

System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW



**Polecamy
wszystkim medykom!**

**Książka stanowi
kompedium wiedzy
z podstawowych
dziedzin medycyny
w języku polskim i angielskim
w praktycznym układzie
korespondującym
ze sobą.**

**Szczegóły
na stronach 5 i 6**

NA ROBOCZO

**Zapisywanie
świadczeniobiorców
na listę oczekujących
w lecznictwie
stacjonarnym**

**JGP w pytaniach
i odpowiedziach**

**Leczenie bólu
w lecznictwie
zamkniętym**

ANGIELSKI DLA MEDYKÓW:

**GINEKOLOGIA,
POŁOŻNICTWO
I POWIĄZANE PROBLEMY**

Zauważone Odnutowane



Magdalena Moczulska

Ośrodek Leczenia Chorób Rzadkich

W lipcu przy Poradni Genetycznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku zostanie otwarty Ośrodek Leczenia Chorób Rzadkich. Będzie to drugi taki Ośrodek w Polsce, gdzie pacjenci będą mogli otrzymać wielospecjalistyczną pomoc. Proponowane im będą 1-3-dniowe hospitalizacje, w trakcie których wykonywanych będzie większość niezbędnych dla danej choroby badań i konsultacji.

Zakład Nauk o Człowieku

Zakład Nauk o Człowieku Uniwersytetu Rzeszowskiego uruchamia od września tego roku kierunek lekarski, w którym kształcić się będą studenci medycyny. Zakład usytuowany jest przy Szpitalu Wojewódzkim w Rzeszowie. W budynku uruchomione zostaną cztery jednostki: Anatomia Prawidłowa i Patologiczna Człowieka, Histologia z Embriologią oraz Medycyna Sądowa.

Wśród inwestycji, które w najbliższym czasie mają zostać ukończone w związku z uruchomieniem kierunku, jest również Innowacyjne Centrum Medyczne, które będzie bazą laboratoryjną na uczelni.

Neupogen inne zastosowanie

Agencja Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła pierwszy w historii lek dla osób cierpiących na chorobę popromienną.

Lek Neupogen po raz pierwszy został zatwierdzony w 1991 r. na potrzeby wyeliminowania negatywnych skutków chemioterapii. Teraz po przejściu odpowiednich badań jest pierwszym środkiem zatwierdzonym do zwalczania choroby popromiennej.

Micro Perc

Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Zielonej Górze przeprowadził pionierski zabieg usunięcia kamieni z nerki, techniką Micro Perc. Technika ta pozwala na usunięcie złożeń dzięki przezskórnemu nakłuciu nerek igłą w której znajduje się niewielka kamera.

Obrazuje to wnętrze nerki i pozwala na precyzyjne znalezienie kamieni do czego wykorzystywany jest laser holmowy.

Metoda ta jest bezpieczna, gdyż minimalizuje ryzyko uszkodzenia nerki poprzez minimalne nakłucie. Szczególnie przydatna jest w leczeniu dzieci u których rozmiary nerek są mniejsze jak u dorosłych.

Insulina w plastrach

Zespół naukowców z Karoliny Północnej skonstruował plaster dla diabetyków. Inteligentny plaster kontroluje poziom glukozy we krwi i dawkuje odpowiednią ilość.

Przeprowadzony eksperyment na myszach z cukrzycą typu 1 dowiódł, że plaster pomaga w utrzymaniu prawidłowej glikemii nawet do 9 godzin. Nowe plastry powinny znaleźć się na rynku w ciągu dwóch - czterech lat, w zależności od tego, jak długo będzie trwać ich testowanie i zatwierdzanie.

Zmiany na liście leków refundowanych

Ministerstwo Zdrowia objęło refundacją leki zawierające ombitasvir, paritaprevir, ritonavir oraz dasabuvir w ramach nowego programu lekowego "Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową".



Drodzy czytelnicy

Połowa roku to czas szeregu zmian w przepisach regulujących funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. To również czas zmian w zasadach rozliczania świadczeń określanych przez NFZ. Przygotowana nowelizacja rozporządzenia w spra-

wie wzoru druku karty DILO to tylko efekt przebudowy pakietu onkologicznego. Przebudowy, która będzie z pewnością trwała do końca roku. Skutkiem tych zmian jest również wdrażanie nowych regulacji w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących, a w konsekwencji również nowelizacja regulacji dotyczących dokumentacji medycznej. W tym numerze przedstawiamy wprowadzone nowelizacje.

Ponadto kontynuujemy cykl artykułów „Angielski dla medyków”, który ukazał się w postaci pełnowymiarowej książki.

Rafał Janiszewski

**JEŚLI BĘDZIECIE MIEĆ
WĄTPLIWOŚCI
DOTYCZĄCE ROZLICZANIA
ŚWIADCZEŃ Z NFZ...,
DZWOŃCIE
LUB PISZCIE DO NAS.**

***Z „SYSTEMEM” trudne
staje się łatwe. Pomagamy
rozliczać świadczenia!***

**Na stronie 4 fotki i kilka słów
o naszej Konferencji**

- 4| Polecamy książkę
- 6| Zapisywanie świadczeniobiorców na listę oczekujących w leczeniu stacjonarnym
- 8| Pakiet onkologiczny – projekty zmian
- 14| Dokumentacja Kadrowa
- 16| JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 19| Kalendarium czyli najważniejsze wydarzenia
- 22| Leczenie bólu w leczeniu zamkniętym
- 24| Angielski dla medyków
- 36| Oferta Wydawnictwa „KWADRYGA”

29-30 maja 2015 r. odbyła się kolejna konferencja z cyklu casemix pt. „**Zasady prowadzenia list oczekujących oraz list oczekujących pacjentów onkologicznych**”.

Podczas wykładów przedstawiliśmy zarówno zmienione przepisy dotyczące zasad prowadzenia i dokumentowania list oczekujących, jak i praktyczne aspekty ich wdrażania. Wspólnie z Rafałem Janiszewskim zajęcia poprowadziła dr n. med. Beata Jagielska, która zaprezentowała własne doświadczenia z wdrażania systemu AP-KOLCE.

Poniżej zdjęcia z przebiegu konferencji.

Ewelina Wójcik



Angielski dla medyków

Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski, ma przyjemność przedstawić Państwu najnowszą publikację pt. „Angielski dla medyków”, autorstwa Pani **Katarzyny Moczulskiej**. W obecnych czasach znajomość języków obcych jest nieodzownym elementem naszego życia zawodowego. Niejednokrotnie zajmowane przez nas stanowiska wymagają poznania specjalistycznego słownictwa danej branży.

- Praktyczna forma
- Zagadnienia z różnych dziedzin medycyny
- Nauka języka angielskiego w pigułce



Katarzyna Moczulska

Angielski dla medyków *English for physicians*



Warszawa 2015

Ze szczególnie trudnymi zagadnieniami mamy do czynienia w profesjach medycznych. Coraz więcej lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia bierze udział w międzynarodowych konferencjach, sympozjach i warsztatach, na których wymieniają się doświadczeniem i wiedzą. W takich chwilach, bardzo przydatna może być nasza najnowsza książka.

„Angielski dla Medyków” to zbiór zagadnień z różnych obszarów medycyny opisanych w języku polskim i angielskim. Forma, w jakiej została wydana publikacja, pomaga w przyswajaniu trudnych słów i zagadnień medycznych. Książka podzielona jest na rozdziały pogrupowane według chorób i schorzeń. W każdym z nich omówione są najczęściej występujące jednostki chorobowe, badania, terapie. Dla ułatwienia czytelnik otrzymuje również pomocny słowniczek gramatyki w języku angielskim.

Serdecznie zapraszam do zapoznania się z krótkim fragmentem, który pozwoli przybliżyć i ukazać Państwu zalety naszej publikacji.

Serdecznie zachęcam do lektury
Z wyrazami szacunku

Ewelina Wójcik

Poniżej fragment publikacji

OCENA NOWOTWORÓW (SYSTEMY KLASYFIKACJI)

Systemy klasyfikacji rozwoju raka ewoluowały w czasie. Są one w procesie ciągłych zmian, jako że naukowcy dowiadują się coraz więcej na temat raka. Niektóre systemy klasyfikacji obejmują wiele rodzajów raka; inne koncentrują się jedynie na konkretnym rodzaju. Wspólne elementy uznane w większości systemów są następujące:

- Miejsce guza pierwotnego i typ komórek (na przykład, gruczolakorak, rak płaskonabłonkowy)
- Wielkość guza i / lub jego zakres
- Zajęcia regionalnych węzłów chłonnych
- Liczbę guzów (guza pierwotnego i obecność guzów przerzutowych)
- Stopień zróżnicowania guza*

* Stopień zróżnicowania guza to opis guza bazujący na tym, jak anormalne są komórki i tkanki nowotworu widziane pod mikroskopem. Jest wskaźnikiem tego, jak szybko nowotwór może się rozwijać i rozprzestrzeniać.

CANCER STAGING (CLASSIFICATION SYSTEMS)

Staging systems for qualification of cancer have evolved over time. They continue to change as scientists learn more about cancer. Some staging systems cover many types of cancer; others focus on a particular type. The common elements considered in most staging systems are as follows:

- Site of the primary tumor and the cell type (e.g. adenocarcinoma, squamous cell carcinoma)
- Tumor size and/or extent
- Regional lymph node involvement
- Number of tumors (the primary tumor and the presence of metastatic tumors)
- Tumor grade*

* Tumor grade is the description of a tumor based on how abnormal the tumor cells and tumor tissue look under the microscope. This is an indicator of how quickly the tumor is likely to grow and spread.

Forma i możliwość zamówienia:

Koszt publikacji: 10 zł + 5% VAT

Publikację mogą zamawiać instytucje świadczące usługi lecznicze, fundacje, stowarzyszenia oraz inne podmioty prowadzące działalność gospodarczą.

Placówki zainteresowane proszone są o przesłanie formularza zamówienia na adres email: ewelina.wojcik@iuz.org.pl bądź faksem pod numer: (22) 625-73-99

W razie pytań proszę o kontakt telefoniczny pod numer: 697-602-707

Po złożeniu zamówienia wystawiamy fakturę proforma, po jej opłaceniu wysyłamy żadaną ilość książek wraz z fakturą właściwą.

Formularz zamówienia

PUBLIKACJA „ANGIELSKI DLA MEDYKÓW” AUTORSTWA KATARZYNY MOCZULSKIEJ KANCELARIA DORADCZA RAFAŁ PIOTR JANISZEWSKI	
KOSZT PUBLIKACJI 10 zł + 5% VAT	NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DANE DO FAKTURY PRO-FORMA W TYM NIP:
ILOŚĆ ZAMAWIANYCH PUBLIKACJI	

Zapisywanie świadczeniobiorców na listę oczekujących w lecznictwie stacjonarnym

Magdalena Warecka

Pacjent, który zgłasza się ze skierowaniem do szpitalnej izby przyjęć i nie może być przyjęty na oddział ze względu na brak miejsc, powinien zostać wpisany na listę oczekujących. Dokonanie takiego wpisu jest możliwe po zakwalifikowaniu pacjenta do określonej kategorii medycznej. Co do zasady pacjent powinien stawić się osobiście, ponieważ konieczne może się okazać przeprowadzenie badania lekarskiego.

Ustalanie kategorii medycznej

Kategorię medyczną określa lekarz, który dokonuje własnej oceny na podstawie:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- 3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Lekarz podejmuje decyzję, czy potwierdza kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, czy kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej (zmienia kategorię). Za przypadek pilny należy uznać sytuację, w której istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na

powrót do zdrowia, zaś przypadek stabilny to inny niż stan nagły i pilny. Po ustaleniu tej kategorii medycznej pacjent jest zapisywany na listę oczekujących. Świadczeniodawca informuje pisemnie pacjenta o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.

Aktualne pozostaje pytanie stawiane zarówno przez świadczeniodawców, jak i pacjentów – czy konieczne jest osobiste stawiennictwo pacjenta na izbie przyjęć, czy można zapisać na listę oczekujących pacjenta na podstawie np. rozmowy telefonicznej lub przesłanego pocztą skierowania, ewentualnie czy może pacjenta zapisać inna osoba.

Zasady odpowiedzialności przy niewłaściwej kwalifikacji pacjenta do kategorii medycznej

Odpowiedzialność za prawidłową kwalifikację pacjenta ponosi lekarz i odpowiednio świadczeniodawca (szpital), a więc im przysługuje prawo oceny, czy kwalifikacja jest możliwa na podstawie wywiadu przeprowadzonego w rozmowie telefonicznej, czy też wymaga obecności pacjenta. Jeżeli lekarz lub świadczeniodawca uznają, że konieczna jest osobista obecność pacjenta przy ustalaniu kategorii, pacjent powinien stawić się osobiście. Ponadto pacjent, który otrzymał skierowanie, może potrzebować przyjęcia w trybie nagłym, co dzięki osobistemu stawiennictwu jest możliwe do ustalenia (szczególnie, gdy na skierowaniu została wskazana kategoria "pilne").

Teoretycznie nie jest wykluczone, że ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia albo specyficzną sytuację pacjenta świadczeniodawca oraz lekarz odpowiedzialny za kwalifikację uznają, iż możliwa jest kwalifikacja bez osobistego stawiennictwa pacjenta (np. pacjent przebywa w innym szpitalu, a chcemy dla niego zarezerwować miejsce na liście oczekujących w trybie planowym z kryterium medycznym „przypadek stabilny”).

Jeżeli świadczeniodawca ustala, że wymagana jest osobista obecność pacjenta przy dokonywaniu kwalifikacji medycznej, powinien takiej oceny faktycznie dokonywać (czyli przeprowadzać badanie, wywiad). Nie można wymagać od pacjenta, aby stawiał się osobiście, jeżeli żadnego badania świadczeniodawca nie przeprowadza, a jedynie odbiera skierowanie, wpisuje pacjenta na listę i wydaje pisemną informację. W takim przypadku brakuje uzasadnienia odmowy zapisu np. przez telefon.

Podstawy prawne:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 26 września 2005 r. (Dz.U. Nr 200, poz. 1661)
- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. Z 2015 r., poz. 581)

Pakiet onkologiczny – projekty zmian



Łukasz Puchalski

Zgodnie z obietnicami Ministerstwo Zdrowia opublikowało 3.06.2015 roku projekty mające na celu wprowadzenie zmian do pakietu onkologicznego

Do konsultacji publicznych przekazano projekty trzech rozporządzeń:

- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Wprowadzenie zmian w pakiecie onkologicznym jest wynikiem pierwszych ocen funkcjonowania systemu. Autorem projektów jest były minister Bartosz Arłukowicz. Podsumowując system w połowie kwietnia już wtedy minister zapowiedział wprowadzenie zmian. Podczas pu-

blikowania wyników (na podstawie danych przedstawionych przez NFZ) przeprowadzonej oceny wskazano, iż do 2 czerwca tego roku wydano 123 tys. kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.

**Wykonanych
diagnostyk wstępnych
15 998**

**Wykonanych diagnostyk
pogłębionych
27 708**

**Zwołanych konsyliów
45 897**

Ministerstwo Zdrowia podsumowując pakiet onkologiczny wskazało również, iż ponad 93% diagnostyk wstępnych, 85% diagnostyk pogłębionych, 99% konsyliów zostało przeprowadzonych lub zwołanych w zakładanym terminie.

Proponowane zmiany w celu przeprowadzenia konsultacji rozesłane zostały do takich podmiotów jak konsultanci kra-

jowi z poszczególnych dziedzin medycyny, samorządy zawodowe (w tym Naczelna Izba Lekarska, Pielęgniarek i Położnych, Aptekarska), związki zawodowe oraz stowarzyszenia reprezentujące zawody medyczne, stowarzyszenia działające na rzecz pacjentów, towarzystwa naukowe, instytuty badawcze, organizację pracodawców. Ostateczny czas na przeprowadzenie konsultacji publicznych minął 1 lipca 2015 roku, natomiast konsultacje prowadzone w trybie uzgodnień zakończono 15 czerwca 2015 roku.

Podstawową kwestią omawianego projektu jest dostosowanie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do proponowanych zmian. Nowy wzór opublikowany został projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W części „AB Wydanie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego” wprowadzono dodatkową rubrykę – Data decyzji o założeniu karty.



KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie.

AA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie)

(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)

AB. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A2. Data sporządzenia

A3. Wydana w:

☐ podstawowej opiece zdrowotnej

☐ ambulatoryjnej opiece specjalistycznej / profilaktycznych programach zdrowotnych

A4. Data decyzji o założeniu karty

☐ szpitalu

☐ szpitalu – leczenie onkologiczne rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.

AB.1. LEKARZ WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A5. Imię

A6. Nazwisko

A7. Numer prawa wykonywania zawodu oraz pieczęć

AB.2. ŚWIADCZENIODAWCA, U KTÓREGO WYDANO KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A8. Nazwa świadczeniodawcy

A9. Adres świadczeniodawcy

Wprowadzono nowy zakres kodów ICD10 możliwych do zastosowania w karcie DILO:

BA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

B1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie)

(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)

BB. DIAGNOSTYKA PODSTAWOWA

Sekcję wypełnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

BB.1. PODEJRZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Należy podać kod rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10. Kody rozpoznań ICD-10: D37–D48 lub C00–C43, C45–C97, D00–D03, D05–D09, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4, D76.0.

B2. Kod jednostki chorobowej

B3. Nazwa jednostki chorobowej

BB.2. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

B4. Nazwy jednostek chorobowych oraz ich kody ICD-10

BB.3. WYKONANE BADANIA

Wyniki badań lub ich kopie należy załączyć do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

B5. Lista badań:

☐ badania krwi

☐ badania moczu

☐ badanie per rectum

☐ badanie kału

☐ RTG

☐ USG

☐ PSA

☐ inne:

BB.4. NA JAKIEJ PODSTAWIE LEKARZ STWIERDZIŁ PODEJRZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

B6. Opis

ciąg dalszy na str. 8

W części BC karty Dilo dano możliwość zakończenia etapu DILO na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej:

BC. DALSZE POSTĘPOWANIE

Sekcję wypełnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy wskazać jednego specjalistę właściwego dla umiejscowienia podejrzenia nowotworu lub wskazać szpital w celu wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego. Posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego kontynuuje proces diagnostyczno-leczniczy u wybranego przez siebie świadczeniodawcy.

