

nowy
dwumiesięcznik
gabinet
ginekologiczny

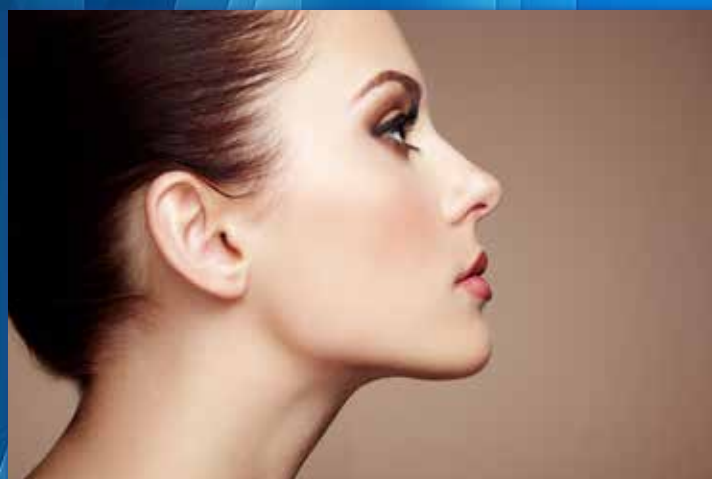
www.e-ginekologia.pl

magazyn medyczny

diagnostyka
terapia
prawo medyczne

nr 5
(78) 2024

Preparaty regeneracyjne
wykorzystywane w ginekologii
estetycznej i uroginekologii



GINEKOLOGIA:

- **Roztwór Kleina:**
rewolucja
w znieczuleniu
tumescencyjnym
- **Nano igły we**
wstępnym
przygotowaniu do
głębszego znieczulenia
iniekcyjnego
- **Ciągłe w powijkach,**
czyli hormonalna
terapia
menopauzalna...
- **Podsumowanie**
I Międzynarodowego
Kongresu PTGP

PRAWO:

- **Opóźniona**
diagnostyka
nowotworu piersi
w wyniku błędu
medycznego
- **Nowe kryteria dla**
porodówek



XVII Konferencja

Uogólniony rak piersi - stan obecny i przyszłe wyzwania „FALENTY 2024”

22-23 listopada 2024 r. Hotel Novotel Warszawa Centrum
ul. Marszałkowska 94/98, 00-510 Warszawa

Zapraszamy serdecznie do udziału w XVII konferencji Uogólniony rak piersi - stan obecny i przyszłe wyzwania "FALENTY 2024" organizowanej przez Polskie Towarzystwo Senologiczne (dawniej - Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi).

Zachęcamy do zapoznania się z programem wydarzenia oraz do rejestracji na konferencję za pośrednictwem strony: <https://konferencjafalenty.pl/>

Rejestracja trwa do **15.11.2024 r.**



Biuro organizatora konferencji:
Delta Tour Sp. z o. o.
ul. Czerska 18, 00-732 Warszawa

Osoba do kontaktu:
Marta Stankiewicz
tel.: +48 537 167 577; e-mail: konferencja@konferencjafalenty.pl

Wydawca:



Adres redakcji:

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

p.o. Redaktora naczelnego:

Jacek Tulimowski
jtulimowski@gmail.com

**Dyrektor Działu Wydawnictw,
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
obrot produktami leczniczymi w rozumieniu art.
52 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 6.01.2001 Prawo
Farmaceutyczne. Cena za kolejnych 12 numerów
190 zł (w tym VAT). Redakcja nie odpowiada za
treść materiałów reklamowych oraz ma prawo
odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny.
Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów
i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub
przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

W NUMERZE

4 Miscellanea

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

11 Bezbolesne igły

Nano igły wykorzystywane
są w medycynie estetycznej
w znieczuleniu powierzchownym
skóry, ale nie tylko. Stosuje się je
również szeroko w podawaniu
preparatów w ramach mezoterapii.
Dzięki temu, że są bardzo
cienkie, aplikacja jest całkowicie
bezbolesna, ale też głębsza niż
klasyczna mezoterapia.

12 Opóźniona diagnostyka nowotworu piersi w wyniku błędów medycznych

Opóźniona diagnostyka chorób
nowotworowych może mieć
tragiczne konsekwencje dla
pacjentów, zwłaszcza w przypadku
raka piersi, gdzie wczesne wykrycie

znacząco wpływa na skuteczność
leczenia. Poniższa analiza przypadku
dotyczy pacjentki, u której doszło do
opóźnionej diagnostyki nowotworu
piersi na skutek błędnych decyzji
lekarza ginekologa.

14 Roztwór Kleina: rewolucja w znieczuleniu tumesencyjnym

Roztwór Kleina jest kluczowym
elementem znieczulenia
tumesencyjnego, stosowanego
szeroko w medycynie estetycznej,
szczególnie podczas liposukcji.
Technika ta została wprowadzona
pod koniec lat 80. przez dr.
Jeffreya A. Kleina i od tego
czasu zyskała na popularności
dzięki swojej skuteczności
i bezpieczeństwu.

16 Preparaty regeneracyjne wykorzystywane w ginekologii estetycznej i uroginekologii

Współczesna ginekologia,
w tym ginekologia estetyczna
oraz uroginekologia, w dużej

mierze opiera swoje działanie na
medycynie regeneracyjnej. W tym
celu wykorzystywane są m.in.
preparaty wspomagające naturalne
procesy odnowy tkanek.

20 Ciągłe w powojakach, czyli hormonalna terapia menopauzalna...

Zadziwiające, że my, lekarze
ginekologów, kojarzymy
menopauzę jedynie z uderzeniami
gorąca i końcem miesiączki.
Pacjentki twierdzą, że objawy
wazomotoryczne (VMS) są
jedynie wierzchołkiem góry
lodowej. Świadczą o całkowitej
dysregulacji ośrodką termoregulacji
w podwzgórzu. To właśnie tutaj,
w mózgu, na skutek deprywacji
estrogenowej, zaczyna się
główny problem kobiet w okresie
perimenopauzy i menopauzy.

24 Podsumowanie I Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej

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 Marcin-
kowskiego w Poznaniu

Lek. Beata Sterlińska-Tulimowska

Wykładowca LAHA, wykładowca Fotona,
Tulimowski & Sterlińska Gabinety Gineko-
logiczne, Warszawa

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Celewicz

Klinika Perinatologii, Położnictwa i Gine-
kologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny
w Szczecinie

Prof. dr hab. n. med.

Włodzimierz Sawicki

Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa
Chorób Kobiety i Ginekologii Onkolo-
gicznej II Wydział Lekarski WUM

Dr hab. n. med.

Tomasz Dzieciatkowski

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ivan Fistončić, MD, PhD Professor at

University of Applied Health Sciences,
Zagreb, Croatia; Assistant Professor
at University Department of Health
Studies, University of Split, Split, Cro-
atia; Director of Institute for Women's
Health, Zagreb, Croatia

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

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

Dr n. med. Paweł Grzesiowski

Pediatra, 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 War-
szawie oraz prezes Fundacji Instytut
Profilaktyki Zakażeń

Lek. Jacek Tulimowski

Lekarz ginekolog, redaktor naczelny
magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny;
Tulimowski & Sterlińska Gabinety Gineko-
logiczne, 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 Insty-
tutu 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 wpłynięcia 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 pocztę.
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający.
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca.

MISCELLANEA

PROFILAKTYKA

Palenie w ciąży: alarmujące wyniki badań

Badania naukowców z University of South Australia wskazują na poważne konsekwencje palenia w ciąży dla rozwoju edukacyjnego dzieci. Wyniki tych badań pokazują, że dzieci, których matki paliły w trakcie ciąży, osiągają nawet o połowę gorsze wyniki w nauce.

Naukowcy dokonali przeglądu 19 badań obejmujących 1,25 mln osób, co pozwoliło na szeroką analizę wpływu palenia na wyniki edukacyjne dzieci. W 79 proc. tych badań zaobserwowano wyraźne pogorszenie wyników w nauce u dzieci narażonych na palenie tytoniu w okresie prenatalnym. Dalsza metaanaliza ośmiu badań z udziałem 724 tys. uczestników wykazała, że to pogorszenie może sięgać nawet 49 proc. w porównaniu do dzieci, których matki nie paliły w czasie ciąży.

Dr Bereket Duko, główny autor badania, podkreśla, że prenatalna ekspozycja na palenie niesie ze sobą szereg poważnych zagrożeń, w tym zwiększone ryzyko poronienia, urodzenia martwego dziecka, zahamowania wzrostu i rozwoju, a także poważnych wad wrodzonych. Co więcej, palenie w ciąży może prowadzić

do problemów ze zdrowiem psychicznym i zachowaniem u dzieci.

Pomimo wieloletnich kampanii antynikotynowych, palenie pozostaje powszechnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. W Australii około 8,7 proc. kobiet pali w pewnym momencie ciąży, natomiast w Polsce statystyki są jeszcze bardziej niepokojące – według danych, czynnie przez cały okres ciąży pali od 20 do 30 proc. kobiet.

Dr Duko podkreśla, że palenie w ciąży wiąże się ze znacznym ryzykiem pogorszenia wyników edukacyjnych dzieci, co sprawia, że często odstają one od swoich rówieśników w szkole. – Wszyscy chcemy, aby dzieci miały najlepszy start w życiu. Dlatego musimy położyć większy nacisk na edukację matek i całych rodzin na temat szkodliwych skutków palenia w ciąży, nie tylko dla kobiety, ale także dla jej przyszłego dziecka – zaznaczył naukowiec.

Pomimo postępów w zmniejszaniu liczby palaczy i podnoszeniu świadomości na temat zagrożeń związanych z tytoniem, walka z tym problemem musi trwać dalej. Edukacja na temat zagrożeń związanych z paleniem jest kluczowa, aby przyszłe



FOT. 123 RF

pokolenia mogły unikać niepotrzebnych cierpień związanych z tym nałogiem.

Te wyniki podkreślają znaczenie działań profilaktycznych i edukacyjnych, które mogą pomóc w ochronie zdrowia przyszłych pokoleń.

PROFILAKTYKA

Prof. Ewa Wender-Ożegowska nową konsultant krajową w dziedzinie położnictwa i ginekologii

Prof. Ewa Wender-Ożegowska została nową konsultant krajową w dziedzinie położnictwa i ginekologii, zastępując prof. Krzysztofa Czajkowskiego, który został odwołany w sierpniu br.

Prof. Czajkowski został powołany na kolejną kadencję na stanowisku konsultanta krajowego w styczniu 2023 roku, z planem sprawowania tej funkcji do 29 stycznia 2028 roku. Jego nagłe odwołanie zaskoczyło wielu, zwłaszcza że pełnił tę funkcję nieprzerwanie od 2017 roku.

Odwołanie prof. Czajkowskiego zbiega się w czasie z opublikowaniem przez rząd i Ministerstwo Zdrowia nowych wytycznych dotyczących dostępu

do procedury przerwania ciąży. Eksperci spekulują, że to właśnie różnice w podejściu do zasad przeprowadzania aborcji mogły być przyczyną tej zmiany.

Prof. Wender-Ożegowska, to ceniona specjalistka z bogatym dorobkiem naukowym i zawodowym, od lat związana z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu oraz Ginekologiczno-Położniczym Szpitalem Klinicznym w tym mieście.

Pełniła wiele istotnych funkcji na Uniwersytecie Medycznym, m.in. była kierownikiem Kliniki Rozrodczości, prodziekanem Wydziału Lekarskiego (od 2008 r.), a od 2016 roku – dziekanem tego wydziału. W latach 2019–2020 piastowała funkcję prorektora ds.

organizacyjnych i współpracy międzynarodowej, a w kadencji 2020–2024 jest prorektorem ds. szkoły doktorskiej i kształcenia podyplomowego.

Odwołanie prof. Czajkowskiego spotkało się z różnymi reakcjami. Jakub Kosikowski, rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej, skomentował na platformie X: „Czyli po receptomatach, marihuanomatach, opioidomatach wjedzie kolejny big cash biznes – aborcjomaty. Były głosy, że w październiku 2020 w konsekwencji wyroku zalegalizowano aborcję na NFZ, no to właśnie jest to potwierdzane. Wielkie 'zwycięstwo' obrońców życia, wahało wróciło”.

TERAPIA

Opóźnienia we włączaniu immunoterapii u pacjentek z zaawansowanym rakiem szyjki macicy

Immunoterapia odgrywa kluczową rolę w leczeniu zaawansowanego raka szyjki macicy, jednak w Polsce obserwuje się poważne opóźnienia w jej wdrażaniu. Jak podkreślił dr hab. n. med. Radosław Mądry z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, opóźnienia te znacząco obniżają szanse pacjentek na dłuższe przeżycie.

Dane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wskazują, że do 4 września 2024 roku do programu lekowego B.159 włączono jedynie 32 pacjentki. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja w województwie pomorskim, gdzie NFZ nie rozstrzygnął jeszcze konkursu na realizatorów tego świadczenia. Oznacza to, że większość pacjentek z zaawansowanym rakiem szyjki macicy wciąż nie ma dostępu do leczenia, które może znacznie wydłużyć ich życie.

