nr 5, s. 60-68



Bioidentyczny mikronizowany progesteron w kapsułkach miękkich^{1,2}



Więcej korzyści • Więcej możliwości • 2 drogi podania

 **Progesterone**
Besins



Przywraca prawidłowy cykl menstruacyjny u kobiet z niewydolnością fazy lutealnej^{3,4}



UTROGESTAN[®]
Natural micronised progesterone **pomaga spełnić marzenia o macierzyństwie**



Progesteron dopochwowy jest formą wsparcia fazy lutealnej, preferowaną przez kliniki IVF na całym świecie^{5,6,7}



Powikłanie w ciąży ektopowej

CZĘSTO SIĘ ZDARZA, ŻE PACJENTKI OBWINIAJĄ LEKARZY ZA NIEPOWODZENIA W DONOSZENIU CIĄŻY. Czasem wynika to z działania lub zaniechania lekarza, czasem jednak przyczyny wynikają z patologii, która nie może być rozpoznana w początkowej fazie rozwoju ciąży.



FOT. 123 RF

Ciąża szyjkowa jest na tyle rzadką patologią wśród ciąż ektopowych, że nie sposób na jednej wizycie rozpoznać patologię. Jej rozwój przypomina rozwój nowotworu inwazyjnego szyjki macicy

Taki przypadek zanalizujemy pod kątem prawnym w tym artykule.

Opis przypadku

Pani A. (lat 31) zdecydowała się na prowadzenie ciąży przez lekarza Z., świadczącego usługi w ramach podmiotu leczniczego NZOZ Centrum Medyczne w miejscowości X. Pani A. zgłosiła się na pierwszą wizytę do tego lekarza w dniu 28 sierpnia 2016 r. w 7. tygodniu ciąży. Na kolejnej wizycie 19 września 2016 r. pacjentka zgłaszała lekarzowi prowadzącemu ciążę brunatne plamienia, które lekarz uznał za normalne na tym etapie ciąży.

Kolejna wizyta miała miejsce 27 września 2016 r. Tę wizytę poprzedziło wykonanie tego samego dnia badań prenatalnych. Z badań tych pacjentka dowiedziała się, że jej ciąża jest nieprawidłowo zlokalizowana – nastąpiło odwarstwienie kosmówki 22/44 mm, zaś szyjka macicy miała 15 mm długości. Lekarka wykonująca badanie prenatalne zaleciła pacjentce niezwłoczną konsultację z lekarzem prowadzącym ciążę. W tym samym dniu pani A. udała się na wizytę do lekarza Z. Po zapoznaniu się z wynikami wykonanych badań prenatalnych i wykonaniu dodatkowych badań stwierdził on niską lokalizację ciąży i przepisał pacjentce luteinę, po czym odesłał ją do domu. Wyniki badań USG, przeprowadzone przez lekarza prowadzącego ciążę, wskazały,

że szyjka w godzinach wieczornych miała 15 mm. Następną wizytę ustalona została na 14 tydzień ciąży.

Z uwagi na obawy dotyczące przebiegu ciąży pacjentka 3 października 2016 r. zgłosiła się do Wojewódzkiego Szpitala w X, gdzie została przyjęta do Kliniki Położnictwa i Ginekologii. Jako rozpoznanie wskazano, że jest to 12-tygodniowa ciąża szyjkowa. Po wykonanych badaniach okazało się, że stan pacjentki zagraża jej życiu i konieczne jest natychmiastowe przerwanie ciąży.

W trakcie tygodniowego pobytu w domu, po wizycie u lekarza Z., u pacjentki rozwinęło się łożysko, zaś szyjka macicy w dniu przyjęcia do szpitala miała około 13 mm długości i 9 mm szerokości. Łożysko wrosło się w ścianki szyjki macicy. W dniu przyjęcia do szpitala pacjentkę operowano, jednak, z uwagi na fakt wrosnięcia łożyska w szyjkę macicy, nie udało się go usunąć. Pacjentka z martwym płodem przez ponad dwa miesiące przebywała na oddziale Położnictwa i Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala w miejscowości X. W tym okresie pacjentce podawano między innymi Metotreksat, aby możliwe było usunięcie martwej ciąży. Pacjentka korzystała również z pomocy psychologicznej oraz psychiatrycznej. Zabiegi: embolizacji tętnic maciczych i ewakuacji ciąży szyjkowej, oraz wyłyżeczkowania kanału szyjki macicy wykonano 13 grudnia 2016 r. W dniu 21 grudnia 2016 r. wypisano pacjentkę do domu z zaleceniem kontroli u lekarza prowadzącego z wynikiem badań histopatologicznych.

W ciągu następnych kilkunastu dni pojawiło się krwawienie z dróg rodnych i konieczna była reoperacja wyłyżeczkowania kanału szyjki macicy, która odbyła się 8 stycznia 2017 r. oraz dwukrotne przetaczanie krwi. Ostatecznie pacjentka wypisana została ze szpitala 22 stycznia 2017 r.

autorki:
Karolina Podsiadły-Gęsikowska,
Aleksandra Powierża

Z uwagi na fakt, że pacjentka w trakcie pobytu w szpitalu musiała stale leżeć, zdiagnozowano u niej: niewydolność żyły odpiszczelowej oraz niewielkie żyłki na podudziu kończyny lewej, a także pogłębioną lordozę lędźwiową, pogłębioną kifozę piersiową oraz skrzywienie z rotacją trzonów kręgowych. W dniu 3 sierpnia 2017 r. pacjentka poddała się operacji usunięcia żyły odpiszczelowej lewej metodą Babcocka, usunięcia żyły Giacomini oraz usunięcia żyłaków goleni lewej. Zabieg wykonano w Prywatnym Centrum Medycznym w R.

Roszczenia pacjentki

Pełnomocnik pani A. zarzucił lekarzowi Z., że ten nie zdiagnozował niewłaściwego położenia ciąży w trakcie wizyt pacjentki w dniach 28 sierpnia 2016 r. i 19 września 2016 r. Ponadto odesłał pacjentkę do domu po wizycie 27 września 2016 r. i przepisał jej leki podtrzymujące ciążę, zamiast niezwłocznie skierować ją do szpitala, z uwagi na fakt niewłaściwej lokalizacji ciąży.

Pełnomocnik wskazał, iż powyższe spowodowało, że ciąża nadal się rozwijała. Pacjentka zgłosiła się do szpitala tydzień później już w stanie zagrożenia życia, zaś jej dalsze leczenie było długotrwałe i dramatyczne – m.in. pacjentka ponad dwa miesiące nosiła w sobie martwy płód. Wobec powyższego pełnomocnik wniósł o wypłatę na rzecz pani A. zadośćuczynienia w wysokości 200 tys. zł.

Opinia pełnomocnika lekarza

Sprawa została zgłoszona do ubezpieczyciela lekarza Z. W odpowiedzi na postawione zarzuty, pełnomocnik lekarza Z. wyjaśnił, że w trakcie wizyt u lekarza Z. wykonano trzykrotnie badanie USG, co jest procedurą ponadstandardową, gdyż zgodnie z zaleceniem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, pierwsze badania USG powinno się wykonać dopiero w okresie pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży. W trakcie badań pacjentki, wysunięto podejrzenie nieprawidłowości w przebiegu ciąży, dotyczące nieprawidłowej lokalizacji. W związku z tym pacjentkę skierowano na dodatkowe badania prenatalne, celem weryfikacji.