B7.1. Skierowanie na diagnostykę wstępną do specjalisty w zakresie:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ onkologii | ☐ chirurgii onkologicznej | ☐ położnictwa i ginekologii | ☐ chirurgii ogólnej |
| ☐ otolaryngologii | ☐ gruźlicy i chorób płuc | ☐ onkologii i hematologii dziecięcej | ☐ okulistyki |
| ☐ hematologii | ☐ gastroenterologii | ☐ chirurgii szczękowo-twarzowej | ☐ urologii |
| ☐ chirurgii klatki piersiowej | ☐ endokrynologii | ☐ dermatologii i wenerologii | ☐ inny: |

B7.2. Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy

☐ zabieg diagnostyczno-leczniczy

BD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI PODSTAWOWEJ

B8. Podpis i pieczęć lekarza, który wydał kartę

B9. Pieczęć świadczeniodawcy, u którego wydano kartę

W części CB karty diagnostyki i leczenia onkologicznego dodano możliwość realizacji diagnostyki wstępnej przez lekarza prowadzącego profilaktyczny program zdrowotny:

CA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

C1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie)

(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)

CB. DIAGNOSTYKA WSTĘPNA/WYDANIE KARTY W RAMACH AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ LUB W RAMACH PROFILAKTYCZNYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Sekcję wypełnia lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonujący diagnostykę wstępną lub lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych wydający kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

CB.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ

Pól C2 i C3 nie wypełnia się w przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub profilaktycznych programów zdrowotnych. Datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu C2 podaje się, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

C2. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

C3. Data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną

CB.2. WYKONANE BADANIA

Wyniki badań lub ich kopie należy załączyć do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

C4. Lista badań:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ tomografia komputerowa | ☐ kolonoskopia | ☐ gastroskopia | ☐ cytologia |
| ☐ biopsja | ☐ RTG | ☐ USG | ☐ markery |
| ☐ rezonans magnetyczny | ☐ badania cytogenetyczne | ☐ badania histopatologiczne | ☐ bronchoskopia |
| ☐ mammografia | | | |
| ☐ inne: | | | |

Zmieniono część karty DILO dotyczącej zakresu szpitalnego. Według projektu karty DILO część EB wygląda następująco:

EA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO																									
E1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie)	(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)																								
EB. WYDANIE KARTY W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO/ WYNIK ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO																									
Sekcję wypełnia lekarz udzielający świadczeń szpitalnych wydający kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w szpitalu lub lekarz wykonujący zabieg diagnostyczno-leczniczy.																									
EB.1. INFORMACJA O ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZYM																									
Datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu E2 podaje się, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.																									
E2. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	E3. Data zabiegu diagnostyczno-leczniczego																								
EB.2 WYKONANE BADANIA																									
Wyniki badań lub ich kopie należy załączyć do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.																									
E4. Lista badań: <table border="0"> <tr> <td>☐ badania krwi</td> <td>☐ badania moczu</td> <td>☐ badanie per rectum</td> <td>☐ cytologia</td> </tr> <tr> <td>☐ biopsja</td> <td>☐ markery</td> <td>☐ USG</td> <td>☐ RTG</td> </tr> <tr> <td>☐ gastroscopia</td> <td>☐ kolonoskopia</td> <td>☐ badania molekularne</td> <td>☐ badania cytogenetyczne</td> </tr> <tr> <td>☐ tomografia komputerowa</td> <td>☐ rezonans magnetyczny</td> <td>☐ PET</td> <td>☐ badania histopatologiczne</td> </tr> <tr> <td>☐ bronchoskopia</td> <td>☐ mammografia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">☐ inne:</td> </tr> </table>		☐ badania krwi	☐ badania moczu	☐ badanie per rectum	☐ cytologia	☐ biopsja	☐ markery	☐ USG	☐ RTG	☐ gastroscopia	☐ kolonoskopia	☐ badania molekularne	☐ badania cytogenetyczne	☐ tomografia komputerowa	☐ rezonans magnetyczny	☐ PET	☐ badania histopatologiczne	☐ bronchoskopia	☐ mammografia			☐ inne:			
☐ badania krwi	☐ badania moczu	☐ badanie per rectum	☐ cytologia																						
☐ biopsja	☐ markery	☐ USG	☐ RTG																						
☐ gastroscopia	☐ kolonoskopia	☐ badania molekularne	☐ badania cytogenetyczne																						
☐ tomografia komputerowa	☐ rezonans magnetyczny	☐ PET	☐ badania histopatologiczne																						
☐ bronchoskopia	☐ mammografia																								
☐ inne:																									
EC. ROZPOZNANIE W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO																									
W polu E5 należy podać kod rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10. W przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych lub potwierdzenia nowotworu złośliwego w wyniku zabiegu diagnostyczno – leczniczego kody rozpoznania ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47, D76.0.																									
E5. Kod jednostki chorobowej	E6. Nazwa jednostki chorobowej																								
E7. Rozpoznanie histopatologiczne																									
W polu E8 należy podać stopień zaawansowania klinicznego oraz określić skalę, na podstawie której został on ustalony (np. TNM, FIGO, Ann Arbor).																									
E8. Stopień zaawansowania klinicznego																									
Pola E9 i E10 wypełnia się w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego.																									
E9. Numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów	E10. Data zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworów																								
ED. DALSZE POSTĘPOWANIE																									
W przypadku potwierdzenia nowotworu z zakresu kodów ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45-D47, D76.0 należy skierować posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do konsylium. W przeciwnym przypadku należy zamknąć kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.																									
E11. Dalsze postępowanie: ☐ skierowanie na konsylium ☐ zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego																									
EF. POTWIERDZENIE WYSTAWIENIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO / POTWIERDZENIE WYNIKU ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO																									
E12. Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego (pieczęć z numerem prawa wykonywania zawodu)	E13. Pieczęć świadczeniodawcy, u którego postawiono rozpoznanie																								

Dostosowano we wzorze karty DILO oznaczeń pól odpowiadających członkom wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów:

FB.1. DANE LEKARZY OBOWIĄZKOWO UCZESTNICZĄCYCH W KONSyliUM	
W polach F13, F14, F15, 16 należy podać imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarzy obowiązkowo uczestniczących w konsylium zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.	
F13. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F14. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
F15. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F16. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
FB.2. DANE LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE ZWIĄZANEJ Z LOKALIZACJĄ NOWOTWORU	
F17. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F18. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
F19. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis	F20. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
FB.3. POZOSTALI CZŁONKOWIE KONSyliUM	
F21. Imię, nazwisko, podpis	F22. Imię, nazwisko, podpis
F23. Imię, nazwisko, podpis	F24. Imię, nazwisko, podpis
FB.4. DECYZJA KONSyliUM	
F25. Opis	
FC. DALSZE POSTĘPOWANIE	
F26. Dalsze postępowania: ☐ posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wymaga leczenia onkologicznego ☐ posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie wymaga leczenia onkologicznego	

Nową kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego będzie mógł wydać również lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych.

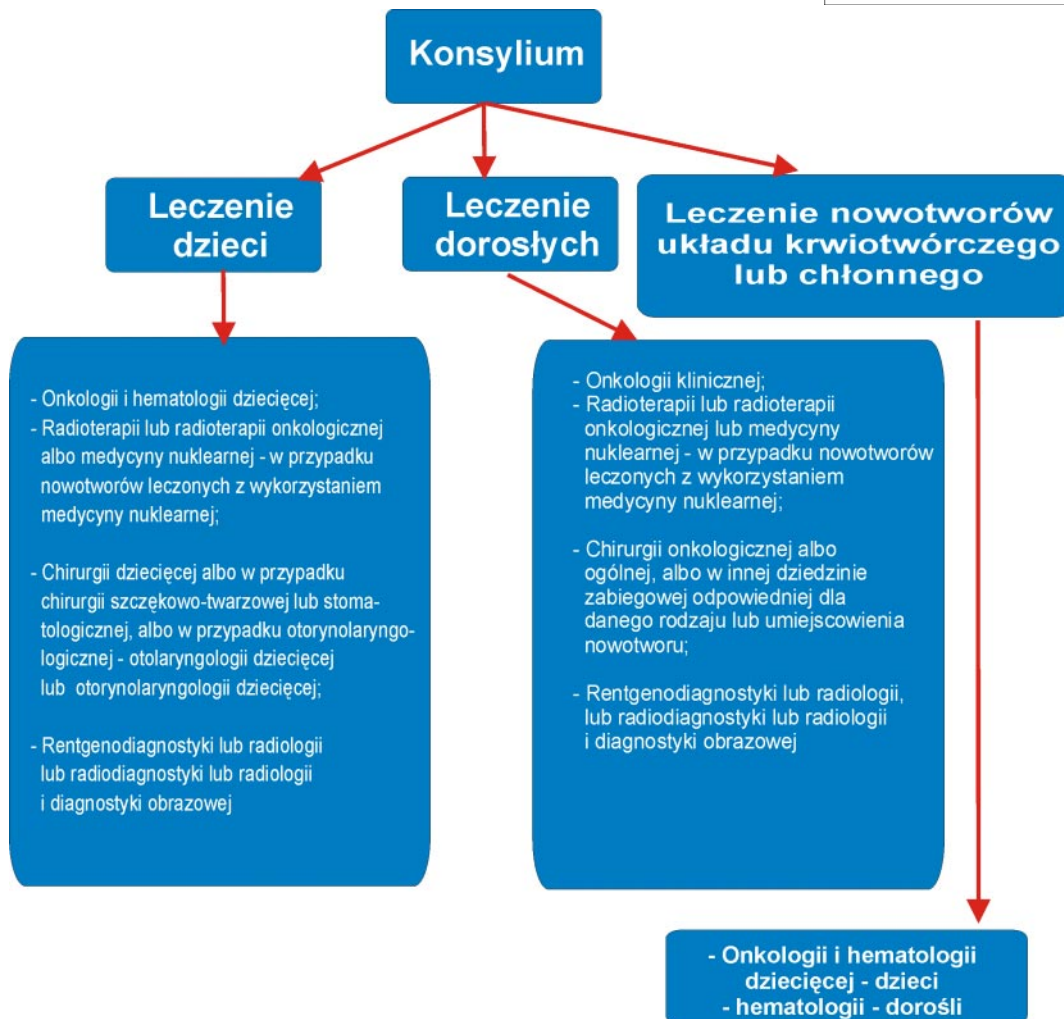
Lekarze chcący wydać kartę DILO pacjentowi będą mieli na to 3 dni od momentu podjęcia decyzji o jej wydaniu. W sytuacji gdy rozpoznanie nowotworu złośliwego będzie możliwe tylko i wyłącznie na podstawie wcześniej wykonanego zabiegu diagnostyczno-terapeutycznego, zabieg taki będzie musiał być wykonany w ciągu 28 dni, licząc od dnia zapisania się na listę oczekujących do

dnia wykonania zabiegu.

W terminie tym będzie również musiało się odbyć spotkanie zespołu wielodyscyplinarnego, które ustali plan leczenia. Według projektu na zabieg diagnostyczno-terapeutyczny będzie mógł również skierować lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejną dość istotną proponowaną zmianą jest zmodyfikowanie składu wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów. Po wejściu w życie rozporządzenia każda placówka posiadająca kontrakt na leczenie onkologiczne będzie musiała w tym zakresie zmodyfikować swoją sformalizowaną ścieżkę on-

kologiczną. Należy zwrócić uwagę, że ustawodawca uelastyczył regulacje dotyczące powoływania konsylium w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci lub dorosłych, a także w przypadku leczenia dzieci wdrożono alternatywę dla lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej, która uwzględnia specjalistów w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lub chirurgii stomatologicznej – w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej oraz otorynolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii – w przypadku otorynolaryngologii.



Proponowane zmiany konsultowane były do 1 lipca 2015 roku. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia wprowadzone w życie będą od 1 sierpnia 2015 roku.



DOKUMENTACJA KADROWA

Przepisy Kodeksu pracy nakładają na pracodawcę szereg obowiązków z zakresu prowadzenia dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracowników.

Szczegółowe zasady ich gromadzenia i prowadzenia uregulowane zostały w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika.

Ewa Niś



Zgodnie z postanowieniami ww. Rozporządzenia, akta powinny być podzielone na trzy części, ułożone w porządku chronologicznym oraz ponumerowane.

Część A stanowią dokumenty związane z ubieganiem się o zatrudnienie:

- wypełniony kwestionariusz osobowy,
- świadectwa pracy z poprzednich miejsc pracy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje wymagane do wykonywania oferowanej pracy,
- świadectwo ukończenia gimnazjum, jeśli osoba niepełnoletnia ubiega się o zatrudnienie w celu przygotowania zawodowego,
- orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, (pracownik nie ma potrzeby wykonywania ponowne badań, jeśli w ciągu 30 dni od rozwiązania stosunku pracy będzie przyjmowany ponownie do pracy u innego pracodawcy),
- inne dokumenty, jeżeli obowiązek ich przedłożenia wynika z odrębnych przepisów.

W części A można również przecho-

wywać dokumenty potwierdzające umiejętności i osiągnięcia zawodowe, świadectwa pracy oraz podanie o przyjęcie do pracy.

Część B stanowią dokumenty dotyczące nawiązania stosunku pracy oraz przebiegu zatrudnienia:

- umowa o pracę oraz zakres czynności,
- dokumenty dotyczące wykonywania pracy w formie telepracy,
- pisemne potwierdzenie zapoznania się przez pracownika z treścią regulaminu pracy i zaświadczenie o ukończeniu wymaganego szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- oświadczenie pracownika o zamiarze lub braku zamiaru korzystania z uprawnień, o których mowa w Kodeksie pracy art.1891 – dot. pracowników będących rodzicami,
- dokumenty dotyczące powierzenia pracownikowi mienia z obowiązkiem zwrotu/wyliczenia się,
- dokumenty związane z podnoszeniem przez pracownika kwalifikacji zawodowych,
- oświadczenia dotyczące wypowiedzenia pracownikowi warunków umowy

- o pracę lub zmiany tych warunków,
- dokumenty związane z przyznaniem pracownikowi nagrody, wyróżnienia oraz wymierzeniem kary porządkowej,
- pisma dotyczące udzielania pracownikowi dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego, urlopu wychowawczego oraz urlopu bezpłatnego,
- dokumenty związane z obniżeniem wymiaru czasu pracy, w przypadku określonym w art. 1867 K.p. (pkt.1 – Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika.),
- orzeczenia lekarskie wydane w związku z przeprowadzonymi badaniami okresowymi i kontrolnymi,
- umowę o zakazie konkurencji, jeśli strony zawarły taką umowę w okresie pozostawania w stosunku pracy,

ciąg dalszy na str. 17

- wnioski pracownika dotyczące:
 - ustalenia indywidualnego rozkładu jego czasu pracy (art.142 K.p. – Na pisemny wniosek pracownika pracodawca może ustalić indywidualny rozkład jego czasu pracy w ramach systemu czasu pracy, którym pracownik jest objęty.),
 - stosowania do niego skróconego tygodnia czasu pracy (art.143 K.p. – (...) W tym systemie jest dopuszczalne wykonywanie pracy przez pracownika przez mniej niż 5 dni w ciągu tygodnia, przy równoczesnym przedłużeniu dobowego wymiaru czasu pracy, nie więcej niż do 12 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1 miesiąca.),
 - stosowania do niego systemu czasu pracy, w którym praca jest świadczona wyłącznie w piątki, soboty, niedziele i święta (art. 144 K.p. – (...)) W tym systemie jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy, nie więcej jednak niż do 12 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1 miesiąca.),
- wniosek pracownika o poinformowaniu właściwego inspektora pracy o zatrudnieniu pracowników pracujących w nocy oraz kopię informacji w tej sprawie skierowanej do właściwego inspektora pracy,
- korespondencję z reprezentującą pracownika zakładową organizacją związkową we wszystkich sprawach ze stosunku pracy wymagających współdziałania pracodawcy z tą organizacją lub innymi podmiotami konsultującymi sprawy ze stosunku pracy,
- informacje dotyczące wykonywania przez pracownika powszechnego obowiązku obrony.

W części B można gromadzić również dokumenty, które będą potrzebne do dokumentowania pewnych zdarzeń, np.: kserokopię dokumentów zgłoszeniowych wysyłanych do ZUS (ZUS ZUA i innych), wnioski o urlop, pisemna zgoda pracownika na wypłatę wynagrodzenia na konto pracownika (art. 86 § 3 Kodeksu pracy), oświadczenie o upoważnieniu płatnika do obliczania podwyższonych

kosztów uzyskania przychodów.

Część C stanowią dokumenty związane z ustaniem zatrudnienia:

- oświadczenie o wypowiedzeniu lub rozwiązaniu umowy o pracę,
- dokumenty dotyczące żądania wydania świadectwa pracy (art.97 § 11 K.p. - (...) pracodawca jest obowiązany wydać pracownikowi świadectwo pracy obejmujące zakończone okresy zatrudnienia na podstawie takich umów, zawartych w okresie 24 miesięcy, poczynając od zawarcia pierwszej z tych umów.) oraz związane z niewypłaceniem ekwiwalentu za urlop wypoczynkowy (art.171 § 3 K.p. - Pracodawca nie ma obowiązku wypłacania ekwiwalentu pieniężnego, w przypadku gdy strony postanowią o wykorzystaniu urlopu w czasie pozostawania w stosunku pracy na podstawie kolejnej umowy o pracę zawartej z tym samym pracodawcą bezpośrednio po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniej umowy o pracę z tym pracodawcą.)
- kopię wydanego pracownikowi świadectwa pracy,
- potwierdzenie dokonania czynności związanych z zajęciem wynagrodzenia za pracę w związku z prowadzonym postępowaniem egzekucyjnym,
- umowę o zakazie konkurencji po rozwiązaniu stosunku pracy, jeżeli strony zawarły taką umowę,
- orzeczenie lekarskie wydane w związku z przeprowadzonymi badaniami okresowymi po rozwiązaniu stosunku pracy.

Pracodawca musi zadbać także o gromadzenie i archiwizację dodatkowych dokumentów dotyczących:

- listy obecności, ewidencję czasu pracy (obejmującą pracę w niedzielę i święta, w porze nocnej, w godzinach nadliczbowych, dodatkowe dni wolne od pracy, dyżury, urlopy, zwolnienia od pracy oraz inne usprawiedliwione i nieusprawiedliwione nieobecności w pracy,
- imiennej karty wypłaconego wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą,
- karty ewidencyjnej przydziału odzieży

i obuwia roboczego,

- podejrzenia o chorobę zawodową lub dotknięcia pracownika taką chorobą,
- wypadków przy pracy oraz w drodze do pracy i z pracy

Konsekwencje prawne nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji pracowniczej

Jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy jest prowadzenie akt osobowych oraz **przechowywanie ich przez okres 50 lat** od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy.

