

nowy

dwumiesięcznik

gabinet

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr **4**
(71) 2023

**Oprócz specjalizacji, lekarze
mogą zdobywać umiejętności**



GINEKOLOGIA:

- **Perineoplastyka – cz. 3**
- **Znamiona skórne w okresie ciąży**
- **Raport dotyczący porodów**
- **Czy widać już przełom w diagnostyce endometriozy?**
- **Otyłość matki zmienia strukturę łożyska**
- **Aktualizacja szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 na sezon jesienno-zimowy**

PRAWO:

- **Żądanie pacjenta o podanie danych polisy OC lekarza**
- **Zmiany neurologiczne po laparotomii**

II KONGRES GINEKOLOGII OPERACYJNEJ TIPS AND TRICKS GINEKOLOGII OPERACYJNEJ

KATOWICE
23-25 LISTOPADA 2023

MIĘDZYNARODOWE
CENTRUM KONGRESOWE

PATRONAT HONOROWY



PREZYDENT
MIASTA KATOWICE



JM REKTOR
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO



PATRONAT

JEDYNA KONFERENCJA NAUKOWA W POLSCE TEMATYCZNIE W CAŁOŚCI POŚWIĘCONA GINEKOLOGII OPERACYJNEJ

TEMATY WIODĄCE

- Chirurgia małoinwazyjna w ginekologii
- Operacje robotyczne w ginekologii
- Operacje z dostępu przez naturalne otwory ciała
- Histeroskopia zabiegowa
- Histerektomia i operacje defektów macicy
- Laparoscopia w ginekologii i ginekologii onkologicznej
- Techniki operacyjne w perinatologii i położnictwie
- Operacje w zaburzeniach statyki
- Techniki operacyjne w endometriozie



WARSZTATY Z TRANSMISJĄ NA ŻYWO Z 3 SAL OPERACYJNYCH

- Laparoskopowa resekcja endometriozy głębokiej
- Laparoskopowa histerektomia
- Wąginalna histerektomia

Zapraszam serdecznie!

prof. Rafał Stojko

Przewodniczący Komitetu Naukowego
II Kongresu Ginekologii Operacyjnej

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
I REJESTRACJA NA WWW.GRUPAMEDICA.PL**

GM
grupa medica

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,
Sekretarz redakcji:**

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.

16 Perineoplastyka – cz. 3

Kontynuujemy cykl artykułów dotyczący perineoplastyki. W poprzednich częściach opisaliśmy historię zabiegu oraz anatomię chirurgiczną regionu. W tej części zajmujemy się przygotowaniem pacjentki do zabiegu.

18 Oprócz specjalizacji, lekarze mogą zdobywać umiejętności

Minister zdrowia w połowie czerwca opublikował listę 57



umiejętności medycznych oraz kwalifikacje osób, które o daną umiejętność mogą się starać. To zupełnie nowa forma zdobywania certyfikatów, potwierdzających zdobytą przez lekarza wiedzę medyczną.

20 Zmiany neurologiczne po laparotomii

W sprawach dotyczących błędów medycznych niezmiernie istotną jest potrzeba wzajemnych konsultacji przypadku przez lekarzy różnych specjalności. Dopiero suma informacji, pochodzących od konsultantów z różnych gałęzi medycyny, pozwala na kompleksową ocenę charakteru i rozmiaru szkody.

22 Jak to jest z żądaniem pacjenta o podanie danych polisy OC?

Temat wraca co jakiś czas i do dziś nadal na różnych forach dyskusyjnych można przeczytać różne, sprzeczne ze sobą, informacje w zakresie, czy pacjentowi podawać dane z polisy OC czy nie. Zdania są podzielone.

24 Znamiona skórne w okresie ciąży

W ciąży należy dbać o zdrowie i zapobiegać obniżeniu odporności poprzez odpowiednią dietę i właściwy tryb życia. Jeżeli jednak zachorujemy należy pamiętać, że nawet zwykłe przeziębienie wymaga konsultacji lekarskiej. Lekarz doradzi, jakie można przyjmować leki, aby nie narazić zdrowia dziecka. m dziecka w okresie zarodkowym i płodowym.



26 Aktualizacja szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 na sezon jesienno- zimowy

Skład Rady Naukowej magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny:

Prof. dr hab. n. med.

Anna Nasierowska-Guttmejer
Zakład Patomorfologii CSK MSW w Warszawie; Zakład Patologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Prof. dr hab. n. med. Janina Markowska
Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Lek. med. Beata Sterlińska-Tulimowska
Wykładowca LAHA, wykładowca Fotona, Tulimowski & Sterlińska Gabinet Ginekologiczne, Warszawa

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Celewicz
Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej II Wydział Lekarski WUM

Dr hab. n. med

Tomasz Dzieciatkowski
Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

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

Prof. dr hab. n. med. Artur J. Jakimiuk
Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie

Dr n. med. Paweł Grzesiowski
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 Ginekologiczne, 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

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Szyłto
Kierownik Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Leczenia Endometriozy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Prof. dr hab. n. med. Dariusz Boroń
Specjalista ginekolog-położnik, Wydział Nauk Medycznych WST w Zabrze

Mgr farm. Marian Witkowski
Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej

Jak zamówić prenumeratę Nowego Gabinetu Ginekologicznego

Na konto, podane obok, należy wpłacić 99 zł (prenumerata roczna) lub 190 zł (prenumerata dwuletnia). Po dokonaniu płatności należy przesłać faksem, e-mailem lub listownie potwierdzenie dokonania wpłaty wraz z adresem, na który gazeta ma być wysyłana. Osoby, które chcą otrzymać fakturę VAT, muszą przysłać wszystkie dane potrzebne do wystawienia faktury. Faktury wystawiamy do 7 dni od daty wypłynięcia płatności na konto. Tel. 509 912 963, fax 22 398 78 85, e-mail: prenumerata@spsmedia.pl
Możliwe jest przesłanie prenumeraty za zaliczeniem pocztowym. Zamówienie należy złożyć telefonicznie lub faksem. Do kosztów prenumeraty doliczamy 12 zł za usługę pobrania pocztowego. Pierwszy zamówiony numer wysyłany jest następnego dnia po złożeniu zamówienia.

Numer konta:
BZ WBK 37 oddział w Warszawie
nr 80 1500 1865 1218 6013 2651 0000,
SPS, ul. Modzelewskiego 67/4,
02-679 Warszawa

WARUNKI PRENUMERATY:

- Prenumeratę przyjmujemy na kolejnych 6 lub 12 numerów.
- Prenumeratę opłaca się w banku lub na pocztcie.
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający.
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca.



MISCELLANEA

DOWIEDZIANO

Otyłość matki zmienia strukturę łożyska

Naukowcy z Republiki Południowej Afryki, współpracując z naukowcami z Anglii, twierdzą, że otyłość matki zmienia strukturę łożyska, co może być ryzykowne dla zdrowia zarówno kobiety, jak i jej dziecka.

Jako pierwsi przeprowadzili oni badania, mające na celu jednoczesne zbadanie wpływu otyłości u matki i cukrzycy ciążowej, w krajach rozwijających się, gdzie otyłość i cukrzyca ciążowa mają znaczące skutki zdrowotne i ekonomiczne.

W badaniu wzięło udział 71 kobiet rasy czarnej lub o mieszanym pochodzeniu: 52 było otyłych, a 38 miało rozwiniętą GDM. Naukowcy podczas badania wykorzystali profilowanie kliniczne, głębokie badanie strukturalne i analizę molekularną łożyska oraz biochemiczne pomiary krwi pępowinowej matki i dziecka. Okazało się, że otyłość matki bardziej niż cukrzyca ciążowa ogranicza tworzenie się łożyska, jego gęstość i powierzchnię naczyń krwionośnych oraz zdolność do wymiany składników odżywczych pomiędzy matką a rozwijającym się dzieckiem.

– Po raz pierwszy przyjrzelśmy się wpływowi zarówno otyłości, jak i cukrzycy

ciążowej na łożysko u kobiet rasy czarnej i kobiet o mieszanym pochodzeniu, które stanowią grupę niedostatecznie zbadaną oraz jaki wpływ te warunki mogą mieć na nie i ich dzieci. Ważne było odkrycie, że otyłość ma większy wpływ niż GDM na przebieg ciąży zarówno matki, jak i dziecka – powiedziała prof. Amanda Sferruzzi-Perri z University of Cambridge, główna autorka.

– Republika Południowej Afryki jest obciążona chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, a także wysoką zachorowalnością i śmiertelnością matek i dzieci oraz zgonami związanymi z przemocą i urazami. Ponadto mamy jeden z najwyższych wskaźników otyłości kobiet na świecie, co niewątpliwie napędza obciążenia chorobami niezakaźnymi i przyczynia się do zachorowalności matek, noworodków i dzieci. Ponieważ otyłość i cukrzyca ciążowa często współwystępują, w badaniu podkreślono znaczenie otyłości w porównaniu z cukrzycą ciążową w modulowaniu struktury i funkcji łożyska oraz połączono w całość, w jaki sposób te zmiany w łożysku mogą wyjaśniać obserwowane powikłania, na przykład ryzyko chorób



FOT. LUIZ GUSTAVO NIERTSCHNIK

zakaźnych zarówno dla matki, jak i dla dziecka – stwierdził główny autor badania, prof. Mushi Matjila. (PT)

BADANIA

Coraz starsze matki rodzące pierwsze dziecko

W ostatnich latach widać wyraźne zmiany w strukturze demograficznej naszego kraju. Polski Instytut Ekonomiczny poinformował, że aktualnie „statystyczna” matka jest o 6 lat starsza w momencie urodzenia pierwszego dziecka niż w 1990 roku. Z badań wynika, że wskaźnik dzietności wynosi w Polsce 1,26 i jest najniższy od okresu 2002–2005.

Średni wiek kobiet w momencie urodzenia pierwszego dziecka to prawie 29 lat, a liczba bezdzietnych kobiet w tym samym czasie wzrosła z 8 proc. do 20 proc.

Logicznym skutkiem tego jest zmniejszenie wielkości gospodarstwa domowego. W 1990 r. przeciętna liczba osób w polskim gospodarstwie domowym wynosiła 3,1 a w 2022 r.

– 2,55. Niski poziom wskaźnika dzietności sytuuje Polskę znacznie poniżej średniej europejskiej. Według danych Eurostatu, niższy współczynnik dzietności był tylko na Malcie, w Hiszpanii, Włoszech i Albanii.

Z kolei najwyższą wartość wskaźnika odnotowano we Francji (1,84), w Czechach (1,83) i w Rumunii (1,81). Ciekawym przypadkiem są południowi sąsiedzi Polski, którzy w ciągu 20 lat zanotowali drugi najwyższy wzrost wskaźnika na całym świecie.

Obserwuje się w Polsce również wzrastający współczynnik dzietności w miastach. Natomiast spada on na wsiach. Z badania Centrum Badań Opinii Społecznej wynika, że Polacy

chcą mieć dzieci. Prawie połowa chce mieć dwoje dzieci, tylko 7 procent nie chce mieć żadnego dziecka. Poziom zaspokojenia potrzeb prokreacyjnych Polaków wynosi 54 proc. To oznacza, że większość badanych nie ma tyle dzieci, ile by chciała. Zaledwie 5 proc. deklaruje, że ma więcej dzieci niż chce. Polska w XXI wieku wkroczyła w etap demograficzny, typowy dla państw rozwiniętych. Charakteryzuje się on niskim wskaźnikiem dzietności i wysoką oczekiwaną długością życia. W Polsce w 2022 r. liczba ludności zmniejszyła się o 141 tys. w stosunku do poprzedniego roku. Ubytek ludności był mniejszy niż w 2021 r., ale nadal większy niż przed wybuchem pandemii. (PT)

FINANSE

Coraz więcej Polaków wykupuje prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Coraz więcej Polaków decyduje się na wykupienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Szacuje się, że jest ich 12,5 proc. więcej niż przed rokiem. Na koniec pierwszego kwartału 2023 roku, wykupiło je 4,3 miliona osób.

Polska Izba Ubezpieczeń wylicza, że w ciągu pierwszych trzech miesięcy 2023 roku Polacy wydali na nie 454,4 miliona złotych.

Popularność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie maleje nawet za sprawą wysokiej inflacji, wzrostu kosztów życia, a także rosnącej skłonności Polaków do oszczędzania.

– Wyniki dowodzą wręcz, że wiele osób dostrzega, iż zarządzanie własnym zdrowiem za pomocą ubezpieczeń jest efektywne i przynosi też oszczędności, w przeciwieństwie do zakupu pojedynczych usług medycznych na rynku. Ubezpieczyciele negocjują ceny z dostawcami usług medycznych, mogą więc zaofiarować korzystniejsze warunki zarówno klientom indywidualnym, jak i grupowym, np. pracodawcom – wskazuje PIU.

– Polskie społeczeństwo starzeje się, nie jest też zdrowe, a publiczna opieka zdrowotna boryka się z coraz większymi problemami. Pracodawcy o tym wiedzą, dlatego robią wszystko, by mieć efektywnych, a to znaczy także zdrowych pracowników. W ostatnim czasie wzrosła liczba zwolnień lekarskich, których przyczyną były przede wszystkim choroby układu oddechowego oraz mięśniowo-szkieletowego. Pogłębiają się także problemy ze zdrowiem psychicznym. Części tych chorób można zapobiec dzięki profilaktyce, szybko je wyleczyć lub ustabilizować.