Powikłanie, które wystąpiło u pacjentki, jest niezwykle rzadkie, stanowi około 0,1 do 0,2 proc. wszystkich ciąż ektopowych (pozamacicznych), które z kolei stanowią około 2 proc. wszystkich ciąż. Większość ciąż tego rodzaju stwierdza się u pacjentek po uprzednich ciążach cesarskich, co dodatkowo obniża ryzyko jej wystąpienia u pierworódki.

W związku z tym, postawienie rozpoznania ciąży o nieprawidłowej lokalizacji jest bardzo trudne i często wieloetapowe. Sposób postępowania z pacjentką ambulatoryjnie był prawidłowy, tym bardziej, że brak jest w dostępnym piśmiennictwie standardów postępowania w przypadku ciąży o nieprawidłowej lokalizacji w macicy. Jednocześnie pełnomocnik stanął na stanowisku, że długość pobytu pacjentki w szpitalu związana była z ciężką patologią ciąży a nie z czasem, w którym postawiono rozpoznanie. Różnicowanie pomiędzy ciążą o niskiej lokalizacji a zagrażającym poronieniem jest bardzo trudne. Z tego powodu zalecono pacjentce wykonanie kontrolnego badania USG za około 2 tygodnie od ostatniej wizyty.

Opinia orzecznika

Dysponując powyższymi wyjaśnieniami oraz dokumentacją medyczną, pani A., w celu ustalenia – czy postępowanie lekarza Z. było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską, wystąpiła o opinię medyczną, sporządzoną przez specjalistę położnictwa i ginekologii.

Opiniujący stwierdził, że lekarz Z. udzielił prawidłowo świadczeń medycznych pani A. W trakcie trzech wizyt wykonał trzy badania USG. Zachował się bardzo profesjonalnie – udzielił świadczeń ponad standard. Opiniujący podał, że plamienie o którym wspomina pełnomocnik może się zdarzać w ciąży wczesnej i może to być reakcją na implantację jaja płodowego. W trakcie badań wysunięto podejrzenie nieprawidłowego rozwoju ciąży. Zlecono badania

prenatalne USG I trymestru, które potwierdziło niskie posadowienie ciąży. Lekarz wystawił skierowanie do szpitala w dniu 27 września 2016 r. o treści: „CI, 11 tyg. zagrażające poronienie ciąży o niskiej lokalizacji w macicy”. Opiniujący podał, że nie jest winą lekarza, że pacjentka zgłosiła się tam dopiero 3 października 2016 r.

Lekarz orzecznik podał, że ciąża szyjkowa jest rzadką patologią pośród ciąż ektopowych. Opiniujący wyjaśnił ponadto, że rozwój ciąży pozamacicznej szyjkowej przypomina rozwój nowotworu inwazyjnego szyjki macicy. Lekarz orzecznik zwrócił uwagę, że nie sposób od pierwszej wizyty rozpoznać patologię. Jednak, gdy lekarz zauważył, że ciąża rozwija się nieprawidłowo, to wydał skierowanie do szpitala. Lekarz Z. miał skromną wiedzę o pacjentce, bo ciąża 11 tyg. jest bardzo niewielka. Upływ czasu i warunki szpitalne oraz możliwość konsultacji pomiędzy lekarzami stwarzały większe możliwości w ustaleniu ostatecznego rozpoznania i wyboru właściwej metody leczenia.

W ocenie opiniującego lekarz Z. postąpił prawidłowo, kierując pacjentkę do szpitala w dniu 27 września 2016 r. Tym samym, w opinii lekarza orzecznika, brak jest związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a następstwami zdrowotnymi pani A.

Wyrok

Wobec braku wyczerpania wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej ubezpieczyciel lekarza Z. odmówił uznania odpowiedzialności i wypłaty jakichkolwiek świadczeń.

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 prawach pracowniczych. Prowadzą blog „Prawnik lekarza” oraz fanpage na Facebooku pod tą samą nazwą.

Leczenie dysfunkcyjnego krwawienia z macicy

CAVATERM TO MAŁO INWAZYJNA METODA, KTÓRA UMOŻLIWIA TRWAŁE ZMNIEJSZENIE LUB NAWET WYELIMINOWANIE KRWAWIENIA MIESIĄCZKOWEGO BEZ NARUSZANIA RÓWNOWAGI HORMONALNEJ. Może być stosowana w przypadku endometrium o grubości powyżej 12 mm. Daje rewelacyjne wyniki, ponieważ ponad 90 proc. kobiet leczonych tą metodą jest zadowolonych z zabiegu.

Obfite i bolesne krwawienia miesięczne, to coraz częstszy problem kobiet. WHO dowodzi, że endometrioza dotyczy nawet 5 proc. kobiet płodnych i aż do 40 proc. kobiet, u których zdiagnozowano bezpłodność. Szczególnie narażone są na nią nastolatki. Aż jedna trzecia z nich skarży się na bolesne i obfite miesiączki.

Realnym problemem w przewlekłej endometriozie jest rozwój raka jajnika. 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).

Leczenie endometrium

Sposobów leczenia endometriozy jest wiele, od tych najmniej inwazyjnych – poczynając już od właściwej diety (obszerny artykuł na ten temat opublikowaliśmy w poprzednim wydaniu Nowego Gabinetu Ginekologicznego – nr 6/2022), poprzez leczenie hormonalne, aż po zaawansowane leczenie chirurgiczne.

W ostatnim czasie pojawił się na polskim rynku nowy sposób leczenia tego schorzenia, wykorzystujący metodę termicznej ablacji endometrium. Zaobserwowano, że endometrium jest bardzo wrażliwe na wzrost temperatury i delikatny nacisk na jego powierzchnię. Wykorzystując te właściwości szwajcarska firma Veldana Medical opracowała system leczenia endometriozy Cavaterm. Polega on na podgrzaniu endometrium i delikatnym wzroście ciśnienia wywieranego na zaatakowany obszar.

Sam zabieg jest bardzo prosty i trwa około 10 minut, a wykonać go może lekarz ginekolog w gabinecie z pomocą anestezjologa, choć zalecane jest, aby po wykonaniu zabiegu obserwować pacjentkę. Jednak, co jest dużym plusem,

zdecydowana większość pacjentek jeszcze tego samego dnia może wrócić do domu.

Procedura ta jest znana od 1993 roku. Powszechnie stosowana jest w wielu krajach, m.in. w Australii, Kanadzie, USA, a także w Europie: w Austrii, Francji, Niemczech i oczywiście Szwajcarii.

Zabieg

Podczas zabiegu lekarz wprowadza do macicy cewnik z silikonowym balonem, który jest wypełniony płynem, zawierającym 5 proc. roztwór glukozy. Płyn wewnątrz balonu jest podgrzewany do temperatury ok. 78°C i cyrkulowany w celu obliteracji endometrium. Nacisk, jaki balon wywiera na ścianki macicy, to 230–240 (mmHg). Dlatego ten zabieg może być uznany za mało inwazyjny. Po 10 minutach system automatycznie zatrzymuje się i płyn z balonu jest usuwany, a zadaniem lekarza jest usunięcie balonu z macicy. Podczas zabiegu destrukcji (sklerotyzacji) ulega 5–8mm endometrium i myometrium.