Pracodawca obowiązany jest zabezpieczyć dokumentację nie tylko przed uszkodzeniem i zniszczeniem ale także przed dostępem dla osób niepowołanych i tym samym przestrzegać przepisów ustawy o ochronie danych osobowych.

Brak dokumentacji zatrudnienia bądź też ich niekompletność oraz niewłaściwe prowadzenie może spowodować negatywne konsekwencje dla pracodawcy. Niespełnianie tych obowiązków stanowi wykroczenie przeciwko prawom pracownika i podlega karze grzywny do 30 000zł. (art.281 pkt.6 i 7 K.p.)



JGP

w pytaniach



odpowiedziach

**Anna Janiszewska**

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: anna.janiszevska@iuz.org.pl

Do autorki są kierowane liczne pytania naszych Czytelników, na które udzielamy indywidualnie odpowiedzi. Najciekawsze publikujemy w tej rubryce. Dziękujemy za zainteresowanie i za wszystkie pytania, które dotychczas otrzymaliśmy. Zachęcamy do zadawania kolejnych, związanych z systemem jednorodnych grup pacjentów.

Zwracam się z pytaniem o możliwość rozliczenia. Podaję rozpoznania, które wskazuje nasz gruper: JGP-G24 korzystniejszy, zamiast JGP-G25 z rozpoznaniem K80.0 + współtowarzyszące K81.0, K80.1 + współistniejące K81.9. Bez podania tych współistniejących gruper pokazuje G25.

Rozliczenie, o które Pani pyta, dotyczy hospitalizacji związanej z wycięciem pęcherzyka żółciowego. Hospitalizacja musi być oczywiście rozliczona grupą o charakterze zabiegowym. Katalog grup jednorodnych przewiduje 2 możliwości rozliczenia hospitalizacji dotyczącej postępowania związanego z wycięciem pęcherzyka żółciowego:

G24 Wycięcie pęcherzyka żółciowego z pw *

G25 Wycięcie pęcherzyka żółciowego *

Wartości rozliczeniowe wskazanych grup to kolejno: 3692zł (G24) oraz 3276zł (G25).

W tym miejscu pragnę wskazać, że grupa zabiegowa G24 o wyższej wartości punktowej może być rozliczona w przypadku wystąpienia schorzeń współtowarzyszących. Proszę jednak pamiętać, że takie schorzenie musi być ściśle związane z postępowaniem zasadniczym, czyli operacją pęcherzyka żółciowego. Zatem wybór odpowiedniego rozpoznania zależy od tego, czy miało ono wpływ na wykonanie zabiegu i leczenie

podczas tej rozliczanej przez Panią hospitalizacji.

Powikłania i choroby współistniejące, jakie kwalifikują do rozliczenia grupy o wyższej wycenie, prezentuje poniższa tabela. Wystarczy wskazać jedno rozpoznanie z poniższych.

Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących

A04.7 Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez *Clostridium difficile*
 A15.9 Gruźlica układu oddechowego nieokreślona, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie
 A40.9 Posocznica paciorkowcowa, nieokreślona
 A41.2 Posocznica wywołana przez nieokreślone gronkowce
 A41.3 Posocznica wywołana przez *Haemophilus influenzae*
 A41.5 Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne
 A41.9 Posocznica, nieokreślona
A49.0 Zakażenie gronkowcowe, nieokreślone
 A49.8 Inne zakażenia bakteryjne o nieustalonym umiejscowieniu narządowym
 B15.0 Wirusowe zapalenie wątroby A ze śpiączką wątrobową
 B76.9 Choroba tęgoryjcowa, nieokreślona
 B88.8 Inne określone inwazje pasożytnicze
 B90.9 Następstwa gruźlicy układu oddechowego i nieokreślone
 C16.9 Nowotwór złośliwy (żołądek, nieokreślony)
 C17.0 Nowotwór złośliwy (dwunastnica)
 C17.9 Nowotwór złośliwy (jelito cienkie, nieokreślone)
 C18.2 Nowotwór złośliwy (określona wstępująca)
 C18.4 Nowotwór złośliwy (określona poprzeczna)
 C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
 C22.1 Nowotwór złośliwy (rak przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych)

- C22.7 Nowotwór złośliwy (inne nieokreślone raki wątroby)
 C22.9 Nowotwór złośliwy (wątroba, nieokreślona)
 C23 Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
 C24.0 Nowotwór złośliwy (zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe)
 C24.9 Nowotwór złośliwy (drogi żółciowe, nieokreślone)
 C25.9 Nowotwór złośliwy (trzustka, nieokreślona)
 C26.0 Nowotwór złośliwy (przewód pokarmowy, część nieokreślona)
 C26.9 Nowotwór złośliwy (część układu trawiennego niedokładnieokreślona)
 C43.3 Czerniak złośliwy innych i nieokreślonych części twarzy
 C43.7 Czerniak złośliwy kończyny dolnej łącznie z biodrem
 C44.4 Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
 C45.1 Międzybłoniak otrzewnej
 C56 Nowotwór złośliwy jajnika
 C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
 C67.2 Nowotwór złośliwy (ściana boczna pęcherza moczowego)
 C67.9 Nowotwór złośliwy (pęcherz moczowy, nieokreślony)
 C77.2 Nowotwór złośliwy (węzły chłonne wewnątrz jamy brzusznej)
 C77.4 Nowotwór złośliwy (węzły chłonne kończyny dolnej i pachwiny)
 C77.9 Nowotwór złośliwy (węzły chłonne, nieokreślone)
 C78.5 Wtórny nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy
 C78.7 Wtórny nowotwór złośliwy wątroby
 C79.0 Wtórny nowotwór złośliwy nerki i miedniczki nerkowej
 C79.1 Wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych i nieokreślonych części układu moczowego
 C79.3 Wtórny nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowych
 C79.5 Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego
 C80 Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia
 C85.1 Chłoniak z komórek B, nieokreślony
 C88.0 Makroglobulinemia Waldenströma
 D12.5 Nowotwór niezłośliwy (określona esowata)
 D13.3 Nowotwór niezłośliwy (inne i nieokreślone części jelita cienkiego)
 D18.0 Naczyniak krwionośny jakiegokolwiek umiejscowienia
 D25.9 Mięśniak gładkokomórkowy macicy, nieokreślony
 D27 Niezłośliwy nowotwór jajnika
 D37.7 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (inne narządy trawienne)
 D37.9 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (narządy trawienne, nieokreślone)
 D45 Czerwienica prawdziwa
 D55.1 Niedokrwistość zależna od innych zaburzeń metabolizmu glutationu
 D64.9 Nieokreślona niedokrwistość
 D69.5 Małopłytkowość wtórna
 D69.6 Nieokreślona małopłytkowość
 D70 Agranulocytoza
 D82.1 Zespół Di George'a
 E05.9 Tyreotoksykoza, nieokreślona
 E14.3 Cukrzyca nieokreślona (z powikłaniami ocznymi)
 E15 Śpiączka hipoglikemiczna niecukrzycowa
 E16.8 Inne określone zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki
 E21.3 Nadczynność przytarczyc, nieokreślona
 E34.0 Zespół rakowiaka
 E55.9 Niedobór witaminy D, nieokreślony
 E78.2 Hyperlipidemia mieszana
 E83.9 Zaburzenia przemiany mineralnej, nieokreślone
 E87.0 Hiperosmolarność i hiponatremia
 G45.9 Przemijające mózgowe napady niedokrwienia, nieokreślone
 G70.9 Zaburzenia mięśniowo-nerwowe, nieokreślone
 G72.2 Miopatia wywołana innymi czynnikami toksycznymi
 G82.5 Porażenie czterokończynowe, nieokreślone
 G95.9 Choroba rdzenia kręgowego, nieokreślona
 I26.9 Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym
 I33.0 Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia
 I42.5 Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)
 I44.2 Blok przedsionkowo-komorowy zupełny
 I46.9 Zatrzymanie krążenia, nieokreślone
 I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy
 I49.1 Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa
 I50.0 Niewydolność serca zastoinowa
 I51.3 Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej
 I64 Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
 I71.9 Tętniak tętnicy głównej o nieokreślonym umiejscowieniu, bez wzmianki o pęknięciu
 I72.0 Tętniak tętnicy szyjnej
 I72.3 Tętniak tętnicy biodrowej (wspólnej) (zewnątrznej) (wewnętrznej)
 I80.2 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył innych naczyń głębokich kończyn dolnych
 I80.9 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył o nieokreślonym umiejscowieniu
 I81 Zakrzep żyły wrotnej
 I85.0 Żylaki przełyku z krwawieniem
 I97.8 Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej
 I97.9 Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone
 J47 Rozstrzenie oskrzeli
 J69.0 Zapalenie płuc wywołane zachłyśnięciem się pokarmem lub wymiocinami
 J86.0 Ropniak opłucnej z przetoką
 J86.9 Ropniak opłucnej bez przetoki
 J90 Wysięk opłucnowy niesklasyfikowany gdzie indziej
 J92.9 Błazka opłucnej bez azbestozy
 J93.9 Nieokreślona odma opłucnowa
 J95.4 Zespół Mendelсона
 J98.1 Zapadnięcie się płuca
 K21.9 Zarzucanie żołądkowo-przełykowe bez zapalenia przełyku
 K31.5 Niedrożność dwunastnicy
 K31.6 Przetoka żołądka lub dwunastnicy
 K35.9 Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, nieokreślone
 K56.0 Niedrożność porażenna
 K56.5 Zrosty jelitowe z niedrożnością
 K56.7 Niedrożność, nieokreślona
 K57.9 Choroba uchyłkowa jelita, części nieokreślonej, bez przeziurawienia lub ropnia
 K62.5 Krwawienie z odbytu i odbytnicy
 K65.0 Ostre zapalenie otrzewnej
 K65.8 Inne zapalenie otrzewnej
 K65.9 Zapalenie otrzewnej, nieokreślone
 K70.1 Alkoholowe zapalenie wątroby
 K70.3 Alkoholowa marskość wątroby
 K70.9 Alkoholowa choroba wątroby, nieokreślona
 K72.9 Niewydolność wątroby, nieokreślona
 K74.5 Marskość żółciowa, nieokreślona
 K74.6 Inna i nieokreślona marskość wątroby
 K75.0 Ropień wątroby
 K75.1 Zapalenie żyły wrotnej
 K75.9 Choroba zakaźna wątroby, nieokreślona
 K76.4 Plamica wątroby
 K76.7 Zespół wątrobowo-nerkowy
 K80.3 Kamica przewodu żółciowego z zapaleniem (dróg żółciowych)
 K81.0 Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego
 K81.9 Zapalenie pęcherzyka żółciowego, nieokreślone
 K82.2 Przedziurawienie pęcherzyka żółciowego
 K82.3 Przetoka pęcherzyka żółciowego
 K83.0 Zapalenie dróg żółciowych
 K83.1 Niedrożność przewodów żółciowych

K83.3 Przetoka przewodów żółciowych
 K83.8 Inne określone choroby przewodów żółciowych
 K83.9 Choroba przewodów żółciowych, nieokreślona
 K85 Ostre zapalenie trzustki
 K86.3 Torbiel rzekoma trzustki
 K90.3 Tłuszczowa biegunka trzustkowa
 K91.8 Inne pooperacyjne zaburzenia układu pokarmowego niesklasyfikowane gdzie indziej
 K91.9 Pooperacyjne zaburzenia układu pokarmowego, nieokreślone
 M34.8 Inne postacie stwardnienia układowego
 M35.8 Inne określone układowe zajęcie tkanki łącznej
 N07.9 Nefropatia dziedziczna, niesklasyfikowana gdzie indziej (nieokreślone)
 N13.3 Inne i nieokreślone wodonercze
 N13.6 Roponercze
 N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona
 N19 Nieokreślona niewydolność nerek
 N39.0 Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej
 N99.0 Pozabiegowa niewydolność nerek
 N99.4 Pozabiegowe zrosty otrzewnej miednicy
 R04.9 Krwotok z dróg oddechowych, nieokreślony
 T81.0 Krwotok i krwiak wnikający zabieg, niesklasyfikowany gdzie indziej
 T81.2 Przypadkowe przebicie lub rozdarcie podczas zabiegu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 T81.3 Rozerwanie rany operacyjnej, niesklasyfikowane gdzie indziej
 T81.6 Ostry odczyn na ciało obce przypadkowo pozostawione w czasie zabiegu
 T85.6 Mechaniczne powikłanie innej, określonej protezy wewnętrznej, wszczepu lub przeszczepu
 T86.9 Niepowodzenie i odrzut przeszczepu nieokreślonego narządu i tkanki

Mam pytanie dotyczące oddziału onkologii, niedokrwistości w przebiegu choroby nowotworowej. Jeśli pacjent z rozpoznaniem nowotworem jest hospitalizowany na oddziale z niedokrwistością, to czy można u niego zakodować na 1 miejscu nowotwór? Np. C90.0, a kod dodatkowy D63.0 i wtedy rozliczyć z NFZ grupę z nowotworem, czyli S03 za 49 punktów?

Zgodnie z zasadami kodowania rozpoznanie zasadnicze to takie, które było powodem przyjęcia do szpitala, wiązało się z największym zaangażowaniem zasobów szpitala na leczenie tej jednostki chorobowej.

Jeśli zatem u pacjenta z chorobą nowotworową wystąpiła niedokrwistość i ona była powodem hospitalizacji u Państwa w szpitalu, to jako rozpoznanie zasadnicze należy wskazać niedokrwistość.

Jeśli podczas hospitalizacji stosowane były w leczeniu substancje czynne z katalogu chemioterapii, lub leczenie wspomagające, to należy rozliczyć produkt - hospitalizacja onkologiczna.

Jeśli jednak nie podawano substancji czynnych ani też wspomagających, a pacjent nie jest w trakcie leczenia onkologicznego, wówczas rozliczamy niedokrwistość.

Proszę pamiętać, aby podczas wskazywania rozpoznania

zasadniczego oraz współistniejących wskazywać pełne nazwy, zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Czy istnieje przepis na to, że lekarz rezydent po 2. roku specjalizacji może pełnić dyżur samodzielnie czy pod nadzorem specjalisty?

Zgodnie z przepisem § 13 ust. 1 pkt 8) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2013 r. Nr 26) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują m.in. pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów.

Nie ulega więc wątpliwości, iż lekarz odbywający specjalizację może (a nawet powinien) pełnić dyżury, pytanie: czy może robić to samodzielnie. Po zmianie przepisów w 2008 r. decyduje o tym kierownik specjalizacji. Otóż zgodnie z § 16 ust. 1 pkt 6) cytowanego powyżej rozporządzenia, w ramach realizacji szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego kierownik specjalizacji ustala harmonogram dyżurów w porozumieniu z kierownikiem jednostki szkolącej, oraz decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru.

Dodać można, iż odnoszące się do odpowiedzialności lekarzy przepisy prawne nie różnicują odpowiedzialności lekarza i lekarza specjalisty.

Ponadto, zgodnie z treścią art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zabiegawczych, leczniczych i orzecznich, zatem gdy czynności te przewyższają umiejętności lekarza, powinien on zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi.

Zgodnie z treścią art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Reasumując zatem: na gruncie obowiązujących przepisów prawa, lekarz odbywający specjalizację może pełnić dyżur samodzielnie – po uzyskaniu zezwolenia kierownika specjalizacji, co nie uchyla ogólnych zasad dotyczących wykonywania zawodu lekarza, w zakresie obowiązku konsultacji z innym lekarzem w przypadku, gdy zaistnieje taka konieczność.



Kalendarium

czyli najważniejsze wydarzenia

Zarówno Resort Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia publikują kolejne propozycje istotne dla funkcjonowania świadczeniodawców.

Na etapie konsultacji istnieje możliwość zgłaszania uwag do przepisów prawnych, do czego serdecznie zachęcamy.

Przygotował Zespół Kancelarii Doradczej

Wystawianie Recept

W marcu bieżącego roku Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat dotyczący ważności wystawianych recept. Przypomina się o tym, że recepta wystawiona przez lekarza lub felczera jest ważna przez 30 dni od daty jej wystawienia lub od wyznaczonej daty realizacji – jeśli taka została określona na receptce. Nie dotyczy to recept wystawionych na:

- antybiotyki – 7 (siedmiu) dni od daty wystawienia,
- preparaty immunologiczne – 90 (dziewięćdziesięciu) dni od daty wystawienia,
- leki sprowadzane z zagranicy – 120 (stu dwudziestu) dni od daty wystawienia.

Zawieranie i realizacja umów w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapii

28.04.2015 r. zostało opublikowane zarządzenie Prezesa NFZ nr 20/2015/DGL zmieniające zarządzenie nr 19/2015/DLG w sprawie określenia

warunków zawierania i realizowania umów w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapii. W zarządzeniu dokonuje się zmiany przepisu przez uchylenie nowego rodzaju świadczenia, tj. zakwaterowanie do chemioterapii. Zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 01.03.2015.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapii powinni zatem uwzględnić powyższe w organizacji udzielania świadczeń w placówkach.

Rozliczanie leków w ramach umów – programy zdrowotne oraz chemioterapia

6.05.2015 r. Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat dotyczący rozliczania leków w ramach umów w rodzaju *Leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) oraz chemioterapia*. Komunikat dotyczył wskazywania w systemie rozliczeniowym taryfy (w refundacji danego leku) z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

Narodowy Fundusz Zdrowia zobowią-

zany jest do przestrzegania wydanych przez Ministra Zdrowia decyzji o refundacji poszczególnych leków.

Mając na względzie powyższe, ustalanie taryfy za jednostkę danego leku jest wynikiem ilorazu wartości opakowania danego leku i ilości substancji czynnej w nim zawartej, przy czym należy zwrócić uwagę, że w sytuacji, gdy wyliczona taryfa stanowi np. liczbę 22,65539 tj. zawiera więcej niż 4 miejsca po przecinku, to jej zaokrąglenie spowoduje przekroczenie wartości taryfy z decyzji refundacyjnej.

Tym samym celem rozliczenia omawianych świadczeń niezbędne jest wskazanie taryfy opartej na systemie z dokładnością do 4 miejsc po przecinku tj. np. 22,6553.

Zmiany w prowadzeniu list oczekujących

Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał zmian w prowadzeniu list oczekujących. Płatnik wskazuje na obowiązek wpisywania pacjentów na listy oczekujących nawet wtedy, gdy czas oczekiwania na świadczenie przekracza czas trwania

ciąg dalszy na str. 20

umowy ze świadczeniodawcą.

Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że świadczeniodawca ma obowiązek wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących nawet, jeżeli przewidywany termin realizacji świadczenia medycznego będzie wykraczał poza okres obowiązywania umowy z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. W art. 20 ust. 10a-10d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) został uregulowany sposób postępowania w sytuacji, gdy po zakończeniu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na listach oczekujących nadal znajdują się świadczeniobiorcy, którzy nie uzyskali świadczenia.

Świadczeniodawca jest zobowiązany wydać tym świadczeniobiorcom zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących, a w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie skierowań dodatkowo oryginały złożonych przez świadczeniobiorców skierowań.

Wymienione powyżej zaświadczenie musi zawierać datę zgłoszenia się świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy, ponieważ ta data ma być brana pod uwagę przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia danego świadczenia przez kolejnego świadczeniodawcę, do którego zgłosi się świadczeniobiorca.

Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – chemioterapia

25 maja 2015 r. na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowano nowe zarządzenie Nr 25/2015/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 maja 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 maja 2015 r. Zmiana doty-

czy wskazania nowego katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii (załącznik 1n do zarządzenia).

Zmiany mają charakter porządkowy i związane są z wprowadzeniem nowego obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2015 r.

Komunikat NFZ w sprawie świadczeń rozliczanych skalą degresywną – chemioterapia

25 maja 2015 r. na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowano komunikat dotyczący zasad sprawozdawania świadczeń rozliczanych skalą degresywną w chemioterapii, w aspekcie świadczeń związanych z pobytami łącznymi np. brachyterapią.

I. Pobyt w całości rozliczony produktami kontraktowymi z umowy w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. W przypadku, gdy hospitalizacja do chemioterapii w całości wypełnia daty sprawozdanego epizodu (nie występuje przemieszczanie się pacjenta między oddziałami) świadczeniodawca powinien sprawozdawać taryfę dynamiczną zgodnie z komunikatem Centrali NFZ.

II. Pobyt rozliczany produktami kontraktowymi z umowy w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapii w połączeniu z innymi produktami z odrębnych umów.

1. W przypadku gdy w trakcie całego epizodu pacjent jest leczony na różnych oddziałach, w ramach różnych zakresów umów (np.: pacjent znajduje się na oddziale chemioterapii, następnie jest przeniesiony na oddział radioterapii i po kilku dniach znów wraca na oddział chemioterapii) świadczeniodawca powinien:
 - dla pierwszej hospitalizacji do chemioterapii w epizodzie wyliczyć taryfę dynamiczną zgodnie z komunikatem Centrali NFZ,

- w przypadku kolejnego kontaktu do chemioterapii taryfa powinna zostać wyliczona jako kontynuacja leczenia pacjenta

2. W przypadku gdy w trakcie całego epizodu (przykład 3) pacjent jest leczony na tym samym oddziale (kontakt), a jego pobyt rozliczany jest z różnych umów np.:

- pacjent leczony jest w ramach chemioterapii należy wykazać i rozliczyć produkt z umowy 03/03 (data od 01-01-2015 do 03-01-2015),
- pacjent leczony jest w ramach brachyterapii należy wykazać i rozliczyć produkt z umowy 03/04 (data od 03-01-2015 do 10-01-2015),
- pacjent jest dalej leczony w ramach chemioterapii należy wykazać i rozliczyć produkt z umowy 03/03 (data od 10-01-2015 do 13-01-2015).

Dla pierwszej hospitalizacji do chemioterapii w epizodzie, świadczeniodawca powinien wyliczyć taryfę dynamiczną zgodnie z komunikatem Centrali NFZ, natomiast w przypadku kolejnego kontaktu do chemioterapii w trwającym epizodzie taryfa powinna zostać liczona jako kontynuacja leczenia pacjenta.

Projekt zmian – znieczulenie do porodu – leczenie szpitalne

12.06.2015 r. Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Projekt zakłada wprowadzenie w życie nowej procedury do rozliczania znieczulenia stosowanego przy porodzie zakończonym drogami natury. Nowe świadczenie o nazwie *Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w wartości JGP* wyceniono na poziomie 8 punktów (ok. 416 PLN). Zawarte jest ono w katalogu świadczeń do sumowania 1c. W kolumnie uwagi wskazano zakres

ciąg dalszy na str. 21

grup JGP, dla których możliwym będzie łączne rozliczenie:

- N01 – Poród;
- N02 – Poród mnogi lub przedwcześnie;
- N03 – Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni;
- N09 – Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni;
- N11 – Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw.;
- N13 – Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni.

Wprowadzenie nowego świadczenia podyktowane było 40% wzrostem liczby porodów z zastosowanym znieczuleniem zewnątrzoponowym.

Nowy program lekowy – leczenie zwyrodnienia plamki żółtej (AMD)

W związku z opublikowaniem najnowszej listy leków refundowanych przez Ministra Zdrowia (Dz. Urz. MZ, poz. 23), Centrala NFZ przedstawiła projekt zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju *leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)*.

Zmiany polegają na określeniu wymagań dla nowego programu lekowego: Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związane z wiekiem (AMD) – kod ICD-10 jednostki chorobowej H35.3

Projekt rozporządzenia dotyczący recept wystawianych przez pielęgniarki i położne

26 czerwca Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.

Projekt rozporządzenia reguluje szczegółowo:

- 1) sposób i tryb wystawiania recept,

- 2) wzór recepty,

- 3) sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,

- 4) sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawienia i realizacji, biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recept i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Projekt rozporządzenia reguluje szczegółowo sposób wystawienia recept przez pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, które będą mogły samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, oraz ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie recepty, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast pielęgniarki i położne posiadające co najmniej dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą mogły na zlecenie lekarza (w ramach kontynuacji) w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji wystawiać recepty na określone leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

W projektowanym rozporządzeniu określono:

- przepisy dotyczące ogólnych zasad wystawiania recept przez uprawnione pielęgniarki i położne,
- dane, które muszą być uwzględnione na receptce: informacje dotyczące osoby uprawnionej do wystawiania recepty, albo świadczeniodawcy, u którego

wykonuje zawód osoba uprawniona, informacje dotyczące pacjenta, w tym m.in. kody uprawnień dodatkowych pacjenta, określone w załączniku 1 do projektowanego rozporządzenia, identyfikator płatnika, określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia lub w przypadku osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji symbol instytucji właściwej określony w załączniku nr 3 do projektowanego rozporządzenia, dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych,

- uregulowano możliwość wystawienia recepty „pro auctore” lub „pro familiae” przez pielęgniarkę i położną,
- wskazano na konieczność umieszczania na receptce numeru identyfikującego receptę, nadawanego przez oddział wojewódzki Funduszu, sposób budowy numeru określa załącznik nr 4 do projektowanego rozporządzenia,
- przepisy dotyczące możliwości dodatkowego sposobu przedstawienia wybranych danych wymaganych na raporcie, w postaci ułatwiającej ich automatyczny odczyt – kodu kreskowego, opisanego w załączniku nr 5 do projektowanego rozporządzenia,
- regulacje dotyczące recepty transgranicznej,
- szczegółowe dane osoby uprawnionej lub świadczeniodawcy, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona do wystawienia recepty,
- dane wymagane na receptce, na której przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji,
- szczegółowe dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wymaganych na receptce. Wskazano, że osoba wystawiająca receptę w ramach zlecenia lekarskiego zaznacza na receptce znak „X” w rubryce „Kontynuacja”,
- przepisy dotyczące ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego, możliwego do przepisania dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie

ciąg dalszy na str. 22

- malnie, przez osobę wystawiającą receptę,
- wzór recepty, który stanowi załącznik nr 6 do rozporządzenia oraz przedstawia techniczne aspekty zaopatrywania w druki recept,
- możliwość realizacji recepty, w chwili gdy dane na niej ujęte nie odpowiadają poszczególnym częściom wzoru recepty,
- wskazane przypadki możliwości realizacji recepty mimo sytuacji, w których wymagane dane nie zostały wpisane bądź zostały wpisane w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z rozporządzeniem,
- terminy realizacji recept,
- wskazuje, w jakich przypadkach moż-

- na dzielić opakowania leków refundowanych, które co do zasady nie podlegają dzieleniu,
- sposób przechowywania recept, w tym sposób postępowania w sytuacji zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept,
- zasady kontroli wystawiania i realizacji recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne.

Włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych nakłada na te osoby obowiązek stosowania się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi. (art. 49 ust. 3 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego prze-

znaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zakazuje podmiotom uczestniczącym w obrocie produktami refundacyjnymi do udzielania i przekazywania korzyści na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów) oraz osoby uprawnione (np. lekarze, pielęgniarki). Działania mające na celu zwiększenie obrotu lekami refundowanymi, co leży w interesie przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych).

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Leczenie bólu w lecznictwie zamkniętym



Jolanta Kowalczyk

Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, ból to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub odnoszone do takiego uszkodzenia.

Obecnie leczenie bólu jest jednym z najważniejszych zadań medycyny, jest integralną częścią nowoczesnego leczenia, ponieważ nie tylko minimalizuje cierpienia pacjenta, ale także zmniejsza liczbę powikłań, skraca jego pobyt w szpitalu.

W związku z powyższym wprowadzone zostały regulacje zmierzające do doprecyzowania prawidłowego wypełniania obowiązków służbowych personelu me-

dycznego.

Zgodnie z przepisem § 5a Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

Przepis § 3. 1. Rozporządzenia odwołuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych obejmujących:

- 1) świadczenia gwarantowane, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) badania diagnostyczne oraz leki lub wyroby medyczne, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych, o których mowa

w pkt 1;

- 3) świadczenia w chemioterapii;
- 4) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy.

Ponadto jak stanowi przepis § 18 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych obowiązany jest do odnotowania w historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, informacji na temat stopnia natężenia bólu, działaniach podjętych w zakresie leczenia bólu oraz sku-

ciąg dalszy na str. 23

teczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

Jedną z metod oceny stopnia natężenia bólu jest skala wzrokowo-analogowa (VAS, visual analogue score).

Metoda VAS jest graficzną skalą opisową. Chory określa stopień natężenia bólu na linijce o długości 10 cm (0 – ból nieobecny, 10 – ból najsilniejszy do wyobrażenia). W historii choroby lekarz odnotowuje długość wskazanego przez chorego odcinka i opisuje ból.

Ważne, by pacjent wiedział, co oznaczają wartości skrajne, zwłaszcza najsilniejszy wyobrażalny ból.



W przypadku małych pacjentów skala ta może zostać zmodyfikowana do postaci graficznej.



Kolejnym rodzajem obrazowania

bólu jest skala numeryczna oparta na podobnej zasadzie, ale określa natężenie bólu w punktach 0-10. W codziennej praktyce klinicznej użycie VAS lub skali numerycznej jest wystarczającym narzędziem pomiaru.

Przydatną metodą w ocenie natężenia bólu jest skala słowna (VRS, verbal rating scale), która ocenia ból w sposób opisowy i występuje w różnych wersjach (np. skale 4-stopniowa lub 5-stopniowa według Likkerta – ból nieobecny, ból słaby, ból umiarkowany, ból silny lub wymienione i, dodatkowo, ból niemożliwy do zniesienia).

Kolejną możliwość stanowi ocena stopnia bólu poprzez liczbę w skali numerycznej (NRS – Numerical Rating Scale).

Pacjent określa ból w skali numerycznej od 0 (brak bólu) do 10 (najsilniejszy wyobrażalny ból). Wynik w postaci właściwej wartości zapisywany jest w doku-

mentacji.

Oprócz skali oceniających natężenie bólu istnieje wiele kwestionariuszy pozwalających opisać charakter bólu (np. z zastosowaniem kwestionariusza Melzacka). Aby przeprowadzić rzetelny pomiar natężenia bólu, należy wykorzystać więcej niż jedno narzędzie (np. skala numeryczna i skala opisowa).

Niezależnie od wyboru skali właściwej dla oceny bólu, należy zauważyć, w przypadku pacjentów wymagających monitorowania bólu, powinno się ono odbywać w sposób usystematyzowany, nie zaś jednorazowy.

W załączniku 1a oraz charakterystyce JGP opisany jest zakres grup przyporządkowanych odpowiednim schorzeniom związanym z leczeniem bólu. Grupami jednorodnymi, związanymi z leczeniem bólu, przewidzianymi dla np. oddziału wewnętrznego są:

Lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa – hospitalizacja
13	A26	5.51.01.0001026	Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *	13
33	A59	5.51.01.0001059	Bóle głowy	29
39	A87A	5.51.01.0001088	Inne choroby układu nerwowego > 17 r.ż.	31
201	F16	5.51.01.0006016	Choroby żołądka i dwunastnicy	37
204	F26	5.51.01.0006026	Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych)	57
209	F36	5.51.01.0006036	Choroby jelita grubego	48
213	F46	5.51.01.0006046	Choroby jamy brzusznej	31
279	H56C	5.51.01.0008057	Zespoły bólowe kręgosłupa < 4 dni	12
280	H56D	5.51.01.0008058	Zespoły bólowe kręgosłupa > 3 dni	30
299	H89C	5.51.01.0008099	Choroby niezapalne kości i stawów < 4 dni	12

Wyznaczając grupę, opieramy się na następujących elementach:

- rozpoznaniu według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – zwanej ICD-10
- procedurze medycznej według wskazanej przez Fundusz wersji Międzyna-

rodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – zwanej ICD-9

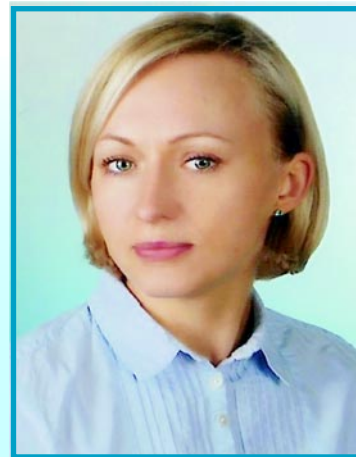
- wieku pacjenta
- czasie pobytu oraz obecności chorób współistniejących.

Trzeba tutaj zwrócić uwagę, że w przypadku kontroli NFZ, warunki zawarte

w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania muszą zostać zrealizowane i potwierdzone w historii choroby hospitalizacji rozliczonej takim świadczeniem.

ANGIELSKI dla MEDYKÓW

ENGLISH for PHYSICIANS



Katarzyna Moczulska

7. GINEKOLOGIA, POŁOŻNICTWO I POWIĄZANE PROBLEMY

Słowa kluczowe:

Szyjka macicy, Jajowody, Płód, Jajniki, Macica, Pochwa.

Dwie główne części żeńskiego układu rozrodczego, są:

- pochwa i macica;
- jajniki, które produkują komórki jajowe.

Pochwa jest połączona z macicą poprzez szyjkę, a jajowody łączą macicę z jajnikami. W odpowiedzi na zmiany hormonalne, jedna komórka jajowa lub jajeczko – bądź więcej w przypadku ciąży mnogiej – jest zwolnione i wysłane w dół jajowodu podczas owulacji. Jeśli nie dojdzie do zapłodnienia, jajeczko to jest wyeliminowane wskutek menstruacji.

Średni cykl menstruacyjny trwa około 28 dni i odbywa się w etapach: faza folikularna, faza owulacji (owulacja) oraz faza lutealna. W cykl menstruacyjny są zaangażowane cztery główne hormony: hormon folikulotropowy, hormon luteinizujący, estrogen i progesteron.

Choroby układu rozrodczego

Od dojrzewania po menopauzę, narządy rodne kobiety ulegają ciągłym zmianom poprzez normalne procesy aktywności seksualnej, ciążę i starzenie się, a czasami poprzez choroby i urazy. Istnieje wiele zaburzeń i chorób, które mogą mieć wpływ na układ rozrodczy.

TORBIELE JAJNIKÓW

Torbiele jajników są wypełnionymi płynem pęcherzykami, znajdującymi się na powierzchni lub wewnątrz jajnika. Występują bardzo często i zwykle nie dają żadnych objawów. W większości przypadków są one nieszkodliwe i znikają bez konieczności leczenia. Jednakże, jeśli torbiel jest duża lub wywołuje objawy, konieczne może być chirurgiczne usunięcie. Torbiel jajnika zwykle daje objawy, gdy nastąpi jej pęknięcie, jest bardzo duża lub gdy blokuje dopływ krwi do jajników. W takich przypadkach pacjentka może mieć następujące objawy:

- Ból w obrębie miednicy;

7. GYNECOLOGY, OBSTETRICS AND RELATED PROBLEMS

Key words:

Cervix, Fallopian tubes, Fetus, Ovaries, Uterus, Vagina.

The two major parts of the female re-productive system are:

- The vagina and uterus;
- The ovaries, which produce ova.

The vagina is attached to the uterus through the cervix, while the Fallopian tubes connect the uterus to the ovaries. In response to hormonal changes, one ovum, or egg – or more in the case of multiple births – is released and sent down the Fallopian tube during ovulation. If not fertilized, this egg is eliminated as a result of menstruation.

The average menstrual cycle takes about 28 days and occurs in phases: the follicular phase, the ovulatory phase (ovulation), and the luteal phase. Four major hormones are involved in the menstrual cycle: follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, oestrogen, and progesterone.

Diseases of the reproductive system

From puberty through menopause, a woman's reproductive organs are constantly changing through the normal processes of sexual activity, pregnancy and aging, and sometimes disease and injury. There are many disorders and diseases which may affect the reproductive system.

OVARIAN CYSTS

Ovarian cysts are fluid-filled sacs within or on the surface of an ovary. They are very common and usually do not cause any symptoms. In most cases, they are harmless and disappear without the need for treatment. However, if the cyst is large or causing symptoms, it may need to be surgically removed.

An ovarian cyst usually causes symptoms if it ruptures, is very large or blocks the blood supply to the ovaries. In these cases patient may have the following symptoms:

- Pelvic pain;

- Trudności w opróżnianiu jelit;
- Częste oddawanie moczu;
- Zmiany w menstruacji – obfita, lżejsza lub nieregularna;
- Niestrawność lub uczucie pełności i wzdęcia;
- Zmęczenie.

Występują różne rodzaje torbieli jajnika, które mogą być zaklasyfikowane jako:

Torbiele funkcjonalne – torbiele nieszkodliwe, powstające jako część cyklu menstruacyjnego, najbardziej powszechne. Rozróżniamy dwa rodzaje torbieli funkcjonalnych:

- a. Torbiel pęcherzykowa – najczęściej występująca. Pojawia się, gdy pęcherzyk nie uwolni jajeczka lub gdy pęcherzyk nie skurczy się w momencie, kiedy jajeczko zostanie zwolnione. Jeśli taka sytuacja będzie miała miejsce, pęcherzyk może się powiększyć i wypełnić płynem. W większości przypadków, jednorazowo rozwija się tylko jedna torbiel pęcherzykowa. Często samoistnie znika w ciągu kilku tygodni.
- b. Torbiel ciała żółtego – mniej powszechna niż torbiel pęcherzykowa. Rozwijają się, gdy tkanka pozostała po uwolnieniu jajeczka (ciało żółte) wypełnia się krwią. Torbiel ciała żółtego zazwyczaj znika samoistnie po kilku miesiącach, czasem może również pęknąć, powodując krwawienie wewnętrzne i gwałtowny ból.