Dostęp do leczenia, który oferują ubezpieczyciele, jest tu nieoceniony – ocenia Dorota M. Fał, doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń. Nie bez znaczenia jest również zakres ubezpieczenia. Trzydziestoletnie osoby mogą takie ubezpieczenie nabyć już nawet za 30 złotych miesięcznie. Im osoba jest starsza, tym kwota ubezpieczenia wzrasta. Ekspertki wskazują, że warto wykupić dodatkowe ubezpieczenie dentystyczne między 30. a 40. rokiem życia, ponieważ zęby są zwykle zdrowe, a miesięczne składki są niższe. Prywatne ubezpieczenie stomatologiczne, to na pewno dodatkowe zabezpieczenie wtedy, gdy często borykamy się z ubytkami w zębach. (PT)



FOT. MICHAŁ NIŁOY

SZPITALE

Działają już Warszawski Instytut Zdrowia Kobiet

Rozpoczął działalność Warszawski Instytut Zdrowia Kobiet. – To miejsce jest absolutnie niezwykle dlatego, że będziemy się zajmować potrzebami kobiety w sposób kompleksowy. Takiej placówki w Warszawie jeszcze nie było – powiedział podczas inauguracji działalności Warszawskiego Instytutu Zdrowia Kobiet, prezydent stolicy Rafał Trzaskowski.

Instytut powstał na bazie potencjału połączonych szpitali, tj. Szpitala Inflancka (specjalistycznego szpitala położniczo-ginekologicznego) oraz Szpitala Bielańskiego (największego, wielospecjalistycznego szpitala miejskiego).

Kobiety znajdą w nim pomoc z zakresu ginekologii i położnictwa, w tym m.in. ginekologii onkologicznej i geriatrycznej, patologii ciąży, diagnostyki i terapii płodu, neonatologii, leczenia

niepłodności, endokrynologii. Warszawski Instytut Zdrowia Kobiet będzie w stanie zapewnić diagnostykę wszystkim kobietom od dziewczynek aż po seniorki. – Oprócz tego będziemy mieli własne laboratorium, choćby na potrzeby in vitro, co też sprawia, że będziemy niezależni – powiedział Trzaskowski. Kompleksowe wsparcie w leczeniu niepłodności dla mieszkanki Warszawy zacznie się od pierwszej wizyty u lekarza i obejmować będzie: pełną diagnostykę i leczenie, wszystkie niezbędne badania do procedury in vitro, prowadzenie ciąży, szkołę rodzenia, poród, w tym cesarskie cięcie oraz, w razie potrzeby, wsparcie psychologiczne i opiekę nad noworodkiem.

– To tylko jeden z fragmentów działania miasta – podkreślił podczas

uroczystości otwarcia Instytutu prezydent Warszawy. – Darmowa opieka żłobkowa, te wszystkie inwestycje w przedszkola, w szkoły, to właśnie sprzyja temu, żeby wszyscy mogli się czuć bezpiecznie i żeby warszawskie rodziny mogły się rozwijać i powiększać – podkreślił Rafał Trzaskowski.

Warszawski Instytut Zdrowia Kobiet znajduje się przy ulicy Inflanckiej. Prezydent podsumował również miejskie inwestycje w obszarze opieki zdrowotnej. – Od 2019 r. przeznaczaliśmy już niemal 1 mld zł na nowe szpitale, przychodnie oraz rozbudowy istniejących – podkreślił. Miasto finansuje też m.in. bezpłatne szczepienia: dla nastolatków przeciw HPV, dla małych dzieci i seniorów przeciw grypie. (PT)

DIAGNOSTYKA

Czy widać już przełom w diagnozie endometriozy?

Szacuje się, że co dziesiąta kobieta w wieku rozrodczym cierpi na endometriozę. Dla wielu z nich choroba jest przyczyną niewyobrażalnego bólu, cierpienia, depresji, bezpłodności. Eksperci są przekonani, że do skutecznego leczenia, potrzebna jest szybka diagnoza.

Do tej pory na całym świecie trwała ona kilka, a czasem kilkanaście lat.

Sieć laboratoriów Diagnostyka proponuje pacjentkom od połowy maja czułe (czułość > 94 proc.) i specyficzne (swistość > 89 proc.) testy na endometriozę, dzięki którym ten okres skrócił się do 10 dni. Część ekspertów twierdzi, że to prawdziwa rewolucja. Za testy, które powstały w start-up'ie Diagendo spółka uzyskała nagrodę główną w kategorii "Start-up Innowacje" w organizowanym przez Rynek Zdrowia i jego wydawcę konkursie Start-Up-Med 2023. Produkt otrzymał również główną nagrodę na Europejskim Kongresie Gospodarczym w ramach EEC Startup Challenge w kategorii "Health & Biotechnology". Jednocześnie także PARP nagroził test, nadając mu miano Polski Produkt Przyszłości w kategorii Produkt Przyszłości Przedsiębiorcy.

Wiele krajów na świecie próbowało opracować taki test, jednak żaden z nich nie ma takiej czułości i specyficzności jak

ten, który powstał w Polsce. Jego czułość wynosi ok. 95 proc. Test trafił już oficjalnie do sieci laboratoriów Diagnostyka. Każdy lekarz, każdy szpital, każda klinika może dzisiaj już oficjalnie zgłosić się do Diagnostyki, wypełnić zlecenie jak na każde inne badanie i próbka zostanie odebrana przez laboratorium do analizy.

– Test ma przyspieszyć diagnostykę, która obecnie trwa od kilku do nawet

kilkunastu lat – przekonują przedstawiciele producenta. Na endometriozę cierpi około 3 milionów Polek. Jednak wiele z nich nie potrafi potwierdzić choroby, nawet pomimo przeprowadzenia badań obrazowych. Producenci testu są przekonani, że diagnoza i leczenie we wczesnym stadium choroby, pomoże cierpiącym na tę przypadłość kobietom oszczędzić bólu i zachować pełną sprawność. (PT)



FOT. ANDREA PIACQUADIO

BADANIA

Na ekranach telefonów więcej bakterii niż na sedesach

Naukowcy z Holandii podkreślają, jak wielkie jest niebezpieczeństwo używania smartfonów przez personel medyczny. Wyniki takich badań opublikowano w holenderskim piśmie „Medisch Contact”. Wnioski z badań są zatrważające.

Dowiedziano, że na smartfonach znajduje się więcej patogenów niż na sedesach.

Nowoczesne telefony komórkowe są siedliskiem bakterii, wirusów oraz innych szkodliwych patogenów. Z przeprowadzonych badań, które odbyły się w holenderskich szpitalach wynika, że podczas pracy smartfona używa tam 8 na 10 lekarzy, a 57 proc. z nich – podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Naukowcy zbadali również powierzchnie smartfonów pod kątem występowania na nich siedliska bakterii. Okazało się, że od 43

do 95 proc. z nich było siedliskiem bakterii pochodzących ze szpitala. Aż z pięciu badań wynikało, że znaleziono także niezwykle groźne i lekooporne bakterie gronkowca złocistego. Badacze podkreślają również, że brakuje odpowiednich procedur związanych z rozprzestrzenianiem się bakterii. Okazuje się, że holenderscy lekarze mają zakaz noszenia zegarków, pierścionków oraz obrączek podczas dyżurów w szpitalach. Nikt natomiast nie zakazuje noszenia smartfonów, ponieważ podkreśla się, że stały się one niezbędnym narzędziem pracy dla lekarzy.

W związku z tym naukowcy podkreślają, że niezwykle ważne jest regularne stosowanie dezynfekcji na powierzchni telefonów. W Polsce dezynfekcja telefonów stała się powszechna w czasie pandemii koronawirusa.

Zdaje się jednak, że kiedy temat COVID-19 spowszedniał, liczba ludzi odkażających elektronikę alkoholem widocznie spadła, o czym dobitnie świadczy sprzedaż niezbędnych środków w e-commerce. Eksperci twierdzą, że wskazane jest regularne czyszczenie telefonu nasączoną alkoholem chusteczką. Takie zalecenie wydała Federalna Komisja ds. Łączności USA, zauważając, że nominalnie drobnoustroje mogą przetrwać na powierzchni telefonu nawet kilka dni. Jednak podkreśla się, że kluczem jest wyobraźnia, wiele osób myje ręce po wizycie w toalecie, ale wcześniej natężenie z sanitariatami dotyka telefonu, co zostaje zupełnie pominięte. Urządzenie natomiast bezrefleksyjnie wraca do kieszeni. (PT)



I POLSKI KONGRES Kardiopółozniczy

21.10.2023 Warszawa

Szanowni Państwo, Drodzy Koleżanki i Koledzy,

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom specjalistów zajmujących się opieką nad pacjentkami z chorobami sercowo-naczyniowymi w ciąży, zapraszamy na I Kongres Kardiopółozniczy, który odbędzie się w Warszawie 21 października 2023 r w gościnnych progach Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Wykłady i dyskusję poprowadzą znani specjaliści kardiologów, półozniczy, anesteziologów, perinatologów. Zachęcamy do udziału również środowisko półozniczy. Chcielibyśmy stworzyć prawdziwy Preganancy Heart Team, a może nawet Pregnancy Heart Family. Mamy nadzieję, że wspólne spotkanie będzie okazją do wymiany wiedzy i doświadczeń. Nie zabraknie licznych prezentacji przypadków, które szczególnie przyciągają uwagę słuchaczy i stymulują do dyskusji. Planujemy, by nasza inicjatywa stała się wydarzeniem cyklicznym, by gromadziła lekarzy zaangażowanych we wspólny cel pomocy pacjentkom planującym ciążę i będącym w ciąży.

Do zobaczenia w Warszawie.

Organizator



**Państwowy Instytut
Medyczny MSWiA**

Patron



Organizator wykonawczy



Zarejestruj się na:

www.kardiopółoznictwo.pl



NFZ

Raport dotyczący porodów

Z najnowszego raportu Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w ciągu ostatnich czterech lat roczna liczba porodów w Polsce wynosiła od 297 do 366 tys. Niemal połowa odbywała się przez cięcia cesarskie. Z raportu można wyciągnąć informacje dotyczące placówek realizujących porody w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.

Raport zawiera także informacje dotyczące porodów samoistnych, cięć cesarskich, porodów zabiegowych oraz ze znieczuleniem.

W zestawieniu ujęto szpitale, w których znieczulenia nie podano przy żadnym z takich porodów. Najwięcej porodów, bo ponad 3 tys. odebrano w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Z czego 46 procent stanowiły w tej placówce porody przez cesarskie cięcia. Z kolei największy odsetek cięć cesarskich ma natomiast Prywatna Klinika Położniczo-Ginekologiczna w Białymstoku – prawie 94 proc.

Zaledwie 7 proc. porodów innych niż przez cesarskie cięcia odbyło się ze znieczuleniem. Największy odsetek porodów innych niż przez cięcia cesarskie z podaniem znieczulenia miał NZOZ Szpital przy ul. Siemiradzkiego w Krakowie – prawie 63 proc.

W 43 proc. przypadków pobyt matki w szpitalu wynosił do trzech dni. Jeśli chodzi o placówki realizujące porody w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, to w 6 proc. z nich pobyt wiązał się z przedłużoną hospitalizacją matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka. W takich placówkach 1 proc. porodów to ciąże mnożne, a 8 proc. – porody przedwczesne. (PT)

Z zapowiedzi NFZ-u wynika, że w najbliższym czasie raport zostanie rozbudowany o kolejne moduły dostarczające szczegółowych informacji, dotyczących porodów i opieki okołoporodowej. Szczegółowe analizy dotyczące porodów w Polsce można poznać klikając na stronę NFZ – <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/porody-w-polsce-w-danych-nfz-mapa-i-raport,8405.html>.

Sytuacja demograficzna Polski jest coraz gorsza. W 2022 roku dzietność w Polsce spadła kolejny rok z rzędu. W tym roku natomiast może być najgorzej w historii. (PT)



FOT. LETTICIA MASSARI

PRAWO

Położne apelują do ministra o pielęgniarskie studia pomostowe

O podjęcie działań legislacyjnych i organizacyjnych, które umożliwią położnym podjęcie studiów pomostowych na kierunku pielęgniarstwo, apeluje do ministra zdrowia Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

– Jeśli, o czym alarmują demografowie i socjologowie, niepokojący trend, dotyczący ujemnego wskaźnika przyrostu naturalnego, utrzyma się, to już wkrótce utrzymywanie oddziałów położniczych w całej Polsce i zatrudnianie położnych stanie się bezcelowe – setki, jeśli nie tysiące pracowników, zostanie pozbawionych pracy.

Z kolei stale zwiększająca się liczba osób starszych w wieku senioralnym zwiększa zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, a sytuacja kadrowa w tej grupie zawodowej jest wręcz krytyczna – liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców wynosi w Polsce zaledwie 5,1, podczas gdy średnia europejska to 9,3 – alarmuje Związek.

Pielęgniarki podkreślają, że coraz częściej słyszy się o planach „okrajania” bądź też całkowitego zamykania oddziałów położniczych i neonatologicznych, co skutkować będzie utratą zatrudnienia przez rzeszę pracujących tam dotąd położnych.

OZZPiP uważa, że: „umożliwienie podjęcia przez położne szybkiej ścieżki przekwalifikowania się przyniesie wymierne korzyści, nie tylko samym położnym, również pacjentom, którym zostanie zapewniona dodatkowa opieka pielęgniarska. Liczba i kwalifikacje zawodowe pielęgniarek w istotnym wymiarze wpływają na wysoką jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów, co potwierdzają badania naukowe prowadzone w tym zakresie”.

– Zwracam się do Pana Ministra o ustalenie terminu spotkania, w którym z ramienia strony związkowej uczestniczyć będą: Krystyna Ptok – Przewodnicząca OZZPiP i Dorota Gardias – Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych, która zadeklarowała współpracę na poziomie europejskim w ramach pełnych funkcji w EKES i EKZZ – zaapelowano na koniec.

– Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców wynosi w Polsce zaledwie 5,1, podczas gdy średnia europejska to 9,3 – alarmuje Związek. W roku 2023 duży deficyt pielęgniarek i położnych wystąpi w 84 powiatach i miastach na prawach powiatu w Polsce. (PT)

LECZENIE

Niepełnosprawne kobiety trafiają nie tylko na bariery architektoniczne

W mediach w ostatnim czasie pojawia się coraz częściej temat związany z problemami z dostępnością do ginekologa kobiet z niepełnosprawnościami. Nie chodzi jednak tylko o problemy architektoniczne.

