

# OD REDAKCJI



Fot. Radosław Kwiatecki

## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Oczywiście refundacji leków ciąg dalszy. Od 1 marca 2012 roku obowiązuje nowy wykaz leków refundowanych. Jeżeli poszukamy go w internecie, to wykaz uzupełniony został o pozycję: „Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją na podstawie decyzji wchodzących w życie z dniem 01.03.2012 r. Termin obowiązywania decyzji 2 lata”. W kolumnie tej zawarto informację o możliwości refundowanego przepisywania danego preparatu w konkretnych wskazaniach pozarejestrowanych. Nowy wykaz tak naprawdę składa się z czterech części. Pierwsza to pełen wykaz, druga to wykaz 139 obniżek cen leków już refundowanych. Jeśli Państwo spojrzą na pierwszy wykaz, to z leków nas interesujących, w stosunku do poprzedniej listy, zmieniła się cena Luteiny dopochwowej i podjęzykowej. Dopochwowa poprzednio na ryczałt kosztowała 13,92 zł, a obecnie tylko 3,20, podjęzykowa, której poprzednio cenę wyliczono na 3,20, obecnie będzie kosztować 9,45 zł. Zmiany tej nie znajdziecie państwo na drugiej liście, wcale nie obniżono ceny Luteiny dopochwowej, tylko skorygowano poprzednie błędne wyliczenie MZ. A żeby było jeszcze weselej, to zadzwonił do mnie wczoraj magister z jednej z warszawskich aptek z informacją, że w Polsce w aptekach dostępna jest substancja „progesteron”, z której można bez problemów zrobić czopki dopochwowe. Powinniśmy o tym pamiętać, gdybyśmy z jakichś względów chcieli podać znacznie większe dawki progesteronu. Do zrobienia jednego czopka można użyć 200 mg, a nawet i więcej substancji czynnej (na receptce po podaniu dawki 200 mg podobno trzeba postawić wykrzyknik, jako świadectwo świadomości rekomendowania dużej dawki), dodać masło kakaowe i wychodzi jeszcze taniej.

Trzecia lista zawiera 216 nowych, dotychczas nierefundowanych leków. Na liście tej znalazły się niektóre przegapione poprzednio antybiotyki, trochę statyn, ale w gruncie rzeczy nie ma tam leków *stricte* ginekologicznych.

Czwarta lista to wykaz 808 pozycji, co do których Minister Zdrowia wydał decyzję o możliwości rozszerzenia refundacji poza wskazania ujęte w charakterystyce produktu leczniczego. Dla nas najważniejsze w tej

liście jest to, że znalazły się na niej heparyny drobnocząsteczkowe. Zgodnie z rekomendacją Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych znalazł się tam zapis, że wszystkie trzy dostępne na polskim rynku heparyny drobnocząsteczkowe można przepisać na ryczałt w następujących przypadkach: „1. Zaburzenia krążenia w tętnicach macicznych u kobiet w ciąży, opóźnienie wzrostu wewnątrzmacicznego płodu, w leczeniu poronień nawykowych – jedynie w przebiegu zespołu antyfosfolipidowego, leczenie i profilaktyka zmian zakrzepowozatorowych u dzieci do 18 roku życia; 2. Profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe u chorych z chorobami nowotworowymi”. Nie chcę się domyślać, kto rekomendował tego typu zapis. Po pierwsze: udokumentowany zespół antyfosfolipidowy, czyli zaledwie kilka procent kobiet z poronieniami nawykowymi, którym udaje się donosić ciążę przy jednoczesnym podawaniu leków antyagregacyjnych i przeciwkrzepliwych. Przeciwnia, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem straty ciąży, jest co najmniej kilkanaście, ale refundacja jest uznana jedynie w przypadku zespołu antyfosfolipidowego. Przypominam aktualne kryteria rozpoznawania zespołu – musimy mieć elementy obciążonego wywiadu i dodatni wynik badań laboratoryjnych.