Dr Mądry zwrócił uwagę, że immunoterapia, w połączeniu z innymi terapiami, przynosi znaczące korzyści dla pacjentek. Przykładem jest lek pembrolizumab, który w zestawieniu z chemioterapią i bewacizumabem wydłuża czas przeżycia z 17 do 28–29 miesięcy, a w niektórych przypadkach nawet do 42 miesięcy. To istotny postęp w porównaniu z terapiami stosowanymi dekadę temu.

W 2014 roku w leczeniu systemowym raka szyjki macicy wprowadzono bewacizumab, co zwiększyło średni czas przeżycia o około 4 miesiące w porównaniu do samej chemioterapii. Dołączenie pembrolizumabu stanowi kolejny krok naprzód, jednak brak pełnego dostępu do tej terapii w Polsce utrudnia wykorzystanie jej pełnego potencjału.

Opóźnienia w leczeniu wynikają także z niewystarczającej liczby badań przesiewowych. W Polsce pacjentki z rakiem szyjki



FOT. 123 RF

macicy są częściej diagnozowane w zaawansowanych stadiach choroby niż w innych krajach Unii Europejskiej. Immunoterapia dla pacjentek z przetrwałym, nawracającym lub przerzutowym rakiem szyjki macicy jest finansowana w Polsce od 1 kwietnia 2024 roku w ramach programu lekowego B.159. Pacjentki zmagające się z tym schorzeniem mają teraz możliwość leczenia pembrolizumabem w połączeniu z chemioterapią. Jednakże, jak wskazują eksperci, kluczowe jest usprawnienie dostępu do tego leczenia, aby mogło ono być realną szansą na wydłużenie życia pacjentek.

TERAPIA

Jaka jest skuteczność procedury podwiązania jajowodów?

Sterylizacja, czyli procedura podwiązania jajowodów, od lat była uznawana za jedną z najbardziej skutecznych metod antykoncepcji. Jednak nowe badania wskazują, że nawet po tym zabiegu, 3–5 proc. kobiet zachodzi w nieplanowaną ciążę.

Badanie, które objęło 31 tysięcy kobiet, z których 4,1 tysiąca przeszło sterylizację, wykazało, że od 3 do 5 proc. z tej grupy zaszło później w nieplanowaną ciążę. Co więcej, 2,9 proc. z tych kobiet zaszło w ciążę już w ciągu pierwszego roku po zabiegu. Wyniki te budzą niepokój, szczególnie w kontekście tego, że sterylizacja była uważana za jedną z najpewniejszych metod zapobiegania ciąży.

Zaskakująco wysoki wskaźnik niepowodzeń skłonił badaczy do zalecenia rozważenia alternatywnych

metod antykoncepcji. Dr Eleanor Bimla Schwarz, jedna z autorek badania, podkreśla, że implanty antykoncepcyjne oraz wkładki wewnątrzmaciczne oferują większe bezpieczeństwo w zapobieganiu ciąży niż sterylizacja. „Nasze badanie pokazało, że operacja jajowodów nie może być dłużej uważana za najlepszy sposób zapobiegania ciąży” – zauważyła dr Schwarz.

Dla kobiet, które wybrały sterylizację jako metodę trwałej antykoncepcji, wiadomość o nieplanowanej ciąży może być źródłem ogromnego stresu. – Okazuje się, że jest to niestety dość powszechne doświadczenie – dodaje dr Schwarz. Wybór metody antykoncepcji powinien uwzględniać różne czynniki, w tym bezpieczeństwo, wygodę oraz czas w jakim metoda zaczyna działać.

Sterylizacja, szczególnie w formie podwiązania jajowodów, jest wyjątkowo popularna w Stanach Zjednoczonych, gdzie stanowi najczęściej wybieraną metodę antykoncepcji. Według krajowych statystyk, około 65 proc. mieszkank USA w wieku 15–49 lat stosuje antykoncepcję, a na sterylizację decyduje się ponad 21 proc. kobiet w wieku 30–39 lat oraz 39 proc. kobiet powyżej 40 lat.

Dotychczas sterylizacja była wymieniana jako wysoce skuteczna metoda kontroli urodzeń, jednak najnowsze badania stawiają tę skuteczność pod znakiem zapytania. Naukowcy sugerują, że kobiety powinny rozważyć inne, bardziej niezawodne metody antykoncepcji, takie jak implanty antykoncepcyjne czy wkładki wewnątrzmaciczne, aby uniknąć nieplanowanej ciąży i związanego z nią stresu.

MINISTERSTWO ZDROWIA

Nowe kryteria dla porodówek – czy 400 porodów to wystarczająca liczba?

W najnowszych planach reformy szpitalnictwa, przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia, jednym z kluczowych tematów jest kryterium minimalnej liczby 400 porodów rocznie, które ma wpływać na włączenie oddziałów położniczych do sieci szpitali.

Jak poinformował Michał Misiura, zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, kryterium to nie będzie jednak obowiązywać wszędzie. Ostateczne zasady zostaną określone w rozporządzeniu, a liczba porodów nie będzie jedynym czynnikiem decydującym o przyszłości oddziałów.

Od sierpnia 2023 roku temat „likwidacji nierentownych porodówek” stał się gorącym punktem politycznych dyskusji. Przedstawiciele Prawa i Sprawiedliwości oskarżają obecny rząd o planowanie zamknięcia aż 111 oddziałów położniczych. Poseł Janusz Cieszyński, były wiceminister zdrowia, w swoich wyliczeniach wskazywał, że w samym województwie warmińsko-mazurskim aż 10 z 16 oddziałów porodowych mogłoby zostać zlikwidowanych, co wywołało falę kontrowersji i obaw.

Choć media i zwolennicy reformy wskazują, że kryterium liczby porodów nie będzie jedynym, a istotnym czynnikiem ma być również odległość do najbliższego szpitala, to Cieszyński podkreśla, że to nieprawda. Według niego, nowe regulacje przewidują wyłącznie kryterium ilościowe, nie uwzględniając takich kwestii jak czas dojazdu czy dostępność innych placówek. Mimo to Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że ewentualne „białe plamy” w opiece położniczej mogą zostać uzupełnione przez kontrakty z dodatkowymi placówkami.

Wiceminister zdrowia Marek Kos, odpowiadając na pytania posłów Prawa i Sprawiedliwości, powiedział, że w trakcie ośmiu lat rządów PiS zlikwidowano blisko 70 oddziałów ginekologiczno-położniczych. Dodatkowo podkreślił, że już w przeszłości w dyskusjach na temat bezpieczeństwa rodzących pojawiała się kryteria 400 porodów rocznie. Projekt obecnie znajduje się na wczesnym etapie prac i trwają konsultacje z przedstawicielami środowiska medycznego oraz samorządami.

Choć publiczne konsultacje zakończyły się 30 sierpnia, to temat reformy szpitalnictwa wciąż jest otwarty i poruszany w ramach rozmów wewnętrzkoalicyjnych. Przyszłość oddziałów położniczych zależy od dalszych negocjacji oraz



FOT. IZB RE

ewentualnych korekt w projekcie, które mogą wpłynąć na ostateczny kształt reformy.

Reforma szpitalnictwa, a zwłaszcza zmiany dotyczące oddziałów położniczych, budzi liczne kontrowersje. Kryterium 400 porodów rocznie może być jednym z kluczowych elementów decydujących o przyszłości wielu porodówek w Polsce. Jednak ostateczne decyzje zostaną podjęte dopiero po zakończeniu konsultacji i wprowadzeniu ewentualnych korekt do projektu reformy.

Wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny poruszył temat zamykania porodówek podczas rozmowy w „Sygnałach Dnia” Programu Pierwszego Polskiego Radia. Podkreślił, że nie wszystkie oddziały położnicze w Polsce będą w stanie utrzymać się na dłuższą metę z powodu problemów ekonomicznych i braków kadrowych.

Wiceminister Konieczny wskazał, że spadająca liczba urodzeń w Polsce jest jedną z głównych przyczyn trudności z jakimi borykają się porodówki. – Krach programu dzietności, który ogłosiło Prawo i Sprawiedliwość, jest faktem. W wyniku tego rodzi się o 1/3 mniej dzieci niż 10 lat temu – zauważył. Ten spadek liczby urodzeń stawia pod znakiem zapytania dalsze funkcjonowanie wielu oddziałów położniczych.

Jednocześnie Wojciech Konieczny zapewnił, że Ministerstwo Zdrowia

nie planuje zamykania porodówek. – To, co się mówi, że Ministerstwo Zdrowia będzie zamykało porodówki, to jest nieprawda. Ministerstwo nie ma takiej możliwości – podkreślił. Dodał, że zamiast zamykania oddziałów, ministerstwo proponuje inne rozwiązania, takie jak łączenie i współpraca między szpitalami w regionach.

Wiceminister zaproponował, że w sytuacjach, gdy sąsiednie szpitale mają niską liczbę porodów, lepszym rozwiązaniem może być utrzymanie jednego oddziału, który będzie obsługiwał pacjentki z obu placówek. – Jeśli w jednym szpitalu jest 400 porodów, a w drugim również 400, to lepiej jest utrzymać jeden oddział, niż zamykać oba – wyjaśnił Konieczny.

Wiceszef resortu zdrowia zapowiedział również, że będą wprowadzone zmiany w kwalifikacji oddziałów ginekologiczno-położniczych do tzw. sieci szpitali. Jednym z kryteriów będzie minimalna liczba odebranych porodów. Wstępne założenia mówią o około 400 porodach rocznie i minimalnym udziale zabiegów na poziomie 60 proc.

Podsumowując, wiceminister Konieczny wyraził nadzieję, że mimo trudnej sytuacji, wskaźniki dzietności w Polsce wkrótce się poprawią, co mogłoby pozytywnie wpłynąć na sytuację porodówek. – Pewne zmiany zajdą, ale mam nadzieję, że dzietność się podniesie, a wskaźniki pójdą w górę – podsumował.

Morcelator ERGO 300 – precyzyjny, ergonomiczny, uniwersalny

Wydajny system do morcelacji podczas
histerektomii i miomektomii.

Zeskanuj kod!



BOWA MEDICAL oferuje ERGO 300 o średnicach
roboczych 12 mm i 15 mm.

Włącznik nożny z kablem 3 m
Precyzyjna kontrola prędkości cięcia

**Przekładnia i jednostka
uszczelniająca**
Moment obrotowy z równą, cichą pracą



Bezpieczeństwo

Ostrza dostępne w wersjach
do jednorazowego i
wielorazowego użytku

Uchwyt ułatwia
kontrolowanie procesu
morcelacji

Indywidualne dopasowanie
Możliwość wyboru różnych zakresów
prędkości cięcia

BOWA oferuje również rozwiązanie
umożliwiające dalsze korzystanie z
systemów STORZ ROTOCUT G1 i G2!



Wydajny mikrosilnik
z 3-metrowym kablem, autoklawowalny



Morcelator BOWA działa optymalnie
w kombinacji z systemem izolacji tkanek
MetraBag.

PRAWO

Dlaczego rośnie popularność receptomatów w Polsce?

W ostatnich latach receptomaty stają się coraz popularniejsze w Polsce. Zgodnie z raportem Ministerstwa Zdrowia, liczba wystawianych za ich pomocą recept wzrosła o ponad 1200 proc. w ciągu ostatnich pięciu lat. Receptomaty umożliwiają szybkie uzyskanie recepty bez bezpośredniego kontaktu z lekarzem, co budzi poważne obawy dotyczące jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. W 2023 roku działało już 28 takich podmiotów, a liczba korzystających z tej formy wyniosła ponad milion osób.

Pomimo rosnącej popularności receptomatów, wiele organizacji zawodowych, w tym Naczelna Rada Lekarska, wyraża swoje zaniepokojenie. Wydawanie recept bez fizycznego zbadania pacjenta może prowadzić do nieprawidłowej diagnostyki i niewłaściwego leczenia. Zespół Ministerstwa Zdrowia, badający ten temat, wskazał na potrzebę wprowadzenia systemowych blokad, które zapobiegą wykorzystywaniu telemedycyny do niekontrolowanego dostępu do leków.

Z raportu wynika, że w 2023 roku liczba recept wystawianych przez receptomaty



FOT. 123 RF

przekroczyła 2,85 mln. Ekspertki sugerują, że priorytetem jest stworzenie regulacji zapobiegających nadużyciom w tej dziedzinie, a także surowsze kontrole dla firm

oferujących te usługi. Niezbędne są zmiany systemowe, które ograniczą niebezpieczeństwo związane z automatycznym wydawaniem leków.

SZPITALA

Wrocław: Nowa poradnia zakaźna dla ciężarnych – wsparcie dla przyszłych mam

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu powstanie pierwsza w Polsce poradnia zakaźna dla ciężarnych, poradnia patologii ciąży oraz poradnia zapewniająca wsparcie uroginekologiczne. To innowacyjny projekt, który ma na celu poprawę jakości opieki medycznej nad kobietami w ciąży, szczególnie w kontekście zakażeń i schorzeń mogących zagrozić matce i dziecku.