Po zabiegu

Pacjentka zazwyczaj po zabiegu może opuścić gabinet jeszcze tego samego dnia, chyba że lekarz zdecyduje o wydłużonym okresie obserwacji. W pierwszych godzinach po zabiegu może wystąpić u niej ból podobny do skurczów menstruacyjnych. Dlatego zalecane jest podanie pacjentce środków przeciwbólowych. Jeśli czuje się ona dobrze, to może powrócić do normalnych czynności dwa dni po zabiegu. Jednak przez tydzień po nim zalecany jest odpoczynek i regeneracja. Przez pierwsze dwa tygodnie po zabiegu nie należy kąpać się w wannie ani wznawiać aktywności seksualnej. Z reguły przez 4 do 15 dni, a czasem

autor:
**MDA Marco
Mirmesdagh**

ZALETY I KORZYŚCI Z ZASTOSOWANIA METODY CAVATERM:

- jest bezpieczna, łatwa w użyciu i niezawodna;
- znacznie zmniejsza lub nawet eliminuje krwawienie miesięczne;
- jest delikatna dla ciała, ponieważ usuwana jest tylko tkanka powodująca krwawienie i nie ma nacięcia, a zabieg wykonywany jest w lekkim znieczuleniu;
- zabieg jest bardzo dobrze tolerowany zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie przez kobiety;
- pozwala osiągnąć trwały efekt;
- w krótkim czasie po zabiegu pacjentka może powrócić do codziennych zajęć;
- jest wolna od hormonów i nie wpływa na równowagę hormonalną.



FOT. VELDANA MEDICAL

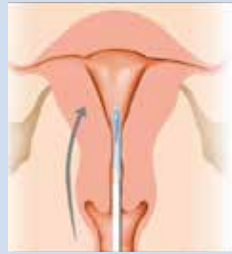
do 4 tygodni po zabiegu, pacjentki obserwują przezroczystą, czerwoną lub brązową wydzielinę z pochwy. Objawy te są częścią procesu leczenia.

Dobór pacjentek do zabiegu

Zabieg ten można przeprowadzić w przypadku endometriozy nie mniejszej niż 12 mm. Zazwyczaj dotyczy to pacjentek, które odczuwają silne bóle menstruacyjne bądź skurcze, podczas miesiączki czują się wyczerpane, zmęczone, smutne lub rozdrażnione, mają zahamowania w kontaktach seksualnych, lub mają bardzo obfite krwawienia i pojawiają się zakrzepy we krwi menstruacyjnej.

Przeciwwskazaniami do zabiegu są: niezdiagnozowane krwawienie z macicy, utrzymująca się infekcja oraz ciąża lub chęć zajścia w ciążę. Nie powinno się wykonywać tego zabiegu również wtedy, gdy lekarz ma wątpliwości co do wytrzymałości ścianki macicy (GnRH, pionowa blizna po cesarce). Zmiany komórkowe endometrium oraz nieprawidłowości anatomiczne lub patologiczne (przegroda, duże włókniaki) również nie pozwalają na wykonanie zabiegu. Kolejnym ograniczeniem jest dłuższy niż 6 cm kanał szyjki macicy.

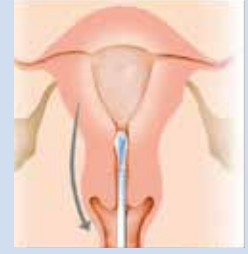
PRZEBIEG ZABIEGU



Cewnik z balonem jest wprowadzany do macicy.



Balon jest wypełniony płynem. Płyn wewnątrz balonu jest delikatnie podgrzewany i cyrkulowany w celu obliteracji endometrium.



Po 10 minutach system automatycznie zatrzymuje się. Po zakończeniu cyklu zabiegu balon jest opróżniany i usuwany z macicy.

Celem termicznej ablacji endometrium za pomocą urządzenia Cavaterm jest zmniejszenie obfitego krwawienia miesięczkowego. Po zabiegu, cykl menstruacyjny powinien się ustabilizować w ciągu dwóch do trzech miesięcy. U niektórych kobiet miesiączki całkowicie ustają, nawet jeśli nie osiągnęły one jeszcze menopauzy.

Ta metoda leczenia nie zawiera hormonów i nie wpływa na równowagę hormonalną. Pacjentkom należy też zdecydowanie zaznaczyć i je informować, że ta terapia nie jest formą antykoncepcji i mimo że obfite miesiączki ustępują, a czasami nawet zanikają, to jako kobiety są one płodne w czasie owulacji.

Leczenie dysfunkcyjnego krwawienia z macicy

Cavaterm™ to mało inwazyjna metoda, która umożliwia trwałe zmniejszenie lub nawet wyeliminowanie krwawienia miesięczkowego bez naruszania równowagi hormonalnej.

Ponad 90% kobiet leczonych Cavaterm™ jest zadowolonych z zabiegu.

Zabieg jest mało inwazyjny i nie wymaga nacięcia. Jest uznawany za bezpieczny i skuteczny. Zabieg trwa 10 minut.



 **Cavaterm™**
SAFE SMART SWISS

Kontakt: +48 32 701 97 57
e-mail: endometcare@lek4you.pl

Rola szczepień przeciwko HPV w profilaktyce zakażeń ludzkimi wirusami brodawczaka

PŁASKONABŁONKOWY RAK SZYJKI MACICY JEST JEDNYM Z NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH NOWOTWORÓW WŚRÓD KOBIET NA CAŁYM ŚWIECIE. W ponad 90% przypadków jest on spowodowany zakażeniami onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Szczepionki przeciwko HPV zapewniają długotrwałą, niezawodną ochronę przed infekcjami HPV, które są najczęściej związane z procesem nowotworzenia.

Abstrakt:

Płaskonabłonkowy rak szyjki macicy jest jednym z najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet na całym świecie. W ponad 90% przypadków jest on spowodowany zakażeniami onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Dostępne są testy przesiewowe do jego wykrywania, a wczesne wykrycie zakażenia radykalnie zwiększa szanse przeżycia. Szczepionki przeciwko HPV zapewniają długotrwałą, niezawodną ochronę przed infekcjami HPV, które są najczęściej związane z procesem nowotworzenia. Dzięki szczepieniom przeciwko HPV zmniejszyła się liczba stanów przedrakowych szyjki macicy u młodych kobiet w krajach, które zdecydowały się na taką profilaktykę. Praktyczną i bezpieczną metodą zapobiegania HPV jest wczesne szczepienie zarówno dziewcząt, jak i chłopców, które zapewnia silną odporność komórkową. Niezmiernie istotna jest w tym celu rola zarówno ginekologów, jak i lekarzy rodzinnych dla informowania społeczeństwa o tych szczepionkach i potencjalnych korzyściach ich stosowania. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie informacji o dotychczasowych badaniach, potrzebie szczepień, ich skutkach oraz bezpieczeństwie.

Słowa kluczowe: wirusy brodawczaka ludzkiego, HPV, szczepionki rekombinowane, rak szyjki macicy.