Serwis prawo.pl powołuje się na przeprowadzone badania, z których wynika, że aż 77 proc. kobiet z niepełnosprawnościami nie chodzi regularnie do ginekologa, gdyż spotyka zbyt wiele barier. 64 proc. z nich zrezygnowało z wizyt, gdy infrastruktura nie sprzyjała niepełnosprawności. Inne wymieniane problemy, to brak tłumacza języka migowego oraz łatwych do czytania i zrozumienia informacji dla pacjentek z niepełnosprawnościami intelektualnymi. Personelowi brakuje też wiedzy, jak powinien obsługiwać pacjentki z takimi problemami – wskazuje portal.

Mniejsze problemy stanowią informacje, gdzie niepełnosprawna kobieta może udać się na wizytę. W Polsce aktualnie jest tylko 158 placówek, które deklarują, że mogą świadczyć usługi kobietom niepełnosprawnym. Powstała nawet specjalna strona dostepnaginekologia.pl, stanowiąca bazę dla personelu i pacjentek. Jednak, jak zauważa portal, i tam brakuje informacji dotyczących gabinetów wyposażonych w pętlę indukcyjną. Słaba dostępność do lekarzy osób niepełnosprawnych jest poważnym problemem szczególnie teraz. Medycy alarmują, że po pandemii rozpoznają coraz więcej nowotworów w zaawansowanym



FOT. 123 RF

stadium. Polki za rzadko i za późno trafiają do specjalistów. Jeszcze gorzej wygląda sytuacja kobiet z niepełnosprawnościami. Z raportu Fundacji Watch Health Care „Kobieta w kolejce” pokazującego dostępność do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych wynika, że na poradę specjalisty w lutym kobiety musiały czekać średnio 3,7 miesiąca. Z raportu tego wynika także, że pacjentka zgłaszająca się do ginekologa z bólem w podbrzuszu i dowiadująca się, że ma raka jajnika II stopnia, na pełną

diagnostykę i terapię musi czekać w Polsce średnio 145 dni. Z kolei badania przeprowadzone w marcu 2019 r. w ramach ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej „W kobiecym interesie” wykazały, że ponad 3 miliony Polek odwiedza ginekologa rzadziej niż raz w roku albo wcale. 27 proc. kobiet po raz pierwszy trafia do niego dopiero w związku z ciążą, 7 proc. pań nigdy nie wykonywało badania cytologicznego, a 14 proc. wykonuje USG ginekologiczne rzadziej niż raz na rok lub wcale. (PT)

PROFILAKTYKA

Profilaktyka raka piersi dla młodszych kobiet?

Premier Mateusz Morawiecki odwiedził Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach. Podczas wizyty powiedział, że wszystkie osoby, które zmagają się z chorobami onkologicznymi, muszą być otoczone wyjątkową opieką.

Premier odniósł się w dużej części swojego przemówienia do kobiet, które chorują na raka piersi. Szef rządu stwierdził również, że państwo przeznacza coraz więcej środków na onkologię. – Około 6 lat temu było to 7,5 mld zł, a pod koniec tego roku będzie to około 13 mld zł – mówił. – Oprócz wszystkich chorób onkologicznych szczególnie nacisk kładziemy na walkę z rakiem piersi. Niestety rak piersi dotyka coraz młodsze kobiety. Staramy się poprawiać warunki ze wszech miar we wszystkich instytucjach onkologicznych i oddziałach, gdzie lekarze walczą o życie pacjentów – dodał premier. Szef rządu powiedział również, że rozważa się zmianę kierunku dotyczącego profilaktyki. – Będziemy zastanawiać się, aby w krótkim czasie obniżyć wiek kobiet, od którego zaczyna się profilaktykę, aby ona jak najwcześniej mogła być

rozpoczęta. (...) Niestety, rak piersi dotyka coraz młodsze kobiety, proszę więc wszystkie młodsze panie, młodsze kobiety, by jak najczęściej badały się i korzystały z dobrodziejstwa profilaktyki – zaapelował Mateusz Morawiecki. Szef rządu powiedział także, że celem na najbliższe lata jest to, by Polska była w czołówce krajów, które najlepiej leczą raka piersi. – Wprowadziliśmy już pierwszy pilotaż Narodowej Strategii Onkologicznej, która rozwija się na kolejnej jednostki i placówki, korzystając z najlepszych praktyk. Chcemy, żeby Polska była wśród tych, którzy potrafią najlepiej leczyć raka piersi. Dlatego skupiamy się na tym, co jeszcze nie działa i co trzeba poprawić. Taką jest nasza rola. Mamy też coraz więcej sukcesów, a te sukcesy zależą od profilaktyki. Dlatego też przeznaczamy na nią coraz większe środki – mówił premier. Liczba zachorowań na raka piersi w Polsce sukcesywnie wzrasta, diagnozę co roku słyszy ok. 20 tys. kobiet. Pacjentki przed 30. rokiem życia stanowią niewielki odsetek chorych, ale w ich przypadku często nowotwór jest bardziej agresywny. (PT)

LECZENIA

Pokonana raka, o którym dowiedziała się w ósmym miesiącu ciąży

39-letnia pacjentka z Łodzi pokonała raka piersi, którego wykryto u niej, gdy była w ósmym miesiącu ciąży.

– Wiadomość o chorobie wywołała u mnie ogromny szok i niedowierzanie. Potem przyszły konsultacje u wielu specjalistów w całej Polsce. Zaproponowano mi chemioterapię; nie zdawałam sobie sprawy, że można stosować ją w ciąży. Ale wiedziałam, że muszę walczyć dla mojego dziecka. Bałam się, że ono nawet mnie nie pozna, nie zapamięta, więc byłam gotowa na wszystko – wspomina pacjentka, która do szpitala przyszła w towarzystwie kilkumiesięcznej córeczki Marcelinki.

Leczenie kobiety trwało 9 miesięcy. Pierwsze dawki chemii otrzymała jeszcze w ciąży, potem zrobiono przerwę na poród, a następnie, gdy dziecko miało 4 miesiące, jego mama musiała wrócić do szpitala na dalsze leczenie.

– Przyjmowanie chemioterapii opóźniłam o tydzień, bo chciałam upewnić się u różnych specjalistów, że to leczenie będzie bezpieczne. To był czas bardzo trudny – płaczu, rozpacz – wspominam go strasznie. Ale dziecko daje ogromną moc – wszystko robiłam dla niej. Leczenie było ciężkie, ale córka dała mi taką ogromną siłę, że nawet nie myślałam o tym, że coś może pójść źle – dodała.

Eksperti podkreślają, że aktualnie choroba nowotworowa występująca u kobiet w ciąży wcale nie jest rzadkim zjawiskiem.

– Dla chorej jest to sytuacja ogromnie stresująca, bo wie, że osoby z rakiem są operowane, dostają chemo- i radioterapię. Ale w ciąży...? Dlatego skorzystanie z ośrodka takiego jak nasz, gdzie mamy nie tylko pomoc znakomitych chirurgów, ale też ginekologów-położników opiekujących się ciężarną i neonatologów oceniających bardzo szczegółowo stan noworodka po urodzeniu, pomaga chorej mamie w odzyskaniu równowagi – wyjaśnia prof. Ewa Kalinka-Warzocho, kierująca Kliniką Onkologii w ICZMP.

– Co roku raka piersi stwierdza się w Polsce u około 120 pacjentek. To najczęstszy nowotwór u ciężarnych. Na drugim miejscu jest rak szyjki macicy, a na trzecim chłoniaki. Istnieją badania dotyczące niektórych guzów, dowodzące, że morze hormonów, którym jest zalewana kobieta w ciąży, może stymulować szybszy rozwój nowotworu. Jednak nowotwór wystąpiłby niezależnie od ciąży; ciąża nie jest przyczyną nowotworzenia – dodała prof. Kalinka-Warzocho. (PT)

REKOMENDACJE

PTGiP: Postępowanie przy przedwczesnym odpływaniu płynu owodniowego

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników wydało nowe rekomendacje związane z tragiczną śmiercią ciężarnej pacjentki szpitala w Nowym Targu. Eksperti podkreślają, że problem przedwczesnego odpływania płynu owodniowego, który wiąże się z tragiczną śmiercią istnieje i nadal będzie istniał.

– Problem przedwczesnego odpływania płynu owodniowego, który wiąże się z tragiczną śmiercią ciężarnej pacjentki szpitala w Nowym Targu, istniał, istnieje i będzie istniał, a "my staramy się sobie z nim poradzić" – mówił prof. Piotr Sieroszewski, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP). – Mówimy tu o pierwszej połowie ciąży, gdy kwalifikacja wskazuje na poronienie, ponieważ postępowanie jest wówczas specyficzne. Tej właśnie kwestii dotyczą rekomendacje wydane przez PTGiP – wskazywał ekspert.

– Jeśli rozwija się zakażenie, pacjentka powinna być przeniesiona do miejsca umożliwiającego ciągłe monitorowanie funkcji życiowych (tętna, natlenienia krwi, pracy serca, temperatury ciała), powinna być również natychmiast włączona szerokowidmowa antybiotykoterapia, wyłącznie w podaniu dożylnym, bo tylko tak działa bardzo skutecznie. Dodał, że istnieją schematy opracowane zarówno przez Narodowy Instytut Leków, jak i przez PTGiP, których zadaniem jest „pokrycie” wszystkich możliwych szczepów bakterii.

– Jeśli jednak stan zapalny nadal narasta, ciążę należy natychmiast zakończyć, nie oglądając się na żadne inne względy. Z reguły będzie to indukcja poronienia. Cesarskie cięcie wykonujemy wyłącznie ze wskazań. Jeżeli objawy posocznicy narastają również po zakończeniu ciąży, należy usunąć także macicę. To bardzo trudne decyzje, ale muszą być podjęte szybko, bo ratujemy życie człowieka – wskazywał prezes PTGiP. (PT)

DIAGNOSTYKA

Czy powstanie więcej ośrodków przeprowadzających badania prenatalne?

Od lipca br. w województwie łódzkim badania prenatalne dla kobiet w ciąży zapewnia dwanaście wyspecjalizowanych ośrodków, choć do niedawna było ich siedem. W tym regionie rozstrzygnięto konkurs ofert. Wszystkie placówki musiały spełnić wysokie wymagania, dotyczące sprzętu i kwalifikacji medyków.

– Badania prenatalne pozwalają wykryć niektóre zaburzenia w rozwoju płodu i wady genetyczne już na wczesnym etapie ciąży. Dzięki temu w wielu przypadkach możliwe jest zaplanowanie odpowiedniego leczenia. Jeżeli zaistnieje taka konieczność, ciężarna może zostać skierowana także na poród do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, który posiada oddział intensywnej opieki medycznej dla noworodków oraz odpowiednio wykwalifikowaną kadrę. Badania prenatalne to też poczucie bezpieczeństwa przyszłych rodziców, że nie ma ryzyka wystąpienia wad genetycznych i rozwojowych u ich dziecka – podkreślił dyrektor łódzkiego NFZ Artur Olskiński.

Kobiety, które chcą skorzystać z programu muszą spełnić przynajmniej jeden z kilku kryteriów. Kobieta musi mieć skończone 35 lat. Do programu kwalifikuje również aberracja chromosomowa płodu lub dziecka w poprzedniej ciąży, a poza tym także wtedy, jeśli u ciężarnej lub ojca dziecka stwierdzono wystąpienie strukturalnych aberracji chromosomowych. Badanie jest możliwe również w przypadku, gdy u ciężarnej stwierdzono znacznie większe ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową. W badaniu USG i/lub badaniach biochemicznych płodu stwierdzono nieprawidłowości, wskazujące na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Takie badania są niezwykle ważne, ponieważ w Polsce zwiększa się średni wiek kobiet rodzących.

Późne ciążę stanowią dziś 8–10 proc. ogólnej liczby porodów. Ryzyko wystąpienia patologii płodu wzrasta po ukończeniu przez kobietę 35. roku życia. Część wad możliwa jest do rozpoznania we wczesnym okresie ciąży, w I i II trymestrze. Ciężarna, która spełnia warunki kwalifikacji do programu, może skorzystać z bezpłatnej dalszej diagnostyki w ramach Programu Badań Prenatalnych, finansowanego przez NFZ. (PT)

Szanowni Państwo,

mam ogromną przyjemność zaprosić na **III Jesienny Kongres Akademii Ginekologii i Położnictwa**, który odbędzie się w dniach **13 – 15 października 2023 r. w Arłamowie**.

Kongres poświęcony jest niezwykle istotnym tematom, dotyczącym ciekawych przypadków w praktyce ginekologiczno-położniczej. Podczas wydarzenia uczestnicy będą mieli możliwość poszerzenia wiedzy, uczestnicząc w sesjach plenarnych, a także dzieląc się doświadczeniami z codziennej praktyki zawodowej. W programie duży nacisk będziemy kładli na nasze główne przesłanie „uczmy się na przypadkach”, czyli praktyczne postępowanie w różnych sytuacjach.

Wierzę, że przygotowany program merytoryczny, jak również forma spotkania spełnią Państwa oczekiwania i umożliwią nam wspólną wymianę doświadczeń.