W nowej poradni, ciężarne pacjentki będą miały dostęp do specjalistycznej opieki medycznej w zakresie zakażeń, które mogą stanowić zagrożenie dla przebiegu ciąży. – Pojawiało się między innymi wiele pytań o szczepienia w czasie ciąży. Dzięki współpracy z "zakaźnikami" możemy nie tylko objąć opieką pacjentki, ale również edukować lekarzy w zakresie profilaktyki, w tym szczepień przeciwko grypie, COVID-19, RSV czy krztuscowi – wyjaśnia dr hab. n. med. Tomasz Fuchs, kierujący Uniwersyteckim Centrum Położnictwa i Ginekologii USK we Wrocławiu. Krztusiec, stający się coraz większym problemem, oraz inne zakażenia, takie jak

toksoplazmoza czy wirus cytomegalii, mogą mieć poważne konsekwencje dla rozwijającego się płodu.

Jednym z głównych celów centrum jest zmniejszenie liczby przedwczesnych porodów. Nowa poradnia patologii ciąży skupi się na diagnostyce i leczeniu zakażeń wewnątrzmacicznych, które mogą prowadzić do wcześniejszych narodzin. Wrocławski szpital, jako jeden z nielicznych w regionie, oferuje badanie amniopunkcji, które pozwala na szybkie wykrycie zagrożeń i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Dr Fuchs podkreśla: – w naszym regionie brakuje wyspecjalizowanej poradni zajmującej się patologią ciąży, a Narodowy Fundusz Zdrowia nie przewiduje tego rodzaju procedur. Stworzenie takiego miejsca jest bardzo potrzebne.

Poradnia skupi się także na problemach związanych z cukrzycą u ciężarnych. Pacjentki z cukrzycą typu 1 oraz kobiety używające pomp insulinowych będą miały dostęp do interdyscyplinarnej opieki lekarzy specjalizujących się w prowadzeniu ciąży obciążonych

ryzykiem. Regularne kontrole mogą zapobiec konieczności hospitalizacji. – Dzięki nowej poradni będziemy w stanie monitorować pacjentki bez potrzeby częstych hospitalizacji. Jednak wciąż pozostają kwestie logistyczne, zwłaszcza dla pacjentek z odległych miejscowości – dodaje dr Fuchs.

Nowo otwarta poradnia uroginekologii, to kolejny istotny element nowego projektu. Pacjentki, które borykają się z problemami uroginekologicznymi, takimi jak nietrzymanie moczu czy inne zaburzenia, będą miały możliwość uzyskania kompleksowej diagnostyki, leczenia chirurgicznego oraz rehabilitacji uroginekologicznej.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu staje się pionierem w opiece nad ciężarnymi w Polsce, wprowadzając nowoczesne rozwiązania, które zwiększają bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Dzięki współpracy interdyscyplinarnej i dostępowi do zaawansowanej diagnostyki, wrocławska placówka stawia na najwyższą jakość opieki zdrowotnej.

BEZBOLESNE IGŁY DLA GINEKOLOGII I MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

Nano igły MicronJet™ zamiast kremu do znieczulenia iniekcyjnego

Nano igły **MicronJet™ (NIM)** są skutecznym wyrobem medycznym do bezbolesnego podania znieczulenia w przygotowaniu do właściwego, głębszego znieczulenia iniekcyjnego, szczególnie przed labioplastyką czy plastyką pochwy (lub innymi zabiegami).

Zastosowanie **NIM** eliminuje potrzebę używania kremu z lidokainą, co dotąd wiązało się z oczekiwaniem około 30-40 minut i nie zawsze dawało spodziewany efekt znieczulenia. Można również podać inne substancje, jak wypełniacze, lidokainę czy noradrenalinę.



FDA CE



Dzięki piramidalnej strukturze o rozmiarze mniejszym niż 1 mm, **MicronJet™** jest **3x krótsza** niż jakakolwiek igła stosowana w medycynie ginekologicznej i estetycznej i **37x krótsza** niż standardowa igła. MicronJet™ o długości 600 mikronów posiada natężenie przepływu zbliżone do igły **30G**.

MicronJet™ jest wykonana z kryształu krzemu - jednego z najbardziej czystych pierwiastków chemicznych na Ziemi, znanego ze swojej wytrzymałości

Korzyści stosowania NIM

- znacząca eliminacja bólu
- nieograniczona ilość wkłuć podczas zabiegu
- większy komfort dla pacjentki i lekarza
- oszczędność czasu i więcej zabiegów
- podniesienie prestiżu placówki poszukującej nowatorskich metod

PROMOCJA!

29 zł/szt.

30 nano igieł
w 1 opak

KUP NA
mobilescanmed.pl/sklep



To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją użytkowania lub etykietą.

Dystrybutorem nano igieł MicronJet™ jest:
Mobile SCANMED Systems z Wrocławia

e-mail: office@mobilescanmed.pl

www: mobilescanmed.pl

tel.: +48 789 300 522

TERAPIA

Depresja okołoporodowa: luka w systemie opieki nad rodzącymi kobietami

Z badania przeprowadzonego przez psychołożkę Elenę Miś wynika, że ponad 70 proc. matek, które urodziły w Polsce w latach 2019–2024, nie przeszło obowiązkowej oceny ryzyka wystąpienia depresji okołoporodowej. Wyniki te podkreślają poważne luki w systemie opieki nad rodzącymi kobietami w Polsce, które mogą prowadzić do długotrwałych problemów zdrowotnych zarówno dla matek, jak i dla ich dzieci.

Jednym z najbardziej alarmujących wyników ankiety jest fakt, że 76 proc. kobiet, które doświadczyły straty dziecka, nigdy nie otrzymało informacji o możliwości skorzystania z opieki psychologicznej. Elena Miś, komentując te wyniki, zwróciła uwagę na chroniczne zaniedbania w systemie opieki zdrowotnej. – To nie pierwszy raz, kiedy matki w Polsce wskazują na luki, które istnieją w naszym systemie opieki nad rodzącymi kobietami – podkreśliła w informacji prasowej przesłanej PAP.

Z badania wynika, że aż 76 proc. ankietowanych kobiet powinno otrzymać zalecenie konsultacji u lekarza psychiatry. Zebrane dane to nie tylko liczby, ale także realne historie kobiet, których zdrowie psychiczne zostało zignorowane. Nieleczona depresja poporodowa niesie ze sobą poważne skutki, wpływając negatywnie na zdrowie psychiczne matki, rozwój dziecka oraz relacje partnerskie i rodzinne.

Badania wskazują, że u kobiet, które doświadczyły depresji poporodowej, ryzyko wystąpienia depresji nawracającej wzrasta o 50–62 proc. Depresja okołoporodowa, która może dotknąć kobiety zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie, dotyczy 13–19 proc. matek. Szacuje się jednak, że nawet co druga z nich nie szuka pomocy u specjalisty, co może prowadzić do poważnych konsekwencji dla całej rodziny.



FOT. 123 RF

W odpowiedzi na wyniki badań, Elena Miś przygotowała petycję do Ministerstwa Zdrowia, w której domaga się objęcia obowiązkowym wsparciem psychologicznym kobiet w ciąży, porożu oraz po stracie dziecka. Petycję podpisało już prawie 26 tysięcy osób, a wiele matek podzieliło się w komentarzach swoimi doświadczeniami braku wsparcia psychologicznego i jego negatywnego wpływu na ich zdrowie psychiczne.

Wyniki badań Eleny Miś ukazują potrzebę pilnych reform w systemie opieki zdrowotnej nad rodzącymi kobietami w Polsce. Obowiązkowa ocena ryzyka depresji okołoporodowej oraz zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego są niezbędnymi krokami w poprawie opieki nad matkami, co w dłuższej perspektywie może mieć kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego całych rodzin.

TERAPIA

Czy aspiryna może być stosowana w ciąży?

Aspiryna, znana również jako kwas acetylosalicylowy (ASA), od lat znajduje szerokie zastosowanie w medycynie zarówno jako lek przeciwbólowy, przeciwzapalny, jak i kardioprotekcyjny. W kontekście ciąży pojawia się jednak pytanie: czy jej stosowanie jest bezpieczne?

Jak podkreśla prof. Mirosław Wielgoś, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii, aspiryna może być bezpiecznie stosowana w ciąży, ale jedynie w ściśle określonych przypadkach i pod nadzorem lekarza. Z badań wynika, że małe dawki kwasu acetylosalicylowego (75–150 mg) mogą zmniejszać ryzyko wystąpienia stanu przedrzucawkowego, co jest kluczowe dla zdrowia matki i dziecka. Odpowiednio dobrana dawka może pozytywnie wpłynąć na przebieg ciąży, zmniejszając ryzyko komplikacji.

Należy jednak pamiętać, że stosowanie aspiryny w ciąży wymaga szczegółowej oceny ryzyka, ponieważ nie jest to lek, który można stosować profilaktycznie bez wskazań. Kluczowe jest również regularne monitorowanie stanu zdrowia przez lekarza.

Choć aspiryna w małych dawkach może przynieść korzyści, to istnieją również przeciwwskazania do jej stosowania. Najważniejszym z nich jest uczulenie na kwas acetylosalicylowy. Prof. Wielgoś przypomina, że mimo licznych badań potwierdzających bezpieczeństwo niskich dawek ASA u ciężarnych, każda pacjentka powinna być pod ścisłą opieką lekarską.

Kwas acetylosalicylowy jest powszechnie stosowany u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, takimi jak przebyte zawały serca czy udar mózgu. Regularne stosowanie aspiryny w małych dawkach zmniejsza ryzyko powikłań sercowych poprzez zmniejszenie agregacji płytek krwi i redukcję ryzyka powstawania zakrzepów. Badania pokazują, że u pacjentów po zawałach serca aspiryna zmniejsza ryzyko zgonu o 12 proc. i wydłuża życie.

Aspiryna działa na wielu poziomach. W większych dawkach (500–1000 mg) wykazuje działanie przeciwgorączkowe, przeciwbólowe i przeciwzapalne, natomiast w mniejszych dawkach (75–150 mg) ma działanie kardioprotekcyjne, zapobiegając powstawaniu zakrzepów, zawałów serca i udarów mózgu.

NANO IGŁY WE WSTĘPNYM PRZYGOTOWANIU DO GŁĘBSZEGO
ZNIECZULENIA INIEKCYJNEGO

Bezbolesne igły

NANO IGŁY WYKORZYSTYWANE SĄ W MEDYCYNIE ESTETYCZNEJ W ZNIECZULENIU POWIERZCHOWNYM SKÓRY, ALE NIE TYLKO. STOSUJE SIĘ JE RÓWNIEŻ SZEROKO W PODAWANIU PREPARATÓW W RAMACH MEZOTERAPII. Dzięki temu, że są bardzo cienkie, aplikacja jest całkowicie bezbolesna, ale też głębsza niż klasyczna mezoterapia.



FOT. MOBILE SCANMED SYSTEMS

Zastosowanie NI eliminuje potrzebę używania kremu z lidokainą, co dotąd wiązało się z oczekiwaniem około 30–40 minut, aż znieczulenie zadziała i na dodatek nie zawsze dawało spodziewany efekt.

Nano igły (NI) są skutecznym narzędziem do wstępnego znieczulenia skóry oraz sromu, szczególnie w przypadku warg sromowych mniejszych czy przedsionka pochwy, przed planowanym znieczuleniem miejscowym. Stosowanie NI eliminuje potrzebę użycia kremu z lidokainą, który wymagał oczekiwania od 30 do 40 minut na uzyskanie efektu znieczulającego, który w dodatku nie zawsze był zadowalający.

Korzyści wynikające ze stosowania nano igieł to przede wszystkim eliminacja bólu, a tym samym

większy komfort dla pacjentki i lekarza. Dodatkowo skraca się czas potrzebny na przygotowanie pacjentki do zabiegu, co pozwala na wykonanie większej liczby procedur w ciągu dnia, a także podnosi prestiż placówki dzięki wdrażaniu nowatorskich metod.

Testowałem i aktualnie stosuję nano igły w ramach zabiegów chirurgicznych w ginekologii plastycznej. Zwyczajowo przed zabiegami do znieczulenia wstępnego wykorzystujemy kremy znieczulające z 11 proc. zawartością lidokainy. Właściwości znieczulające lidokainy znajdują zastosowanie w przygotowaniu do głębszego znieczulenia iniekcyjnego, szczególnie przed labioplastyką czy plastyką pochwy. Jednak pacjentki zgłaszały pewien dyskomfort. Z jednej strony jest to oczywiste, ale skoro pojawiła się metoda obiecująca całkowitą eliminację bólu, to postanowiłem ją przetestować.

Przeprowadziłem bardzo prosty eksperyment: jedną wargę sromową znieczuliłem kremem, natomiast drugą wstępnie znieczuliłem za pomocą nano igły. Po zastosowaniu nano igły pacjentka nie czuła żadnych niedogodności, dyskomfortu czy bólu wynikającego z wkłucia związanego z drugim, właściwym etapem głębszego znieczulenia zasadniczego warg sromowych.