Odkrycie przez Haraldą zur Hauseną roli wirusów brodawczaka ludzkiego (HPV) w rozwoju i progresji różnych łagodnych i złośliwych stanów nowotworowych uważane jest za jedno z najważniejszych wydarzeń w medycynie i światowej opiece zdrowotnej ubiegłego wieku (1). Zapoczątkowało ono kaskadę medycznych nowinek, które wywarły ogromny wpływ zarówno na warunki zdrowotne życia jednostek, jak i sytuację społeczno-kulturową wielu krajów (2,3). Wykazano jednoznacznie, iż przewlekłe zakażenia wirusami brodawczaka wysokiego ryzyka onkogennego wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śródnamionkowej neoplazji szyjki macicy (CIN) wysokiego stopnia i rozwoju płaskonabłonkowego raka szyjki macicy oraz innych nowotworów okolic analno-genitalnych (4). Spowodowało to rozwój prac nad profilaktycznymi szczepionkami przeciwko HPV, które po raz pierwszy zatwierdzono do użycia w USA i krajach Unii Europejskiej – w tym i w Polsce – odpowiednio w 2006 i 2007 roku (5).

Epidemiologia onkogennych typów HPV

Ludzkie wirusy brodawczaka wysokiego ryzyka onkogennego powodują zazwyczaj zakażenia w okolicy narządów płciowych zarówno kobiet, jak i mężczyzn. W ostatnich latach wykazano również ich

udział w etiologii niektórych chorób nowotworowych gardła i błony śluzowej jamy ustnej (6). Stwierdzono, iż zachorowalność na raka szyjki macicy ma związek z grupą wiekową, gdzie maksymalną liczbę zachorowań obserwuje się w grupie wiekowej od 50 do 54 lat. Również częstość zgonów z powodu nowotworów płaskonabłonkowych szyjki macicy wzrasta wraz z wiekiem, co świadczy o tym, że u osób młodszych progresja od zakażenia HPV do nowotworu obserwowanego klinicznie jest powolna (7).

Nowotwory szyjki macicy stanowią poważny problem zdrowotny zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych (8). Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten nowotwór; jednak ma jedną z najwyższych wskaźników zapadalności i umieralności w Europie. Szczyt zachorowalności na tego raka w Polsce przypada na 6. dekadę życia. Ostatnie badania wskazują natomiast na systematyczny wzrost liczby zachorowań wśród Polek w wieku od 35 do 44 r.ż. (9). Na podkreślenie zasługuje fakt, że w ciągu swojego życia ok. 75% aktywnie seksualnie kobiet i mężczyzn zostaje zakażonych różnymi typami HPV; jest to spowodowane powszechnym przenoszeniem wirusa drogą płciową. Ponieważ skłonność do ryzykownych zachowań seksualnych jest większa w grupie wiekowej młodych dorosłych, infekcje prawdopodobnie będą miały w niej właśnie zwiększoną częstość. Trzeba też zaznaczyć, że różne typy HPV określane są jako wysokiego ryzyka onkogennego, zaś typy niskiego ryzyka powodują choroby o niskim potencjale nowotworzenia. Tak więc, HPV-6 i HPV-11 są odpowiedzialne za około 90% przypadków kłykcin kończystych, a HPV typu 16 i 18 powodują około 70% przypadków raka szyjki macicy (10).

Wykrywanie zakażeń HPV

Zapadalność na raka szyjki macicy może ulec obniżeniu od 50% do 80% dzięki właściwej organizacji programów badań przesiewowych na poziomie populacji. Główną przyczyną dramatycznej śmiertelności i zachorowalności na raka szyjki macicy jest nierówny dostęp do programów badań przesiewowych na terenie różnych krajów. Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy polegają na identyfikacji kobiet bez objawów ze zmianami przedrakowymi, a następnie uzyskaniu szansy na zdiagnozowanie i leczenie raka, zanim ulegnie on dalszej progresji. Cytologia szyjki macicy połączona z oceną wg Papanicolaou lub systemu

autorzy:
Tomasz
Dzięciatkowski,
Paula Dobosz,
Jacek Tulimowski



FOT. 123 RF

Bethesda oraz badania dodatkowe w kierunku obecności DNA HPV mogą zmniejszać śmiertelność i zapadalność na raka szyjki macicy, jeśli tylko przestrzegana jest częstość ich wykonywania. Zaleca się je szczególnie kobietom w wieku od 25 do 65 lat (11).

Odkąd zidentyfikowano HPV jako czynnik etiologiczny nowotworów okolic analno-genitalnych, badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy stały się bardziej powszechne. Oprócz testów opartych na cytologii, testy oparte na wykrywaniu materiału genetycznego wirusów brodawczaka są ich kluczowym elementem (12). Częstość zgonów z powodu raka szyjki macicy może się znacząco zmniejszyć, jeśli kobiety będą miały dostęp do powszechnych badań przesiewowych w kierunku dysplazji szyjki macicy i DNA HPV. Będą one tym bardziej skuteczne, jeśli zastosowane zostaną tanie, szybkie i nowe techniki laboratoryjne (13). Należy jednak podkreślić, iż badania przesiewowe w kierunku HPV nie ograniczają ryzyka zakażenia wirusami brodawczaka, a tylko pomagają w ich prawidłowej diagnostyce. Stąd też istotna rola powszechnych szczepień przeciwko HPV w przecięciu dróg przenoszenia wirusa.

Wdrożenie profilaktycznych szczepień przeciwko HPV

Począwszy od 2006 roku, kiedy to zatwierdzono pierwszą szczepionkę przeciwko HPV, 55% krajów członkowskich WHO zgłosiło wdrożenie częściowych lub ogólnokrajowych szczepień przeciw HPV. Według dostępnych danych 40 kolejnych krajów ma podobne plany wprowadzenia tych szczepionek do krajowych kalendarzy szczepień do końca 2023 roku (14). W kilkuletniej perspektywie dotyczy to także Polski (15).

Chociaż udowodniono, że szczepionki przeciwko HPV są bezpieczne, a ich skuteczność w zapobieganiu chorobom związanym z HPV jest dobrze znana (14, 16), to zasięg szczepień przeciwko HPV

pozostawia wiele do życzenia. Jednakże lęki dotyczące bezpieczeństwa szczepionek, obawy i wahania związane z działaniami niepożądanymi nie kolidują z kampaniami wdrażania szczepień przeciwko HPV na całym świecie (17).

W niektórych państwach udało się wprowadzić krajowe szczepienia przeciwko HPV: istnieje kilka krajów o wysokich dochodach, które opracowały i wdrożyły silne i trwałe programy szczepień przeciwko HPV: Australia, Wielka Brytania (Anglia i Szkocja), USA, Nowa Zelandia, Szwecja, Dania, Kanada i Niemcy (18).