Do zobaczenia w Arłamowie.

prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer
Przewodniczący Komitetu Naukowego

ZAKRES TEMATYCZNY

Endoskopia

Patologia ciąży

Możliwości antykoncepcji

Kolposkopia

Ultrasonografia

Hormonalna terapia zastępcza

Badanie KTG

Cukrzyca w ciąży

Uroginekologia – profilaktyka i leczenie

Szyjka macicy

Ginekologia estetyczna

Postęp medycyny – nowoczesna terapia w położnictwie



III Jesienny Kongres

Akademii Ginekologii i Położnictwa

13 - 15 października 2023 | Hotel Arłamów

ARŁAMÓW
HOTEL
★ ★ ★



Zesknij kod
i dowiedz się więcej
www.kagip2023.pl



DIAGNOSTYKA**Pierwszy w Polsce ośrodek skleroterapii torbieli endometrialnych powstał w Lublinie**

W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie powstał pierwszy w Polsce ośrodek skleroterapii torbieli endometrialnych. Medycy z tej placówki, jedyni w kraju, wykonują ten małoinwazyjny zabieg m.in. u pacjentek mających problemy z zająciem w ciąży.

Torbiele występują u 44 proc. kobiet z endometriozą, powodują ból i problemy z zająciem w ciąży.

– Dotychczas trzy kobiety skorzystały u nas z tej metody leczenia, ale to jest dopiero początek. W Polsce nie ma takich ośrodków. Nie znam szpitala, który realizuje te zabiegi – przekazał prof. Grzegorz Polak z Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, dodając, że metoda jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Obecne terapie polegają na leczeniu operacyjnym lub hormonalnym, podczas którego pacjentka nie może zająć w ciąży.

– Operacja jest metodą inwazyjną, która często powoduje spadek rezerwy jajnikowej, a przez to utrudnia późniejszą ciążę – zwrócił uwagę ginekolog podczas briefingu w Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie. Stosowana od niedawna w tym mieście skleroterapia torbieli endometrialnych jest małoinwazyjna, nie uszkadza jajnika w stopniu takim jak operacja.

– Polega na usunięciu z torbieli płynu i wstrzyknięciu do jej środka substancji, która powoduje zwłóknienie – opisał prof. Polak, tłumacząc, że jest to procedura jednodniowa, wykonywana w krótkim znieczuleniu dożylnym. Potrzeba tego typu zabiegów jest ogromna. – Choroba niszczy jajniki. Celem naszego postępowania jest zachowanie płodności u tych kobiet i poprawa jakości ich życia, czyli zniesienie dolegliwości bólowych – wyjaśnił profesor Polak.

Skleroterapię wykonuje się przede wszystkim młodym kobietom pragnącym zająć w ciąży, a także pacjentkom z dolegliwościami bólowymi spowodowanymi przez torbiele. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) endometrioza może dotyczyć na świecie ok. 10 proc. kobiet w wieku rozrodczym. Statystyki podają także, że częstość występowania schorzenia waha się pomiędzy 6 a 15 proc. ogólnej populacji kobiet. Wiele pań niestety wciąż ma problem z właściwą diagnozą schorzenia. (PT)

PROFILAKTYKA**Niepokojące dane dotyczące nowotworu raka szyjki macicy**

Profesor Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, podczas konferencji „Praktyka Ginekologa Onkologa 2022” podkreślał, że niepokojące są sytuacje, w których pacjentka miała wykonaną cytologię i w ciągu roku od badania zachorowała na raka szyjki macicy. Takich przypadków bywało nawet kilkaset rocznie.

– Jeśli chodzi o epidemiologię nowotworów ginekologicznych, należy pamiętać, że dane, które posiadamy, pochodzą z roku 2019. To nasz ostatni zasób informacji z Krajowego Rejestru Nowotworów i to w oparciu o nie budujemy dziś naszą perspektywę – mówił prof. Mariusz Bidziński. Ekspert podkreślał również, że liczba zachorowań na 100 tys. ludności, czyli tzw. współczynniki standaryzowane pokazują różnice pomiędzy województwami, co każe się zastanowić, dlaczego w niektórych regionach jest lepiej, a w innych gorzej.

– Dane pokazują również, że poszczególne regiony mają swoją specyfikę w zakresie zachorowalności, zatem informacje te powinny posłużyć do prognozowania i planowania skutecznych działań – zauważył prof. Bidziński.

– Dane dotyczące chorobowości pochodzą z kolei z działu analiz i statystyki NFZ i również pokazują rozbieżności pomiędzy województwami w obszarze aktywności procesów diagnostycznych i terapeutycznych, dotyczących nowotworów ginekologicznych. To także powinno być przedmiotem analiz, musimy bowiem wiedzieć, w jakich miejscach potrzebny jest większy nacisk na działania organizacyjne – wskazywał. Ekspert podkreślał także, że nie można zadowolić się tym, że dobrze leczymy. Konieczna jest jeszcze taka organizacja systemu, która spowoduje, że wszystkie regiony naszego kraju będą funkcjonowały w obrębie zbliżonych wartości, dotyczących standaryzowanych współczynników zachorowalności i chorobowości.

– Różnice między regionami dotyczą również statystyk śmiertelności, obejmujących przede wszystkim chorych operowanych. Tu też są województwa, które mają gorsze i lepsze wyniki. Co takiego się dzieje, że statystyka jest niejednorodna i nie daje takich samych wskaźników? – pytał prof. Bidziński. – Na co czekamy w 2023 r.? Przede wszystkim na Krajową Sieć Onkologiczną, która wprowadza referencyjność ośrodków leczących m.in. pacjentki z nowotworami ginekologicznymi. Druga kwestia to intensyfikacja działań związanych z profilaktyką onkologiczną – mówił prof. Bidziński. (PT)

TERAPIA**Rewolucyjny lek na raka piersi?**

Naukowcy podczas prestiżowej konferencji San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) poinformowali o nowym – według nich – przełomowym leku na raka piersi. Preparat Capivasertib ma zmniejszyć guzy i wydłużyć czas przed nawrotem choroby.

Choć lek został opracowany pod kątem leczenia raka piersi, to naukowcy sugerują, że może okazać się skuteczny także w leczeniu innych nowotworów. Capivasertib został stworzony przez firmę farmaceutyczną AstraZeneca. Lek celuje w kinazę AKT, inaczej określaną jako kinazę białkową, która prowadzi do rozwoju nowotworu. Dzięki prezentacji tych nowych i eksygujących wyników możemy oczekiwać z nadzieją, że lek zostanie zatwierdzony przez organy regulacyjne do stosowania w leczeniu raka nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale na całym świecie. Wyniki mają potwierdzać przeprowadzone badania kliniczne III fazy, w których wykorzystano Capivasertib w połączeniu z terapią hormonalną u pacjentek z potwierdzonym rakiem piersi z dodatnim HR, niskim lub ujemnym

poziomem HER2. Według badaczy lek przyjmowany w postaci tabletek dwa razy dziennie przez cztery dni w tygodniu, działa zupełnie inaczej niż środki obecnie stosowane w leczeniu raka piersi. Skuteczność leku potwierdziły badania kliniczne. Jeden z głównych autorów badań prof. Paul Workman podkreśla: – Badania nad Capivasertibem zostały rozpoczęte jeszcze w 2000 roku. Wyniki badań III fazy zostały zaprezentowane na SABCS 2022 i wskazują na potencjał leku jako pierwszego w swojej klasie inhibitora AKT. W eksperymentalnej terapii brało udział 708 kobiet. Terapia, z wykorzystaniem Capivasertibu w połączeniu z innym lekiem stosowanym w terapii raka piersi, zmniejszyła guzy u prawie jednej czwartej pacjentek biorących udział w badaniu. Działania niepożądane, jakie odnotowano w związku z terapią, to wysypka i biegunka. Zmienił się także czas progresji raka. Obecne metody leczenia tego typu nowotworu dają trzy i pół miesiąca, zanim rak rozwinie się do kolejnego stadium. Przy zastosowaniu nowej metody, ten czas wydłuża się do ponad 7 miesięcy. (PT)

Aspargin®

Niedościgniony

od 55 lat!

Szybko reaguj na niedobory!

Magnez

lek OTC

Potas

Poleć MAGNEZ i POTAS w postaci dobrze przyswajalnej przez organizm.



90%

przyswajalności
soli potasowej
kwasu asparaginowego^{1,2}

47%

przyswajalności
soli magnezowej
kwasu asparaginowego³

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

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

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

PROFILAKTYKA

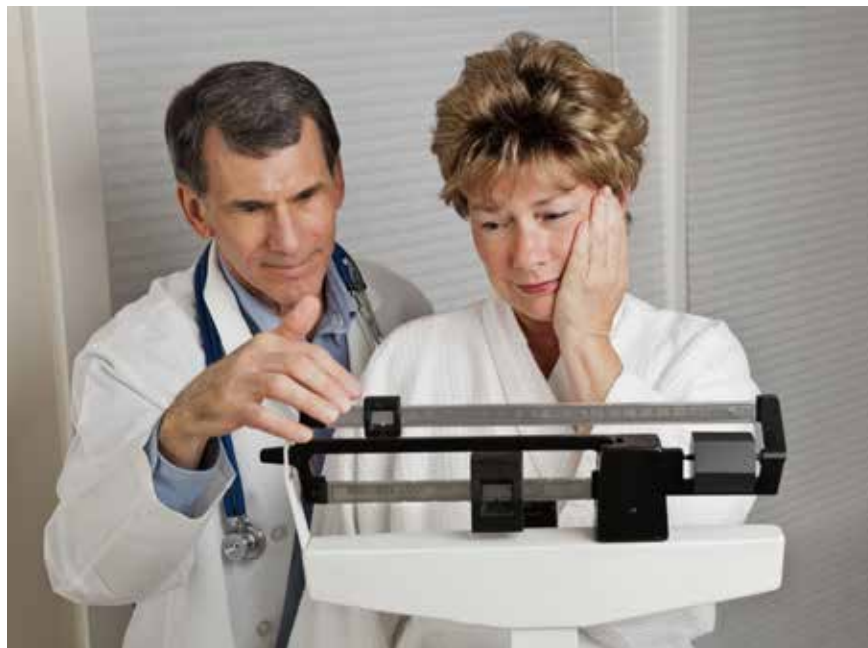
Dieta menopauzalna? Naukowcy mówią, że jest taka

Naukowcy z Uniwersytetu w Sydney przekonują, że zmniejszenie spożycia węglowodanów na rzecz białka może pomóc zachować szczupłą sylwetkę w okresie menopauzy. Problemy z tymem powstają, jeśli w jadłospisie i aktywności fizycznej nie zostaną wprowadzone zmiany równoważące procesy naturalnie zachodzące podczas klimakterium.

Do takich wniosków doszli naukowcy po przeprowadzeniu syntezy dotychczasowych prac dotyczących m.in. zmian hormonalnych i fizjologicznych po wejściu w okres menopauzy.

– W okresie okołomenopauzalnym ze względu na zmiany hormonalne zwiększa się apetyt organizmu na białko. Jeśli zapotrzebowanie to nie zostaje zaspokojone, kobiety spożywają w nadmiarze inne produkty energetyczne – tłumaczą autorzy badania. Dodają, że bez zwiększenia ilości białka w jadłospisie organizm będzie dążył do pozyskania odpowiedniego jego poziomu poprzez pobudzanie do konsumowania zbędnych kalorii, aż zaspokoi tę potrzebę. Kobiety powinny ograniczyć spożycie tłuszczów i węglowodanów, a zwiększyć spożycie białka, ponieważ w czasie menopauzy poziom wydatkowanej energii spada.

Badacze mają pomysł na to, jak powinna wyglądać dieta menopauzalna, według nich kluczem może być zmniejszenie całkowitej ilości spożywanych dziennie kalorii o 5–10 proc., przy jednoczesnym



FOT. 123 RF

zwiększeniu ilości kalorii pozyskiwanych dziennie z białka zwierzęcego lub roślinnego o mniej więcej 3 proc.

– Już tak niewielkie dostosowanie jadłospisu może zmniejszyć lub nawet zapobiec zwiększeniu masy ciała w czasie menopauzy, a w konsekwencji zmniejszyć ryzyko otyłości i problemów kardiometabolicznych – podsumowują naukowcy.

18 października obchodziliśmy Światowy Dzień Menopauzy i Andropauzy. Został on ustanowiony przez Światową Organizację Zdrowia, aby przypomnieć społeczeństwu o istotnych zmianach zachodzących wraz z upływem czasu w organizmie człowieka. Ma też on na celu zwiększenie świadomości, jakie zdrowotne skutki niesie spadek hormonów płciowych u kobiet i mężczyzn w okresie przekwitania. (PT)

DOWIEDZIANO

Wpływ BMI matek na przyrost ciała ich dzieci

Naukowcy z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie przeprowadzili badania, dzięki którym sprawdzili ocenę wpływu przedciążowego BMI oraz ciążowego przyrostu masy ciała matek na ciała ich dzieci. Analizowano dane od ich urodzenia do ukończenia przez nie drugiego roku życia.

Badacze ze Szczecina chcieli również sprawdzić, czy nadwaga lub niedowaga kobiety ma związek z tym, jak długo karmi ona piersią.

– Polska jest jednym z krajów, w których odsetek dzieci otyłych i z nadwagą rośnie bardzo szybko – piszą autorzy publikacji w „Children”. – Ponieważ zgodnie z teorią programowania na stan zdrowia człowieka mają wpływ różne zdarzenia, do których doszło w okresie płodowym i okołoporodowym, postanowiliśmy zbadać wpływ wybranych czynników, takich jak stan odżywienia matek, palenie tytoniu, sposób porodu czy antybiotykoterapia w ciąży, na masę ciała ich dzieci od urodzenia do ukończenia 2. roku życia – dodają szczenińscy naukowcy.

Uczestniczki badania podzielono na kilka grup: osoby z niedowagą (BMI < 18,5), z masą prawidłową (BMI 18,5–24,9), z nadwagą (BMI 25–29,9), oraz osoby otyłe (BMI ≥ 30). Jeśli chodzi

o ciążowy przyrost masy ciała, to wyróżniono trzy grupy: z przyrostem niedostatecznym, prawidłowym i nadmiernym. Z kolei dzieci badano w pierwszym dniu życia; notowano wówczas informacje o sposobie porodu i masie urodzeniowej. Następnie w wieku 1, 6, 12 i 24 miesięcy przeprowadzono wywiady z ich rodzicami, w których pytano m.in., jak karmione są dzieci (piersią czy mieszanką) oraz jak kształtuje się ich waga.