Dlatego uważam, że nano igły (NIM) to świetne rozwiązanie nie tylko w medycynie estetycznej, ale też w zabiegach ginekologii estetycznej, szczególnie w labioplastyce, jak również we wszelkich zabiegach w obrębie sromu i nawet pochwy. Dzięki nim do znieczulenia wstępnego nie używam kremu z lidokainą, nie muszę czekać kilkunastu minut aż znieczulenie zadziała ale też samo znieczulenie jest wyraźnie skuteczniejsze od kremu. To ogromna korzyść zarówno dla lekarza, jak i pacjentki. Iniekcja śródskórna nano igłami nie jest bolesna, a technika wymaga krótkiej instrukcji.

Znieczulenie nano igłą jest szybsze i skuteczniejsze od kremu.

autor:

Piotr Kolczewski



DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

Od ponad 30 lat zajmuje się działalnością operacyjną, obejmującą uroginekologię, ginekologię plastyczną i ginekologię onkologiczną. Wykładowca i trener operacyjny na kongresach i szkoleniach na całym świecie. Założyciel Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej. Właściciel kliniki EstheGyn w Szczecinie.

Opóźniona diagnostyka nowotworu piersi w wyniku błędu medycznego

OPÓŹNIONA DIAGNOSTYKA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH MOŻE MIEĆ TRAGICZNE KONSEKWENCJE DLA PACJENTÓW, ZWŁASZCZA W PRZYPADKU RAKA PIERSI, GDZIE WCZESNE WYKRYCIE ZNACZĄCO WPŁYWA NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA.

Poniższa analiza przypadku dotyczy pacjentki, u której doszło do opóźnionej diagnostyki nowotworu piersi na skutek błędnych decyzji lekarza ginekologa. Mimo zgłaszanych objawów, nie przeprowadzono odpowiednich badań, co doprowadziło do pogorszenia stanu zdrowia pacjentki.



FOT. 123 RF

Artykuł przedstawia szczegółowy opis pełnionych błędów, ich wpływ na proces diagnostyczny oraz decyzje sądu w sprawie odpowiedzialności lekarskiej.

Opis przypadku

Pacjentka od kwietnia 2012 r. regularnie uczęszczała do poradni ginekologicznej w B. Dnia 18 listopada 2015 r. zgłosiła się do lekarza ginekologa W., z problemem zapadniętej brodawki sutkowej. Lekarz stwierdził, że objaw ten jest normalny w okresie menopauzy i zalecił wyciągnięcie brodawki za pomocą strzykawki. Pacjentka postąpiła zgodnie z zaleceniem, jednak nie przyniosło to oczekiwanego efektu. Kobieta zaniepokojona brakiem poprawy, 20 stycznia 2016 r. zgłosiła się do lekarza rodzinnego, który skierował ją do kolejnego ginekologa oraz zalecił badanie USG piersi. Po miesiącu oczekiwania badanie USG potwierdziło obecność nowotworu piersi, co później potwierdzono także w biopsji. Pacjentka została skierowana na leczenie onkologiczne.

23 marca 2016 r. pacjentka rozpoczęła chemioterapię, a następnie przeszła operację usunięcia piersi oraz węzłów chłonnych. Po zakończeniu leczenia onkologicznego pacjentka nadal odczuwała silny ból pod pachą i w klatce piersiowej, a także zgłaszała przewlekłe dolegliwości w ręce. Od listopada 2016 r. leczyła się psychiatrycznie i uczęszczała na spotkania z psychologiem,

co uniemożliwiało jej powrót do pracy. Zdiagnozowano u niej zaburzenia depresyjne, które były ściśle związane z chorobą nowotworową.

Pacjentka zdecydowała się pozwać podmiot leczniczy oraz towarzystwo ubezpieczeniowe, domagając się kwoty 100 000 zł, tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, wraz z ustawowymi odsetkami od 9 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty, w związku z błędnymi czynnościami diagnostycznymi prowadzonymi przez lekarza W. Na dalszym etapie postępowania pacjentka zdecydowała się rozszerzyć powództwo do kwoty 250 000 zł.

Opinie biegłych sądowych

W toku procesu powołano biegłych: lekarzy ginekologa, onkologa i chirurga, którzy mieli ocenić, czy opóźnienie w diagnostyce miało wpływ na zdrowie pacjentki.

Biegli stwierdzili, że do 18 listopada 2015 r. procedury diagnostyczne w placówce były prawidłowe, jednak dokumentacja medyczna była prowadzona w sposób niekompletny (skrótowy i hasłowy). Zapadnięcie brodawki sutkowej jest w każdym opracowaniu dotyczącym raka piersi wymieniane jako istotny sygnał mogący wskazywać na raka. Nie oznacza to jednak, że zawsze wskazuje na nowotwór, ponieważ mogą istnieć również inne, nieonkologiczne przyczyny. Niemniej jednak lekarz ma obowiązek nie lekceważyć takiej zmiany. Po wizycie pacjentki 18 listopada 2015 roku należało natychmiast skierować ją do ośrodka onkologicznego (Poradnia Chorób Sutka), który funkcjonuje w każdym mieście wojewódzkim. Tam specjalista onkolog mógłby zaplanować dalsze badania diagnostyczne. Zalecenie dotyczące wysysania brodawki sutkowej było niewłaściwe. W pierwszej kolejności należało przeprowadzić specjalistyczną diagnostykę onkologiczną, obejmującą konsultację onkologiczną, badanie USG i biopsję.

Zlecenie badania USG w dniu 18 listopada 2015 r. oraz wykonanie badania około 3 miesięcy wcześniej (w okresie od 18 listopada 2015 r. do 20 lutego 2016 r.) przybliżyłoby postawienie diagnozy. Badanie USG jest badaniem obrazowym, mogącym jedynie sugerować istnienie procesu nowotworowego. Należało je wykonać w momencie stwierdzenia zapadnięcia brodawki sutkowej, by dalej ustalić, czy należy wykonać biopsję aspiracyjną cienkoigłową. Wcześniejsze wykrycie raka umożliwia wcześniejsze prowadzenia postępowania leczniczego. Różna jest dynamika schorzenia, istotnym jest więc ustalenie stopnia zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej i konsultacyjne ustalenie schematu postępowania. Oczywiście mogłoby być ono mniej agresywne, trudno jednak powiedzieć w jakim stopniu.

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

Również wydłużenie okresu rozpoznania schorzenia wpłynęło w jakiś sposób na leczenie, ale tu także trudno powiedzieć w jakim stopniu. Być może postępowanie byłoby tożsame z tym, jakie prowadzono.

Rozwój nowotworu nie postępuje na tyle szybko, by w ciągu 90 dni doszło do znacznego przyspieszenia choroby. Przed rozpoczęciem leczenia konieczna jest pełna ocena, w tym stopnia zaawansowania guza i węzłów chłonnych. Chemioterapia nie zwalnia z konieczności operacji. Stracono dwa miesiące, podczas których guz rósł. Wczesna diagnostyka mogła niewiele zmienić, ponieważ i tak konieczne byłoby leczenie radykalne, obejmujące usunięcie piersi. Guz mógł być niewyczuwalny palpacyjnie, ale obecny, a wciągnięcie brodawki było objawem raka. Nie ma dowodów, że wcześniejsze wykrycie zmniejszyłoby uszczerbek na zdrowiu. Rozpoznanie nowotworu postawiono 20 lutego 2016 roku, a przerzut do węzłów chłonnych już występował. Od tego momentu czas do rozpoczęcia chemioterapii był prawidłowy. Proces diagnostyczny przed chemioterapią wymaga czasu, a drobna zwłoka nie ma decydującego wpływu na rozwój choroby. Najważniejszym jest ustalenie, jaki powinien być profil leczenia. Pacjentka przeszła radykalną operację mastektomii, a po operacji wystąpił obrzęk ręki, wymagający rehabilitacji i noszenia opaski uciskowej.

Wyrok sądu

W przedmiotowej sprawie sąd postanowił oddalić roszczenie pacjentki na podstawie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono, że lekarz W. popełnił błąd medyczny, który spowodował opóźnienie w prawidłowej diagnostyce, jednak bezspeczne jest, że schorzenie, na które cierpi pacjentka, to choroba samoistna, za którą podmiot leczniczy zlecający czynności ginekologowi W. nie może ponosić odpowiedzialności. Kluczowa dla ustalenia odpowiedzialności podmiotu jest ocena, czy istnieje normalny związek przyczynowy między błędem diagnostycznym a szkodą poniesioną przez pacjentkę. Niemniej jednak opóźnienie diagnostyki o około 90 dni, będące wynikiem zawinionego działania W., z medycznego punktu widzenia nie miało istotnego wpływu na leczenie pacjentki ani na jego skuteczność.

Biegli ocenili, że nie zawsze lekarz po badaniu palpacyjnym może wyczuć guz, jednak można go wykryć po innych badaniach. Nie można ocenić post factum, czy lekarz badał powódkę źle czy dobrze, ale guz w dniu zgłoszenia się pacjentki do gabinetu musiał już być. Czasem struktura guza jest tego rodzaju, że nie jest wykrywalna palpacyjnie, ale daje się zobrazować ultrasonograficznie. Można przypuszczać, że gdyby lekarz postąpił zgodnie z kanonami i wdrożył diagnostykę w kierunku nowotworu, najprawdopodobniej zabieg operacyjny przeprowadzony u pacjentki byłby tak samo radykalny i usunięto by gruczoł sutkowy z węzłami chłonnymi.

W świetle powyższych ustaleń uznano, że nie ma podstaw do przypisania odpowiedzialności podmiotowi leczniczemu ani jego ubezpieczycielowi. Opóźnienie diagnostyki o około 90 dni nie spowodowało dodatkowej szkody, która powiększyłaby uszczerbek wynikający z choroby samoistnej.

Sąd uznał jednak, że działanie lekarza W. naruszyło prawo pacjentki do dostępu do świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Pacjentka nie otrzymała odpowiednich świadczeń od pozwanego podmiotu, co wynikało z zawinionego działania lekarza. Wbrew aktualnym standardom medycznym, nie skierowano jej na natychmiastową diagnostykę w kierunku nowotworu. Zamiast tego, ginekolog zalecił wyciągnięcie sutka za pomocą obciętej strzykawki, co nie mogło być uznane za procedurę medyczną. W okolicznościach rozpoznawanej sprawy sąd doszedł do przekonania, że spełnione zostały przesłanki zasądzenia zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta w wysokości 45 000 zł, ponieważ świadczenie to nie zależy od wystąpienia szkody majątkowej ani uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia.

BŁĘDY POPEŁNIONE PRZEZ LEKARZA GINEKOLOGA TO:

1. Zlekceważenie objawu zapadniętej brodawki sutkowej – lekarz uznał, że jest to normalny objaw menopauzy, zamiast rozpoznać go jako potencjalnie istotny sygnał raka piersi.
 2. Brak skierowania pacjentki do specjalistycznej diagnostyki onkologicznej – lekarz nie skierował pacjentki do ośrodka onkologicznego, mimo że zapadnięta brodawka sutkowa powinna wzbudzić podejrzenia raka piersi.
 3. Niewłaściwe zalecenie wyciągania brodawki strzykawką – zalecenie to nie miało podstaw medycznych i mogło opóźnić właściwą diagnostykę.
 4. Brak zlecenia badania USG lub biopsji – lekarz nie zlecił natychmiastowego wykonania badania USG piersi ani biopsji, które byłyby odpowiednie w przypadku takiego objawu.
 5. Niekompletna dokumentacja medyczna – dokumentacja dotycząca pacjentki była prowadzona w sposób skrótowy i niepełny, co mogło utrudnić dalsze postępowanie diagnostyczne.
- Każdy z tych błędów przyczynił się do opóźnienia diagnozy nowotworu.

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

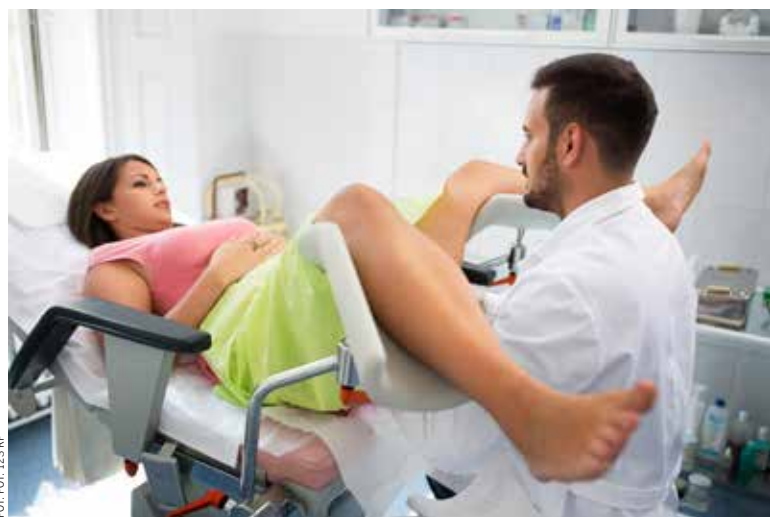


KAROLINA PODSIADŁY- -GĘSIKOWSKA - ADWOKAT ALEKSANDRA POWIERŻA - RADCA PRAWNY

Wspólniczkii 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.