Zwłaszcza przykład Australii jest bardzo zachęcający dla innych państw, które wciąż planują programy szczepień. Była ona bowiem pierwszym krajem, który wdrożył rządową, obejmującą całą populację, kampanię szczepień przeciwko HPV (19). Szczepienia rozpoczęły się w 2007 roku i były skierowane do kobiet w wieku 12–13 lat. W latach 2007–2009 zorganizowano program szczepień uzupełniających przeciw HPV szczepionką czterowalentną Gardasil dla wszystkich kobiet w wieku 14–26 lat. W 2013 roku program szczepień HPV został rozszerzony na mężczyzn, którzy podobnie kwalifikowali się do rutynowych szczepień w docelowej grupie wiekowej 12–13 lat, z możliwością programu szczepień uzupełniających dla mężczyzn w wieku 14–15 lat (19, 20). W styczniu 2018 roku wdrożono dwudawkowy schemat szczepień z użyciem dziewięciowalentnego preparatu Gardasil-9 (20). Rezultatem była zaobserwowana w latach 2007–2011 malejąca częstość występowania kłykcin kończystych na terenie całej Australii, z ponad 90% spadkiem wśród młodych kobiet w wieku < 21 lat i 82% spadkiem wśród heteroseksualnych mężczyzn (19).

Podobnie zachęcające wyniki zostały opublikowane w 2021 roku z terenów Wielkiej Brytanii. Szczepienie przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego za pomocą szczepionki dwuwalentnej (Cervarix) zostało tam wprowadzone 1.09.2008 roku, gdzie rutynowe szczepienia zaoferowano dziewczętom w wieku 12–13 lat, z programem uzupełniającym dla dziewcząt w wieku 14–18 lat wprowadzonym w latach



BIBLIOGRAFIA:

- zur Hausen H. Papillomaviruses in the causation of human cancers – a brief historical account. *Virology*. 2009; 384 (2): 260–5. doi: 10.1016/j.virol.2008.11.046.
- Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines – A review of the first decade. *Gynecol Oncol*. 2017; 146 (1): 196–204. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.04.004.
- de Oliveira CM, Fregnani JHTG, Villa LL. HPV vaccine: Updates and highlights. *Acta Cytol*. 2019; 63 (2): 159–168. doi: 10.1159/000497617.
- Kjaer SK, Frederiksen K, Munk C i wsp. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence. *J Natl Cancer Inst*. 2010; 102 (19): 1478–88. doi: 10.1093/jnci/djq356.
- Medeiros LR, Rosa DD, da Rosa MI i wsp. Efficacy of human papillomavirus vaccines: a systematic quantitative review. *Int J Gynecol Cancer*. 2009; 19 (7): 1166–76. doi: 10.1111/IGC.0b013e3181a3d100.
- Taberna M, Mena M, Pavón MA i wsp. Human papillomavirus-related oropharyngeal cancer. *Ann Oncol*. 2017; 28 (10): 2386–2398. doi: 10.1093/annonc/mdx304.
- Kamolratanakul S, Pitisuttithum P. Human papillomavirus vaccine efficacy and effectiveness against cancer. *Vaccines (Basel)*. 2021; 9 (12): 1413. doi: 10.3390/vaccines9121413.
- Pimple S, Mishra G. Cancer cervix: Epidemiology and disease burden. *Cytojournal*. 2022; 19: 21. doi: 10.25259/CMAS.03.02.2021.
- <https://onkologia.org.pl/pl/nowotwor-szyjki-miaczy-czym-jest> (dostęp: 27.11.2022)
- Mavundza EJ, Iwu-Jaja CJ, Wiyeh AB i wsp. A systematic review of interventions to improve HPV vaccination coverage. *Vaccines (Basel)*. 2021; 9 (7): 687. doi: 10.3390/vaccines9070687.
- Eun TJ, Perkins RB. Screening for cervical cancer. *Med Clin North Am*. 2020; 104 (6): 1063–1078. doi: 10.1016/j.mcna.2020.08.006.
- Zhang S, Xu H, Zhang L i wsp. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chin J Cancer Res*. 2020; 32 (6): 720–728. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2020.06.05.
- Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR i wsp. Cervical cancer screening: Past, present, and future. *Sex Med Rev*. 2020; 8 (1): 28–37. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.09.005.
- Bruni L, Saura-Lázaro A, Montoliu A i wsp. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. *Prev Med*. 2021; 144: 106399. doi: 10.1016/j.pymed.2020.106399.
- <https://szczepienia.pzh.gov.pl/rekomendacje-ekspertow-w-zakresie-szczepien-profilaktycznych-przeciwko-zakazeniom-wirusami-brodawczaka-ludzkiego-hpv-w-polsce> (dostęp: 27.11.2022)
- Arbyn M, Xu L. Efficacy and safety of prophylactic HPV vaccines. *A Cochrane review of randomized trials*. *Expert Rev Vaccines*. 2018; 17 (12): 1085–1091. doi: 10.1080/14760584.2018.1548282.
- Lama Y, Quinn SC, Nan X i wsp. Social media use and human papillomavirus awareness and knowledge among adults with children in the household: examining the role of race, ethnicity, and gender. *Hum Vaccin Immunother*. 2021; 17 (4): 1014–1024. doi: 10.1080/21645515.2020.1824498.
- 1Brotherton JML. Impact of HPV vaccination: Achievements and future challenges. *Papillomavirus Res*. 2019; 7: 138–140. doi: 10.1016/j.pvr.2019.04.004.
- Castle PE, Maza M. Prophylactic HPV vaccination: past, present, and future. *Epidemiol Infect*. 2016; 144 (3): 449–68. doi: 10.1017/S0950268815002198.
- Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A i wsp. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Euro Surveill*. 2018; 23 (41): 1700737. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.41.1700737.
- Falcaro M, Castañón A, Ndlela B i wsp. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. *Lancet*. 2021; 398 (10316): 2084–2092. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02178-4.
- Drolet M, Bénard É, Bily MC i wsp. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15 (5): 565–80. doi: 10.1016/S1473-3099(14)71073-4.
- <https://podyplomie.pl/onkologia/37660,rekomendacje-polskiego-towarzystwa-ginekologow-i-poloznikow-polskiego-towarzystwa-pediatrycznego> (dostęp: 27.11.2022)
- Soliman M, Oredein O, Dass CR. Update on safety and efficacy of HPV vaccines: Focus on Gardasil. *Int J Mol Cell Med*. 2021; 10 (2): 101–113. doi: 10.22088/IJMCM.BUMS.10.2.101.
- Taumberger N, Joura EA, Arbyn M i wsp. Myths and fake messages about human papillomavirus (HPV) vaccination: answers from the ESGO Prevention Committee. *Int J Gynecol Cancer*. 2022; 32 (10): 1316–20. doi: 10.1136/ijgc-2022-003685.

2008–2010 (21). W pracy tej oceniano wpływ tego programu szczepień na raka szyjki macicy i raka szyjki macicy in situ, a za pomocą rejestracji śród nabłonkowej neoplazji szyjki macicy stopnia 3 (CIN3). Zaobserwowano względną redukcję zachorowań na raka szyjki macicy o 34% dla grupy wiekowej 16–18 lat, o 62% dla grupy wiekowej 14–16 lat oraz o 87% dla grupy wiekowej 12–13 lat, w porównaniu z kontrolną grupą osób niezaszczepionych. Podobnie redukcja ryzyka dla CIN3 wyniosła: 39% dla grupy wiekowej 16–18 lat, 75% dla grupy wiekowej 14–16 lat i 97% dla przedziału wiekowego 12–13 lat (21).