Z przeprowadzonych przez nich badań wynika, że zarówno przedciążowe BMI kobiety, jak i to, ile kilogramów przybrała ona w czasie ciąży, koreluje z masą urodzeniową dziecka oraz może mieć wpływ na jego wagę i stan zdrowia w późniejszym życiu. Nie ma natomiast wpływu na długość karmienia piersią.

– W świetle uzyskanych przez wyniki oraz całej dostępnej wiedzy medycznej konieczne jest zintensyfikowanie działań skierowanych na profilaktykę otyłości i modyfikację stylu życia dzieci otyłych matek. W ich przypadku należy zwrócić szczególną uwagę na odpowiednią dietę i wystarczającą ilość aktywności fizycznej, ale także pamiętać o wsparciu behawioralno-społecznym – podkreślają naukowcy. (PT)

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.



FILMY / FILMS



SPRZĘT / CONSULTATIONS



WYKŁADY / MEDICAL RECORDS

Zapisy i szczegóły:

tel. 692 42 55 15

e-mail: expertise@esthegyn.com

<http://expertise.esthegyn.com>

Aspargin®

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

Perineoplastyka - cz. 3

KONTYNUUJEMY CYKL ARTYKUŁÓW DOTYCZĄCY PERINEOPLASTYKI. W POPRZEDNICH CZĘŚCIACH OPISALIŚMY HISTORIĘ ZABIEGU ORAZ ANATOMIĘ CHIRURGICZNĄ REGIONU. W TEJ CZĘŚCI ZAJMIEMY SIĘ PRZYGOTOWANIEM PACJENTKI DO ZABIEGU.

Perineoplastyka jest nieodłączną częścią kolpoperineoplastyki w leczeniu większości przypadków wypadania tylnej ściany pochwy. 1/3 tylnej ściany pochwy i krocze są ściśle powiązane ze sobą zarówno pod względem anatomicznym, jak i funkcjonalnym.

Wskazania

Perineoplastyka, jako izolowana procedura, jest powszechnie wykonywana w celu poprawy funkcji seksualnych poprzez zwężenie kanału pochwy i wzmocnienie na poziomie mięśni krocza, a także w celu poprawy estetyki. Dość częstym wskazaniem jest również wycięcie bolesnej blizny po nacięciu krocza [2].

autor:
Piotr Kolczewski

FOT. AUTOR

Perineoplastyka jest wykonywana w celu poprawy funkcji seksualnych poprzez zwężenie kanału pochwy i wzmocnienia na poziomie mięśni krocza, a także w celu poprawy estetyki





PIŚMIENNICTWO:

1. Hamori CA, Barwell P, Alinsod R. Female Cosmetic Genital Surgery p. 163, 2017 Thieme
2. A. P. Woodward and C. A. Matthews, "Outcomes of revision perineoplasty for persistent postpartum dyspareunia," Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, vol. 16, no. 2, pp. 135–139, 2010.
3. Shafik A, El-Sibai O, Shafik AA et al. (2003) Effect of straining on perineal muscles and their role in perineal support. Identification of the straining–perineal reflex. J Surg Res 112, 162–7.

Przeciwwskazania

Perineoplastyka powinna być odroczone u kobiet, które planują poród pochwy. Aktywne infekcje i niezdiagnozowane patologie skóry sromu powinny zostać wyjaśnione i wyleczone przed planowaną perineoplastyką [1].

Wulwodynia jest względnym przeciwwskazaniem, ponieważ może dojść do jej zaostrzenia. Problemy z dysfunkcją w zakresie defekacji czy utrzymywania gazów powinny być skonsultowane z proktologiem.

Ocena pacjentki

Pacjentki, kandydatki do chirurgii czy ginekologii plastycznej, pragnące poprawić swój wygląd, a także, jak w przypadku perineoplastyki, funkcje seksualne, powinny być całkowicie zdrowe.

Niezależnie od względów estetycznych i oczekiwań pacjentki, lekarz powinien zebrać dokładny wywiad medyczny i seksualny, a w szczególności ustalić, czy występują jakiegokolwiek dysfunkcje pęcherza, jelit, dna miednicy, które mogą mieć wpływ na planowaną operację. Należy zadać bardzo jasne pytania dotyczące: życia seksualnego, obecności lub braku orgazmów, komfortu seksualnego, luzu w pochwie i lubrykacji podczas współżycia.

Krocze, jego wysokość, szerokość, napięcie mięśni krocza i dźwigacza odbytu, a także środek ścięgnisty krocza powinny być oceniane bardzo szczegółowo.

Aby w pełni ocenić potencjalne wypadanie narządów miednicy, badanie należy przeprowadzić w pozycji ginekologicznej, jak i stojącej. Podczas manewru Valsalvy możemy dynamicznie ocenić zachowanie pochwy i krocza pod obciążeniem tłoczni brzusznej. Konieczne jest badanie per rectum, szczególnie przy istniejącym rectocele, perineocele oraz pozwalające ocenić grubość połączenia odbytniczno-pochwowego i krocza. Unerwienie obszaru zainteresowania jest oceniane poprzez sprawdzenie odruchu łechtaczkowego, opuszkowo-cewkowego i napinająco-kroczonego (straining–perineal reflex) [1, 3].

Użycie lusterek, palców, rozszerzadeł, robienie zdjęć jest przydatne, aby pomóc pacjentom zrozumieć zagadnienie i zwiualizować zakres planowanej operacji. Wszystkie dane powinny zostać zapisane, a lekarz powinien opisać planowaną procedurę w sposób zrozumiały dla pacjenta.

Dokumentacja fotograficzna

W chirurgii plastycznej dokumentacja fotograficzna jest niezbędna. Standaryzowane ustawienia i warunki oświetleniowe ze zdjęciami w tej samej pozycji przed i po zabiegu pozwolą chirurgowi pokazać efekty planowanej procedury, tak obiektywnie,

Pacjentka musi mieć czas na zapoznanie się i omówienie szczegółowej, świadomej zgody na zabieg. Zgodę wysyłamy e-mailem do pacjentki kilka dni przed zabiegiem, a ewentualne niejasności omawiane są w dniu zabiegu

jak to tylko możliwe. Zdjęcia kontrolne po 6 tygodniach i 6 miesiącach będą doskonałe do pełnej oceny procesu gojenia i zmieniającego się wyglądu operowanego obszaru.

Świadoma zgoda pacjentki

Pacjentka musi mieć czas na zapoznanie się i omówienie szczegółowej, świadomej zgody na zabieg. W mojej praktyce zgoda na zabieg wysyłana jest kilka dni przed planowanym zabiegiem drogą elektroniczną, a ewentualne szczegóły i niejasności omawiane są w dniu zabiegu.

Dokument powinien zawierać szczegółowe informacje dotyczące zabiegu, alternatywne sposoby leczenia, możliwych niekorzystnych następstwach, powikłania i przebieg rekonwalescencji.

Leki i przygotowanie

Operacje narządu płciowego zewnętrznego mogą być łatwo przeprowadzane jako zabiegi ambulatoryjne, ponieważ są one zwykle wykonywane w znieczuleniu miejscowym. W mojej praktyce na 30 minut przed planowanym zabiegiem pacjentka ma nakładaną maść z 15 proc. lidokainą na skórę krocza i do pochwy, co sprawia, że miejscowe znieczulenie iniekcyjne jest niemal bezbolesne. Odpowiednia analgezyja powinna być przepisana przed każdym zabiegiem chirurgicznym i powinna być kontynuowana w zależności od potrzeb pacjentki. W tym celu najczęściej stosuje się paracetamol i ketoprofen. Gdy leki przeciwbólowe o działaniu obwodowym nie są wystarczające, warto połączyć je z lekami o działaniu ośrodkowym.

Rutynowe podawanie antybiotyków jest do pewnego stopnia dyskusyjne, ale większość chirurgów w praktyce podaje cefalosporynę na godzinę przed zabiegiem jako osłonę antybiotykową i kontynuuje ją od 3 do 5 dni po zabiegu.



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 czasopisma „Ginekologia Plastyczna i Rekonstrukcyjna”. Międzynarodowy wykładowca i trener z zakresu ginekologii plastycznej i uroginekologii.

Oprócz specjalizacji, lekarze mogą zdobywać umiejętności

MINISTER ZDROWIA W POŁOWIE CZERWCA OPUBLIKOWAŁ LISTĘ 57 UMIEJĘTNOŚCI MEDYCZNYCH ORAZ KWALIFIKACJE OSÓB, KTÓRE O DANĄ UMIEJĘTNOŚĆ MOGĄ SIĘ STARAĆ. To zupełnie nowa forma zdobywania certyfikatów, potwierdzających zdobytą przez lekarza wiedzę medyczną.



FOT. 123RF

Od wielu lat się o tym mówiło, że oprócz specjalizacji lekarze powinni nabywać umiejętności. W ustawie o zawodach lekarza jest zapis (art. 17), który stanowi, że lekarz albo lekarz dentysta może uzyskać certyfikat potwierdzający posiadane umiejętności zawodowych, zwany dalej „certyfikatem umiejętności zawodowej”. Czekaliśmy tylko na ruch ministra, który miał określić, rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami oraz kwalifikacje lekarzy stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej.

Co to są umiejętności?

Umiejętnościami zawodowymi określa się nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnościami udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Posiadanie umiejętności z danej dziedziny nie jest konieczne, aby dane zabiegi wykonywać. Jest formą rozwoju lekarza na jego drodze naukowej, ale w niektórych przypadkach, szczególnie tych prawnych, posiadanie umiejętności może okazać się kluczowe.

Kto nada lekarzom umiejętności?

Certyfikat umiejętności zawodowej będzie przyznawać 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, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), uczestniczącej w systemie ochrony zdrowia, właściwe dla danej

Posiadanie umiejętności z danej dziedziny nie jest konieczne, aby dane zabiegi wykonywać. Jest formą rozwoju lekarza na jego drodze naukowej

umiejętności zawodowej, wpisane do rejestru prowadzonego przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (UEMS), która jest najstarszą i największą organizacją zrzeszającą organizacje reprezentujące lekarzy specjalistów ze wszystkich krajów unijnych, kierując się zasadą niezależności od wpływów komercyjnych oraz utrzymaniem wysokiego poziomu jakości kształcenia, rekomenduje oddzielenie jednostek prowadzących szkolenie od jednostek przeprowadzających egzaminy końcowe weryfikujące wiedzę i umiejętności po odbytych szkoleniu (tj. rozdzielenie zadań jednostek szkolących od zadań jednostek certyfikujących).

Na razie jest to tylko rekomendacja i nie została ona zapisana w akcie prawnym, więc nie ma mocy sprawczej. Ale mogą pojawić się pokusy, że egzamin sprawdzający wiedzę będzie przeprowadzany na wzór egzaminu specjalizacyjnego.

Kiedy pierwsze certyfikaty?

Zanim nastąpi wydanie pierwszych certyfikatów musi być spełnionych kilka warunków. Po pierwsze towarzystwa naukowe lub instytuty badawcze, które chcą wydawać certyfikaty muszą sporządzić regulamin organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej i określić zasady zdobywania certyfikatu. Po drugie minister właściwy do spraw zdrowia musi zlecić instytutowi badawczemu opracowanie minimalnych standardów obejmujących zagadnienia, dla których będzie prowadzona certyfikacja danej umiejętności zawodowej, a dyrektor CMKP, po zatwierdzeniu przez ministra zdrowia, opublikuje opracowane standardy.

Instytut badawczy, który określi standardy minimalne, nie będzie mógł przez 2 lata certyfikować lekarzy.

Opinie NRL

Projekt rozporządzenia był opiniowany przez Prezydium NRL już we wrześniu 2022 roku, które zgłosiło do niego wiele zastrzeżeń. Postulowano wykreślenie z wykazu

autor:
Piotr Szymański

SPIS UMIEJĘTNOŚCI

- Andrologia
- Bankowanie tkanek i komórek
- Bronchoskopia
- Chirurgia głowy i szyi
- Chirurgia ręki
- Dermatochirurgia
- Diagnostyka neurofizjologiczna (ENG, EMG, PW)
- Diagnostyka ultrasonograficzna u dorosłych w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego
- Diagnostyka ultrasonograficzna u dzieci w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego
- Diagnostyka ultrasonograficzna w podstawowej opiece zdrowotnej
- Echokardiografia dorosłych
- Echokardiografia dzieci
- Echokardiografia prenatalna
- Elektroterapia kardiologiczna
- Endoskopia przewodu pokarmowego u dorosłych (gastroskopia, kolonoskopia)
- Endoskopia przewodu pokarmowego u dzieci (gastroskopia, kolonoskopia)
- Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW)
- Endoskopowa ultrasonografia (EUS)
- Implantologia stomatologiczna
- Inwazyjna elektrofizjologia
- Kardiologia prenatalna
- Kompleksowa rehabilitacja i leczenie wrodzonej i nabytej spastyczności mięśni
- Kompleksowa rehabilitacja zaburzeń mięśniowo-szkieletowych z wykorzystaniem metod terapii manualnej
- Leczenie oparzeń
- Leczenie żywieniowe
- Leczenie żywieniowe dzieci
- Medycyna bólu
- Medycyna estetyczno-naprawcza
- Medycyna hiperbaryczna
- Medycyna podróży
- Medycyna pola walki
- Medycyna stylu życia
- Mikrochirurgia replantacyjna narządu ruchu
- Neurolustrasonografia
- Obesitologia
- Odontologia sądowa
- Ogólna diagnostyka ultrasonograficzna w zakresie jamy brzusznej u dorosłych
- Ogólna diagnostyka ultrasonograficzna w zakresie jamy brzusznej u dzieci
- Onkogenetyka
- Organizacja ochrony zdrowia wojsk
- Orzecznictwo lekarskie
- Orzecznictwo sportowo-lekarskie
- Płytki sedacja
- Profilaktyka i kontrola zakażeń szpitalnych
- Radiologia sądowa
- Radiologia szczękowo-twarzowa
- Radiologia zabiegowa w zakresie chirurgii naczyń
- Radiologia zabiegowa w zakresie gastroenterologii
- Radiologia zabiegowa w zakresie kardiologii
- Radiologia zabiegowa w zakresie kardiologii dziecięcej
- Radiologia zabiegowa w zakresie neurochirurgii
- Radiologia zabiegowa w zakresie neurologii
- Radiologia zabiegowa w zakresie onkologii klinicznej
- Radiologia zabiegowa w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- Rzadkie choroby metaboliczne dorosłych
- Specjalistyczna diagnostyka i terapia płodu
- Uroginekologia

umiejętności – płytkiej sedacji, która zdaniem NRL, jako wymagająca bardzo dużego doświadczenia i potencjalnie niebezpieczna, powinna być zarezerwowana wyłącznie dla anestezjologów.