Roztwór Kleina: rewolucja w znieczuleniu tumescencyjnym

ROZTWÓR KLEINA JEST KLUCZOWYM ELEMENTEM ZNIECZULENIA TUMESCENCYJNEGO, STOSOWANEGO SZEROKO W MEDYCYNIE ESTETYCZNEJ, SZCZEGÓLNIIE PODCZAS LIPOSUKCJI. Technika ta została wprowadzona pod koniec lat 80. przez dr. Jeffreya A. Kleina i od tego czasu zyskała na popularności dzięki swojej skuteczności i bezpieczeństwu.



FOT. FOT. 123 RF

Znieczulenie tumescencyjne polega na wstrzyknięciu dużej ilości rozcieńczonego roztworu znieczulającego do tkanki podskórnej, co powoduje jej obrzęk (tumescencję), zapewniając nie tylko znieczulenie, ale również zmniejszenie krwawienia dzięki zwężeniu naczyń krwionośnych.

Skład roztworu Kleina

Roztwór Kleina zawiera cztery podstawowe składniki, które współdziałają, aby zapewnić skuteczne znieczulenie i zmniejszyć ryzyko powikłań. Pierwszym składnikiem jest lidokaina, będąca miejscowym środkiem znieczulającym, który blokuje przewodzenie impulsów nerwowych, zapewniając znieczulenie operowanego obszaru. Drugim składnikiem jest epinefryna (adrenalina), która obkurcza naczynia krwionośne, co zmniejsza przepływ krwi w obszarze operowanym, minimalizuje utratę krwi oraz przedłuża działanie lidokainy. Trzecim istotnym składnikiem jest wodorowęglan sodu, który jest dodawany w celu buforowania roztworu, co zmniejsza jego kwasowość, redukuje ból przy wstrzykiwaniu oraz zwiększa skuteczność lidokainy, która lepiej działa w środowisku zasadowym. Ostatnim składnikiem jest sól fizjologiczna lub mleczanowy roztwór Ringera, który pełni rolę rozpuszczalnika, umożliwiając rozcieńczenie

SKŁAD ROZTWORU KLEINA:

- Lidokaina
- Epinefryna (adrenalina)
- Wodorowęglan sodu
- Sól fizjologiczna lub mleczanowy roztwór Ringera

ZASTOSOWANIE ROZTWORU KLEINA:

- Liposukcja tumescencyjna
- Zabiegi transferu tłuszczu
- Chirurgia dermatologiczna

ZALETY I WADY ROZTWORU KLEINA:

- Zminimalizowane krwawienie
- Długotrwałe znieczulenie
- Zmniejszony ból
- Toksyczność lidokainy
- Ryzyko zakażenia
- Reakcje alergiczne

pozostałych substancji i stworzenie bezpiecznej mieszaniny do wstrzykiwania.

Zastosowania roztworu Kleina

Roztwór Kleina jest stosowany w wielu procedurach chirurgicznych, szczególnie tych wymagających znieczulenia miejscowego oraz kontroli krwawienia. Najczęściej znajduje zastosowanie w liposukcji tumescencyjnej, która pozwala na przeprowadzenie zabiegu przy minimalnej utracie krwi i zmniejszonej potrzebie stosowania znieczulenia ogólnego. Ponadto roztwór Kleina jest używany w zabiegach transferu tłuszczu, gdzie konieczne jest pobranie tkanki tłuszczowej na przykład do przeszczepu. W chirurgii dermatologicznej roztwór zapewnia znieczulenie miejscowe podczas różnych zabiegów na skórze, takich jak usuwanie zmian skórnych czy leczenie blizn.

Zalety roztworu Kleina

Znieczulenie tumescencyjne z wykorzystaniem roztworu Kleina ma wiele zalet, sprawiających, że jest preferowaną metodą w licznych zabiegach. Zastosowanie epinefryny w roztworze powoduje zwężenie

autor:
Piotr Kolczewski

naczyń krwionośnych, co prowadzi do minimalizacji krwawienia podczas operacji. Dodatkowo roztwór zapewnia przedłużone działanie znieczulające, które pozwala na uniknięcie konieczności stosowania znieczulenia ogólnego. Dzięki właściwościom znieczulającym i buforującym roztworu, procedura jest zazwyczaj dobrze tolerowana, a pacjent odczuwa znacznie mniejszy ból.

Ryzyka i potencjalne skutki uboczne

Mimo że roztwór Kleina jest powszechnie uważany za bezpieczny, to istnieją pewne ryzyka związane z jego stosowaniem. Jednym z nich jest możliwość toksyczności lidokainy, która może wystąpić, gdy roztwór zostanie szybko wchłonięty do krwiobiegu. Nadmierna ilość lidokainy może prowadzić do poważnych konsekwencji, takich jak drgawki czy nawet zatrzymanie akcji

serca. Istnieje także niewielkie ryzyko zakażenia, podobnie jak przy każdej iniekcji, jednak jest ono minimalizowane przez odpowiednie procedury higieniczne i profilaktykę antybiotykową. Niektórzy pacjenci mogą również wykazywać reakcje alergiczne na składniki roztworu, zwłaszcza na lidokainę, co wymaga zastosowania alternatywnych środków znieczulających.

Rewolucja w medycynie estetycznej

Wprowadzenie roztworu Kleina zrewolucjonizowało wiele zabiegów medycyny estetycznej oraz drobne operacje ambulatoryjne, oferując skuteczne i bezpieczne znieczulenie miejscowe. W porównaniu do tradycyjnych metod znieczulania, technika tumescencyjna przynosi mniej powikłań, takich jak nadmierna utrata krwi czy ryzyko znieczulenia ogólnego. Dzięki

temu roztwór Kleina stał się niezastąpionym narzędziem w nowoczesnej chirurgii.

Podsumowanie

Roztwór Kleina, dzięki swojej unikatowej formule i skuteczności, stał się fundamentem wielu procedur chirurgicznych. Jego właściwości znieczulające, zmniejszające krwawienie oraz minimalizujące ból, czynią go niezastąpionym w praktykach chirurgii estetycznej. Mimo że istnieją pewne ryzyka związane z jego stosowaniem, to odpowiednia wiedza i doświadczenie lekarzy minimalizują te zagrożenia, zapewniając pacjentkom bezpieczne i komfortowe zabiegi.



DR N. MED. PIOTR KOLCZEWSKI

Od ponad 30 lat zajmuje się działalnością operacyjną, obejmującą urologię, ginekologię plastyczną i ginekologię onkologiczną. Wykładowca i trener operacyjny na kongresach i szkoleniach na całym świecie. Założyciel Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej. Właściciel kliniki EstheGyn w Szczecinie.

REKLAMA

Expertise Esthegyn

Ginekologii plastycznej nie nauczymy się w trakcie specjalizacji na rezydenturze

Szkolenia z ginekologii plastycznej i estetycznej

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

Zapraszam, dr n. med. Piotr Kolczewski



FILMY



KONSULTACJE



SZKOLENIA

Zapisy i szczegóły:

tel. 692 425 515

e-mail: expertise@esthegyn.com

<https://expertise.esthegyn.com>

Preparaty regeneracyjne wykorzystywane w ginekologii estetycznej i uroginekologii

WSPÓŁCZESNA GINEKOLOGIA, W TYM GINEKOLOGIA ESTETYCZNA ORAZ UROGINEKOLOGIA, W DUŻEJ MIERZE OPIERA SWOJE DZIAŁANIE NA MEDYCYNIE REGENERACYJNEJ. W tym celu wykorzystywane są m.in. preparaty wspomagające naturalne procesy odnowy tkanek.



FOT. 123 RF

W ginekologii estetycznej oraz uroginekologii wykorzystujemy również bardzo szeroko metody medycyny regeneracyjnej. Należą do nich – poza urządzeniami z grupy energy-based devices, powodującymi remodeling tkanek, np. RF mikroigłowej, HIFU czy lasera CO₂ – także niektóre preparaty. Wśród nich na szczególną uwagę zasługuje fibryna bogatopłytkowa (I-PRF), tropokolagen oraz egzosomy. Podobnie jak wymienione technologie, mają one za zadanie pobudzanie i stymulowanie naturalnych procesów naprawczych ludzkiego organizmu.

Fibryna bogatopłytkowa (I-PRF) – autologiczna biostymulacja

Fibryna bogatopłytkowa (I-PRF) jest preparatem autologicznym, pozyskiwanym z własnej krwi pacjentki. Użykuje się ją w procesie odpowiedniego odwirowywania

pobranej wcześniej tkanki, za pomocą specjalnych, przeznaczonych do tego wirówek, oraz odseparowuje w odpowiednich probówkach. Należy wyraźnie podkreślić, że fibryna bogatopłytkowa jest w ginekologii regeneracyjnej bardziej cenna niż powszechnie znane osocze bogatopłytkowe. Choć oba preparaty mają podobne pochodzenie, to jednak różnią się nieco składem i budową.

W przypadku fibryny bogatopłytkowej, przez to, że proces odwirowywania krwi jest inny (m.in. wolniejszy) odseparowujemy substancję, która składa się nie tylko z płytek krwi i czynników wzrostu, ale również innych cennych komórek w tym: fibryny, leukocytów i komórek macierzystych. Fibryna sprawia, że po podaniu do tkanek substancja staje się trójwymiarowa, a w jej przestrzeni umiejscowione są płytki krwi, krwinki białe oraz komórki macierzyste. Taka usieciowana budowa preparatu powoduje, że te same płytki krwi, które również są zawarte w osoczu bogatopłytkowym, uwalniają tutaj czynniki wzrostu znacznie wolniej. Dzięki temu efekty terapeutyczne są lepsze i dłużej się utrzymują.

Poza tym macierz zbudowana z fibryny pozwala skutecznie kierować tzw. mezenchymalne komórki macierzyste (MSCs) w odpowiednie miejsca, które wymagają silnej odbudowy. Taki rodzaj komórek macierzystych ma możliwość przekształcania się w różnorodne typy dojrzałych komórek, a więc realnie mogą przekształcić się w utracone tkanki i odbudować ubytki. Dodatkowo mają zdolności do prowadzenia nieograniczonej liczby podziałów komórkowych.

Nieocenioną wartością fibryny bogatopłytkowej jest jej zdolność do pobudzania angiogenezy, czyli do przebudowy naczyń krwionośnych i tworzenia nowych naczyń włosowatych. Także zawarte w fibrynie bogatopłytkowej leukocyty odgrywają kluczową rolę w procesie tworzenia naczyń krwionośnych, a co za tym idzie w procesach regeneracyjnych.

Dzięki swoim właściwościom fibryna bogatopłytkowa wspiera leczenie wielu schorzeń i defektów miejsc intymnych. Wykorzystuje się ją m.in. w leczeniu trudno gojących się ran pooperacyjnych, przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, atrofii sromu i pochwy, regeneracji tkanek pochwy w celu przywrócenia im prawidłowego ukrwienia, nawilżenia i napięcia, jako terapię wspomagającą przy chirurgicznych i laserowych zabiegach ginekologii estetycznej i plastycznej, a także jako zabieg O-shot, czyli ostrzyknięcie lechtaczki i przedniej ściany pochwy, w celu ich uwrażliwienia i poprawy doznań.

Wspomaganie przez fibrynę bogatopłytkową leczenia trudno gojących się ran pooperacyjnych w tradycyjnej ginekologii lub ginekologii plastycznej

autor:
Tomasz Basta

(np. waginoplastyka) jest zrozumiałym i jasnym procesem. Płytki krwi, leukocyty i komórki macierzyste uwalniane po podaniu preparatu same w sobie powodują, że tkanki szybciej i efektywniej się regenerują. Pacjentka nie jest więc narażona na długotrwałą rekonwalescencję i powstawanie blizn.

A jak to jest, że fibryna bogatopłytkowa działa dobroczynnie przy atrofii oraz regeneracyjnie na tkanki pochwy oraz leczenie liszaja? Tutaj bardzo ważne jest dwufazowe działanie fibryny bogatopłytkowej. Po podaniu w tkankę daje ona najpierw pewnego rodzaju efekt natychmiastowy, dzięki tworzeniu się pod skórą siatki z włókien fibryny. Zaczyna ona niejako wypełniać tkanki i łagodnie je uwypukla. Dzięki temu, od razu po zabiegu, srom i pochwa stają się pogrubione i bardziej jędrne, co już poprawia w obu przypadkach komfort pacjentki. Następnie przez kolejne tygodnie następuje efekt stymulacji komórek poprzez wydzielanie przez płytki krwi czynników wzrostu. Doprowadza to do wzmożonego namnażania się komórek śródbłonka naczyń, co polepsza ukrwienie i odżywienie tkanek, a tym samym znacząco polepsza ich funkcjonowanie i kondycję.