Także meta-analiza badań z dziewięciu rozwiniętych krajów o wysokich dochodach (Australia, Kanada, Dania, Anglia, Niemcy, Nowa Zelandia, Szkocja, Szwecja i USA), która miała na celu zbadanie wpływu szczepień przeciwko HPV na poziomie populacji odnotowała znaczny spadek częstości występowania typów wysokiego ryzyka onkogennego w 68% krajów, w których odsetek szczepień przeciwko HPV wynosił co najmniej 50% (22). Podobnie odsetek występowania kłykoń kończących zmniejszył się o 61% u dziewcząt w wieku 13–19 lat. Istotny spadek odnotowano również w częstości występowania HPV-31, -33 i -45 w tej grupie wiekowej dziewcząt, co sugeruje potencjalną ochronę krzyżową przed zakażeniami zbliżonymi typami wirusa (22).

W świetle tych danych należy z tym większym zadowoleniem przyjąć opublikowane 29.06.2022 roku zbiorowe rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Wakcynologii oraz Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy dotyczące powszechnych i refundowanych szczepień przeciwko HPV w Polsce (23).

Wnioski

Jako podsumowanie należy stwierdzić, iż według wszystkich dostępnych badań wprowadzenie powszechnych w skali kraju szczepień przeciwko HPV jest całkowicie wykonalne (24). Kwestie związane z komunikacją informacji o szczepionkach przeciwko wirusom brodawczaka i wynikający z nich niski poziom wyszczepienia powinny być rozwiązywane poprzez odpowiednie kampanie informacyjne zarówno poprzez odnośnienie się do obaw rodziców, jak i przed i/lub podczas wdrażania szczepień przeciwko HPV, podkreślając bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek u dziewcząt i chłopców

w zapobieganiu chorobom o etiologii HPV (25). Niezwykle istotna jest w tym rola edukacyjna nie tylko ginekologów, ale także lekarzy rodzinnych oraz pediatrów w szerzeniu opartej na faktach wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek skierowanych przeciwko wirusom brodawczaka (25). Jest to tym bardziej ważne, gdy weźmie się pod uwagę rozpowszechnianie przez niekłą część środowiska medycznego – zwłaszcza za pośrednictwem Internetu i mediów społecznościowych – bałamutne informacje, dotyczące rzekomych zagrożeń, jakie niosą za sobą szczepienia przeciwko HPV.

DR HAB. N. MED. TOMASZ DZIECIAŃKOWSKI

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

Adres do korespondencji: dr hab. Tomasz Dzieciątkowski; 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, kierownik: dr Paula Dobosz

LEK. JACEK TULIMOWSKI

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



www.sklep.e-ginekologia.pl

Prenumerata Nowy Gabinet Ginekologiczny

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

W ofercie ponad 150 tytułów książek związanych z ginekologią!

Sprawdź aktualne rabaty na książki na: sklep.e-ginekologia.pl



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

CENA 250 zł

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



2. Atlas malformacji rozwojowych według Smitha – polskie wydanie

CENA 350 zł

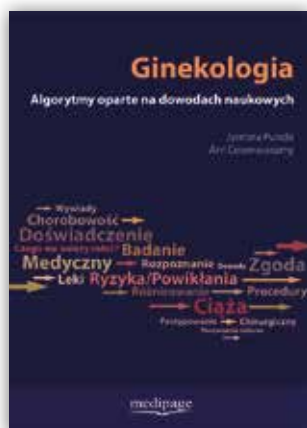
Rok wydania: 2018
Format: 184 x 260 mm
Autor: Kenneth Jones, Marilyn Jones, Miguel del Campo
Redaktor wydania polskiego: dr n. med. Antoni Pyrkosz



3. Ginekologia. Diagnostyka różnicowa i terapia

CENA 129 zł

Rok wydania: 2021
Autor: T. Fehm, W. Janni, E. Stickeler, C. B. Tempfer
Redaktor polskiego wydania: K. Czajkowski



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

CENA 250 zł

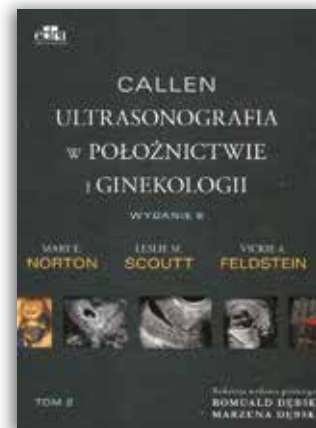
Rok wydania: 2019
Format: 210 x 295 mm
Autor: Jyotsna Pundir i Arri Coomarasamy
Redaktor wydania polskiego: Artur Jakimiuk



5. Ginekologia estetyczna. Techniki zabiegowe – polskie wydanie

CENA 219 zł

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



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

CENA 179 zł / za tom

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

Nowe zasady reklamowania wyrobów medycznych

OD POCZĄTKU 2023 R. ZACZĘŁY OBOWIĄZYWAĆ NOWE PRZEPISY REGULUJĄCE REKLAMOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH. JEST TO EFEKT WPROWADZONEJ W ŻYCIE 7 KWIEŚNIA 2022 R. NOWEJ USTAWY O WYROBACH MEDYCZNYCH. Kwestie dotyczące reklamy wyrobów medycznych weszły z 9-miesięcznym opóźnieniem i zaczęły obowiązywać od Nowego Roku. Jakie zmiany przynoszą nowe przepisy dla praktykujących lekarzy? Czy zmieni się możliwość i zakres reklamowania gabinetów medycznych?



FOT 123 RF

Na początku należy uspokoić, że nowe przepisy dotyczą przede wszystkim firm zajmujących się produkcją lub sprzedażą wyrobów medycznych. Główne założenia tych przepisów wpływają w sposób bezpośredni na osoby prowadzące gabinety lekarskie czy podmioty lecznicze. Jest to niezwykle istotne w związku z bardzo wysokimi karami, jakie mogą zostać nałożone za złamanie tych przepisów.

Nowe zasady reklam

Najważniejszą nowością jest to, że reklama wyrobu medycznego, która będzie kierowana do publicznej wiadomości, musi być sformułowana w sposób zrozumiały dla laika (art. 55. 1).

– Zapis ten dotyczy także terminów medycznych i naukowych oraz przywoływania wyników badań naukowych, opinii specjalistów lub literatury specjalistycznej, skierowanych w reklamie do innych odbiorców niż laicy.

Reklama wyrobu medycznego, która będzie kierowana do publicznej wiadomości, musi być sformułowana w sposób zrozumiały dla laika

Profesjonalistami według ustawy są osoby wykonujące zawody medyczne, które posiadły specjalistyczną wiedzę medyczną oraz doświadczenie. „Laikami” w rozumieniu przepisów są więc użytkownicy nieprofesjonalni: pacjenci, konsumenci, importerzy, dystrybutorzy czy przeciętni użytkownicy Internetu – tłumaczy Naczelna Izba Lekarska.

Reklama taka nie może również wykorzystywać wizerunku osób wykonujących zawody medyczne lub aktorów grających takie osoby (art. 55. 2). Jeżeli chodzi o lekarzy, to należy przypomnieć, że Kodeks Etyki Lekarskiej od dawna stanowi, że lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku do celów komercyjnych.