– Nie jest jasne, jaki jest właściwy cel wprowadzenia umiejętności. Wprowadzając ten przepis do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ministerstwo argumentowało, że umiejętności mają zastąpić część specjalizacji, których, jak wszyscy zgodnie twierdzą, mamy w Polsce za dużo. Jednak w tym zakresie żadne zmiany nie nastąpiły. Podobnie nie ma obecnie żadnego przepisu, który promowałby np. dodatkowym finansowaniem, osoby, które dane umiejętności nabydą. Istnieje natomiast uzasadniona obawa, że płatnik, czyli NFZ, poszukując oszczędności, może przestać finansować procedury, które będą wykonywane przez lekarzy bez certyfikatu umiejętności (a jego zdobycie zajmie z pewnością trochę czasu), co może spowodować dalsze ograniczenie dostępu do procedur medycznych i wydłużenie kolejek oczekujących – komentuje rozporządzenie wiceprezes NRL Klaudiusz Komor.

Szczegóły rozporządzenia

W rozporządzeniu zostały określone rodzaje umiejętności zawodowych, w których lekarze i lekarze dentyści mogą uzyskać certyfikaty umiejętności zawodowych, wraz z ich kodami. Katalog umiejętności zawodowych został opracowany na podstawie: efektów pracy dwóch,

powołanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zespołów ekspertów z udziałem przedstawicieli różnych instytucji oraz propozycji zgłaszanych przez konsultantów krajowych, Narodowy Instytut Kardiologii, a także Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy oraz towarzystwa naukowe. Wskazano kwalifikacje lekarza i lekarza dentystry, stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej.

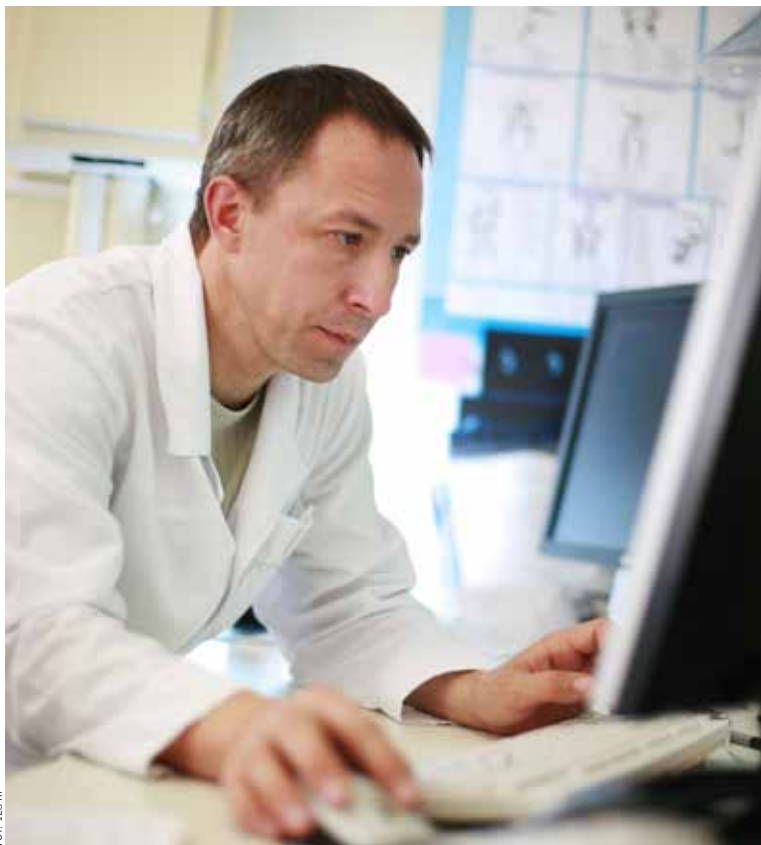
Do certyfikacji części umiejętności będą mogli przystąpić także lekarze bez specjalizacji lub ze specjalizacją pierwszego stopnia. Lekarze nabywający umiejętności praktyczne w drodze szkolenia specjalizacyjnego, w którym liczba wykonanych procedur określona w programie specjalizacji, jest wystarczająca do uznania ich za umiejętności zawodowe. Nie muszą już tych umiejętności potwierdzać ponownie w drodze certyfikacji umiejętności.

**PIOTR SZYMAŃSKI**

**Sekretarz redakcji magazynu
Nowy Gabinet Ginekologiczny**

Zmiany neurologiczne po laparotomii

W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH BŁĘDÓW MEDYCZNYCH NIEZMIERNIE ISTOTNA JEST POTRZEBA WZAJEMNYCH KONSULTACJI PRZYPADKU PRZEZ LEKARZY RÓŻNYCH SPECJALNOŚCI. Dopiero suma informacji, pochodzących od konsultantów z różnych gałęzi medycyny, pozwala na kompleksową ocenę charakteru i rozmiaru szkody.



FOT. 123 RF

Z dokumentacji wynika, że zabieg ginekologiczny odbył się zgodnie ze standardami, bez powikłań i bez zakażeń pooperacyjnych – pacjentka została wypisana ze szpitala w stanie dobrym

Z historii choroby wynika, że roszcząca skarżyła się od 3 miesięcy na drętwienie kończyn prawych, z osłabieniem prawej dłoni. W związku z powyższym zalecono stosowanie Mydocalmu oraz rehabilitację. Ponadto wykonano badanie RTG oraz TK głowy, które to badania wykazały zaniki korowe okolic czołowych. W kwietniu 2004 r. wykonano pacjentce MRI głowy, które uwidocznili zmiany zanikowe korowo-podkorowe okolicy czołowo-ciemieniowych. Następnie pani R. została przyjęta na oddział neurologiczny Wojewódzkiego Zespołu Neuropsychiatrycznego w K. z powodu postępującego powoli od 2 lat osłabienia prawych kończyn. W badaniu stwierdzono: „zaniki obręczy barkowej, niewielkie osłabienie siły kk. prawych, gł. dolnej, odruch Babińskiego po P”.

MRI kręgosłupa C wykazało: „dwie zmiany ogniskowe w rdzeniu szyjnym niejednoznacznie, do różnicowania pomiędzy demielinizacją, naczyniopodobne lub npl. Płyn mózgowo-rdzeniowy: prawidłowy, borelioza – ujemna. VEP/potencjały wzrokowe: zaburzenia w drogach wzrokowych”.

W wyniku tego rozpoznano uszkodzenie rdzenia kręgowego odcinka szyjnego (do obserwacji) oraz zespół subdepresyjny.

Następnie w dniach od 4 do 10 stycznia 2005 r. pani R. została ponownie przyjęta na oddział neurologiczny Wojewódzkiego Zespołu Neuropsychiatrycznego w K. w celu kontynuacji diagnostyki. Zastosowano leczenie Solu-Medrolem. Pacjentka została wypisana z oddziału rehabilitacji z rozpoznaniem mielopatii szyjnej – obserwacja w kierunku tocznia rumieniotawatego. W dniach 10–12 stycznia 2005 r. pani R. przebywała na oddziale rehabilitacji SP ZOZ w W., gdzie zastosowano leczenie farmakologiczne, fizykoterapię w postaci pola magnetycznego oraz kinezyterapię w postaci ćwiczeń w odciążeniu, ćwiczeń samowspomaganych i ćwiczeń czynnych oporowych. 12 stycznia 2005 r. pacjentka wypisała się na własne żądanie.

Zapraszamy na kolejną analizę przypadku, w której specjalizacja ginekologiczna łączy się ze specjalizacją neurologiczną.

Opis przypadku

Pani R. w dniach od 26 lutego 2002 r. do 4 marca 2002 r. przebywała na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Powiatowego w J. z rozpoznaniem: mięśniaki trzonu macicy, torbiel jajnika prawego. 27 lutego 2002 r. u pani R. wykonano zabieg operacyjny w postaci laparotomii, w wyniku czego usunięto pacjentce macicę wraz z przydatkami obustronnie. Z epikryzy karty informacyjnej wynika, że przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Pani R. została wypisana do domu w 8. dobie, w stanie dobrym, z zaleceniami przyjmowania Metronidazolu i Systemu 50.

W dniu 19 lutego 2003 r. pani R. rozpoczęła leczenie w poradni neurologicznej w J.

autorki:
Karolina Podsiadły-Gęsikowska,
Aleksandra Powierża

Powolny, ale stały postęp choroby, diagnozowanej przez wiele lat jako mielopatia szyjna, a po ujawnieniu się aktywnych ognisk demielinizacji jako stwardnienie rozsiane, doprowadził do zaawansowanej niepełnosprawności pacjentki

W dniu 3 lutego 2005 r. pani R. została ponownie przyjęta na oddział neurologiczny Wojewódzkiego Zespołu Neuropsychiatrycznego w K. celem dalszej diagnozy postępującego osłabienia prawych kończyn. W trakcie hospitalizacji wykonano MRI głowy, które wykazało zaawansowane zaniki korowo-podkorowe mózgu. Diagnoza pokrywała się w dalszym ciągu z rozpoznaną podczas hospitalizacji w styczniu 2005 r.

W kolejnych latach pacjentka kontynuowała leczenie w POZ Poradni Neurologicznej. Kontrole MRI kręgosłupa odcinka C i L-S w latach 2010 i 2011 wykazały postęp spondylozy z ciasnotą kanału kręgowego oraz zmiany w rdzeniu odcinka C. W dniu 21 czerwca 2011 r. pani R. odbyła konsultację neurologiczną, podczas której zdiagnozowano: spondylozę L-S z wielopoziomową dyskopatią, przewlekły zespół bólowy L-S korzeniowy oraz mielopatię szyjną z niedowładem spastycznym kończyn dolnych. Lekarz podał, że wskazane jest leczenie sanatoryjne.

Następnie w dniach 7–24 września 2017 r. pani R. przebywała na oddziale neurologicznym z pododdziałem udarowym Szpitala Wojewódzkiego w B. z powodu nasilenia niedowładu kończyn dolnych i kończyny górnej prawej. W badaniu neurologicznym stwierdzono: „niedowład spastyczny kończyn dolnych, obustronne dodatni objaw Babińskiego, niedowład kgP, zaniki obręczy barkowej po P>L”. Wykonano MRI kręgosłupa odcinka C, TH, L-S, które wykazało zmianę demielinizacyjną w odcinku TH, nasilone zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze całego kręgosłupa. Ponadto wykonano MRI głowy, które uwidoczniło liczne zmiany demielinizacyjne podkorowo i okołokomorowo w obu półkulach i ciele modzelowatym. Została również przeprowadzona konsultacja okulistyka, gdzie w wyniku badania wskazano na: „WPW/potencjały wzrokowe, obustronne uszkodzenie demielinizacyjne nerwów wzrokowych”. Włączono Solu-Medrol ze względu na zmiany aktywne. W dniu 24.09.2017 r. pani R. została wypisana do domu z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego G35.

W dniach od 24 września do 14 października 2017 r. pani R. przebywała na oddziale rehabilitacji neurologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w B. W trakcie pobytu stosowano kinezyterapię oraz leczenie fizykalne. Po zastosowanym leczeniu pani R. została zaadoptowana do wózka inwalidzkiego.

Zarzuty postawione wobec lekarza

W ocenie pani R. w wyniku przeprowadzonej w dniu 27 lutego 2002 r. laparotomii, doszło do wystąpienia przewlekłej choroby prowadzącej do inwalidztwa, tj. niedowładu kończyn prawych, dysfunkcji chodu, konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim. W związku z powyższym pani R. złożyła roszczenia do Ubezpieczyciela Szpitala Powiatowego w J. o zapłatę zadośćuczynienia w wysokości 100 tys. zł.

Opinia orzecznika

W celu ustalenia, czy zarzuty pani R. są zasadne, ubezpieczyciel zasięgnął opinii lekarzy orzeczników, specjalistów ginekologii i neurologii. Lekarze wyjaśnili, że analiza dokumentacji medycznej pozwala z całą pewnością wykluczyć związek

WYROK

■ **Wobec powyższego, odmówiono uznania odpowiedzialności Szpitala Powiatowego w J. i wypłaty świadczenia na rzecz pani R.**

przyczynowo-skutkowy pomiędzy operacją ginekologiczną z 27 lutego 2002 r. a wystąpieniem objawów neurologicznych pod postacią drętwienia kończyn prawych z osłabieniem prawej ręki.

Opiniujący podali, że z dokumentacji wynika, że zabieg ginekologiczny odbył się zgodnie ze standardami, bez powikłań i bez zakażeń pooperacyjnych – pacjentka została wypisana ze szpitala w stanie dobrym. Orzecznicy wyjaśnili, że wystąpienie objawów neurologicznych jest zupełnie odrębnym schorzeniem i jego początek po zabiegu ginekologicznym jest jedynie przypadkowy.