Fibryna bogatopłytkowa wykorzystywana jest również w ginekologii estetycznej w zabiegu O-shot. Jest to zabieg, który uwrażliwia kobiece miejsca intymne oraz poprawia ich stymulację, wpływa na wzrost intensywności doznań czuciowych i ich przewodnictwo, ułatwiając tym samym osiągnięcie orgazmu lechtaczkowego i pochwowego. Fibryna bogatopłytkowa podana w okolice erogenne, poprawia bowiem ich ukrwienie i działa osłonowo na włókna nerwowe. Pacjentki odczuwają różnicę w kontaktach seksualnych średnio po upływie trzech tygodni od przeprowadzenia zabiegu.

Opublikowane w Journal of Women's Health Care badania wskazują, że poprawę doznań seksualnych odczuwa po zabiegu O-shot aż 64 proc. pacjentek.

Kolagen – podstawowy budulec

Na rynku dostępna jest również grupa preparatów o nazwie tropokolagen. Największą ich zaletą są bardzo mocne właściwości budulcowe.

Naturalny kolagen występujący w organizmie to białko, które jest głównym składnikiem tkanki łącznej. Nadaje ono strukturę, jędrność i sprężystość

tkankom. Niestety z wiekiem go ubywa. Jego włókna mogą również ulegać uszkodzeniom w wyniku urazów lub innych zabiegów.

Tropokolagen, to najmniejsza cząsteczka kolagenu. Będąc jego podstawową, molekularną jednostką, odgrywa kluczową rolę w procesie jego tworzenia. Tropokolagen typu I jest prekursorem kolagenu dojrzałego. W trakcie tworzenia się nowych włókien, fibroblasty wytwarzają go do macierzy zewnątrzkomórkowej. Wówczas powstaje specjalne białostrowanie w miejscu uszkodzonego białka, które ma przestrzenną postać. To rusztowanie z tropokolagenu stanowi strukturę tkanek i ich integralność oraz poprawia ich sprężystość i elastyczność.

Do zastosowań medycznych uzyskiwany jest tropokolagen typu I, pochodzenia zwierzęcego (wieprzowego). Ma on wysoki poziom bezpieczeństwa, ze względu na wysoką biogodność z ludzką, a tym samym ze względu na niską immunogenność.

W ginekologii estetycznej tropokolagen z powodzeniem stosowany jest jako materiał budulcowy na rany i blizny po nacięciu krocza, po cesarskim cięciu, a w okresie

REKLAMA



ZESKANUJ
I ZAPISZ SIĘ



Kursy praktyczne z zakresu Ginekologii Estetycznej, Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

KURSY INDYWIDUALNE I GRUPOWE
(MAX 10 LEKARZY)

TEORIA

I DZIEŃ Ginekologia Estetyczna
Wykłady Szkoleniowców

II DZIEŃ Ginekologia Plastyczna
Wykłady Szkoleniowców

ZABIEGI

które wykonują samodzielnie Kursanci
pod okiem szkolącego

pokazowe przeprowadzane przez specjalistów
przeprowadzane przez Kursantów na preparatach nieutralizowanych

TERMINY 2024

9-10 listopada
16-17 listopada
14-15 grudnia

WYKŁADOWCY

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Paszkowski
Dr n. med. Anna Horbaczewska
Lek. Anna Nieć
Dr n. med. Tomasz Basta

ZAPISY

Kraków
+48 500 160 188
www.intima.edu.pl

menopauzalnym na miejscowo występujące zmiany, np.: atrofię, tj. zanik śluzówki pochwy oraz liszaja. Może być więc wykorzystywany wszędzie tam, gdzie dochodzi do zaburzeń w budowie tkanki. Może być również podawany po zabiegach ginekologii plastycznej, czyli np. po waginoplastyce czy labioplastyce.

Preparat wykorzystywany jest również w przypadku leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Bardzo dobrze rokującą nowością jest mój autorski protokół leczenia mieszanego nietrzymania moczu, czyli wysiłkowego nietrzymania moczu z parciami nagłymi (OAB – pęcherz nadreaktywny). Terapia, którą opracowałem polega na połączeniu mocnego działania termicznego RF mikroigłowej z tropokolegenem. W tym protokole zabiegowym osiągamy efekt synergii, ponieważ za pomocą RF mikroigłowej pobudzamy regenerację tkanki, a dodając do tego materiał budulcowy w postaci tropokolagenu dostarczamy organizmowi materiał, na którym może ją odtwarzać. Ostrzyknięcie tropokolagenem okolic wzdłuż cewki moczowej powoduje, że struktury łącznotkankowe, które podtrzymują cewkę moczową zostają wzmocnione, a cewka jest ustabilizowana. Moje doświadczenie pokazuje, że zastosowanie tego typu terapii daje bardzo dobre efekty u pacjentek cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) II stopnia lub mieszane nietrzymanie moczu, u których samo działanie z wykorzystaniem urządzeń z grupy energy-based devices jest za słabe. Jest to alternatywa dla osób z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, które chcemy uchronić przed bardziej inwazyjnym leczeniem chirurgicznym z wykorzystaniem taśm. Poza tym jest to obiecujące rozwiązanie dla pacjentek, które mają współistniejący pęcherz nadreaktywny, ponieważ u nich założenie taśmy może nasilać postać wysiłkowego nietrzymania moczu. Taśma założona pod cewkę moczową powoduje jej ucisk, co podrażnia okoliczne receptory nerwowe, powodując reakcję obkurczenia mięśnia wypieracza. Reasumując, mocne działanie regeneracyjne za pomocą RF mikroigłowej oraz budulcowe za pomocą tropokolagenu bardzo dobrze stabilizują cewkę w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu oraz w wyniku angiogenezy i przebudowy tkanki, co wpływa na mniejszą podatność nadmiernej stymulacji mięśni wypieracza pęcherza w przypadku OAB. Dzięki temu pośrednio eliminuje potrzebę zastosowania taśm w mieszanej postaci NM, które są niewskazane w przypadku pęcherza nadreaktywnego.

Tropokolagen może być również z powodzeniem stosowany nie tylko, gdy należy tkankę odbudować i usztywnić, ale również ujędrnić. Sprawdza się więc np. w przypadku wiotkości sromu. Należy jednocześnie



FOT. 123 RF

podkreślić, że jest to lepsze rozwiązanie niż zastosowanie kwasu hialuronowego, w przypadku zwiotczenia skóry. Kwas hialuronowy bowiem jedynie kamufluje problem, ale realnie go nie rozwiązuje, ponieważ tylko czasowo wypełnia tkankę, która pod wpływem ciężaru wypełniacza jeszcze bardziej się rozciąga. W efekcie na chwilę maskujemy defekt, ale w dłuższej perspektywie czasu będzie się on pogłębiał. Natomiast zastosowanie tropokolagenu spowoduje ujędrnienie tkanki, poprzez polepszenie jej struktury i odbudowanie jej ubytków, co w efekcie da realny efekt poprawy.

Preparat występuje w kilku wersjach, które odróżnia zawartość różnych substancji pomocniczych, dedykowanych innym wskazaniom. Podawany jest w iniekcjach podskórnych, w odpowiednich seriach i protokołach zabiegowych.

Egozomy – nośnik organiczny

Nowością w świecie preparatów regeneracyjnych są egozomy. Są to nanopęcherzyki (niewielkie cząsteczki o budowie pęcherzykowej), wytwarzane przez komórki macierzyste i komórki mezenchymalne, krążące w płynach ustrojowych. Transportują one i dostarczają informacje biologiczne

do komórek. Ich skład jest bardzo wartościowy – zawierają one szereg składników aktywnych, takich m.in. jak: lipidy, białka, peptydy, aminokwasy, kwasy nukleinowe, czynniki wzrostu, cytokiny, elastynę, dzięki czemu efektywnie wpływają na procesy regeneracji, odnowy, odżywienia i nawilżenia tkanek.

Ze względu na swoje niewielkie rozmiary, egozomy mają zdolność wnikięcia w tkankę, gdzie inicjują procesy regeneracyjne. Obecnie trwają badania nad zastosowaniem egozomów w ginekologii regeneracyjnej. Szczególnie obiecujące wypadają w terapii łączonej z laseroterapią w leczeniu liszaja.

Współczesna medycyna regeneracyjna oddaje w ręce ginekologów bogactwo różnych efektywnych preparatów. Niezwykle cenne jest to, że nakłaniają one organizm do samoodnowy – stymulują go i usprawniają procesy w nim zachodzące, tak aby miał zdolność lepszej pracy i naturalnej naprawy uszkodzonych struktur. To, jak z nich właściwie korzystać, szeroko omawiamy oraz prezentujemy na modelkach medycznych na żywo podczas kursów Intima Edu Institute (www.intima.edu.pl), na które serdecznie zapraszam w imieniu swoim i PTGEIR.



DR N. MED. TOMASZ BASTA

Specjalista z zakresu ginekologii estetycznej, plastycznej i uroginekologii. Założyciel i dyrektor medyczny Intima Clinic Group oraz Instytutu kształcenia podyplomowego z zakresu ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej – www.intima.edu.pl. Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej – www.ptgeir.pl.

[illegible]

Ciągle w powijakach, czyli hormonalna terapia menopauzalna...

ZADZIWIAJĄCE, ŻE MY, LEKARZE GINEKOLODZY, KOJARZYMYS MENOPAUZĘ JEDYNIEM Z UDERZENIAMI GORĄCĄ I KOŃCEM MIESIĄCZKI. Pacjentki twierdzą, że objawy wazomotoryczne (VMS) są jedynie wierzchołkiem góry lodowej. Świadczą o całkowitej dysregulacji ośrodką termoregulacji w podwzgórzu. To właśnie tutaj, w mózgu, na skutek depriwacji estrogenowej, zaczyna się główny problem kobiet w okresie perimenopauzy i menopauzy.



FOT. 123RF

Gdy mówimy o menopauzie, u „podnóża” tej fazy życia znajdziemy depresję, zaburzenia pamięci, demencję, zaburzenia snu oraz chorobę Alzheimera. W niedawnym numerze Independent opublikowano badanie, z którego wynika, że **zanim kobiety zostaną zdiagnozowane w kierunku menopauzy, odbywają co najmniej 10 bezproduktywnych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu**, choć właściwa diagnoza mogłaby być postawiona już na pierwszej wizycie. Wykazano również, że 40% kobietom proponuje się antydepresanty zamiast hormonalnej terapii menopauzalnej (HTM). Z badania wynika, że 13% kobiet z objawami menopauzy miało zaproponowaną terapię poznawczo-behawioralną jako główne leczenie. W związku z tym aż 40% kobiet wyraziło frustrację po kontakcie z lekarzem, który nie zaproponował im HTM. Czy wyniki tych badań zmuszają do refleksji? Dodam jeszcze dramatyzmu

Udowodniono, że im częściej u kobiet występują objawy wazomotoryczne, tym większe jest ryzyko zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń snu, z charakterystycznym wybudzaniem się w nocy. Menopauza wiąże się także ze znacznym pogorszeniem funkcji poznawczych, często określanym jako „mgła mózgowa”.

W badaniu International Collaboration for a Life Course Approach to Reproductive Health and Chronic Disease Events, które przeanalizowało dane z 10 krajów, stwierdzono, że częstość występowania VMS u kobiet po pięćdziesiątce wynosi od 30% do 50%. Z kolei wyniki dużych australijskich badań epidemiologicznych wykazały, że 74% kobiet po menopauzie w wieku < 55 lat ma VMS, a u 42% i 33% kobiet w wieku 60–64 lat oraz 65–79 lat nadal występuje VMS.

naszej historii. Wykazano, że u kobiet w okresie okołomenopauzalnym z otyłością objawy VMS są cięższe niż u kobiet o prawidłowej wadze. W trakcie przemian menopauzalnych pojawia się hiperinsulinemia, insulinooporność oraz otyłość brzuszna. Ten typ otyłości wiąże się ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i śmiertelności. Zaburzenia seksualne w okresie menopauzy są istotnym problemem, a atrofia urogenitalna dotyczy około 80% kobiet. Zmienia się pH pochwy, jej zapach, pojawiają się częste infekcje oraz zapalenia pęcherza moczowego. Te subtelne objawy mogą wpływać na jakość życia seksualnego. Jak wskazano, mężczyźni, którzy wcześniej uprawiali seks oralny, mogą przestać to lubić z powodu zmiany zapachu partnerki. Bolesne stosunki dodatkowo nasilają obniżenie pożądania i podniecenia. Z jednej strony u wielu kobiet w tym okresie obniża się stężenie

autorka:
Monika Łukasiewicz

testosteronu, z drugiej obserwujemy androgenowe wypadanie włosów. Dodajmy do tego ryzyko osteoporozy i nietrzymanie moczu. Medycyna znalazła na to sposób i do 2002 roku wszystko szło zgodnie z planem...