Torbiele patologiczne – guzy w jajnikach, które mogą być łagodne bądź złośliwe.

- c. Torbiel dermatoidalna – najbardziej popularny typ torbieli patologicznej u kobiet przed 40. rokiem życia. Torbiele dermatoidalne mogą składać się z szerokiego zakresu różnego rodzaju tkanek ludzkich, włączając krew, tłuszcz, kości czy włosy. Torbiele te mają potencjał do dużego rozrastania się (do 15 cm średnicy). Zazwyczaj nie są rakotwórcze, ale często wymagają chirurgicznego usunięcia.
- d. Gruczolakotorbielaki – najbardziej powszechne u kobiet po 40. roku życia. Gruczolakotorbielaki rozwijają się z komórek pokrywających zewnętrzną powierzchnię jajników. Wyróżniamy dwa typy:
 - Gruczolakotorbielaki surowicze – zazwyczaj nie osiągają dużych rozmiarów, ale mogą wywoływać dolegliwości, gdy pękają.
 - Gruczolakotorbielaki śluzowe – mogą osiągać bardzo duże rozmiary (do 30 cm), wypełniając wnętrze jamy brzusznej i wywołując nacisk na inne narządy, takie jak pęcherz i jelita. To może powodować niestrawność i potrzebę częstego oddawania moczu. Większe gruczolakotorbielaki śluzowe niosą ryzyko pęknięcia czy zablokowania dopływu krwi do jajników (skręt jajnika). Podobnie jak w przypadku torbieli skórzastej, gruczolakotorbielaki śluzowe rzadko bywają nowotworowe.

W niektórych przypadkach, torbiele jajnika są spowodowane przez inne schorzenia, takie jak endometrioza czy zespół policystycznych jajników (PCOS).

Objawy:

- Ból w obrębie miednicy podczas stosunku (dyspareunia);
- Ból podczas wypróżnienia lub ucisku na jelita;
- Nudności, wymioty lub tkliwość piersi podobna do tej podczas ciąży;
- Uczucie ciężkości lub pełności w jamie brzusznej;
- Nacisk na pęcherz, prowadzący do częstszego oddawania moczu i trudność z całkowitym opróżnieniem pęcherza.

Diagnostyka i leczenie

Większość torbieli jajnika jest nierozpoznanych, ponieważ zazwyczaj nie powodują one żadnych objawów. Czasami bywają rozpoznawane przypadkowo – podczas badania ginekologicznego czy usg.

USG jest powszechnie stosowane w celu potwierdzenia obecności i wielkości torbieli. Zwykle, gdy torbiel jest w części lub całości lita, a nie wypełniona płynem, przeprowadzane jest ba-

- Difficulty emptying your bowels;
- Frequent need to urinate;
- Change to menstruation – heavy, lighter or irregular;
- Indigestion or a feeling of fullness and bloating;
- Tiredness.

There are a number of different types of ovarian cyst, which are categorized as either:

Functional cysts – harmless cysts that form as part of the menstrual cycle, the most common type. There are two types of functional ovarian cyst:

- a. Follicular cysts – the most common type. It occurs when a follicle does not release an egg, or it does not shrink after the egg is released. If this happens, the follicle can get bigger as it swells with fluid. In most cases, only one follicular cyst develops at a time. It will often disappear without treatment after a few weeks.
- b. Luteal cysts – less common than follicular cysts. They develop when the tissue left behind after an egg has been released (corpus luteum) fills with blood. Luteal cysts usually disappear on their own after a few months; they can sometimes rupture, causing internal bleeding and sudden pain.

Pathological cysts – tumours in the ovaries that can either be benign or malignant.

- c. Dermoid cysts – the most common type of pathological cyst in women under 40 years of age. Dermoid cysts can consist of a wide range of different types of human tissue, including blood, fat, bone or hair. Dermoid cysts have the potential to grow very large (up to 15 cm in diameter). They are not usually cancerous but often need to be surgically removed.
- d. Cystadenomas – the most common type in women over 40 years of age. Cystadenomas develop from cells that cover the outer part of the ovary. There are two main types:
 - Serous cystadenomas – do not usually grow very large but they can cause symptoms if they rupture.
 - Mucinous cystadenomas – can grow very large (up to 30cm), filling up the inside of the abdomen and placing pressure on other organs such as the bladder and bowel. This can cause symptoms such as indigestion and a frequent need to urinate. Larger mucinous cystadenomas carry the risk of rupturing or blocking the blood supply to the ovaries (torsion). As with dermoid cysts, mucinous cystadenomas are rarely cancerous.

In some cases, ovarian cysts are caused by certain conditions, such as endometriosis or polycystic ovary syndrome (PCOS).

Symptoms:

- Pelvic pain during intercourse (dyspareunia);
- Pain during bowel movements or pressure on bowels;
- Nausea, vomiting or breast tenderness like that experienced during pregnancy;
- Abdominal fullness or heaviness;
- Pressure on bladder leading to urinate more frequently and difficulties with emptying bladder completely.

Diagnosis and treatment

Most ovarian cysts are undiagnosed because they do not usually cause any symptoms. Sometimes they are diagnosed by chance – during a pelvic examination or an ultrasound scan.

Ultrasound scan is commonly used to confirm the presence and size of an ovarian cyst. Usually when cyst is partially solid or solid rather than filled with fluid, blood test (CA 125) is carried out.

danie krwi (CA 125).

W większości przypadków, torbiele samoistnie znikają po kilku tygodniach bez konieczności leczenia. Kontrolne usg jest zazwyczaj wykonywane jako potwierdzenie tego faktu.

Ze względu na nieznaczny wzrost ryzyka wystąpienia raka jajnika u kobiet po menopauzie, regularne badania usg oraz badania krwi są zwykle zalecane, do momentu zaniku torbieli. Duże torbiele lub torbiele powodujące objawy zazwyczaj muszą być usunięte.

Czasami usunięcie torbieli jest zalecane nawet, jeśli nie wywołują one objawów. Wynika to z faktu, że nie zawsze jest możliwe stwierdzenie rodzaju torbieli bez badania histopatologicznego. Usuwanie torbieli również znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia nowotworu w późniejszym czasie.

Występują dwa rodzaje operacji, stosowane przy usuwaniu torbieli jajników, przeprowadzane zazwyczaj w znieczuleniu ogólnym. Są to:

- laparoscopia – preferowana metody chirurgiczne, zazwyczaj w przypadku mniejszych torbieli,
- laparotomia.

Torbiele jajników zwykle nie wpływają na zdolność do poczęcia. Jeśli torbiel jest duża i musi być usunięta, procedura może być przeprowadzona za pośrednictwem laparoskopii, co może pomóc w zachowaniu płodności pacjentki. Jednakże zależy to od specyfiki torbieli, wyników badań krwi i postaci klinicznej w każdym przypadku.

ZESPÓŁ POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW

Polycystyczne jajniki zawierają dużą liczbę niezłośliwych torbieli o wielkości do 8 mm. Torbiele są słabo rozwiniętymi pęcherzykami, w których rozwijają się jajeczka. Często w zespole polycystycznych jajników, pęcherzyki nie są w stanie uwolnić jajeczka, co oznacza brak owulacji.

Objawy zespołu polycystycznych jajników zwykle stają się widoczne w późniejszym okresie nastoletnim lub ok. 20 roku życia.

Nie wszystkie kobiety z zespołem polycystycznych jajników mają wszystkie objawy. Każdy objaw może się wahać od łagodnego do ciężkiego. U wielu kobiet jedynymi objawami są problemy z menstruacją lub zajściem w ciążę.

Zespół polycystycznych jajników jest częstą chorobą, wpływającą na funkcjonowanie jajników.

Trzy główne cechy choroby to:

- Torbiele rozwijające się w jajnikach (jajniki wielotorbielowe);
- Jajniki bez regularnej owulacji;
- Wysoki poziom androgenów.

U pacjentek mających co najmniej dwie z wyżej wymienionych cech, będzie zdiagnozowany zespół polycystycznych jajników.

Do najczęstszych objawów należą:

- Nieregularne menstruacje lub jej brak;
- Trudności z zajściem w ciążę;
- Nadmierne owłosienie (hirsutyzm) – zazwyczaj na twarzy, klatce piersiowej, plecach czy pośladkach;
- Przyrost masy ciała;
- Przerzedzenie i wypadanie włosów;
- Skóra tłusta lub trądzikowa.

Zespół polycystycznych jajników, jest jednym z najczęstszych powodów kobiecej niepłodności. Wiele kobiet odkrywa tę chorobę w momencie, gdy nieskutecznie próbuje zajść w ciążę. U kobiet z PCOS często brak owulacji lub owulacja występuje rzadko, co oznacza, że menstruacja jest nieregularna lub nie występuje i trud-

In most cases, most cysts disappear after a few weeks without the need for treatment. A follow-up ultrasound scan is usually carried out to confirm this case.

Because of the slightly increased risk of post-menopausal women developing ovarian cancer, regular ultrasound scans and blood tests are usually recommended until the cyst disappears.

Large ovarian cysts or cysts that are causing symptoms will usually need to be removed.

Sometimes it is recommended removing cysts even when they are not causing symptoms. This is because it is not always possible to tell what type of cyst it is without histopathological examination. Removing the cyst also significantly reduces the risk of it becoming cancerous later on.

There are two types of surgery that can be used to remove ovarian cysts and are usually carried out under general anaesthetic. They are:

- a laparoscopy – preferable surgical method, usually in case of smaller cysts
- a laparotomy

Ovarian cysts do not usually affect ability to conceive. If the cyst is large and needs to be removed, it may be possible to carry out the procedure using laparoscopy, which may help preserve patient's fertility. However, exactly how this is managed will depend on the specific features of the cysts, the blood results and the clinical findings in each individual case.

POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS)

Polycystic ovaries contain a large number of harmless cysts up to 8mm in size. The cysts are under-developed sacs in which eggs develop. Often in PCOS, these sacs are unable to release an egg, meaning ovulation doesn't take place.

The symptoms of polycystic ovary syndrome (PCOS) usually become apparent in late teens or early twenties.

Not all women with PCOS have all of the symptoms. Each symptom can vary from mild to severe. In many women, the only symptoms are menstrual problems or a failure to conceive.

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common condition that affects how ovaries work.

The three main features of the condition are:

- Cysts that develop in ovaries (polycystic ovaries);
- Ovaries do not regularly ovulate;
- Having high levels of androgens.

Patients who have at least two of the above features will be diagnosed with PCOS.

Common symptoms of PCOS include:

- Irregular menstruations or no menstruation at all;
- Difficulty getting pregnant;
- Excessive hair growth (hirsutism) – usually on the face, chest, back or buttocks;
- Weight gain;
- Thinning hair and hair loss from the head;
- Oily skin or acne.

Polycystic ovary syndrome is one of the most common causes of female infertility. Many women discover they have PCOS when they're trying to get pregnant and are unsuccessful. Women with PCOS often fail to ovulate or ovulate infrequently, which means they have irregular or absent menstruations and

ne również bywa zająście w ciąży.

PCOS może zwiększyć szanse na rozwój innych problemów zdrowotnych w późniejszym okresie życia. Na przykład, kobiety z PCOS są w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia:

- Cukrzycy typu 2;
- Depresji i wahań nastroju;
- Wysokiego ciśnienia krwi i wysokiego cholesterolu;
- Bezdechu sennego (kobiety z nadwagą).

Kobiety, u których od wielu lat menstruacja nie występowała lub była nieregularna (mniej niż trzy lub cztery razy w roku), mają podwyższone ryzyko zachorowania na raka wyściółki macicy (rak trzonu macicy).

Przyczyny

Dokładne przyczyny zespołu policystycznych jajników (PCOS) są nieznane, ale uważa się, że wiąże się on z następującymi zagadnieniami:

• Oporność na insulinę

W tym przypadku ciało produkuje dodatkową insulinę, jako kompensację. Wysoki poziom insuliny powoduje, że jajniki produkują zbyt dużo testosteronu, który zaburza rozwój pęcherzyków i uniemożliwia normalne jajczkowanie.

Oporność na insulinę może prowadzić również do zwiększenia masy ciała, co może pogorszyć objawy PCOS gdyż nadmiar tłuszczu powoduje jeszcze większą produkcję insuliny.

• Nierównowaga hormonalna

U wielu kobiet z PCOS są stwierdzono brak równowagi w poziomie niektórych hormonów, w tym:

- Podwyższony poziom testosteronu;
- Podwyższony poziom hormonu luteinizującego (LH);
- Niski poziom globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG);
- Podwyższony poziom prolaktyny (tylko u niektórych kobiet z PCOS);

• Genetyka

Zespół policystycznych jajników często występuje rodzinie.

Leczenie

Nie ma leku na zespół policystycznych jajników. Leczenie zazwyczaj bazuje na występujących u pacjentki objawach oraz na tym, czy chce lub nie zająć w ciąży, a także na obniżaniu możliwości wystąpienia choroby serca i cukrzycy. Wiele kobiet potrzebuje leczenia skojarzonego, aby osiągnąć powyższe założenia. Do niektórych metod leczenia PCOS należą:

- Modyfikacja stylu życia;
- Pigułki antykoncepcyjne, które mogą pomóc w kontrolowaniu menstruacji, zmniejszeniu poziomu męskich hormonów i zredukowaniu trądziku;
- Leki na cukrzycę;
- Leki na płodność. Brak owulacji jest zazwyczaj przyczyną zaburzeń płodności u kobiet z PCOS. Wiele leków stymulujących owulację może pomóc kobietom z PCOS zająć w ciąży. Innym rozwiązaniem jest zapłodnienie in vitro (IVF);
- Chirurgia – diatermia jajnika;
- Leki na nadmierne owłosienie lub wysoki poziom męskich hormonów.

NADŻERKA SZYJKI MACICY

Nadżerka szyjki macicy występuje wówczas, gdy strefa nabłonka walcowatego występuje na części pochwowej szyjki macicy, zastępując warstwy nabłonka wielowarstwowego płaskiego, który zazwyczaj znajduje się na zewnątrz ujścia szyjki macicy.

Typowe objawy związane z nadżerką to kłopotliwe upławy, krwawienie po stosunku płciowym i inne krwawienia kontaktowe.

Nadżerka szyjki macicy jest często wykrywana podczas rutynowego wymazu szyjki macicy. Leczenie zazwyczaj nie jest konieczne, ale jeśli kłopotliwe objawy postępują, nieprawidłowe

find it difficult to get pregnant.

PCOS can increase chances of developing other health problems later in life. For example, women with PCOS are at an increased risk of developing:

- Type 2 diabetes;
- Depression and mood swings;
- High blood pressure and high cholesterol;
- Sleep apnoea (overweight women).

Women who have had absent or very irregular menstruation (fewer than three or four times a year) for many years have a higher-than-average risk of developing cancer of the womb lining (endometrial cancer).

Causes

The exact causes of polycystic ovary syndrome (PCOS) are unknown, but it's thought to be related to the following:

• Resistance to insulin

In this case the body is producing extra insulin as compensation. High levels of insulin cause the ovaries to produce too much testosterone hormone, which interferes with the development of the follicles and prevents normal ovulation.

Insulin resistance can also lead to weight gain, which can make PCOS symptoms worse because having excess fat causes the body to produce even more insulin.

• Hormone imbalance

Many women with PCOS are found to have an imbalance in certain hormones, including:

- Raised levels of testosterone;
- Raised levels of luteinising hormone (LH);
- Low levels of sex hormone binding globulin (SHBG);
- Raised levels of prolactin (only in some women with PCOS).

• Genetics

Polycystic ovary syndrome sometimes runs in families.

Treatment

There is no cure for PCOS. Treatment is generally based on patient's symptoms, whether or not she wants to become pregnant and lowering chances of getting heart disease and diabetes. Many women will need a combination of treatments to meet these goals.

Some treatments for PCOS include:

- Lifestyle modification;
- Birth control pills, which may help to control menstrual cycles, reduce male hormone levels and help to clear acne;
- Birth control pills can;
- Diabetes medications;
- Fertility medications. Lack of ovulation is usually the reason for fertility problems in women with PCOS. Several medications that stimulate ovulation can help women with PCOS become pregnant. Another option is in vitro fertilization (IVF);
- Surgery – ovarian diathermy;
- Medicine for increased hair growth or extra male hormones.

CERVICAL ECTROPION

Cervical ectropion is said to occur when a zone of columnar epithelium exists on the vaginal portion of the cervix, replacing the normal stratified squamous epithelium that is usually found outside the external os (external orifice of uterus).

Common symptoms associated with ectropion include troublesome vaginal discharge, post-coital bleeding and other contact bleeding.

Cervical ectopy is often detected during a routine cervical smear test. Treatment is usually not necessary, but if troublesome symptoms develop, the abnormal cells can be destroyed using a cryotherapy, diathermy or by laser treatment. Following

komórki mogą zostać zniszczone przy użyciu krioterapii, diatermii lub lasera. Po leczeniu, pacjent może mieć upławy przez okres 2-3 tygodni. Zalecane jest również unikanie stosunków seksualnych podczas tego okresu. Po takim leczeniu komórki szyjki macicy wracają do normy a nieprawidłowość zazwyczaj się nie powtarza.

DYSPLAZJA SZYJKI MACICY

Dysplazja szyjki macicy odnosi się do nienormalnej zmiany komórek na powierzchni szyjki. Zmiany nie są nowotworowe, ale mogą one prowadzić do raka szyjki macicy bez leczenia.

Przyczyny

Dysplazja szyjki macicy może rozwinąć się w każdym wieku, ale najczęściej u kobiet w wieku 25 do 35 lat. Najczęściej, dysplazja szyjki macicy wywołana jest przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV). Istnieje wiele rodzajów HPV, a niektóre z nich prowadzą do dysplazji szyjki macicy lub nowotworu. Inne typy HPV mogą wywoływać brodawki narządów płciowych.

Poniższe czynniki mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia dysplazji szyjki macicy:

- Uprawianie seksu przed 18 rokiem życia;
- Posiadanie dziecka przed ukończeniem 16 roku życia;
- Posiadanie wielu partnerów seksualnych;
- Inne choroby lub leki hamujące układ odpornościowy;
- Palenie.