Powolny, ale stały postęp choroby, diagnozowanej przez wiele lat jako mielopatia szyjna, a po ujawnieniu się aktywnych ognisk demielinizacji jako stwardnienie rozsiane, doprowadził do zaawansowanej niepełnosprawności pacjentki. Przebieg tych schorzeń w bardzo dużym odsetku jest postępujący i nieodwracalny, i prowadzi do inwalidztwa.

W podsumowaniu lekarze orzecznicy wskazali, że w powyższej sprawie nie został popełniony błąd medyczny, ani nie zaistniało niedołożenie należytej staranności.

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.

Jak to jest z żądaniem pacjenta o podanie danych polisy OC?

TEMAT WRACA CO JAKIŚ CZAS I DO DZIŚ NADAL NA RÓŻNYCH FORACH DYSKUSYJNYCH MOŻNA PRZECZYTAĆ RÓŻNE, SPRZECZNE ZE SOBĄ, INFORMACJE W ZAKRESIE, CZY PACJENTOWI PODAWAĆ DANE Z POLISY OC CZY NIE. ZDANIA SĄ PODZIELONE.

Jedni piszą: „podaj dane polisy OC, niech pacjent zgłasza roszczenie do ubezpieczyciela”. Inni twierdzą: „nie dawaj danych z polisy, przecież pacjent nie ma racji”. Zdarzają się też takie komentarze: „pacjent musi uzasadnić taki wniosek”, „niech lekarz zgłosi roszczenie pacjenta do ubezpieczyciela”, „podaj, ale polisę podmiotu leczniczego, a nie swoją prywatną”.

Konieczne ubezpieczenie?

Przede wszystkim należy zauważyć, że obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Wynika to wprost z ustawy o działalności leczniczej. Co do tego nikt chyba nie ma już jakichkolwiek wątpliwości, że każda osoba czy podmiot leczniczy prowadzący działalność leczniczą musi mieć wykupioną obowiązkową polisę OC. Zarówno podmiot leczniczy, jak i praktyka zawodowa objęta jest tym obowiązkiem, ponieważ wykonują działalność leczniczą. Umowa odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 25.1 ustawy o działalności leczniczej).

Żaden przepis nie wprowadza przesłanki zasadności szkody. Nie ma więc znaczenia, czy zgłoszona szkoda przez pacjenta jest uzasadniona i słuszna czy nie. Pacjent w swojej ocenie twierdzi, że doszło do szkody i na tej podstawie może żądać podania danych ubezpieczyciela i polisy. Nie ma jakiegokolwiek znaczenia, że oceniacie Państwo zdarzenie jako bezprzedmiotowe, że twierdzicie, iż błędnego leczenia nie było, że nie ma jakiegokolwiek szkody.



FOT. JONATHAN BORRA

Należy pamiętać, iż lekarz czy podmiot leczniczy jest stroną w takim sporze. Pacjent twierdzi, że poniósł szkodę a lekarz, że takiej szkody nie ma.

Pacjent ma prawo znać dane z polisy ubezpieczeniowej lekarza

Pacjent ma prawo do wnoszenia lub żądania wskazania ubezpieczyciela i polisy. Wynika to wprost z ustawy o działalności leczniczej. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia (art. 14.2.2. ustawy o działalności leczniczej).

Przepis ten w swej treści jest jednoznaczny. Nie rozumiem, gdzie tu jest pole do interpretacji. Przepis nie wprowadza tutaj jakichkolwiek warunków, jakie musi spełnić pacjent, aby jego wniosek był rozpatrzony pozytywnie. Przepis nie nakazuje uzasadniać takiego wniosku. Brak jest wprowadzenia

Jak wynika z praktycznie każdej polisy ubezpieczeniowej jest obowiązek poinformowania ubezpieczyciela o zdarzeniach, które mogą rodzić odpowiedzialność ubezpieczyciela. Jednak nie ma to nic wspólnego ze zgłoszeniem szkody

autorka:
Ewa Mazur-
-Pawłowska

określeń w zakresie wniosku, że musi być zasadny, udokumentowany, właściwy czy jakkolwiek inny. Jasno ustawodawca określił: „na wniosek pacjenta podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela informacji na temat zawartych umów ubezpieczeniowych”. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie bada zasadności takiego wniosku, nie ma możliwości rozpatrywania takiego wniosku. Jest wniosek pacjenta, podmiot udzielający świadczeń leczniczych ma go zrealizować.

Kwestia czy wydać dane ubezpieczyciela i polisy pacjentowi jest więc jednoznaczna. Tak, należy zawsze udzielić pacjentowi takich informacji. Podanie polisy OC kieruje wówczas sprawę na drogę postępowania likwidacyjnego. Właśnie po to lekarz ma wykupione ubezpieczenie obowiązkowe.

Kto zgłasza sprawę do ubezpieczyciela?

Na marginesie, należy dodać, że to pacjent decyduje, czy zgłosi szkodę do ubezpieczyciela czy wybierze inną drogę. I z tym związane jest kolejne pytanie. Czy podmiot udzielający świadczeń leczniczych sam ma zgłaszać roszczenie pacjenta do ubezpieczyciela?

Pojawiają się zdania, że lekarz lub podmiot leczniczy sami mogą zgłosić szkodę do swojego ubezpieczyciela w imieniu pacjenta. W tym zakresie mam jednak odmienne zdanie.

Są dwie kwestie, które należy wyjaśnić. Czym innym jest „zgłoszenie szkody”, a czym innym „poinformowanie ubezpieczyciela” o zdarzeniu, które może być powodem do odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Jeżeli chodzi o zgłoszenie szkody, to nie wydaje się zasadnym zgłaszanie szkody w imieniu pacjenta. Przecież postępowanie likwidacyjne rozpoczyna się na wniosek poszkodowanego, czyli osoby, która twierdzi, że poniosła jakąś szkodę. Lekarz lub podmiot leczniczy nie ponieśli szkody, a zdaniem pacjenta ją spowodowali, więc nie wydaje się by zasadnym było takie postępowanie. Ponadto do końca ani lekarz, ani podmiot leczniczy nie wiedzą czy pacjent faktycznie chce zgłosić taką szkodę do ubezpieczyciela. Może dane dotyczące ubezpieczenia chciał, aby skierować sprawę na drogę postępowania sądowego wobec ubezpieczyciela.

Podając pacjentowi dane dotyczące polisy i ubezpieczyciela wykonujemy obowiązek informacyjny, ale nie decydujemy za pacjenta. Natomiast, moim zdaniem, zgłaszanie szkody za pacjenta jest bezprzedmiotowe. To tak, jakbyśmy sami na siebie pisali donos.

Natomiast zupełnie inną kwestią jest poinformowanie ubezpieczyciela o zdarzeniu, które może być powodem do odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jak wynika z praktycznie każdej polisy ubezpieczeniowej jest obowiązek poinformowania ubezpieczyciela o zdarzeniach, które mogą rodzić odpowiedzialność ubezpieczyciela. Jednak nie ma to nic wspólnego ze zgłoszeniem szkody. Jest to jedynie informacja dla ubezpieczyciela, że pacjent może zgłosić się z roszczeniem w związku ze zdarzeniem. Na tej podstawie nie rozpoczyna się żaden proces likwidacyjny, a ubezpieczyciel czeka na zgłoszenie roszczenia przez pacjenta. Konkludując:

1. na wniosek pacjenta udzielamy informacji o polisie ubezpieczeniowej;
2. informujemy ubezpieczyciela o zdarzeniu, które może skutkować odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
3. pozostawiamy wolność wyboru pacjentowi w zakresie zgłoszenia szkody z polisy OC.

Numer, której polisy podać pacjentowi?

Wątpliwości budzi też kwestia, którą polisę OC podać pacjentowi. Przede wszystkim musimy opierać się na żądaniu pacjenta. Jeśli pacjent żąda polisy OC podmiotu leczniczego – podajemy polisę OC podmiotu leczniczego. Jeśli pacjent żąda polisy OC lekarza mamy dwie możliwości. Jeżeli lekarz prowadzi praktykę zawodową – podajemy polisę OC praktyki, czyli indywidualną polisę lekarza, a jeżeli pracuje dla podmiotu leczniczego, to mamy kolejne trzy rozwiązania.

I tak, jeżeli lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę – podajemy polisę OC podmiotu leczniczego, a jeżeli lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy zlecenia, o dzieło czy na podstawie innej umowy cywilnoprawnej, to musi mieć wykupioną indywidualną polisę OC. Jeżeli jednak pacjent skierował żądanie do podmiotu leczniczego, to podajemy mu polisę podmiotu leczniczego. A jeżeli pacjent skierował żądanie do podmiotu leczniczego z żądaniem podania polisy lekarza, lekarza wówczas podajemy mu dane polisy OC lekarza, ale jedynie wtedy, gdy mamy takie upoważnienie od lekarza lub zgodę na udzielenie takiej informacji. Z kolei,

jeżeli pacjent skierował żądanie do lekarza świadczącego usługi na rzecz podmiotu leczniczego, to lekarz informuje pacjenta o swojej polisie OC.

Podsumowanie

Mam nadzieję, że w sposób jasny i klarowny to wyjaśniłam. Ponadto należy pamiętać, że podanie polisy OC podmiotu leczniczego nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności. Jeżeli pacjent wybierze, że roszczenie skieruje przeciwko podmiotowi leczniczemu, to lekarzowi powinno zależeć, aby to postępowanie zostało zakończone na korzyść podmiotu. W przeciwnym bowiem wypadku będzie to przegrana sprawa, a w związku z tym roszczenie pacjenta będzie dochodzone na drodze regresu przez podmiot leczniczy i ubezpieczyciela podmiotu leczniczego w stosunku do lekarza, który zawinił.

Ostatnią kwestią są wątpliwości, czy podawać dane polisy każdemu, kto tego zażąda. Niedawno usłyszałam taką interpretację w niniejszym zakresie: „nie podaje się polisy OC każdemu kto chce, ponieważ nieznajomym nikt nie podaje takich danych w sytuacji, gdy nie ma jakiegokolwiek szkody. Przecież to tylko twierdzenie pacjenta, że jest szkoda, a obiektywnie oceniając, tej szkody nie ma, więc po co podawać polisę OC?”.

Przede wszystkim należy zauważyć, że o dane polisy nie wnosi osoba nieznajoma lub obca. Nikt przecież raczej nie miał sytuacji, że do gabinetu wchodził przypadkowy spacerowicz i żąda informacji na temat ubezpieczenia. Wniosek taki składa pacjent, pełnomocnik pacjenta, osoba bliska pacjenta, nie ma więc mowy o osobie obcej czy nieznanej. Znamy pacjenta, nie jest on przypadkowy i z reguły domyślamy się lub wiemy, że dotyczy to konkretnego zdarzenia lub procesu leczenia. Nie jest to więc sytuacja niemająca uzasadnienia. To czy roszczenie jest słuszne czy nie, to kwestia do oceny, która w drodze postępowania likwidacyjnego będzie wyjaśniana. Ubezpieczyciel, prowadząc postępowanie likwidacyjne, i tak będzie informował ubezpieczonego o całym postępowaniu. Zatem będziecie Państwo na bieżąco i tak informowani, jak przebiega likwidacja szkody – czy została ona uznana czy nie.



EWA MAZUR-PAWŁOWSKA

Advokat, specjalizuje się w prawie medycznym. Prowadzi autorskie szkolenia z zakresu prawa medycznego. Reprezentuje lekarzy w postępowaniach sądowych i dyscyplinarnych. Prowadzi audyty, tj. opracowuje pełną dokumentację dla działalności medycznej oraz dokumentację RODO.
e-mail: emazurpawlowska@gmail.com

CO ROBIĆ, KIEDY PODCZAS CIĄŻY POJAWIA SIĘ NIEPOKOJĄCA ZMIANA NA SKÓRZE?

Znamiona skórne w okresie ciąży

W CIĄŻY NALEŻY DBAĆ O ZDROWIE I ZAPOBIEGAĆ OBNIŻENIU ODPORNOŚCI POPRZEC ODPOWIEDNIĄ DIETĘ I WŁAŚCIWY TRYB ŻYCIA. JEŻELI JEDNAK ZACHOUJEMY NALEŻY PAMIĘTAĆ, ŻE NAWET ZWYKŁE PRZEZIĘBIENIE WYMAGA KONSULTACJI LEKARSKIEJ. LEKARZ DORADZI, JAKIE MOŻNA PRZYJMOWAĆ LEKI, ABY NIE NARAŻIĆ ZDROWIA DZIECKA. Podczas wizyty w POZ uzyskamy pomoc w leczeniu stanu zapalnego, bólu i gorączki. Warto również poprosić o poradę ginekologa prowadzącego ciążę, który posiada odpowiednią wiedzę w zakresie oddziaływania leków na organizm dziecka w okresie zarodkowym i płodowym.

Czerniak, czyli nowotwór złośliwy, który nie jest rakiem

- Nie każdy nowotwór złośliwy jest rakiem, ale każdy rak jest nowotworem złośliwym.
- Czerniak, którego wdzięczna nazwa łacińska to melanoma malignum, jest takim nowotworem.
- Powstaje on z neuroektodermalnych komórek melanocytarnych.
- Niestety nadmierne wystawianie skóry na działanie promieniowania ultrafioletowego, poparzenie słoneczne, mogą doprowadzić do transformacji tych komórek w komórki nowotworowe. Następstwa tego procesu mogą być niebezpieczne dla naszego zdrowia, prowadząc do powstania czerniaka.

Leki zabronione do przyjmowania przez pacjentki w okresie ciąży zaliczono do kategorii C. Jednak musimy pamiętać, że przeziębienie i leki to nie jedyny problem w tym wyjątkowym okresie. Większość zmian zachodzących podczas ciąży w ciele kobiety to procesy spowodowane działaniem hormonów. Niejednokrotnie obserwowane zmiany wywołują niepokój i bywają niezwykle uciążliwe. Możemy zaobserwować rozstęp, przebarwienia skóry i niepokojące znamiona skórne. Jednak nie powinno się karmić swojego niepokojem. Każdy problem należy jak najszybciej wyjaśnić. Zwłaszcza niepokój o własne zdrowie i zdrowie dziecka.