Wydawać by się mogło, że faktycznie zakres zmian nie powinien mieć wpływu na codzienną pracę lekarza. Natomiast warto zwrócić uwagę, że przepisy będą dotyczyły również sytuacji, w których ma miejsce reklama działalności gospodarczej lub zawodowej, w której wykorzystuje się wyrób do świadczenia usług – w zakresie, w jakim dotyczy ona usług świadczonych przy użyciu danego wyrobu, jak i przy przekazywaniu próbek w celu promocji wyrobów. Obie sytuacje mogą być problematyczne w interpretacji, dlatego w początkowym okresie obowiązywania przepisów najlepiej jest z ostrożnością podchodzić do tych praktyk, a przede wszystkim unikać reklamowania swojej działalności przy wykorzystaniu konkretnych wyrobów medycznych. Jest to tym bardziej istotne, że reklamowanie działalności leczniczej, co do zasady, jest niedozwolone.

autor:

Tomasz Popielski

WYCIĄG Z USTAWY Z DNIA 7 KWIETNIA 2022 R. O WYROBACH MEDYCZNYCH, DOTYCZĄCY REKLAMY

Rozdział 12 Reklama wyrobów

Art. 54. 1. Reklama wyrobu może być prowadzona wyłącznie na zasadach określonych w niniejszym rozdziale oraz nie może naruszać zakazów, o których mowa w art. 7 rozporządzenia 2017/745 lub art. 7 rozporządzenia 2017/746.

2. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się również do reklamy systemu lub zestawu zabiegowego.

Art. 55. 1. Reklama wyrobu kierowana do publicznej wiadomości musi być sformułowana w sposób zrozumiały dla laika. Wymóg ten dotyczy również sformułowań medycznych i naukowych oraz przywoływania w reklamie badań naukowych, opinii, literatury lub opracowań naukowych i innych materiałów skierowanych do użytkowników innych niż laicy.

2. Reklama wyrobu kierowana do publicznej wiadomości nie może:

- 1) wykorzystywać wizerunku osób wykonujących zawody medyczne lub podających się za takie osoby lub przedstawiać osób prezentujących wyrób w sposób sugerujący, że wykonują taki zawód;
- 2) zawierać bezpośredniego wezwania dzieci do nabycia reklamowanych wyrobów lub do nakłonienia rodziców lub innych osób dorosłych do kupienia im reklamowanych wyrobów;
- 3) dotyczyć wyrobów przeznaczonych do używania przez użytkowników innych niż laicy.

3. Reklama wyrobu nie może wprowadzać w błąd co do zasad i warunków konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa danego rodzaju wyrobów, w tym co do wymagań dotyczących wyposażenia technicznego podmiotów wykonujących te czynności i kwalifikacji zatrudnionych w nich osób.

Art. 56. 1. Reklama wyrobu może być prowadzona wyłącznie przez podmiot gospodarczy.

2. Reklama wyrobu może być prowadzona również przez inne podmioty po jej zatwierdzeniu, w formie pisemnej, przez dany podmiot gospodarczy. Odpowiedzialność za zgodność reklamy z przepisami prawa ponosi ten podmiot gospodarczy.

Art. 57. 1. W przypadku stwierdzenia przez Prezesa Urzędu naruszeń art. 7 rozporządzenia 2017/745 lub art. 7 rozporządzenia 2017/746 w zakresie reklamy lub art. 55 lub art. 56, nakazuje on w drodze decyzji administracyjnej:

- 1) usunięcie stwierdzonych naruszeń lub
- 2) zaprzestanie publikowania, ukazywania się lub prowadzenia danej reklamy, lub
- 3) publikację wydanej decyzji w miejscach lub środkach masowego przekazu, w których ukazała się dana reklama.

2. Decyzje, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

Art. 58. 1. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się również do:

- 1) reklamy działalności gospodarczej lub zawodowej, w której wykorzystuje się wyrób do świadczenia usług – w zakresie, w jakim dotyczy ona usług świadczonych przy użyciu danego wyrobu, w tym usług wypożyczania, najmu lub użyczenia wyrobów;
- 2) prezentowania wyrobów w czasie spotkań, których celem lub efektem jest zachęcanie do nabywania wyrobów, lub finansowania takich spotkań;
- 3) kierowania do publicznej wiadomości opinii przez użytkowników wyrobów, jeżeli otrzymują z tego tytułu korzyści;
- 4) odwiedzania osób wykonujących zawód medyczny w celu promocji wyrobów;
- 5) sponsorowania targów, wystaw, pokazów, prezentacji, konferencji, zjazdów i kongresów naukowych, w tym dla osób wykonujących zawód medyczny lub prowadzących obrót wyrobami;

dów i kongresów naukowych, w tym dla osób wykonujących zawód medyczny lub prowadzących obrót wyrobami;

- 6) prezentowania wyrobów w czasie wydarzeń, o których mowa w pkt 5;
- 7) przekazywania próbek w celu promocji wyrobów.

2. Nadzór nad reklamą, o której mowa w ust. 1 pkt 1, jest sprawowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez Głównego Inspektora Sanitarnego w pozostałym zakresie.

3. Nadzór nad reklamą, o której mowa w ust. 1 pkt 2–7, jest sprawowany przez Prezesa Urzędu.

4. Odwiedzanie osób wykonujących zawód medyczny będących świadczeniodawcą lub zatrudnionych u świadczeniodawcy w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w celu reklamy wyrobu odbywa się, po uprzednim uzgodnieniu terminu spotkania, poza godzinami pracy tych osób oraz wymaga uzyskania zgody kierownika danego podmiotu leczniczego, a w przypadku praktyki zawodowej – zgody osoby wykonującej zawód medyczny w ramach tej praktyki.

5. Osoby upoważnione przez Prezesa Urzędu są uprawnione do bezpłatnego wstępu na wydarzenia, o których mowa w ust. 1 pkt 5 i 6.

Art. 59. Za reklamę wyrobu nie uważa się:

- 1) katalogów handlowych lub list cenowych, zawierających wyłącznie nazwę handlową, cenę wyrobu lub specyfikację techniczną;
- 2) informacji umieszczonych na opakowaniach oraz załączonych do opakowań wyrobów, wymaganych przepisami ustawy i rozporządzenia 2017/745 lub rozporządzenia 2017/746.

Art. 60. 1. Reklamę wyrobu prowadzi się w formie audiowizualnej, dźwiękowej lub wizualnej.

2. Reklama wyrobu prowadzona w aptekach i podmiotach prowadzących działalność leczniczą, w tym odwiedzanie osób wykonujących zawód medyczny, nie może utrudniać prowadzonej tam działalności.

3. Reklama wyrobu zawiera co najmniej nazwę lub nazwę handlową wyrobu oraz przewidziane zastosowanie wyrobu.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) niezbędne dane, jakie ma zawierać reklama, inne niż określone w ust. 3,
- 2) sposób prezentowania reklamy – uwzględniając konieczność obiektywnej prezentacji wyrobu, bezpieczeństwo jego stosowania, stan wiedzy użytkowników wyrobów oraz konieczność zapewnienia niezakłóconego korzystania z usług zdrowotnych i usług farmaceutycznych.