Badania i testy

1. Badanie ginekologiczne;
2. Badanie cytologiczne.

Dysplazja szyjki macicy, widoczna w badaniu cytologicznym nazywana jest zmianą w komórkach nabłonka płaskiego. W wynikach badania takie zmiany będą opisane, jako:

- Zmiana małego stopnia;
- Zmiana dużego stopnia;
- Możliwie nowotworowe (złośliwa);
- Atypowe komórki gruczolowe.

Jeśli zmiany były łagodne, kontrolne badanie cytologiczne jest wystarczające.

Często dla potwierdzenia potrzebna jest biopsja. Może być ona wykonana następującymi metodami:

- Biopsja pod kontrolą kolposkopową;
- Konizacja szyjki macicy;
- Po kolposkopii może być wykonana elektroresekcja szyjki macicy.

Dysplazja uwidoczniona podczas biopsji szyjki nazywana jest śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy (CIN).

Rozróżniamy trzy kategorie:

- CIN I – łagodna dysplazja;
- CIN II – dysplazja umiarkowana do znaczącej;
- CIN III – ciężka dysplazja prowadząca do raka in situ.

Leczenie

Leczenie zależy od stopnia dysplazji. Łagodna dysplazja (LSIL lub CIN I) może przejść bez leczenia (badanie cytologiczne powtarzane co 6 do 12 miesięcy).

Leczenie dysplazji może obejmować:

- Kriochirurgię;
- Laseroterapię;
- LEEP (wycięcie pętłą elektrochirurgiczną);
- Operację usunięcia nieprawidłowych tkanek (wycięcia stożka tkanki z części pochwowej szyjki macicy);
- Histerektomia (w rzadkich przypadkach).

treatment, patient may have a discharge for 2-3 weeks. Avoiding sexual intercourse during this period is advised. The cells of the cervix return to normal after treatment and the disorder does not usually recur.

CERVICAL DYSPLASIA

Cervical dysplasia refers to abnormal changes in the cells on the surface of the cervix. The changes are not cancerous. But they can lead to cancer of the cervix if not treated.

Causes

Cervical dysplasia can develop at any age, but is most often seen in women ages 25 to 35.

Most often, cervical dysplasia is caused by the human papilloma virus (HPV). There are many types of HPV. Some types lead to cervical dysplasia or cancer. Other types of HPV can cause genital warts.

The following may increase risk of cervical dysplasia:

- Having sex before age 18;
- Having a baby before age 16;
- Having multiple sexual partners;
- Having other illnesses or using medicines that suppress the immune system;
- Smoking.

Exams and Tests

1. Pelvic exam;
2. Pap smear.

Cervical dysplasia that is seen on a pap smear is called squamous intraepithelial lesion (SIL). On the Pap smear report, these changes will be described as:

- Low-grade lesion (LSIL);
- High-grade lesion (HSIL);
- Possibly cancerous (malignant);
- Atypical glandular cells (AGUS).

If the changes were mild, follow-up Pap smears may be all that is needed.

A biopsy to confirm the condition is often needed. This may be done in following ways:

- Colposcopy-directed biopsy;
- Cone biopsy;
- LEEP excision may be done after colposcopy.

Dysplasia seen on a biopsy of the cervix is called cervical intraepithelial neoplasia (CIN).

It is grouped into three categories:

- CIN I - mild dysplasia;
- CIN II - moderate to marked dysplasia;
- CIN III - severe dysplasia to carcinoma in situ.

Treatment

Treatment depends on the degree of dysplasia. Mild dysplasia (LSIL or CIN I) may go away without treatment (repeat Pap smears every 6 to 12 months).

Treatment for dysplasia may include:

- Cryosurgery;
- Laser therapy;
- LEEP (loop electrosurgical excision procedure);
- Surgery to remove the abnormal tissue (cone biopsy);
- Hysterectomy (in rare cases);

MIĘŚNIAKI MACICY

Mięśniaki macicy to łagodne (nienowotworowe) guzy rosnące w tkance mięśniowej macicy. Mięśniaki mają duży zakres rozmiarów: od bardzo małych do dużych. Duże mięśniaki macicy mogą spowodować rozszerzenie się macicy do wielkości sześć- czy siedmiomiesięcznej ciąży. Występować może jeden dominujący mięśniak lub skupisko wielu małych mięśniaków.

Są cztery główne rodzaje mięśniaków macicy, klasyfikowane głównie ze względu na położenie:

- Mięśniaki podsurowicze. Te mięśniaki rozwijają się w zewnętrznej części macicy i rosną na zewnątrz.
- Mięśniaki śródściennne (intramuralne). Najczęstszy typ. Rozwijają się w ścianie macicy, rosnąc sprawiając, że macica wydaje się większa niż normalnie.
- Mięśniaki podśluzówkowe (submukozalne). Te mięśniaki rozwijają się tuż pod śluzówką jamy macicy. Są to mięśniaki, mające największy wpływ na obfitą menstruację oraz problemy z niepłodnością i poronienia.
- Mięśniaki uszypułowane. Mięśniaki macicy, które rosną na małej „szypułce” przytwierdzonej do wewnętrznej lub zewnętrznej ściany macicy.

Przyczyny

Dokładna przyczyna mięśniaków macicy nie jest znana, ale badania i doświadczenia kliniczne wskazują na następujące czynniki:

- Zmiany genetyczne. Wiele mięśniaków zawiera zmiany genetyczne, różniąc się od normalnych komórek mięśni macicy. Istnieją również pewne dowody na to, że mięśniaki występują rodzinnie oraz że u dwojga bliźniąt jednojajowych występuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia mięśniaków niż u bliźniąt dwujajowych.
- Hormony. Estrogen i progesteron wydają się stymulować wzrost mięśniaków. Mięśniaki zawierają większą ilość tych hormonów niż normalna tkanka macicy.
- Inne czynniki wzrostu. Substancje, wspomagające komórki ciała, takie jak substancje insulinopodobne, mogą wpływać na wzrost mięśniaków.

Objawy:

- Bardzo obfite i przedłużające się miesiące;
- Ból w tylnej części nóg;
- Ból lub ucisk w obrębie miednicy;
- Ból podczas stosunku płciowego;
- Ucisk na pęcherz, prowadzący do stałej potrzeby oddawania moczu, nietrzymanie moczu lub niemożność opróżnienia pęcherza;
- Ucisk na jelita mogące prowadzić do zaparcí i / lub wzdęć;
- Powiększony brzuch, który może być mylony z przyrostem masy ciała lub ciążą.

Możliwości leczenia:

Istnieje kilka opcji leczenia mięśniaków macicy:

- Histerektomia (w przeszłości najczęstsza procedura);
- Miomektomia;
- Embolizacja tętnicy macicznej;
- Niszczenie mięśniaków za pomocą wiązki ultradźwięków sterowane przy użyciu rezonansu magnetycznego.

ENDOMETRIOZA

Jest stanem, w którym wyściółka tkanki macicy (endometrium) znajduje się poza macicą. Tkanka endometrialna występuje najczęściej w obrębie jamy brzusznej – obejmując jajniki, jajowody, więzadła podtrzymujące macicę, przestrzeń pomiędzy pochwą a odbytnicą, zewnętrzną część macicy oraz otrzewną miednicy mniejszej. Endometrioza jest często zlokalizowana w bliznach po cesarskim cięciu, na jelitach, pęcherzu moczowym, w pochwie czy na

UTERINE FIBROIDS

Uterine fibroids are benign (non-cancerous) tumors that grow within the muscle tissue of the uterus. Fibroids range in size from very small to large. A very large uterine fibroid can cause the uterus to expand to the size of a six or seven-month pregnancy. There can either be one dominant fibroid or a cluster of many small fibroids.

There are four primary types of uterine fibroids, classified primarily by location in the uterus:

- Subserosal fibroids. These fibroids develop in the outer portion of the uterus and continue to grow outward.
- Intramural fibroids. The most common type of fibroid. These develop within the uterine wall and expand making the uterus feel larger than normal.
- Submucosal fibroids. These fibroids develop just under the lining of the uterine cavity. These are the fibroids that have the most effect on heavy menstrual bleeding and the ones that can cause problems with infertility and miscarriage.
- Pedunculated uterine fibroids. Fibroids that grow on a small stalk that connects them to the inner or outer wall of the uterus.

Causes

The exact cause of uterine fibroids is not known but research and clinical experience point to these factors:

- Genetic changes. Many fibroids contain changes in genes that differ from those in normal uterine muscle cells. There's also some evidence that fibroids run in families and that identical twins are more likely to both have fibroids than non-identical twins.
- Hormones. Oestrogen and progesterone appear to promote the growth of fibroids. Fibroids contain more oestrogen and progesterone receptors than normal uterine muscle cells do. Fibroids tend to shrink after menopause due to a decrease in hormone production.
- Other growth factors. Substances that help the body maintain tissues, such as insulin-like growth factor, may affect fibroid growth.

Symptoms:

- Very heavy and prolonged menstrual periods;
- Pain in the back of the legs;
- Pelvic pain or pressure;
- Pain during sexual intercourse;
- Pressure on the bladder which leads to a constant need to urinate, incontinence, or the inability to empty the bladder;
- Pressure on the bowel which can lead to constipation and/or bloating;
- An enlarged abdomen which may be mistaken for weight gain or pregnancy.

Treatment options:

There are a number of treatment options for uterine fibroids:

- Hysterectomy (the most common procedure in the past);
- Myomectomy;
- Uterine artery embolization;
- MR guided Focused Ultrasound Therapy (MRg-FUS).

ENDOMETRIOSIS

This is a common condition where lining of the womb tissue (endometrium) is found outside the womb. Endometrial tissue are mostly localized in the abdominal cavity - including the ovaries, fallopian tubes, the ligaments supporting the uterus, the space between the vagina and rectum, the outer part of the uterus and pelvic peritoneum. Endometriosis is often located in

szyjce macicy.

Objawy

Mogą się znacznie różnić w zależności od osoby. Najczęstsze objawy to:

- Bolesna lub obfita menstruacja;
- Ból w dolnej części brzucha, miednicy lub dolnej części pleców;
- Ból w trakcie i po seksie;
- Krwawienie między menstruacjami;
- Trudności z zajściem w ciążę;
- Długotrwałe zmęczenie i wyczerpanie;
- Dyskomfort podczas oddawania moczu lub stolca;
- Krwawienie z odbytu lub krwi w stolcu;
- Kaszel krwią (w rzadkich przypadkach, w których tkanka endometrialna występuje w płucach).

Przyczyny

Dokładna przyczyna endometriozy nie jest znana, ale istnieje kilka teorii na temat tego, co ją wywołuje.

Wsteczne miesiączkowanie – to najczęściej akceptowana teoria występowania endometriozy. Jednakże nie wyjaśnia, dlaczego choroba może wystąpić u kobiet po histerektomii.

Genetyka – endometrioza uważana jest również za chorobę dziedziczną. Może dotyczyć kobiet z każdej grupy etnicznej, jednakże jest mniej powszechna u kobiet pochodzenia afrykańsko-karaibskiego i występuje częściej u kobiet azjatyckich niż u kobiet rasy białej. To sugeruje, że geny mogą jednak odgrywać rolę.

Uważa się, że komórki endometrialne dostają się do krwioobiegu lub układu limfatycznego. Teoria ta może wyjaśnić przyczynę (bardzo rzadkie przypadki) występowania tychże tkanek w odległych miejscach, takich jak oczy czy mózg.

Problemy układu odpornościowego Przyczyny środowiskowe Metaplasja

Diagnoza

1. Badanie ginekologiczne
2. USG dopochwowe
3. Laparoscopia

Leczenie

Nie ma lekarstwa na endometriozę, ale istnieje wiele metod leczenia bólu i niepłodności, które wywołuje. Leczenie zależy od objawów pacjenta, wieku i planów zajścia w ciążę.

- Leki przeciwbólowe;
- Leczenie hormonalne;
- Chirurgia. Chirurgia jest zwykle najlepszym wyborem dla kobiet z ciężką endometriozą. Są to zarówno mniejsze, jak i bardziej skomplikowane operacje:
 - Laparoscopia
 - Laparotomia, która obejmuje znacznie większe cięcie powłok brzusznych niż laparoscopia. Pozwala na dotarcie i usunięcie narośli endometriozy w miednicy czy brzuchu.
 - Histerektomia: chirurgiczne usunięcie macicy.
 - a) Histerektomia radykalna: całkowite usunięcie macicy, szyjki macicy, górnej części pochwy i przymacicza.
 - b) Histerektomia całkowita: całkowite usunięcie macicy i szyjki macicy, z owariotomią lub bez
 - c) Histerektomia częściowa: usunięcie macicy, przy pozostawieniu szyjki macicy.

scars after caesarean section, on intestines, bladder, vagina or cervix.

Symptoms

They can vary significantly from person to person. The most common symptoms include:

- Painful menstruations or heavy menstruations;
- Pain in the lower abdomen, pelvis or lower back;
- Pain during and after sex;
- Bleeding between menstruations;
- Difficulty getting pregnant;
- Long-term exhaustion and tiredness;
- Discomfort when urinating or passing stools;
- Bleeding from the rectum or blood in stools;
- Coughing blood (in rare cases where the endometriosis tissue is in the lung).

Causes

The exact cause of endometriosis is unknown, but there are several theories about what causes it.

Retrograde menstruation – is the most commonly accepted theory for endometriosis. However, it does not explain why the condition can occur in women who have had a hysterectomy.

Genetics – is also believed to be hereditary. It can affect women of every ethnicity, but is less common in women of African-Caribbean origin and more common in Asian women than in white women. This suggests that genes may play a part.

Endometriosis cells are believed to get into the bloodstream or lymphatic system. This theory could explain how, in very rare cases, the cells are found in remote places such as the eyes or brain.

Problems with the immune system Environmental causes Metaplasia

Diagnosis

1. Pelvic exam
2. Vaginal ultrasound
3. Laparoscopy

Treatment

There is no cure for endometriosis, but there are many treatments for the pain and infertility that it causes. The treatment depends on patient's symptoms, age and plans for getting pregnant.

- Pain medication;
- Hormone treatment;
- Surgery. Surgery is usually the best choice for women with severe endometriosis. There are both minor and more complex surgeries:
 - Laparoscopy
 - Laparotomy or major abdominal surgery that involves a much larger cut in the abdomen than with laparoscopy. This allows reaching and removing growths of endometriosis in the pelvis or abdomen.
 - Hysterectomy: surgical removal of the uterus.
 - a) Radical hysterectomy: complete removal of the uterus, cervix, upper vagina, and parametrium.
 - b) Total hysterectomy: complete removal of the uterus and cervix, with or without oophorectomy.
 - c) Subtotal hysterectomy: removal of the uterus, leaving the cervix in situ.

WYPADANIE NARZĄDÓW RODNYCH

Wypadanie narządów miednicy mniejszej (POP) występuje wówczas, gdy tkanki i mięśnie miednicy nie podtrzymują narządów miednicy, co skutkuje opadaniem (wypadaniem) tychże narządów z miejsca ich normalnej pozycji.

Warunek ten jest bardziej powszechny u kobiet, które miały jeden lub więcej porodów pochwy.

Inne przyczyny, które mogą spowodować lub doprowadzić do wypadania macicy to:

- Normalne starzenie;
- Brak estrogenów po menopauzie;
- Choroby powodujące ucisk na mięśnie miednicy;
- Guz miednicy (rzadko);
- Predyspozycje genetyczne;
- Zaburzenia tkanki łącznej;
- Otyłość;
- Częste zaparcia.

Objawy:

- Ucisk lub uczucie ciężkości w miednicy lub pochwie;
- Problemy ze stosunkiem płciowym;
- Wyciek moczu lub nagła potrzeba opróżnienia pęcherza;
- Ból w dolnej części pleców;
- Macica i szyjka macicy wystająca z ujścia pochwy;
- Powtarzające się infekcje pęcherza;
- Krwawienie z pochwy;
- Zwiększona wydzielina z pochwy.

Leczenie:

1. Niechirurgiczne metody leczenia

- Ćwiczenia mięśni dna macicy: rodzaj ćwiczeń wzmacniających dno miednicy, polegających na spinaniu i rozluźnianiu mięśni otaczających otwór cewki moczowej, pochwy i odbytnicy. Ćwiczenia są powszechnie określane, jako ćwiczenia mięśni Kegla.
- Pesarium: wymienny krążek, który jest wkładany do pochwy w celu wspierania wypadających narządów w obrębie miednicy.

2. Chirurgiczne metody leczenia

- Chirurgia obliteracyjna – zwęża lub zamyka pochwę, aby zapewnić wsparcie dla organów wypadających. Po tym zabiegu niemożliwe jest odbywanie stosunków płciowych.
- Chirurgia rekonstrukcyjna – rekonstrukcja dna miednicy celem przywrócenia narządów do ich pierwotnej pozycji.

Rodzaje chirurgii rekonstrukcyjnej są następujące:

- Podwiązanie więzadła macicznego oraz przywiązanie macicy do więzadeł krzyżowo-kołowych – procedury te są wykonywane przez pochwę i wymagają skrócenia czasu gojenia niż te, wykonywane przez brzuch;
- Odbudowa przedniej i tylnej ściany pochwy;
- Sakrokolpopexja;
- Chirurgia wszczepiania w pochwę siatki – w przypadku tej procedury istnieje znaczące ryzyko powikłań, w tym rozpad siatki, ból i infekcja. Z powodu tego ryzyka, procedura ta jest zarezerwowana dla kobiet, u których poprzednia operacja nie przyniosła rezultatu, u których z przyczyn zdrowotnych ryzykowna jest operacja przezbrzuszną lub u których tkanki są zbyt słabe, aby goić się bez użycia siatki.

BEZPŁODNOŚĆ

Niepłodność jest niezdolność pary do poczęcia i reprodukcji. Niepłodność jest zdefiniowana jako brak poczęcia po jednym roku regularnych stosunków płciowych bez antykoncepcji lub niezdolność kobiety do donoszenia ciąży i żywych naro-

PELVIC ORGAN PROLAPSE

Pelvic organ prolapse (POP) occurs when the tissue and muscles of the pelvic floor no longer support the pelvic organs resulting in the drop (prolapse) of the pelvic organs from their normal position.

This condition is more common in women who have had one or more vaginal births.

Other things that can cause or lead to uterine prolapse include:

- Aging;
- Lack of oestrogen after menopause;
- Conditions that put pressure on the pelvic muscles;
- Pelvic tumor (rare);
- Genetic predisposition;
- Connective tissue disorder;
- Obesity;
- Frequent constipation.