Badanie Women's Health Initiative

Badanie Women's Health Initiative (WHI), opublikowane w 2002 roku, było jak skok na główkę do płytkiej wody. Pacjent przeżył, ale z powodu złamanego kręgosłupa jest niepełnosprawny i porusza się na wózku. Przesadziłam? Nie sądzę. Wyniki tego badania osłabiły wiarę w HTM, a strach przed rakiem piersi i problemami kardiologicznymi przysłonił liczne pozytywne aspekty terapii. WHI miało ogromny negatywny wpływ na życie i zdrowie kobiet, a niestety w Polsce nadal traktowane jest jako aktualne. Wyciągnięte z niego wnioski spowodowały dramatyczny spadek stosowania HTM oraz utrwalanie negatywnego wizerunku terapii hormonalnej. Może nadszedł czas, aby spojrzeć w przeszłość i wrócić do badania WHI. Objęło ono 27 000 kobiet w wieku około 63 lat. Pierwsza istotna uwaga – większość uczestniczek badania była ponad 10 lat po menopauzie, oczywiście z różnymi schorzeniami. Kobiety podzielono na dwie grupy: jedna grupa przyjmowała sam estrogen w postaci skoniugowanych estrogenów końskich (CEE), a druga estrogen w postaci skoniugowanych estrogenów końskich (CEE) z octanem medroxyprogesteronu (MPA). Drugą kluczową kwestią badania był fakt, że ryzyko raka piersi oraz zakrzepicy było podwyższone tylko w grupie stosującej dany gestagen, podczas gdy w grupie stosującej sam estrogen ryzyko to było mniejsze. Czy ktoś o tym wspomniał w mediach? Czytaliście Państwo coś na ten temat w The Times albo The Guardian? Nie! Sensacja przyćmiła prawdę. W 2016 roku naukowcy związani z WHI wydali oświadczenie o potrzebie zmiany podejścia do menopauzy, wskazując na opóźnienia w leczeniu tego okresu życia kobiety. Zacytuję: „Niechęć w leczeniu objawów menopauzy spowodowała opóźnianie i rozdrobnienie opieki medycznej nad kobietami w średnim wieku, tworząc niepotrzebne cierpienie. Lekarze, którzy są na bieżąco z hormonalnymi metodami leczenia, mogą przywrócić prawidłowy kierunek zarządzania menopauzą, pomagając kobietom podejmować świadome wybory terapeutyczne. Ponadto, musimy szkolić i wyposażać następną generację pracowników służby zdrowia w umiejętności niezbędne do radzenia sobie z obecnymi i przyszłymi potrzebami tej grupy pacjentek”. I tak dotarliśmy do roku 2024. Wówczas opublikowano nowe badanie, które identyfikuje braki w edukacji pracowników służby zdrowia na temat symptomów menopauzy: 75% z nich nie potrafiło jasno określić problemów, co wskazuje na pilną potrzebę szkoleń. Oto nasza rzeczywistość. Deprymująca, nieprawdaz?

Rak piersi a HTM

Ryzyko wystąpienia raka piersi u kobiet stosujących HTM wynosi mniej niż 1 przypadek na 1000 rocznie, co jest znacznie niższe niż ryzyko związane z otyłością, brakiem aktywności fizycznej i spożywaniem alkoholu. Obecnie uważa się, że HTM nie wywołuje raka piersi, ale może wspierać rozwój już istniejących zmian. Szacuje się, że u niektórych kobiet korzystających z HTM (około 8 na 10 000) może występować większe ryzyko wykrycia wcześniej istniejącego nowotworu. Analizy pacjentek po menopauzie pokazują, że kobiety stosujące HTM mają lepsze wskaźniki przeżycia niż te, które jej nie stosowały. Pomimo minimalnego ryzyka związku HTM z rakiem piersi, bardziej powinno nas martwić to, że kwestie związane z otyłością pozostają w cieniu. Badania udowodniły, że otyłość po menopauzie, zwłaszcza trzewna, znacznie zwiększa ryzyko raka piersi. Ryzyko nowotworu wzrasta o 11% na każde 5 przybranych kilogramów w dorosłym życiu. Dla kobiet z nadwagą ryzyko wzrasta dwukrotnie, co statystycznie zwiększa ryzyko raka piersi o 70%.

Otyłość po menopauzie wiąże się z insulinoopornością, zmniejszoną produkcją SHGB (co prowadzi do podwyższonego

poziomu wolnego estradiolu), obniżonym stężeniem adiponektyny, wzrostem leptyny oraz przewlekłym stanem zapalnym. Tak więc, to nie HTM jest czynnikiem ryzyka, ale otyłość i nadwaga są istotnymi zagrożeniami, o których powinniśmy pamiętać.

Kiedy stosować HTM?

Dziś kluczowe jest **indywidualne podejście do leczenia kobiet w okresie menopauzy**. Należy dać kobietom wybór, podobnie jak robiła to medycyna estetyczna. Czy powstrzymujemy starzenie, stawiamy na długowieczność czy starzejemy się z godnością? Powinno to zależeć wyłącznie od nas. Pomimo indywidualnego podejścia, istnieją pewne reguły, które trzeba brać pod uwagę. **Hormonalna terapia menopauzalna powinna być rozpoczęta jak najwcześniej, nawet w fazie perimenopauzy**. Uznaje się, że bezpieczne rozpoczęcie leczenia jest możliwe do dziesięciu lat po menopauzie, a także do sześćdziesiątego roku życia.

Najnowsze wytyczne dotyczące hormonalnej terapii menopauzalnej sugerują zastosowanie podejścia **opartego na sygnalizacji świetlnej**, gdzie każdy kolor sygnalizuje inne ryzyko związane z jej stosowaniem.

Zielone światło oznacza, że można z powodzeniem stosować hormonalną terapię menopauzalną, przy czym wybór drogi podania powinien zależeć od preferencji pacjentki. Jest to możliwe, jeśli menopauza dopiero się rozpoczęła, kobieta ma prawidłową masę ciała i ciśnienie krwi, prowadzi aktywny tryb życia, ryzyko raka piersi jest niskie, a prawdopodobieństwo wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych (ASCVD) wynosi poniżej pięciu procent. W takim przypadku terapia jest zalecana.

Żółte światło oznacza, że należy się zatrzymać i wprowadzić zmiany w stylu życia. Dotyczy to osób palących, otyłych lub chorych na cukrzycę. Kobiety prowadzące siedzący tryb życia oraz te z zespołem metabolicznym mają podwyższone ryzyko wystąpienia raka piersi i wymagają większej ostrożności przy zastosowaniu hormonalnej terapii menopauzalnej. Dla nich preferowana jest transdermalna droga podania estrogenów.

Czerwone światło zapala się w przypadku poważnych stanów zdrowotnych, takich jak wrodzone wady serca, przebyte zawały, nowotwory piersi, zakrzepica czy zatorowość płucna. W takich sytuacjach zaleca się bezwzględny zakaz stosowania hormonalnej terapii menopauzalnej.

Terapia szyta na miarę

Wszystkie kobiety, niezależnie od koloru światła, są kandydatkami do niskodawkowej terapii estrogenami dopochwowymi w celu leczenia atrofi pochwy. Warto podkreślić, że potencjalne terapie są dostępne dla wszystkich, niezależnie od stanu zdrowia.

Hormonalna terapia menopauzalna składa się z estrogenów i gestagenów. Gestageny są stosowane w celu ochrony błony śluzowej macicy przed przerostem i rakiem endometrium. Kobiętom, u których wykonano histerotomię, należy przepisać terapię wyłącznie estrogenową, chyba że w wywiadzie stwierdzono umiarkowaną albo ciężką endometriozę, lub wykonano u nich częściową histerotomię z pozostawionym resztkowym endometrium w kikucie szyjki macicy.

Estrogeny są dobrze wchłaniane przez przewód pokarmowy, skórę oraz błony śluzowe, a dostępne preparaty to doustne formy, żełe, plastry przezskórne, spraye oraz emulsje do aplikacji miejscowej. Preparaty estrogenowe obejmują ludzkie estrogeny (17β-estradiol (E2), estron (E1) i estriol (E3)), a także estrogeny pochodzenia zwierzęcego (CEE) i syntetyczne (etynyloestradiol (EE)). CEE zawiera mieszaninę estrogenów z naturalnych źródeł, takich jak mocznik ciężarnych klaczy (który jest niedostępny w Polsce).

Estrogeny doustne wiążą się z podwyższonym ryzykiem choroby zakrzepowo-zatorowej (VTE). Ryzyko jest niższe lub w ogóle nie występuje w przypadku przezskórnego estradiolu.



PIŚMIENNICTWO:

1. Santiago Palacios, John C Stevenson, Katrin Schaudig, Monika Lukasiewicz, and Alessandra Graziottin. Hormone therapy for first-line management of menopausal symptoms: Practical recommendations. *Women's Health Volume 15*: 1–8 © The Author(s) 2019.
2. Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, Magraith K, Ebeling PR, Jane F, Islam RM. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. *Climacteric*. 2023 Dec; 26 (6): 517–536.
3. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, Karvonen-Gutierrez C, Waiteen LE, Matthews K. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2019.
4. Trémolieres F et al. Persistent gap in menopause care 20 years after the WHI: a population-based study of menopause-related symptoms and their management. *Maturitas*. 2022; 166: 58–64.
5. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA J. Am. Med. Assoc.* 288 (2002) 321–333, <https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321>.
6. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society® Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022 Jul 1; 29 (7): 767–794.
7. Nappi RE, Simoncini T. Menopause transition: a golden age to prevent cardiovascular disease. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021 Mar; 9 (3): 135–137.
8. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Chlebowski RT, Howard BV, Thomson CA, Margolis KL, Lewis CE, Stefanick ML, Jackson RD, Johnson KC, Martin LW, Shumaker SA, Espeland MA, Wactawski-Wende J. WHI Investigators. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. 2017 Sep 12; 318 (10): 927–938. doi: 10.1001/jama.2017.11217.
9. Sami G, Pedder H, Dias S, Guo Y, Lumsden MA. Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG* 2017; 124: 1514–1523.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guidelines. Menopause: full guideline. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
11. Harper-Harrison G, Carlson K, Shanahan MM. Hormone Replacement Therapy. [Updated 2024 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493191/>.
12. Genazzani AR, et al. Counseling in menopausal women: How to address the benefits and risks of menopause hormone therapy. *A FIGO position paper. Int J Gynaecol Obstet*. 2024 Feb; 164 (2): 516–530. doi: 10.1002/igo.15278.
13. Stevenson, Erin L.; Lancaster, Robert W.; Buanz, Asma B. M.; Price, Louise S.; Tocher, Derek A.; Price, Sarah L. The solid state forms of the sex hormone 17-β-estradiol. *CrystEngComm*, 2019, 21, 2154–2163. DOI: 10.1039/C8CE01874J.
14. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, Santen RJ. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Nov; 100 (11): 3975–4011.
15. Wendker H, Schaefer H, Zesch A. [Penetrations kinetics and distribution of topically applied estrogens (author's transl)]. *Arch Dermatol Res* 1976; 256 (1): 67–74.
16. Struk-Ware R, de Lignieres B, Basdevant A, Mauvais-Jarvis P. Absorption of percutaneous oestradiol in post-menopausal women. *Maturitas* 1980; 2 (3): 207–211.
17. BMS Guideline 2024: Management of unscheduled bleeding on hormone replacement therapy (HRT).

Pozostałe referencje dostępne u autorki.

Terapia przeskórna ma kilka zalet, ponieważ preparaty estradiolu przeskórne, dzięki ominięciu efektu pierwszego przejścia przez wątrobę, nie wpływają na czynniki krzepnięcia. Oprócz tego nie wywierają negatywnego wpływu na lipidy i są wygodne w stosowaniu.

W przypadku progesteronu dostępne są takie opcje jak: mikronizowany progesteron, dydrogesteron, tzw. progestageny bioidentyczne oraz syntetyczne progestageny. Progestageny występują w formie doustnej lub dopochwowej. Istotne w przypadku bezsenności jest to, że progesteron mikronizowany ma łagodne działanie uspokajające, dlatego zalecany jest na noc. Potencjalne skutki uboczne terapii progestagenowej obejmują obrzęk i ból piersi, trądzik oraz zwiększenie owłosienia, zawroty głowy, zmęczenie i niekorzystne zmiany nastroju. Wskazaniem do stosowania progestagenu w okresie menopauzy jest zapobieganie przerostowi endometrium oraz zwiększonemu ryzyku raka endometrium podczas stosowania terapii estrogenowej (ET).