Kryteria kliniczne to:

1. Zakrzepica naczyń: jeden lub więcej epizodów zakrzepicy w naczyniach tętniczych, żylnych (z wyjątkiem zakrzepicy żył powierzchownych) lub włosowatych w obrębie jakiegokolwiek tkanki lub narządu, potwierdzony badaniem obrazowym, dopplerowskim lub histologicznym. W obrazie histopatologicznym zmianom zakrzepowym nie powinno towarzyszyć zapalenie ściany naczynia.
2. Niepowodzenie położnicze
  - co najmniej jedno obumarcie morfologicznie prawidłowego płodu po 10 tygodniu ciąży (prawidłowa morfologia płodu udokumentowana za pomocą ultrasonografii lub badania bezpośredniego) lub
  - co najmniej jeden przedwczesny poród morfologicznie prawidłowego płodu przed 34 tygodniem ciąży w związku ze stanem przedrzucawkowym, rzucawką lub ciężką niewydolnością łożyska lub

- co najmniej trzy samoistne poronienia o niewyjaśnionej przyczynie przed 10 tygodniem ciąży, z wykluczeniem przyczyn związanych ze zmianami anatomicznymi lub zaburzeniami hormonalnymi u matki oraz chromosomowymi u obojga rodziców.

Kryteria laboratoryjne to:

1. Obecność antykoagulantu toczniowego w osoczu wykrytego co najmniej 2-krotnie w odstępie minimum 12 tygodni metodami zaleconymi przez International Society on Thrombosis and Haemostasis
2. Przeciwciała antykardiolipinowe w klasie IgG lub IgM w średnim lub dużym stężeniu (tzn. >40 GPL lub MPL, lub <99 centyla) wykryte co najmniej 2-krotnie w odstępie minimum 12 tygodni standaryzowaną metodą ELISA
3. Przeciwciała przeciw  $\beta_2$ -glikoproteinie i obecne w surowicy lub osoczu (w mianie >99 centyla) wykryte co najmniej 2-krotnie w odstępie minimum 12 tygodni standaryzowaną metodą ELISA

Zespół antyfosfolipidowy rozpoznaje się wtedy, gdy jest spełnione co najmniej jedno kryterium kliniczne i jedno kryterium laboratoryjne. Kryteriów nie należy stosować, jeżeli objawy kliniczne choroby wystąpiły w okresie <12 tygodni lub >5 lat od momentu wykrycia przeciwciał antyfosfolipidowych (APLA).

Nie chcę się domyślać, kto rekomendował tego typu zapis. Ale zastosowanie metody profilaktycznej w chwili rozpoznania „zaburzenia krążenia w tętnicach macicznych u kobiet w ciąży, opóźnienia wzrostu wewnątrzmacicznego płodu” to przysłowiowa musztarda po obiedzie. Jak się nie zadba o prawidłową przebudowę naczyniową w krążeniu maciczno-kosmówkowym pod koniec pierwszego i na początku drugiego trymestru ciąży, to już za późno i nic się nie da zrobić.

Czyli kiedy możemy zapisać refundowane heparyny? W ginekologii wszystkie drobnocząsteczkowe tak samo jak w profilaktyce okołoperacyjnej i u chorych na nowotwór. W położnictwie – jest to znacznie bardziej złożone. Jeżeli ciężarna będzie miała ostrą zakrzepicę żył głębokich, to zgodnie z rejestracją możemy jej przepisać dowolną, każdą z trzech heparyn drobnocząsteczkowych. RCOG rekomenduje podawanie w czasie ciąży enoksaparyny lub dalteparyny. Jeżeli w poprzedniej ciąży wystąpiła choroba zakrzepowo-zatorowa, to jedyną heparyną, której zapis rejestracyjny można nagiąć do zastosowania profilaktycznego w kolejnej ciąży, jest enoksaparyna. Zapis ten brzmi bowiem: „profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, szczególnie u osób poddawanych zabiegom chirurgicznym lub długotrwałe unieruchomionych”. Pozostałe dwie – dalteparyna i nadroparyna – w zapisie rejestracyjnym mają ściśle określone wskazanie profilaktyczne tylko do zabiegów operacyjnych, chorób nowotworowych, niewydolności krążenia oraz niestabilnej choroby wieńcowej.

Nic innego nie pozostaje, jak czekać na kolejną modyfikację listy z nadzieją, że głos doradczy będzie

miał ktoś, kto kiedyś choć raz prowadził jakąś ciężką wysokiemu ryzyka.