Symptoms:

- Pressure or heaviness in the pelvis or vagina;
- Problems with sexual intercourse;
- Leaking urine or sudden urge to empty the bladder;
- Low backache;
- Uterus and cervix that bulge into the vaginal opening;
- Repeated bladder infections;
- Vaginal bleeding;
- Increased vaginal discharge.

Treatment:

1. Non-surgical treatment options

- Pelvic Floor Exercises: A type of exercise to strengthen the pelvic floor by contracting and relaxing the muscles that surround the opening of the urethra, vagina, and rectum. The exercises are commonly referred to as Kegel's.
- Pessary: A removable device that is inserted into the vagina to support the pelvic organs that have prolapsed.

2. Surgical treatment options

- Obliterative surgery – narrows or closes off the vagina to provide the support for prolapse organs. Sexual intercourse is not possible after this surgery.
- Reconstructive surgery – reconstructs the pelvic floor with the goal of restoring the organs to their original position.

The types of reconstructive surgery include the following:

- Uterosacral ligament suspension and sacrospinous fixation – these procedures are performed through the vagina and involve less recovery time than those performed through the abdomen;
- Anterior and posterior colporrhaphy
- Sacrocolpopexy;
- Vaginal mesh surgery – with this type procedure there is significant risk of complications, including mesh erosion, pain and infection. Because of this risk, this procedure is reserved for women in whom previous surgery has not worked, who have a medical condition that makes abdominal surgery risky or whose own tissue are too weak to repair without mesh.

INFERTILITY

Infertility is the inability of a couple to conceive and reproduce. Infertility is defined as the failure to conceive after one year of regular intercourse without contraception or the inability of a woman to carry a pregnancy to a live birth. Infertility can

dzin. Niepłodność może dotyczyć zarówno kobiety, jak i mężczyzny i może wynikać z wielu przyczyn.

Przyczyny kobiecej niepłodności mogą obejmować:

- Zaburzenia owulacji, które utrudniają lub uniemożliwiają jajnikom uwalnianie jajeczek - np. zaburzenia hormonalne, takie jak zespół policystycznych jajników czy hiperprolaktynemia. Inne przyczyny mogą obejmować nadmierne ćwiczenia, zaburzenia odżywiania, urazy lub nowotwory.
- Nieprawidłowości macicy lub szyjki, w tym problemy z ujęściem szyjki macicy czy śluzówką macicy albo zaburzenia kształtu lub jamy macicy. Łagodne guzy w ścianie macicy, które są powszechne u kobiet (mięśniaki macicy) rzadko mogą powodować niepłodność poprzez blokowanie jajowodów. Częściej mięśniaki mogą zniekształcać jamę macicy zakłócając zagnieżdżenie się zapłodnionego jaja.
- Uszkodzenia lub blokadę jajowodu, co zazwyczaj skutkuje zapaleniem jajowodu.
- Endometriozę.
- Pierwotną niewydolność jajników, zwaną także wczesną menopauzą, gdy jajniki przestają działać i menstruacja kończy się przed 40. rokiem życia.
- Zrosty miednicy, blizny po infekcji narządów miednicy, zapaleniu wyrostka robaczkowego lub operacji jamy brzusznej lub miednicy.
- Problemy z tarczycą – nadczynność lub niedoczynność tarczycy.
- Rak i związane z tym leczenie - zwłaszcza nowotwory kobiecego układu reprodukcyjnego często poważnie upośledzają płodność. Zarówno radioterapia, jak i chemioterapia mogą wpływać na zdolność kobiety do reprodukcji.
- Inne warunki. Stany chorobowe związane z opóźnionym powstawaniem lub brakiem menstruacji, takie jak celiakia, choroba Cushinga, anemia sierpowata, choroby nerek, cukrzyca lub zaburzenia genetyczne.
- Niektóre leki

Wiele z czynników ryzyka dla wystąpienia niepłodności są takie same dla obu płci. Są to:

- Wiek. Płodność kobiety stopniowo zmniejsza się z wiekiem, a spadek ten staje się bardziej wyraźny po 30 r.ż.. Niepłodność u starszych kobiet może być związana z ilością i jakością jajeczek lub problemami zdrowotnymi mogącymi wpływać na płodność.
- Palenie tytoniu. Szansa pary na zajście w ciążę zmniejsza się, jeśli którykolwiek z partnerów używa tytoniu. Palenie zmniejsza również korzyści płynące z leczenia bezpłodności. Poronienia są częstsze u kobiet, które palą. Palenie może zwiększać ryzyko zaburzeń erekcji i zmniejszać liczbę plemników u mężczyzn.
- Alkohol.
- Otyłość.
- Zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja czy bulimia, również kobiety, które przestrzegają bardzo niskokalorycznej lub restrykcyjnej diety.
- Ćwiczenia fizyczne. Brak lub niewystarczająca ilość przyczynia się do otyłości, co zwiększa ryzyko niepłodności. Rzadziej problemy z owulacją mogą być związane z częstym wysiłkiem, intensywnymi ćwiczeniami u kobiet, które nie mają nadwagi.

Diagnostyka i testy

Pierwszym krokiem w zdiagnozowaniu problemu płodności jest kompletna historia choroby i badanie przedmiotowe. Później, testy diagnostyczne niepłodności mogą obejmować badania krwi i moczu w celu sprawdzenia poziomu hormonów, cytologię, badanie moczu dla oceny poziomu hormonu LH, pomiar temperatury ciała, biopsję endometrium, USG w kierunku obecności mięśniaków i torbieli czy test po stosunku płciowym sprawdzający czy plemniki mogą przeżyć w śluzie szyjki macicy.

affect either the male or the female and can result from a number of causes.

Causes of female infertility may include:

- Ovulation disorders, which hinder or prevent the ovaries from releasing eggs - e.g. hormonal disorders such as polycystic ovary syndrome or hyperprolactinaemia. Other underlying causes may include excessive exercise, eating disorders, injury or tumors.
- Uterine or cervical abnormalities, including problems with the opening of the cervix or cervical mucus, or abnormalities in the shape or cavity of the uterus. Benign tumors in the wall of the uterus that are common in women (uterine fibroids) may rarely cause infertility by blocking the fallopian tubes. More often, fibroids may distort the uterine cavity interfering with implantation of the fertilized egg.
- Fallopian tube damage or blockage, which usually results from inflammation of the fallopian tube (salpingitis).
- Endometriosis
- Primary ovarian insufficiency, also called early menopause, when the ovaries stop working and menstruation ends before age 40.
- Pelvic adhesions, bands of scar tissue that bind organs after pelvic infection, appendicitis, or abdominal or pelvic surgery.
- Thyroid problems – hyperthyroidism or hypothyroidism
- Cancer and its treatment- particularly female reproductive cancers often severely impair female fertility. Both radiation and chemotherapy may affect a woman's ability to reproduce.
- Other conditions. Medical conditions associated with delayed puberty or the absence of menstruation (amenorrhea), such as celiac disease, Cushing's disease, sickle cell disease, kidney disease, diabetes or genetic abnormalities.
- Certain medications

Many of the risk factors for both male and female infertility are the same. They include:

- Age. A woman's fertility gradually declines with age and this decline becomes more pronounced in her mid-30s. Infertility in older women may be due to the number and quality of eggs or to health problems that may interfere with fertility.
- Tobacco use. A couple's chance of achieving a pregnancy is reduced if either partner uses tobacco. Smoking also reduces the possible benefit of fertility treatment. Miscarriages are more frequent in women who smoke. Smoking can increase the risk of erectile dysfunction and low sperm count in men.
- Alcohol use.
- Obesity.
- Eating disorders, such as anorexia or bulimia, and women who follow a very low calorie or restrictive diet.
- Exercise issues. Lack of or not enough exercise contributes to obesity, which increases the risk of infertility. Less often, ovulation problems may be associated with frequent strenuous, intense exercise in women who are not overweight.

Diagnosis and tests

First steps in diagnosing a fertility problem are complete medical history and a physical exam. After that, some of diagnostics tests for infertility might include blood and urine tests to check hormone levels, Pap smear, urine tests to evaluate LH surges, basal body temperature test, endometrial biopsy, ultrasound to look for fibroids and cysts or a post-coital test (checking whether sperm can survive in the cervical mucous).

W późniejszych etapach wykonywane są bardziej zaawansowane metody diagnostyczne – np. laparoscopia czy histerosalpingografia.

Istnieją trzy główne rodzaje leczenia niepłodności:

- Leki wspomagające płodność
- Zabiegi chirurgiczne
- Wspomaganie rozrodu (techniki wspomaganego rozrodu)
 - Inseminacja domaciczna (IUI) jest zabiegiem, który polega na umieszczeniu spermy wewnątrz macicy kobiety, aby ułatwić zapłodnienie. Celem IUI jest zwiększenie liczby plemników docierających do jajowodów, a następnie zwiększenie szansy zapłodnienia. IUI zapewnia plemnikom przewagę, ale nadal potrzebne jest dotarcie do komórki jajowej i zapłodnienie. Jest to mniej inwazyjny i tańszy wariant w porównaniu do zapłodnienia in vitro.
 - Zapłodnienie in vitro (IVF), zwane również zapłodnieniem w probówce, procedura medyczna, w której dojrzała komórka jajowa pobrana z ciała kobiety i zapłodniona poza żeńskim układem rozrodczym, jest następnie umieszczana w macicy w celu osiągnięcia normalnej ciąży.

Istnieją cztery podstawowe kroki do IVF:

1. Stymulacja hormonalna jajników;
2. Pobieranie komórek jajowej;
3. Inseminacja i zapłodnienie;
4. Transfer embrionu.

Ryzyko

IVF angażuje duże pokłady energii fizycznej i psychicznej, czasu oraz pieniędzy. Wiele par mających problem z niepłodnością cierpi na stres i depresję.

Powikłania leczenia żeńskiej niepłodności mogą obejmować:

- Ciążę mnogą. Najczęstszym powikłaniem leczenia niepłodności jest ciąża mnoga – bliźnięta, trójaczki lub więcej. Zasadniczo, większa ilość płodów zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu. U dzieci urodzonych przedwcześnie występuje zwiększone ryzyko problemów zdrowotnych i rozwojowych. W niektórych przypadkach, redukcja liczby płodów pozwala zminimalizować ryzyko zagrożenia zdrowia. Dążenie do zmniejszenia liczby płodów jest jednak ważną decyzją o konsekwencjach etycznych, emocjonalnych i psychologicznych.
- Zespół hiperstymulacji jajników (OHSS). Wstrzykiwane na zwiększenie płodności leki, które indukują owulację, mogą wywoływać OHSS powodujący nabrzmienie i bolesność jajników. Objawy mogą obejmować łagodny ból brzucha, wzdęcia i nudności, trwające około tygodnia lub dłużej, jeśli pacjentka zajdzie w ciążę. Rzadko, ciężka postać powodująca szybki przyrost masy ciała i duszność, wymagają interwencyjnego leczenia.
- Krwawienie lub zakażenie. Jak w przypadku każdej inwazyjnej metody, występuje rzadkie ryzyko krwawienia lub zakażenia.
- Przedwczesny poród lub niską masę urodzeniową.
- Wady wrodzone. Niektóre badania sugerują, że dzieci poczęte za pomocą IVF mogą być narażone na zwiększone ryzyko niektórych wad wrodzonych, takich jak wady serca i problemy trawienne oraz rozszczep wargi czy rozszczep podniebienia.

CIĄŻA POZAMACICZNA

Ciąża pozamaciczna występuje, gdy zarodek zagnieżdża się poza jamą macicy. Są one niebezpieczne dla matki, gdyż krwotok wewnętrzny jest powikłaniem zagrażającym życiu. Większość ciąży pozamacicznych występuje w jajowodach, ale zagnieżdżenie może również wystąpić w szyjce macicy, jajnikach oraz jamie brzusznej. Ciąża pozamaciczna stanowi potencjalnie zagrożenie życia i może prowadzić do śmierci, jeśli nie jest właściwie leczona.

In the later stages more advanced diagnostic methods are carried out – e.g. laparoscopy or hysterosalpingography

There are three main types of fertility treatment:

- Medicines to assist fertility
- Surgical procedures
- Assisted conception (assisted reproductive technology)
 - Intrauterine insemination (IUI) is a fertility treatment that involves placing sperm inside a woman's uterus to facilitate fertilization. The goal of IUI is to increase the number of sperm that reach the fallopian tubes and subsequently increase the chance of fertilization. IUI provides the sperm an advantage by giving it a head start, but still requires a sperm to reach and fertilize the egg on its own. It is a less invasive and less expensive option compared to in vitro fertilization.
 - In-vitro fertilization (IVF) also called test-tube conception, medical procedure in which mature egg cells are removed from a woman, fertilized with male sperm outside the female reproductive system and then inserted into the uterus for normal gestation.

There are four basic steps to IVF:

1. Hormonal stimulation of the ovaries;
2. Egg retrieval;
3. Insemination and fertilization;
4. Embryo culture.

Risk

IVF involves large amounts of physical and emotional energy, time, and money. Many couples dealing with infertility suffer stress and depression.

Complications of female infertility treatment may include:

- Multiple pregnancy. The most common complication of infertility treatment is a multiple pregnancy – twins, triplets or more. Generally, the greater the number of fetuses, the higher the risk of premature labour and delivery. Babies born prematurely are at increased risk of health and developmental problems. In some cases, fetal reduction can be used to minimize health risk. Pursuing fetal reduction, however, is a major decision with ethical, emotional and psychological consequences.
- Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). Use of injectable fertility drugs to induce ovulation can cause OHSS, in which the ovaries become swollen and painful. Symptoms may include mild abdominal pain, bloating and nausea that last about a week, or longer if patient becomes pregnant. Rarely, a more severe form causes rapid weight gain and shortness of breath requiring emergency treatment.
- Bleeding or infection. As with any invasive procedure, there is a rare risk of bleeding or infection.
- Premature delivery or low birth weight.
- Birth defects. Some research suggests that babies conceived using IVF might be at increased risk of certain birth defects, such as heart and digestive problems and cleft lip or cleft palate.

ECTOPIC PREGNANCY

An ectopic pregnancy occurs when embryo implants outside the uterine cavity. They are dangerous for the mother, since internal haemorrhage is a life-threatening complication. Most ectopic pregnancies occur in the Fallopian tubes, but implantation can also occur in the cervix, ovaries and abdomen. An ectopic pregnancy is a potential medical emergency and can lead to death, if is not treated properly.

Klasyfikacja ciąży pozamaciicznej:

1. Ciąża jajowodowa

Zdecydowana większość ciąży pozamaciicznych ma miejsce w jajowodzie. Ciąża może rosnąć w sekcji ampullary (około 80% przypadków), przesmyk (12%), fimbrii koniec (5%), również w cornual i śródmiąższowej części rury (2%).

2. Ciąża nie jajowodowa

Dwa procent ciąży pozamaciicznych występuje w jajnikach, szyjce macicy lub są w jamie brzusznej.

3. Ciąża heterotopowa

To rzadki przypadek ciąży pozamaciicznej. Mogą istnieć dwie zapłodnione komórki jajowe, jedna występuje w macicy, a druga poza nią.

4. Ciąża w nieznanym miejscu.

Objawy

Czasami ciąża pozamaciiczna nie powoduje żadnych zauważalnych objawów i jest wykrywana tylko podczas rutynowego testu ciążowego. Jednak większość kobiet ma objawy, które zazwyczaj uświadczniają się pomiędzy 5 a 14 tygodniem ciąży.

Typowe objawy:

- Jednostronne bóle brzucha;
- Krwawienie z pochwy.

Mniej częste objawy:

- Ból w dolnej części łopatki;
- Ból w jelitach (przy oddawaniu moczu lub stolca);
- Biegunka i wymioty.

Najpoważniejszy objaw ciąży pozamaciicznej występuje, gdy ciąża powoduje otwarcie się jajowodu (pęknięcia jajowodu), co powoduje niebezpieczne krwawienie wewnętrzne. Kobiety, które tego doświadczyły, określają pęknięcie jajowodu, jako odczucie zawrotów głowy oraz omdlenia.

Pacjentka może również:

- Doświadczyć ostrego, nagłego, silnego bólu brzucha;
- Mieć nudności;
- Mieć zwiększoną akcję serca;
- Wyglądać blade;
- Mieć biegunkę.

Jajowody mogą pęknąć, wymaga to natychmiastowej operacji, aby zapobiec utracie krwi.

Przyczyny

W prawidłowej ciąży, rzęski popychają zapłodnioną komórkę jajową wzdłuż jajowodu w stronę macicy, gdzie implanty jaj w błonie śluzowej macicy rozwijają się w płód.

Jednakże, uszkodzenie jajowodu (np. zablokowanie lub zwężenie) może powodować niemożność rzęsek do przesunięcia komórki jajowej do macicy i ciąża może rozwinąć się w jajowodzie.

Powszechne czynniki ryzyka ciąży pozamaciicznej to:

- Zapalenie narządów miednicy mniejszej
- Poprzednia ciąża pozamaciiczna;
- Przebyta operacja z udziałem jajowodów
- Zabiegi na zwiększenie płodności - leki stymulujące jajeczko-wanie i zapłodnienie in vitro;
- Antykoncepcja – wewnątrzmaciczna: bardzo skuteczna w zapobieganiu ciąży, ale jeśli podczas korzystania z tego typu antykoncepcji ciąża wystąpi, jest bardziej prawdopodobne, że będzie to ciąża pozamaciiczna niż zwykła.

Classification of ectopic pregnancy:

1. Tubal pregnancy

The vast majority of ectopic pregnancies implant in the Fallopian tube. Pregnancies can grow in the ampullary section (about 80% of cases), the isthmus (12%), the fimbrial end (5%), also in the cornual and interstitial part of the tube (2%).

2. Non-tubal ectopic pregnancy

Two percent of ectopic pregnancies occur in the ovary, cervix, or are intra-abdominal.

3. Heterotopic pregnancy

This is rare case of ectopic pregnancy. There may be two fertilized eggs, one outside the uterus and the other inside.

4. Pregnancy of unknown location

Symptoms

Occasionally, an ectopic pregnancy doesn't cause any noticeable symptoms and is only detected during routine pregnancy testing. However, most women do have symptoms, and these usually become apparent between week 5 and week 14 of pregnancy.

Common symptoms:

- One-sided abdominal pain;
- Vaginal bleeding.

Less common symptoms:

- Shoulder tip pain;
- Bowel pain (when passing urine or stools);
- Diarrhoea and vomiting.