Badania wykazują, że kobiety z macicą stosujące systemową terapię estrogenową (ET) powinny otrzymywać odpowiednią ilość progestagenu. Według NAMS doustny progesteron powinien być odpowiednio dawkowany w celu zapobiegania hiperplazji endometrium (np. 200 mg/d przez 12–14 dni/miesiąc). Zalecenie to dotyczy zarówno schematu sekwencyjnego (progesteron stosujemy

12–14 dni/miesiącu), jak i ciągłego (stosujemy go codziennie). Należy pamiętać, że niektórzy eksperci wskazują, aby dawkę progesteronu dostosować do dawki estrogenu. Brytyjskie Towarzystwo Menopauzy uważa, że dawka progestagenu powinna być proporcjonalna do dawki estrogenu. Kobiety, które potrzebują dużej dawki estrogenu, powinny rozważyć zwiększenie dawki progestagenu, aby zapewnić odpowiednią ochronę endometrium. Warto podkreślić jednak, że nie ma wysokiej jakości randomizowanych badań, które precyzyjnie określałyby, jaką dawkę progestagenu należy stosować w przypadku zwiększonych dawek estrogenów. Nie ma również powszechnego konsensusu, a jedynie opinie ekspertów, które różnią się w zależności od kraju. Jedną z opcji może być np. progesteron 300 mg przez 12–14 dni w miesiącu zamiast 200 mg w cyklicznych/sekwencyjnych schematach leczenia hormonalnego (HHT), albo 200 mg dziennie w sposób ciągły zamiast 100 mg w ciągłym schemacie leczenia skojarzonego MHT.

W przypadku zlecenia HTM, należy oczywiście opierać się na jasnych i określonych rekomendacjach. Należy jednak zindywidualizować terapię w zależności od zdrowia i oczekiwań pacjentki.

Terapia z wykorzystaniem preparatów kombinowanych (estrogeny i gestageny) może być prowadzona w sposób ciągły. W tej formie stosuje się stałą dawkę hormonów, co eliminuje krwawienia

z odstawienia, które występuje w przypadku cyklicznych terapii. Cykliczna terapia estrogenowo-progestagenowa polega na codziennym dawkowaniu estrogenu, podczas gdy progestagen dodawany jest cyklicznie przez 12 do 14 dni w miesiącu. 80 proc. kobiet stosujących cykliczne dawkowanie progestagenów doświadcza krwawienia z odstawienia.

Wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca lewonorgestrel (LNG-IUD) zapewnia antykoncepcję i jest doskonałą opcją w leczeniu obfitych krwawień. Wkładkę wewnątrzmaciczną LNG-IUD można łączyć z przeskórnym estrogenem. Dawkę estrogenów dostosowujemy do potrzeb pacjentki. Często kobiety młodsze mogą na początku potrzebować wyższych dawek estrogenu, które potem można obniżyć. Możemy zastosować od 1 do 4 pompek żelu z estradiolem albo od 1 do 3 dawek w sprayu.

Podsumowując

We współczesnym świecie już za kilka milionów dolarów można polecieć w kosmos i przejść się po Księżycu. Nie widzę zatem powodu, aby pozbawiać kobiety HTM, tylko dlatego, że coś nam się wydaje. Wiedza oparta na faktach i przełamywanie barier powinno stać się naszym lekarskim mottem. Moim zdaniem, z HTM jest trochę jak z powiedzeniem Neila Armstronga, który jako pierwszy stanął na powierzchni Księżyca i powiedział: „Jeden mały krok dla człowieka, jeden wielki skok dla ludzkości”. I z tym Państwa pozostawiam... na razie.



DR N. MED. MONIKA ŁUKASIEWICZ

Specjalistka położnictwa i ginekologii, specjalistka seksuologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości oraz andrologiem klinicznym. W 2010 roku otrzymała tytuł Fellow of the European Committee on Sexual Medicine (FECSM), europejska specjalizacja z seksuologii. Obecnie pracuje w klinice leczenia niepłodności – Novum oraz w Klinice Dębski Clinic. Zajmuje się diagnostyką i terapią par niepłodnych, prowadzeniem ciąży, menopauzą oraz terapią zaburzeń seksualnych – zwłaszcza pochwicą, dyspareunią oraz onkoseksuologią.




Oestrogel
ESTRADIOL - 17 β


Progesterone
Besins

PRZESKÓRNA TERAPIA ESTROGENOWA W HTZ*

BIOIDENTYCZNY MIKRONIZOWANY PROGESTERON W KAPSUŁKACH MIĘKKICH**



☑ **PRECYZYJNE I INDYWIDUALNE DAWKOWANIE ***

☑ **17- β ESTRADIOL JEST IDENTYCZNY POD WZGLĘDEM CHEMICZNYM
I BIOLOGICZNYM Z ENDOGENNYM ESTRADIOŁEM LUDZKIM**



**1 NACIŚNIĘCIE
POMPKI**

**1,25 G
ŻELU**

**0,75 MG
ESTRADIOLU**

- U kobiet po menopauzie lub z bardzo rzadkimi cyklami miesięczkowymi leczenie produktem Oestrogel można rozpocząć w dowolnym dniu cyklu.
- Zwykle stosowaną dawką początkową jest jedno naciśnięcie pompki dozownika (1,25 g żelu przezskórnego, co odpowiada 0,75 mg estradiolu) raz na dobę.
- **W razie konieczności dawkę można dostosować po dwóch lub trzech cyklach leczenia, w zależności od objawów klinicznych.**

* CHPL Oestrogel z dnia 20.12.2023 r.

** CHPL Progesterone Besins 100 mg i 200 mg z dnia 30.03.2022 r.

Podsumowanie I Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej

W DNIACH 13–14 WRZEŚNIA 2024 R. W HOTELU AIRPORT OKĘCIE W WARSZAWIE ODBYŁ SIĘ I MIĘDZYNARODOWY KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGII PLASTYCZNEJ.

Wydarzenie to zgromadziło 165 uczestników, z czego 90 osób wzięło udział w warsztatach przedkongresowych, które miały miejsce 13 września. Podczas samego Kongresu swoje wykłady i prezentacje przedstawiło 23 wykładowców, w tym uznani specjaliści z Polski i zagranicy m.in. z USA, Urugwaju, ZEA, Wielkiej Brytanii, Niemiec, Rumunii.

Kongres poprzedził reportaż Marka Nowickiego w programie "Fakty" TVN, wyemitowany 11 września 2024 r., w którym dr n. med. Rafał Kuźlik oraz dr n. med. Piotr Kolczewski przedstawili rozwój ginekologii plastycznej, a pacjentki podzieliły się swoimi doświadczeniami po zabiegach. Reportaż stał się wstępem do obrad kongresowych, wzбудzając zainteresowanie tym nowym obszarem medycyny.

Wydarzeniu towarzyszyła szeroka promocja medialna. Patronat nad kongresem objęły: Grupa Medialna „Estetyka i Chirurgia – Medyczna TV”, magazyny „Nowy Gabinet Ginekologiczny”, „Estetyczny Magazyn” oraz portale e-ginekologia.pl, Rynek Estetyczny, zatrzymajmlodosc.pl, uroda i medycyna.

W trakcie Kongresu uczestnicy mieli również okazję odwiedzić wystawę firm związanych z branżą ginekologii plastycznej, w której udział wzięło 18 firm.

Kongres ten stanowił ważne forum wymiany wiedzy, doświadczeń i najlepszych praktyk z zakresu ginekologii plastycznej. Obejmował zarówno nowatorskie metody leczenia, jak i holistyczne podejście do zdrowia i seksualności kobiet. Jak podsumował dr n. med. Piotr Kolczewski, wydarzenie to miało na celu inspirowanie i promowanie kompleksowego podejścia do zdrowia kobiet, które łączy aspekty medyczne z estetycznymi.

Zainteresowanie zarówno uczestników, jak i mediów pokazuje, że ginekologia plastyczna staje się coraz bardziej istotną dyscypliną. Innowacyjne metody leczenia oraz wymiana doświadczeń między specjalistami na takich wydarzeniach sprzyjają dalszemu rozwojowi tej dziedziny.

II Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Plastycznej odbędzie się za rok, w połowie września. Już teraz zapraszamy, a szczegóły już niedługo pojawią się na stronie ptgp.eu. Polskie Towarzystwo Ginekologii Plastycznej to spółka z o.o., której założycielami są dr n. med. Piotr Kolczewski i dr n. med. Rafał Kuźlik.



Rafał Kuźlik, Piotr Szymański i Piotr Kolczewski – organizatorzy Kongresu

Złoci Partnerzy Kongresu:
NEAUVIA, VIVACY

Srebrni Partnerzy Kongresu:
ESLT MEDICAL, MASSMEDICA, MESOESTETIC, VERO

Partnerzy Kongresu:
ABISS POLAND, ALBIS, ARTMED, BD AESTETIC, INTOBEAUTY, NEWU, PROMEDUS, INS SERVICES, LINA MEDICAL, SHAR-POL, VERONICA MEDINA



FOT. NOWY GABINET GINEKOLOGICZNY

Wystawa firm, towarzysząca Kongresowi, wzbudzała zainteresowanie nie tylko na przerwach



FOT. NOWY GABINET GINEKOLOGICZNY

Dr n. med. Marta Blumska-Janiak prowadzi wykład – „Terapia skojarzona: mikroigłowa RF i EMS w leczeniu zespołu rozluźnienia pochwy”



FOT. NOWY GABINET GINEKOLOGICZNY

Stoisko firmy Mesoesthetic



FOT. NOWY GABINET GINEKOLOGICZNY

Profesor Marzena Dębska z Dębski Clinic z reprezentantami marki Neauvia/ITP Robertem Szeredą i Agatą Borys



FOT. NOWY GABINET GINEKOLOGICZNY

Dyskusja na stoisku firmy LiNA Medical



FOT. NOWY GABINET GINEKOLOGICZNY

Na sali wykładowej było ponad 170 miejsc dla słuchaczy



FOT. ESTETYKA I CHIRURGIA - MEDYCZNA.TV

Dr. Ayman El Attar prowadzi wykład na temat transferu tłuszczu

FOT. ESTETYKA I CHIRURGIA - MEDYCZNA.TV

Na wieczornej Gali Dinner wszyscy chętnie pozowali na tle ścianki kongresowej**Dr n. med. Karina Barszczewska podczas wykładu pt. „Leczenie atrofii urogenitalnej przy zastosowaniu usieciowanego HA i PRP”**

FOT. ESTETYKA I CHIRURGIA - MEDYCZNA.TV

**Dr n. med. Rafał Kuźlik przygotowuje się do wykładu**

FOT. ESTETYKA I CHIRURGIA - MEDYCZNA.TV

**Dr n. med. Anna Jastak rozpoczyna swój wykład pt. „Abdominoplastyka dla ginekologów”**

FOT. ESTETYKA I CHIRURGIA - MEDYCZNA.TV

Ginekologia estetyczna i plastyczna

Kursy praktyczne prowadzone przez:

**dr. n. med. Rafała Kuźlika
i dr. n. med. Piotra Kolczewskiego**

Najbliższe szkolenia:

19–20.10.2024 — Ginekologia estetyczna i plastyczna

16–17.11.2024 — Liposukcja i abdominoplastyka, transfery tłuszczu

14–15.12.2024 — Ginekologia estetyczna i plastyczna

Liczba uczestników: 5–6 osób

Miejsce szkoleń : SaskaMed,
ul. Nowaka-Jeziorańskiego 48,
03–982 Warszawa

Więcej informacji na:

📞 **Telefon:** 509 912 963

✉ **E-mail:** prenumerata@spsmedia.pl

🌐 **Strona WWW:** www.ptgip.eu

www.ptgip.eu



PTGP

Polskie Towarzystwo
Ginekologii Plastycznej

Zapraszamy



Rafał
Kuźlik



Piotr
Kolczewski

III KONGRES GINEKOLOGII OPERACYJNEJ



Trudności i powikłania ginekologii operacyjnej

28-30 LISTOPADA 2024, KATOWICE
MIĘDZYNARODOWE CENTRUM KONGRESOWE

PATRONAT



SZANOWNI PAŃSTWO,

ginekologia małoinwazyjna coraz śmielej wkracza na nasze sale operacyjne.

Choć z pewnością chirurgia otwarta z nami już zostanie, powinna być drastycznie limitowana do sytuacji klinicznych, które nakazują ją wykonać.

Oznacza to, że 75 proc. tego typu przypadków klinicznych powinno być operowanych mało lub nawet mikroinwazyjnie.

To jest cel, do którego dążymy. Wspólnie z Państwem.

WARSZTATY – 28 LISTOPADA 2024

Warsztaty z zakresu MIS –
live surgery, transmisja z 3 sal
operacyjnych

- histerektomia przezpochwowa
- sakrokolpopeksja laparoskopowa
- nowotwór narządu rodno –
operacja robotyczna

Transmisja live – operacja
na kadaverach anatomia
topograficzna miednicy małej

SESJE KONGRESOWE 29-30.11.2024

- Powikłania i trudności zabiegów
histeroskopowych
- Trudności i powikłania operacyjne
w endometriozie głębokiej
- Wyzwania w histerektomii
- Trudności i powikłania w operacjach
uroginekologicznych
- Trudności operacji robotowych
w ginekologii
- Laparoscopia w ginekologii
onkologicznej



*Zapraszam
serdecznie!*

prof. Rafał Stojko

Przewodniczący Komitetu Naukowego
III Kongresu Ginekologii Operacyjnej

Idąc tą drogą, przygotowujemy kolejną edycję
Kongresu Ginekologii Operacyjnej.

ZAPRASZAM PAŃSTWA DO KATOWIC, W DNIACH 28-30.11.2024.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONIE WWW.GRUPAMEDICA.PL