Art. 61. 1. Do obowiązków podmiotu gospodarczego prowadzącego reklamę wyrobu kierowaną do publicznej wiadomości należy przechowywanie wzorów reklam oraz informacji o miejscach jej rozpowszechniania przez okres 2 lat od zakończenia roku kalendarzowego, w którym ta reklama była rozpowszechniana.

2. Podmiot gospodarczy, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany na żądanie Prezesa Urzędu udostępnić wzór każdej reklamy skierowanej do publicznej wiadomości wraz z informacją o sposobie i okresie jej rozpowszechniania.

3. Dostawca usług medialnych lub wydawca są obowiązani na żądanie Prezesa Urzędu udostępnić posiadane nazwy i adresy przedsiębiorców lub osób fizycznych zamieszczających odpłatne ogłoszenia lub reklamy oraz wszelkie inne materiały związane z reklamą.

4. Dostawcy usług medialnych lub wydawcy są obowiązani przechowywać informacje oraz materiały, o których mowa w ust. 3, przez okres nie krótszy niż rok.

5. Prezes Urzędu współpracuje z Krajową Radą Radiofonii i Telewizji w zakresie reklamy wyrobów.

Reklama wyrobów medycznych nie może wykorzystywać wizerunku osób wykonujących zawody medyczne lub aktorów grających takie osoby

Nowe zasady reklamowania będą też obowiązywać na targach, konferencjach, zjazdach, wystawach.

Reklamowanie usług medycznych

W tym miejscu warto przypomnieć przepisy ustawy o działalności leczniczej (art. 14), które wskazują, że treść i forma informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych nie może mieć cech reklamy. Naruszenie tego przepisu jest bowiem wykroczeniem (art. 147A Kodeksu wykroczeń) i podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. Zgodnie zaś z Kodeksem Etyki Lekarskiej (art. 63) lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie na podstawie swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.

Co to jest reklama?

Warto też przypomnieć, czym jest reklama. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2007 r. (sygn. II CSK 289/07) reklama oznacza każde przedstawienie (wypowiedź) w jakiegokolwiek formie, dokonane w celu wspierania zbytu towarów lub usług. Reklamą są wszelkie formy przekazu, w tym także takie, które, nie zawierając w sobie elementów ocennych ani zachęcających do zakupu, mogą jednak zostać przyjęte przez ich odbiorców jako zachęta do kupna. To co odróżnia przekaz reklamowy od informacji, to jest nie tylko zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje oraz odbiór przekazu. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru lub usług – taki cel przyświeca nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana. Wszelkie promocje, w tym cenowe, są reklamą.

Jak widać reklama jest zdefiniowana bardzo szeroko. Nie można mieć wątpliwości, że wiele podmiotów wykonujących działalność leczniczą może w swym przekazie przekraczać granicę pomiędzy informacją a reklamą. Na ten moment brak jest jednak wyraźnych sygnałów, że obowiązujące przepisy w tym zakresie są odpowiednio egzekwowane.

Warto zwrócić uwagę na to, co na pewno nie jest reklamą. Artykuł 59 określa, że: katalogów handlowych lub list cenowych, zawierających wyłącznie nazwę handlową, cenę wyrobu lub specyfikację techniczną, nie uważa się za reklamę. Zatem publikowanie cennika na stronie internetowej lub w poczekalni z zasady nie jest reklamowaniem wyrobu lub usługi.

Przedstawiciele medyczni. Nowe zasady ich pracy

Wracając zaś do nowych przepisów, to na koniec warto zwrócić uwagę, jak będą one wpływały na działalność lekarzy w sposób pośredni. Przedstawiciele medyczni, którzy będą chcieli



FOT 123 RF

reklamować wyrób medyczny w gabinecie, będą mogli to zrobić, po uprzednim uzgodnieniu terminu spotkania, poza godzinami pracy i po uzyskaniu zgody kierownika danego podmiotu leczniczego lub osoby wykonującej zawód medyczny w ramach tej praktyki. Chodzi o to, aby w kolejkę czekających przed gabinetem pacjentów nie wchodził przedstawiciel medyczny i zajmował czas lekarza na przyjmowanie pacjentów. Będzie mógł to zrobić tylko w czasie oficjalnej przerwy lekarza lub po „ostatnim” pacjencie.

Nie wiadomo jednak, czy za ewentualne złamanie tego przepisu konsekwencje poniesie lekarz, czy przedstawiciel medyczny.

Jak widać, z punktu widzenia gabinetu stomatologicznego, nowe przepisy nie będą miały wielkiego wpływu na prowadzoną działalność. Warto jednak przy okazji tych zmian przyjrzeć się swojej polityce informacyjnej, pod kątem obowiązujących przepisów, jak i być wyczulonym na to, co i jak ulega zmianie.



TOMASZ POPIELSKI

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



**IX KONGRES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
MEDYCYNY PERINATALNEJ**

NOWOCZESNA PERINATOLOGIA

od problemu do rozwiązania

31.03–01.04.2023
VIENNA HOUSE ANDEL'S
ŁÓDŹ

WYDARZENIE W FORMULE STACJONARNEJ!

Zapraszamy do specjalistycznej i multidyscyplinarnej dyskusji **wszystkich specjalistów, którzy chcą prowadzić pacjentki ciężarne i rodzące oraz ich dzieci** w sposób kompetentny i nowoczesny w oparciu o najnowsze doniesienia medyczne z zakresu perinatologii i neonatologii.

Tematy wiodące:

- nowoczesne postępowanie chirurgiczne i farmakologiczne w krwotokach okołoporodowych
- profilaktyka i leczenie porodu przedwczesnego
- postępowanie z ciężarnymi i rodzącymi wysokiego ryzyka
- współczesne wyzwania i problemy perinatologiczne i neonatologiczne na sali porodowej
- farmakologia w czasie ciąży i porodu
- najważniejsze patologie ciąży, porodu i połogu
- choroby infekcyjne w czasie ciąży i u noworodków
- skuteczna współpraca między położnikami, perinatologami oraz neonatologami



Kongresowi towarzyszyć będą również **WARSZTATY:**

- **Operacje kleszczowe – wskazania i warunki wykonania.** Technika operacji kleszczowych, ćwiczenia na fantomie, przykładowe filmy. Najczęstsze błędy i sposoby ich unikania
- **Wrodzone wady sercowo-naczyniowe rozpoznawane prenatalnie – postępowanie po urodzeniu.**

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
ORAZ REJESTRACJA
NA STRONIE WWW.GRUPAMEDICA.PL**

GRUPA MEDICA S.C.
ul. Wodna 25 lok. 2AU
90-024 Łódź

tel: +48 42 630 0188
e-mail: biuro@grupamedica.pl



APTOS

METODY APTOS #antiptosis

ZABIEGI Z UŻYCIEM NICI APTOS INTIMATE:

- odmłodzenie stref intymnych
- zwężanie wejścia do pochwy
- wspieranie cewki moczowej
- армиowanie przedniej i tylnej ściany pochwy
- odbudowa objętości warg sromowych
- plastyka krocza



AESTHETIC CONCEPT

ul. Bema 83/73, 01-233 Warszawa, tel. +48 22 415 67 92, +48 668 040 694

 www.aestheticconcept.com.pl