The most serious symptom of an ectopic pregnancy occurs when an ectopic pregnancy has split open the fallopian tubes (tubal rupture), which is causing dangerous internal bleeding.

Women who have experienced collapse describe feeling lightheaded (dizzy) and faint.

Patient may also:

- Experience a sharp, sudden, intense abdominal pain;
- Feel sick;
- Have an increased heart rate;
- Look pale;
- Have diarrhoea.

Fallopian tubes rupture, requires emergency surgery to prevent blood loss.

Causes

In a normal pregnancy, the cilia push the fertilised egg along the tube and into the womb, where the egg implants itself into the endometrium and develops into a fetus.

However, if the fallopian tube has been damaged (e.g. blockage or narrowing of the tube), the cilia may not be able to move the egg to the uterus, and the pregnancy may develop in the fallopian tube.

Common risk factors for ectopic pregnancy are:

- Pelvic inflammatory disease
- Previous history of ectopic pregnancy
- Previous surgery that involved fallopian tubes
- Fertility treatments – medication to stimulate ovulation and in-vitro fertilization
- Contraception – intrauterine device: very effective in preventing pregnancy but if a pregnancy does occur when using these types of contraception; it is more likely to be an ectopic pregnancy than a normal pregnancy.

Diagnostyka:

- Badanie krwi;
- USG dopochwowe;
- Laparoscopia.

Leczenie

Jeżeli ciąża pozamaciczna jest zdiagnozowana przed pęknięciem jajowodów, możliwe są następujące opcje leczenia:

- Aktywne monitorowanie – bez natychmiastowego leczenia, ale pod baczna obserwacją. Z łagodnymi objawami, jest szansa, że problem ciąży pozamacicznej rozwiąże się samoistnie. Zapłodniona komórka jajowa obumrze, a otaczające tkanki ją wchłoną bez konieczności ingerowania.
- Leki
- Chirurgia – zazwyczaj wykorzystuje się laparoskopię – salpingektomię. Jest to najbardziej skuteczna metoda leczenia, która nie zmniejsza szansy na ponowne zajście w ciążę. Jeśli natomiast doszło do pęknięcia jajowodu, konieczna jest natychmiastowa operacja (laparotomia).

Diagnosis:

- Blood tests;
- Vaginal ultrasound;
- Laparoscopy.

Treatment

If the ectopic pregnancy is diagnosed before rupture of fallopian tubes, the following treatment options are possible:

- Active monitoring -no immediate treatment but condition is carefully monitored. With mild symptoms, there is a chance that the pregnancy will resolve itself. The fertilised egg will die and then be absorbed into nearby tissue, without the need for treatment.
- Medication
- Surgery – Laparoscopy is normally used – salpingectomy procedure. This is the most effective treatment and does not reduce the chance of becoming pregnant again. If Fallopian tube has ruptured, emergency surgery is needed (laparotomy).

W następnym numerze:

- Kolejna części „Angielski dla medyków”
- Zauważone/Odnotowane
- Alfabet JGP

Ponadto:

- Felieton
- Kalejdoskop
- Wywiad w „Systemie”
- JGP w pytaniach i odpowiedziach
- Kalendarium i kolejne zmiany w rozliczaniu świadczeń

REDAKCJA:**Zespół redakcyjny:**

Rafał Janiszewski, Emilia Sujkowska,
Anna Janiszewska, Ewa Niś,
Katarzyna Moczulska,
Jolanta Kowalczyk,
Łukasz Puchalski,
Ewelina Wójcik,
Magdalena Moczulska.

Adres redakcji:

Kancelaria Doradczą
Rafał Piotr Janiszewski,
Warszawa, ul. Wiejska 12/IV p.

ISSN 1898-3987

UWAGA:

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie jednocześnie prawo do ich redagowania i ewentualnie skracania.

Redakcja

nie przyjmuje zleceń reklamowych

tel. (22) 745 53 60, fax (22) 625 73 99
e-mail: system@iuz.org.pl
www.kancelariajaniszewski.pl



GAZETA
FARMACEUTYCZNA

Szanowni Lekarze!

Mamy zaszczyt zaprosić Państwa do udziału w unikalnym projekcie edukacyjnym łączącym kompetencje XXI wieku^{1/} z obowiązkiem doskonalenia zawodowego lekarzy^{2/}

Zapraszając do współpracy z przyjemnością informujemy, że Wydawnictwo Kwadryga Sp. z o.o., wydawca „Gazety Farmaceutycznej”, uzyskało na zasadach wyłączności prawo do zaoferowania Państwu „PAKIETU 20” – czyli: akredytowanych, multimedialnych programów edukacyjnych emitowanych on-line w sieci internetowej z ograniczonym dostępem, które uprawniają lekarzy do uzyskania w trzecim okresie obrachunkowym 100 punktów edukacyjnych, tj. całego limitu punktów dla kształcenia w trybie zdalnym.

Koszt „PAKIETU 20”, zawierającego dostęp do 20 punktowanych interdyscyplinarnych szkoleń to 1500 zł brutto (w tym 23 proc. VAT). Zaoferowana przez nas cena 15 zł za punkt edukacyjny jest najniższa w Polsce^{3/}.

W cenie oferty – oprócz dostępu do interdyscyplinarnej wiedzy – gwarantowane jest rozliczenie wszystkich uzyskanych punktów edukacyjnych w macierzystych izbach lekarskich nabywców oraz przekazanie informacji do Centralnego Rejestru Punktów Edukacyjnych Naczelnej Izby Lekarskiej. Za wszystkie formalności odpowiada Operator Szkoleń MPE.

Patrz: www.medycyna.org.pl zakładka „Legalizacja”

Szczegóły oferty, w tym **tytuły szkoleń** na stronie www.kwadryga.pl.

UWAGA! Liczba kluczy dostępu ograniczona.

Termin obowiązywania promocyjnej oferty upływa z dniem 31 grudnia 2015 r.

Nr konta: 15 1050 1054 1000 022 0017 1227, Bank Śląski S.A

Koszt „PAKIETU 20” można wliczyć w koszty prowadzonej działalności gospodarczej. Wystawiamy faktury VAT.

Szczegółowe informacje w sprawie zakupu „PAKIETU 20”:

Adam Gorecki tel. 22 868 66 57 (pn-pt: godz. 10-16)

adres mailowy: med.szkolenia@kwadryga.pl

1/ Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2006/962/WE z dnia 18 grudnia 2006 roku w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie (Dz. U. L 394 z 30 grudnia 2006 r.).

2/ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326).

3/ 1 pkt. edukacyjny w szkoleniu stacjonarnym = godzina pracy lekarza przy średniej stawce godzinowej 46 zł (dane MZ z 2012 r.) plus koszty utraconych korzyści i koszty towarzyszące (np. przejazdy, noclegi, posiłki, opłaty konferencyjne, parkingowe, itp.)

Szkolenia wchodzące w skład Pakietu 20:

1. Wirusowa choroba Ebola

Wykład zawiera krótkie przedstawienie podstawowych objawów choroby wirusowej Ebola. Zwrócona jest uwaga na nieco odmienny przebieg przypadków tej choroby w epidemii aktualnie szerzącej się. Częstsze niż w poprzednich epidemiach są objawy ze strony przewodu pokarmowego – wymioty i biegunka, a objawy krwotoczne nie są w niej dominujące. Podane są szacunkowe dane o okresie wylegania choroby, jej zaraźliwość i czasu trwania objawów chorobowych u osób, które przeżyły.

Autor: Prof. Andrzej Zieliński, Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

2. NT – praktyczne zasady leczenia

Prezentowany wykład zawiera wykład n/t obowiązujących zasad leczenia nadciśnienia tętniczego w świetle najnowszych wytycznych, w tym najnowszych wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT).

Autor: Prof. Andrzej Januszewicz, Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Instytut Kardiologii w Warszawie.

3. Zakrzepica układu wrotnego

Szkolenie omawia przyczyny powstania, obraz kliniczny oraz diagnostykę zakrzepicy układu wrotnego (ZUW). Przedstawia możliwości terapeutyczne w zależności od szybkości narastania zmian zakrzepowych (zakrzepica ostra, przewlekła).

Autor: Prof. Piotr Małkowski, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej UM w Warszawie.

4. Wybrane zakażenia bakteryjne - terapia według aktualnej wiedzy medycznej

Nowoczesne podejście do terapii zakażeń bakteryjnych obejmuje racjonalne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej, myślenie o etiologii zakażenia, racjonalny wybór antybiotyku w oparciu o dane epidemiologiczne, zwiększenie indeksu terapeutycznego poprzez zwiększenie dawek, zwiększenie efektywności przez leczenie skojarzone w ciężkich zakażeniach, skracanie antybiotykoterapii, stosowanie terapii sekwencyjnej (przejście z leku stosowanego dożylnie na drogę doustną).

Autor: Dr n. med. Paweł Grzesiowski, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa Instytut Profilaktyki Zakażeń.

5. Terapia osłonowa podczas kuracji NLPZ – zastosowanie Pantoprazolu

W prezentowanym wykładzie przedstawiono uwarunkowania występowania działań niepożądanych po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych oraz możliwości ich prewencji i leczenia.

Autor: Doc. Stanisław Wojtuń, Wojewódzki Instytut Medyczny, Klinika Gastroenterologii CSK MON.

6. Depresja: pierwsza diagnoza i pierwsza terapia

Zaburzenia depresyjne stwarzają problemy skalą swojego rozpowszechnienia, jak i ograniczoną skutecznością form terapii. Teraz jednak dochodzi, co raz wyraźniej, kolejny problem – wpływ czynników cywilizacyjnych. Jesteśmy uczestnikami wielkiego eksperymentu cywilizacyjnego, w którym żyjemy dłużej, szybciej, inaczej.

Autor: Prof. Bartosz Łoza, Klinika Psychiatrii WUM, Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

7. Ocena funkcji lewej komory serca

Ocena czynności lewej komory jest najczęstszym wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego i ma zasadnicze znaczenie prognostyczne i terapeutyczne.

Autor: Prof. Andrzej Wysokiński, Katedra i Klinika Kardiologii UM w Lublinie.

8. Prawo medyczne – Zgoda pacjenta

Omówione zostaną zarówno przesłanki ważnego i niewadliwego wyrażenia zgody, jak również forma, w jakiej zgoda może być wyrażona a także szczególny jej rodzaj czyli zgoda zastępcza. Zasygnalizowane zostaną również aspekty prawidłowego informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i rokowaniach jako pozostające w integralnym związku z prawidłowością zakresu i przedmiotu zgody.

Autor: Dr n. praw. Anna Płatkowska, Kancelaria Radcy Prawnego, Fundacja Ochrony Prawnej Zawodów Medycznych „Medicus”.

9. Bezpieczeństwo szczepień i ich skuteczność

Spadek zapadalności na choroby zakaźne w wyniku wieloletniego prowadzenia programu szczepień ochronnych zmniejsza poczucie zagrożenia ze strony chorób zakaźnych i stwarza bardziej podatny grunt dla działania ruchów antyszczepionkowych.

Autor: Prof. Andrzej Zieliński, Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

10. Współczesne standardy w leczeniu przerzutowego raka piersi, ze szczególnym uwzględnieniem chorych z nadekspresją receptora HER-2

Pomimo prób wczesnego wykrywania raka piersi oraz stosowania co raz lepszych metod leczenia uzupełniającego, wciąż duża grupa chorych musi zmagać się z rozsianą postacią tej choroby. Mamy intuicyjne i kliniczne przeświadczenie, że leczenie rozsianego raka piersi wydłuża przeżycie u wysokiego odsetka chorych. Brak jednak danych z badań z randomizacją, gdzie grupa kontrolna nie jest leczona. Najczęściej wykorzystuje się dane z badań klinicznych dotyczących porównania przeżycia przy zastosowaniu dwóch różnych metod leczenia.

Autor: Doc. dr hab. n. med. Krzysztof Krzemieniecki, Zakład Chemioterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

11. Jaskra – diagnostyka, leczenie, monitorowanie

Wykład stanowi kompendium współczesnej wiedzy na temat jaskry, jako grupy chorób których istotą jest postępująca neuropatia nerwu wzrokowego.

Autor: Prof. Maria Hanna Niżankowska, Ośrodek Okulistyki Klinicznej SPEKTRUM we Wrocławiu, Centrum Jaskry.

12. Problemy i terapie dotyczące zdrowia psychicznego kobiet

Zaburzenia mogą pojawiać się w związku z ciążą, porodem i położeniem, a główne ryzyko w tym przypadku to depresje poporodowe. Wśród kobiet dojrzałych problemem są zaburzenia związane z kryzysem przemijania, rozpadem związków, usamodzielnianiem się i odejściem dzieci, trudnościami na rynku pracy, menopauzą i narastaniem częstości różnego rodzaju chorób somatycznych.

Autor: Prof. Bartosz Łoza, Klinika Psychiatrii WUM, Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza.

13. Preparaty złożone w terapii nadciśnienia tętniczego

Prezentowane szkolenie zawiera wykład, a także prezentację przypadków dotyczących stosowania preparatów złożonych w terapii nadciśnienia tętniczego.

Autorzy: Prof. Andrzej Januszewicz, dr n. med. Aleksander Prejbisz, Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Instytutu Kardiologii w Warszawie.

14. Grupowa Praktyka Lekarska. Spółka cywilna i spółka partnerska

Prezentowany wykład zawiera informacje o możliwych formach wykonywania grupowej praktyki lekarskiej, naświetla jednocześnie podstawowe uregulowania dotyczące funkcjonowania spółki cywilnej i spółki partnerskiej.

Autor: Mgr prawa Joanna Bień, Stowarzyszenie „Iuris - Medicus”.

15. Złoty standard leczenia chorych na łagodny rozrost stercza (BPH) ze współistniejącą nadaktywnością pęcherza moczwego (OAB)

Łagodny rozrost stercza (BPH) jest chorobą mężczyzn postępującą i powszechną po 50 r. ż. W przebiegu BPH mogą wystąpić powikłania np. w postaci całkowitego zatrzymania moczu (AUR) wymagające leczenia chirurgicznego. U co najmniej połowy chorych na BPH dominują objawy nadaktywności pęcherza OAB. W wykładzie przedstawiono aktualne praktyczne zasady farmakoterapii, z nowym „złotym standardem” leczenia BPH i OAB oraz z omówieniem strategii leczenia chorych na BPH.

Autor: Prof. Sławomir Dutkiewicz, Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Onkologicznej Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach.

16. Diagnostyka i terapia nadciśnienia wrotnego ze szczególnym uwzględnieniem metod endoskopowych

Wykład z założenia poświęcony jest problematyce marskości wątroby – jej etiologii, patogenezie, patomechanizmowi rozwoju powikłań, w tym nadciśnienia wrotnego, współczesnym metodom diagnostycznym i terapeutycznym. W części przygotowanej przez Autora dotyczy problematyki diagnostyki i leczenia nadciśnienia wrotnego ze szczególnym

uwzględnieniem metod endoskopowych.

Autor: Prof. Krzysztof Simon, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Gromkowskiego.

17. Przygotowanie się do tworzenia elektronicznej dokum. medycznej

Tworzeniu się „społeczeństwa informacyjnego” towarzyszą zmiany prawa, których zrozumienie i zaakceptowanie sprawia wielu osobom poważną trudność. Wykład ma pomóc w pokonaniu bariery pomiędzy dotychczasowym środowiskiem pracy lekarza tworzącego dokumentację medyczną za pomocą długopisu i druków, a elektronicznym środowiskiem pracy z wykorzystaniem komputera itp.

Autor: Dr inż. Kajetan Wojsyk, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie.

18. Sposoby skutecznej komunikacji werbalnej na przykładzie lekarza i pacjenta

Prezentowane szkolenie zawiera wykłady na temat tego czym są negocjacje, czemu służą oraz jakie są podstawowe techniki, które mogą okazać się pomocne w pracy lekarza. Nie mając wiedzy teoretycznej prowadzimy negocjacje na „swoją sposób”, a więc z różnym skutkiem, często chaotycznie i nieefektywnie.

Dlatego znajomość i stosowanie określonych zasad w prowadzeniu negocjacji podtrzymuje właściwy kontakt, przeciwdziała manipulacji, a tym samym daje szansę na osiągnięcie sukcesu zawodowego i zadowolenia z efektywnej pracy.

Autor: Prof. J. Paweł Georgica, Zakład Socjologii Organizacji i Instytucji, Instytut Socjologii, Uniwersytet w Białymstoku; Catholic University of America w Waszyngtonie.

19. Rola orzecznictwa lek. w zabezp. społ. następstw choroby

We wszystkich instytucjach zabezpieczenia społecznego dla przyznania świadczeń przysługujących z tytułu choroby i jej następstw podstawę do wydania decyzji w sprawie przyznania lub odmowy przyznania świadczenia stanowi orzeczenie lekarskie.

Autorka: Prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, OIL w Warszawie, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego.

20. Rola opinii biegłego w procesie cywilnym

Przedmiotem wykładu są zagadnienia związane z kontrolą opinii biegłego w związku z wieloma nieprawidłowościami, jakie pojawiają się przy sporządzaniu opinii przez biegłego sądowego w toczącym się postępowaniu.

Autor: Dr n. praw. Anna Płatkowska, Kancelaria Radcy Prawnego, Fundacja Ochrony Prawnej Zawodów Medycznych „Medicus”.



KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski
00-490 Warszawa, ul. Wiejska 12,
tel. 22 745 53 60, fax 22 625 73 99
www.kancelaria.janiszewski.med.pl

System

**Czy
korzystnie rozliczasz się z NFZ?**

SPRAWDŹ, CZY MOŻNA LEPIEJ?

Ile zależy od jakości prowadzonej dokumentacji medycznej?

Z nami unikniesz kosztownych błędów

**Najczęściej proponowane przez nas
rozwiązania:**



- szkolenie personelu medycznego
- indywidualne konsultacje dla lekarzy w oddziałach, doradztwo w zakresie prawidłowości dokumentowania i rozliczania świadczeń
- comiesięczna weryfikacja dokumentacji w oddziale przed oddaniem do rozliczenia do działu statystyki
- wypracowanie procedur odpowiedzialności za dokumentację medyczną
- cykliczne szkolenia i warsztaty dla zespołów rozliczeniowych szpitala w celu aktualizacji wiedzy o JGP
- comiesięczne audyty oddziałów wraz z prezentacją wyników i warsztatami dla personelu medycznego

Udzielamy bezpośredniej pomocy w dokumentowaniu i rozliczaniu świadczeń, a koszt naszej podstawowej obsługi nie przekracza miesięcznego kosztu jednego pracownika administracyjnego.