Druga sprawa, dla mnie znacznie bardziej osobista, ale że dotyczyć może każdego z Was, postanowiłem coś o tym napisać. Od lat działa w Tarnowie ginekolog położnik o nazwisku Ryszard Frankowicz, który zajmuje się pisanem opinii mających dokumentować błędy w sztuce lekarskiej. Od lat niewykonyjący zawodu lekarza, skazany za dyskredytację postępowania lekarzy wyrokiem Sądu Lekarskiego, wyrokiem skutecznie zaskarżonym w Strasburgu, w którym ukarany był raczej Kodeks Etyki Lekarskiej, a nie wyrok Sądu Lekarskiego. W lutym i marcu ukazała się w tygodniku Angora seria trzech artykułów „Opinia z wieloma niewiadomymi”, w których dr Frankowicz na życzenie pacjentki podważa moją sądową opinię merytoryczną. Sprawa dotyczyła pacjentki z Kielc, z małym, udokumentowanym ultrasonograficznie trzycentymetrowym mięśniakiem śródściennym, która do Pani Doktor ginekolog zgłosiła się w ciągu dwóch lat i trzech miesięcy trzynaście razy z powodu upławów, stanów zapalnych pochwy i płamień międzymiesiączkowych. W tym czasie trzykrotnie miała pobrane badanie cytologiczne (czyli trzy razy za często w stosunku do rekomendacji PTG) – wszystkie wyniki były prawidłowe. Podobno była kierowana do diagnostyki szpitalnej, na którą nie wyraziła zgody, ale jest to nie najlepiej zapisane w dokumentacji medycznej. W związku z nasileniem dolegliwości trafiła do innej lekarki, która skierowała ją do szpitala, gdzie po wyłyżeczkowaniu kanału szyjki i jamy trzonu macicy rozpoznano raka szyjki. Pacjentka została skutecznie zoperowana i poddana leczeniu uzupełniającemu. Opis badania patomorfologicznego typowy dla raka wewnątrzkanałowego – zmiana nie dochodziła do tarczy części pochwowej. Pacjentka skarży Panią Doktor o błędną diagnostykę i doprowadzenie do rozwoju zaawansowanej choroby nowotworowej. Sprawa trafia do mnie, gdzie nie dopatruję się błędu w postępowaniu – prawidłowe wyniki trzech badań cytologicznych, brak obrazu zmiany na tarczy, objawy kliniczne typowe dla stanów zapalnych pochwy i obecności mięśniaka macicy. W tym momencie w odpowiedzi na moją opinię wkracza prywatna opinia dr Frankowicza. Na razie wyrok uniewinniający Panią Doktor jest utrzymany, ale podobno do prokuratury zostało skierowane doniesienie o moim przestępstwie.

Nigdy nie dezawuowałem wiedzy i umiejętności innych lekarzy, ale w tej sytuacji postanowiłem, że przedstawię Państwu zarysy innej sprawy, którą tym razem ja opiniowałem już po prywatnej opinii dr. Frankowicza. Planowy zabieg artroskopii w jednym ze znanych ośrodków ortopedycznych. Pacjentka z problemami neurologicznymi, spastyczna, do artroskopii musi zostać rozciągnięty staw biodrowy, zabieg taki wykonuje się, stosując wyciąg, w którym punktem oporu jest srom. Kroczę opiera się na pionowym kołku i wyciąga kończynę.

Niestety czasami dochodzi do otarcia, uszkodzenia skóry, w przypadku repozycji centralnego złamania kości biodrowej czasami potężnego urazu krocza. Tak też pewnie było i w tej sytuacji. Ze względu na dolegliwości ze strony krocza pacjentka w okresie po zabiegu odwiedza najpierw jedną izbę przyjęć, dostaje maść przeciwwgrzybiczą, potem kolejną, gdzie pada sugestia oparzenia chemicznego skóry wargi sromowej. Jedno, drugie przesłuchanie, sprawa układa się niepomyślnie. Lekarz, który podobno „był przerażony ogromem uszkodzenia sromu” niewiele pamięta, opiera się tylko na dokumentacji z izby przyjęć, a na pewno nie pamięta, żeby coś go tak bardzo przeraziło. Nietrzymanie moczu, problemy ze stolcem – też nie można udowodnić związku. Opinia dr. Frankowicza: „Oparzenie chemiczne było wynikiem odkażenia pola operacyjnego benzyną i podpalenia jej oparów przy zastosowaniu elektrokoagulacji”. I nagle, po prywatnej opinii dr. Frankowicza

pacjentka sobie przypomina, że co prawda nie widziała błysku, ale w trakcie jej operacji był jakiś straszny huk, wybuch i od tego zaczęły się jej problemy. Żadnego znaczenia nie ma fakt, że na tym oddziale od lat nikt nie stosował do dezynfekcji pola operacyjnego środków łatwopalnych. No cóż – oparzenie chemiczne – znaczy benzyna się zapaliła.

Proszę zwrócić uwagę, że nie użyłem ani jednego brzydkiego słowa, choć miałem taką pokusę przez cały czas.

Z wyrazami szacunku



Romuald Dębski