Przede wszystkim profilaktyka

Jednym z takich badań profilaktycznych jest dermatoskopia. Badanie to polega na obejrzeniu całego ciała i jego zakamarków specjalnym urządzeniem, dermatoskopem. Badanie to pozwala ocenić, czy niepokojące znamiona skórne wymagają dalszych badań i obserwacji. Badanie nie boli i można się na nie zgłosić w każdym momencie trwania ciąży.

Przyczyny występowania kresy czarnej i ciemnych znamion w okresie ciąży

W okresie ciąży dochodzi do wydzielania hormonów płciowych estrogenów i progesteronu. Poprzez stymulujące działanie estrogenów, zwiększenie ilości progesteronu oraz hormonu melanotropowego, a także zwiększoną aktywność tyrozynazy – kluczowego enzymu w produkcji ciemnego barwnika, czyli melaniny – następuje nasilenie melanogenezy, co prowadzi do hiperpigmentacji. Obejmuje ona przede wszystkim: brodawki sutkowe i ich otoczki, zewnętrzne narządy płciowe, pachy i pachwiny. Może prowadzić do ściemnienia kresy białej w linii pośrodkowej brzucha, tworząc kresę czarną (łac.

linea nigra). Pigmentacja skóry na ogół wraca do stanu sprzed ciąży, w ciągu kilku miesięcy po porodzie.

Czynniki hormonalne mogą przyczynić się do powstania lub nasilenia ostudy (melasmy), czyli przebarwionych plam na twarzy.

Czy zmiany barwnikowe mogą się w ciąży naturalnie zmieniać?

Zmieniające się stężenia hormonów w trakcie ciąży mogą wpływać na rozwój znamion skórnych. Badania kliniczne sugerują, że znamiona mają zdolność reagowania na estrogeny. Ciąża wpływa na ekspresję receptora estrogenowego beta (ERbeta), a tym samym na zdolność do reagowania na zmienione poziomy estrogenu. Co ciekawe zmiany te nie dotyczą znamion wrodzonych, gdzie melanocyty inaczej odpowiadały na działanie hormonów w ciąży.

Dawniej uważano, że zmiany w obrazie znamion, takie jak ich powiększenie i zmiana zabarwienia, są jedynie przejściowym skutkiem stymulacji hormonalnej. W związku z tym, często z góry uznawano te zmiany skórne za łagodne.

Ostatnie badania wykazały, że ciąża sama w sobie nie powoduje zmian w obrazie dermatoskopowym znamion, a tym samym nie powinny one być bezwzględnie uznawane za niegroźne. Zatem konieczny jest nadzór dermatologiczny dla zaobserwowanych zmian skórnych w ciąży. Niejednokrotnie obserwowane jest zwiększenie rozmiarów znamion barwnikowych w okresie ciąży. Najczęściej są to miejsca naturalnie ulegające zmianom rozmiarów w ciąży. W obrazie dermatoskopowym można wówczas zaobserwować: przemijające pogrubienie linii siatki barwnikowej, zwiększenie liczby globuli i czarnych kropek. W obrazie histologicznym obserwuje się zwiększenie atypii komórkowej, aktywności mitotycznej oraz wskaźnika proliferacji komórek w obszarze znamienia.

autorka:
Maria Krotewicz

Z jakimi zmianami możemy się spotkać na ciele pacjentek w okresie ciąży?

Znamiona obserwowane na powierzchni skóry pacjentek to najczęściej zmiany łagodne, takie jak:

- znamiona barwnikowe płaskie, które czasem wystają ponad powierzchnię skóry; barwa znamienia waha się od jasnobrązowej do prawie czarnej, a rozmiary od 1 do 10 mm średnicy,
 - znamiona barwnikowe złożone posiadają najczęściej ciemną barwę i do pewnego stopnia wznoszą się ponad powierzchnię skóry,
 - znamiona śródskórne (znamiona Beckera) występują powyżej powierzchni skóry; są to znamiona barwnikowe wypukłe, a ich barwa zmienia się od jasnobrązowej aż do czarnej,
 - znamiona barwnikowe Settona, otoczone pierścieniem odbarwionej skóry, znikają samoistnie i bardzo rzadko wywołują czerniaki,
 - znamiona barwnikowe atypowe, inaczej dysplastyczne, posiadają nieregularny kształt oraz rozmyte brzegi, które w niewielkim stopniu wystają powyżej powierzchni skóry, a ich barwa zmienia się od brązowej do ciemnobrązowej na różowym tle,
 - znamiona barwnikowe błękitne są plamisto-grudkowe, wielkości ziarna soczewicy i mają niebieską barwę.
- Oczywiście rodzajów znamion jest dużo więcej.

Co powinno nas niepokoić?

Prosta skala oceny znamion ABCDE ułatwia obserwację:

- A – jak asymetria, sprawdza się kształt oglądanej zmiany. Jeśli nie jest okrągła, a jest asymetryczna, to powinno wzbudzić zaniepokojenie.
- B – jak nierówne, poszarpane brzegi. Oby były ładnie zaokrąglone.
- C – jak nierównomierny kolor. Jeżeli zmiana jest różnokolorowa, to powinno udać się z tym do specjalisty.
- D – jak duży rozmiar. Taki powyżej 5 mm powinien wzbudzić czujność.
- E – jak ewolucja zmiany.

Warto przypomnieć pacjentce, przed wyjściem z gabinetu, żeby przyglądała się swojej skórze, np. w lustrze – tyle wystarczy. Tyle i aż tyle może komuś uratować życie. W okresie ciąży powinno się oglądać skórę co najmniej raz w miesiącu.

W Australii pewien sportowiec opowiedział ciekawą historię na oficjalnym profilu profilaktyki nowotworów skóry. Spostrzegawczy fan napisał do niego, że obserwując jego kolejne występy sportowe zwrócił uwagę na powiększające się znamię na powierzchni skóry pleców. Sportowiec był mu bardzo wdzięczny za tę wiadomość, gdyż nie był świadomy zmian rozmiarów znamienia, które po wycięciu okazało się być czerniakiem.

Weźmy do serca tę pouczającą historię. Należy dokładnie oglądać powierzchnię skóry swojego ciała. Nie zapominając

Krótko o czerniaku w ciąży

- Zgodnie z badaniami populacyjnymi, ciąża nie pogarsza rokowania chorych na czerniaka (szwedzkie badanie na grupie ponad 6800 młodych kobiet chorych na czerniaka).
- Zachorowanie na czerniaka nie ma wpływu na przebieg ciąży ani na rozwój płodu. Ciąża nie zwiększa ryzyka nawrotu czerniaka.
- Ciąża nie jest przeciwwskazaniem do wykonania procedury biopsji węzła wartowniczego. Z racji ryzyka poronienia procedura ta nie powinna być wykonywana w I trymestrze ciąży.
- Nie zaleca się stosowania barwnika w BWW wykonywanym z limfoscyntyografią. Istnieją doniesienia o teratogenności stosowanego w tym badaniu barwnika oraz możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej.
- Zalecane jest wykonanie mapowania węzłów limfoscyntyografią i wycięcia węzła wartowniczego oraz docięcia blizny w jednym i tym samym dniu. Takie postępowanie ogranicza ekspozycję na promieniowanie jonizujące.
- Diagnoza czerniaka pod koniec ciąży skutkuje opcją przełożenia biopsji węzła wartowniczego po porodzie.
- W przypadku znacznego zaawansowania choroby opisywane są przypadki przerzutów do łożyska oraz organizmu płodu. Dlatego wskazane jest badanie histopatologiczne łożyska w celu wykluczenia przerzutów.

o podeszwach stóp, jak również przestrzeniach między palcami rąk i nóg. W ciąży należy poddawać obserwacji skórę częściej niż raz na miesiąc i najlepiej z pomocą bliskiej osoby.

Czy zmiany skórne można wycinać w czasie ciąży? Oczywiście, że tak. Zabieg jest wykonywany przy użyciu minimalnej ilości znieczulenia miejscowego, które nie stanowi zagrożenia dla rozwijającego się płodu.

Działania profilaktyczne w ciąży

Ciąża to bardzo wymagający czas dla organizmu każdej kobiety.

Wspaniałym zjawiskiem jest, coraz bardziej popularne wśród kobiet, wykonywanie badań profilaktycznych przed zajściem w ciążę. Oprócz badania obrazowego klatki piersiowej, badania USG jamy brzusznej czy wykonania pakietu badań krwi, zalecam wykonanie dermatoskopii. Jeśli w badaniu lekarz stwierdzi zmiany, które wyglądają podejrzanie, to można spokojnie je usunąć. Nie warto tego odkładać.

Większość danych wskazuje, że przy uwzględnieniu parametrów i stopnia zaawansowania czerniaka nie ma różnic w wynikach leczenia pomiędzy chorymi ciężarnymi i poza okresem ciąży. Problemem jest to, że czerniak diagnozowany w ciąży jest najczęściej w bardziej zaawansowanym stadium.

Ideałem byłoby, aby każda kobieta, przygotowująca się do zajścia w ciążę, zaplanowała, w ramach profilaktyki przed ciążą, badanie dermatoskopowe.



MARIA KROTEWICZ

Lekarz specjalista chirurgii onkologicznej. Pracuje w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie jako asystent w Klinice Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaka. W Klinice zajmuje się diagnostyką i leczeniem nowotworów skóry. Prowadzi między innymi poradnię profilaktyki zmian skórnych w przyszpitalnym Centrum Profilaktyki Nowotworów. Zainteresowania zawodowe obejmują również mięsaki. Obecnie jest w trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej. Specjalista w zakresie leczenia trudno gojących się ran.

Plany na przyszłość, to udział w projekcie tworzenia nowego typu wideodermatoskopu, który ułatwi pracę wielu specjalistom. Marzeniem na przyszłość byłoby opracowanie projektu obowiązkowych badań dermatoskopowych dla pacjentów od 18. roku życia.

Kontakt telefoniczny: +48 784 959 795

Kontakt e-mailowy: krotewiczmarikamaria@gmail.com

Oferuje usługi badań dermatoskopowych z możliwością dojazdu do pacjenta.



FOT. 123 RF

Aktualizacja szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 na sezon jesienno-zimowy

Firmy Pfizer i BioNTech ogłosiły 23 czerwca 2023, że złożyły do Europejskiej Agencji Leków (EMA) wniosek o zmianę produkowanej przez nie monowalentnej szczepionki przeciwko COVID-19 na dostosowaną do wariantu Omicron XBB.1.5. Planowana jest ona na sezon jesienno-zimowy na rok 2023/24. Wniosek ten odzwierciedla wytyczne EMA i innych organów ds. opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi zaktualizowane szczepionki, skierowane przeciwko podliniom Omicron XBB.1, mogą pomóc w utrzymaniu ochrony przed COVID-19 w nadchodzącym sezonie jesienno-zimowym, kiedy spodziewany jest wzrost liczby zachorowań na COVID-19 i towarzyszącym im hospitalizacjom.

Jeśli wniosek ten zostanie zatwierdzony, dostosowana do szczepionki Omicron XBB.1.5 monowalentna szczepionka COVID-19 będzie dystrybuowana pod marką COMIRNATY Omicron XBB.1.5 dla osób w wieku 6 miesięcy i starszych. Firmy

spodziewają się, że będą gotowe do wysyłki dawek monowalentnej szczepionki COVID-19, dostosowanej do Omicron XBB.1.5, do państw członkowskich UE natychmiast po zatwierdzeniu przez organy regulacyjne.

Podlinie Omicron XBB odpowiadają obecnie za większość przypadków COVID-19 na całym świecie i są antygenowo odległe od wcześniej krążących linii SARS-CoV-2, w tym Omicron BA.4/BA.5 i oryginalnego szczepu SARS-CoV-2. Chociaż szczepionki bivalentne, dostosowane do wariantu Omicron BA.4/BA.5, zapewniają pewną ochronę przed szeregiem skutków związanych

z przebiegiem COVID-19, wywoływanym przez wariant XBB, to dowody naukowe sugerują, że szczepionki lepiej dopasowane do obecnie krążących sublinii mogą pomóc w dalszej poprawie ochrony przed chorobą objawową i ciężką postacią COVID-19.

Pfizer i BioNTech złożyły także analogiczny wniosek w amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA).

<https://www.pfizer.com/news/announcements/pfizer-and-biontech-initiate-application-european-medicines-agency-omicron-xbb15>



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

XXVII KONFERENCJA NAUKOWA

Postępy w Ginekologii Onkologicznej

14 – 15 września 2023 r., Bachleđa Hotel Kasprowy,
Zakopane

KOMITET NAUKOWY

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kojs
Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk
Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa
Dr hab. n. med. Hubert Wolski, Prof. PPUZ
Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki

14.09.2023 WARSZTATY W ZAKRESIE:

Onkologicznych technik operacyjnych - prezentacja przypadków
oraz
Radioterapii ginekologicznej

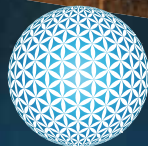
15.09.2023 SESJE NAUKOWE

Leczenie operacyjne nowotworów narządu rodneģo
Radio-chemioterapia nowotworów narządu rodneģo
Organizacja i finansowanie procedur w ginekologii onkologicznej
Zastosowanie nowoczesnych technik genetyki i badań molekularnych
w ginekologii onkologicznej
Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów ginekologicznych
i.in.

ZAPRASZAMY DO REJESTRACJI

szczegóły:

www.onkogin2023.pl



BACHLEĐA
KONGRESY EVENTY

BIURO ORGANIZACYJNE

Bachleđa Kongresy Eventy Sp. z o. o.

ul. Krupówki 29 | 34-500 Zakopane

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

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