

Studia Medyczne
Tom 13

MEDICAL STUDIES

Edited by Stanisław Głuszek

Vol. 13

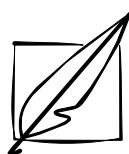
Q U A R T E R L Y
j a n u a r y - m a r c h

Studia Medyczne

Pod redakcją Stanisława Głuszka

Tom 13

KWARTALNIK
styczeń–marzec



Wydawnictwo
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego

Kielce 2009

KOMITET REDAKCYJNY/EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny/Editor-In-Chief

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Zastępca Redaktora Naczelnego/Deputy Editor-In-Chief

prof. dr hab. n. med. Stanisław Bień, prof. dr hab. n. med. Marianna Janion

Sekretarz Redakcji/Assistant Editors

mgr Elżbieta Hombek, dr n. med. Jerzy Krzewicki

RADA NAUKOWA/EDITORIAL BOARD

prof. Krzysztof Bielecki (Warszawa)
dr Barbara Błaszczuk (Kielce)
prof. Jean-Pierre Chambon (Lille, Francja)
dr Elżbieta Cieśla (Kielce)
prof. Jan Czesław Czabała (Warszawa)
prof. Stanisław Jerzy Czuczwar (Lublin)
prof. Teofan Maria Domżał (Warszawa)
prof. Wiesław Drozdowski (Białystok)
prof. Sławomir Dutkiewicz (Warszawa)
prof. Bogusław Frańczuk (Kraków)
prof. Andrzej Fryczkowski (Warszawa)
prof. Pavol Holéczy (Ostrava, Czechy)
doc Helena Kadučáková (Ružomberok, Słowacja)
dr Wojciech Kiebzak (Kielce)
prof. Rudolf Klimek (Kraków)
prof. Marek Kochmański (Warszawa)
dr Aldona Kopik (Kielce)
prof. Teresa Korwin-Piotrowska (Szczecin)
prof. Anton Lacko (Ružomberok, Słowacja)
prof. Jerzy Kotowicz (Warszawa)
prof. Romuald Lewicki (Warszawa)
prof. Andrzej Malarewicz (Kielce)

dr Małgorzata Markowska (Kielce)
dr Leszek Nowak (Kielce)
prof. Grażyna Nowak-Starz (Kielce)
prof. Józef Opara (Repty Śląskie)
prof. Siarhei Pańko (Brześć, Białoruś)
prof. Stanisław Pużyński (Warszawa)
prof. Stanisław Radowski (Warszawa)
dr Tomasz Rogula (Cleveland, USA)
prof. Grażyna Rydzewska (Kielce)
prof. Andrzej Rydzewski (Kielce)
prof. Danuta Ryglewicz (Warszawa)
prof. Halina Sińczuk-Walczak (Warszawa)
prof. Wojciech Sobaniec (Białystok)
prof. Marek Spaczyński (Poznań)
prof. Bruno Szczygieł (Warszawa)
prof. Monika Szpringer (Kielce)
prof. Wiesław Szymański (Bydgoszcz)
dr Andrew Ukleja (Cleveland, USA)
dr Piotr Walerian (Warszawa)
prof. Beata Wożakowska-Kapłon (Kielce)
dr Barbara Wybraniec-Lewicka (Warszawa)
prof. Stanisław Zabielski (Warszawa)

Od tomu 9 „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej” ukazują się jako „Studia Medyczne”

Adres redakcji/Editorial Correspondence

25–317 Kielce, Aleja IX Wieków Kielc 19, www.ujk.kielce.pl/studiamedyczne
tel. 041 349 69 23, 0668 185 445
e-mail: studiamedyczne@ujk.kielce.pl

Redaktor naczelny: tel. 041 349 69 10, 0602 715 889, e-mail: sgluszek@wp.pl

Opracowanie redakcyjne/Editorial study

Małgorzata Marchlewicz

Korekta/Proofreading

Małgorzata Marchlewicz

Formatowanie komputerowe/Computer formatting

Anna Domańska

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, Kielce 2009

Wydawca/Publisher

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego
25–369 Kielce, ul. Żeromskiego 5
tel. 041 349 72 65, fax 041 349 72 69
<http://www.ujk.kielce.pl/wyd>, e-mail: wyd@ujk.kielce.pl

SPIS TREŚCI

CONTENTS

ARTYKUŁY REDAKCYJNE/EDITORIAL ARTICLES

- Standardy postępowania w urazach jamy brzusznej w warunkach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR)**
Standards of the procedure in the abdominal injuries in the Hospital Emergency Departments 7
Dorota Adamczyk-Krupska, Stanisław Głuszek

- Education of mother about child breastfeeding**
Edukacja matki na temat karmienia piersią 15
Helena Kadučáková, Eva Moraučíková

PRACE ORYGINALNE/ORIGINAL PAPERS

- Czynniki prognostyczne urodzenia noworodka o dużej masie. Ocena wartości prognostycznej okołoporodowej ultrasonografii**
Analysis of clinical predictive factors of fetal macrosomia. Assessment of ultrasound birth-weight prediction accuracy 19
Grzegorz Piasek, Olga Adamczyk-Gruszka, Patryk Radomski, Józef Starzewski

- Analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet, hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych oraz kierunki profilaktyki i promocji zdrowia**
Analysis of health-related knowledge and behaviours of women hospitalised for gynaecological diseases and future directions of prophylaxis and health promotion 27
Aleksandra Słowiecka

- A body posture in the sagittal plane measured among girls aged 12 to 15 from the Świętokrzyskie province**
Postawa ciała w płaszczyźnie strzałkowej dziewcząt w wieku 12–15 lat z województwa świętokrzyskiego 37
Jacek Wilczyński

PRACE KAZUISTYCZNE/CASE STUDIES

- Pourazowa torbiel dolnego bieguna śledziony leczona laparoskopowo – opis przypadku**
Laparoscopy in potraumatic cyst of lower part of spleen – case report 41
Przemysław Wolak, Renata Skiba

- Ciąża jajnikowa – rzadka postać ciąży pozamacicznej. Analiza procesu diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie opisu trzech przypadków**
Ovarian pregnancy – a rare form of ectopic pregnancy. The analysis of the diagnosticotherapeutical process – about three casus 45
Izabela Lewandowska-Andruszuk, Olga Adamczyk-Gruszka

PRACE POGLĄDOWE/REVIEW PAPERS

- Algorytm praktyczny farmakoterapii chorych na łagodny rozrost stercza (BPH)**
A practical algorithm for medical therapy of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) 49
Sławomir Dutkiewicz

<i>Opieka nad położnicą i noworodkiem w środowisku domowym w okresie porodu</i> <i>Medical care of mother and newly delivered infant by midwife</i> <i>in house environment</i> Marzena Zydorek, Bogumiła Gawęda, Anna Michalik, Jolanta Olszewska, Agnieszka Czerwińska, Beata Frankowicz-Gasiul, Justyna Kamieńska, Jarosław Olszewski	59
<i>Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej</i> <i>(na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec)</i> <i>The analysis of the functioning of health care systems in chosen European Union countries</i> <i>(example of Sweden, Great Britain, Poland and Germany)</i> Mirosława Skawińska	69
<i>Przykłady ewolucji zjawiska śmierci z powodu chorób zakaźnych</i> <i>w aspekcie historycznym</i> <i>The examples of the phenomenon of death due to infectious disease</i> <i>in historical aspect</i> Jerzy J. Supady	79
<i>40 lat pracy Bloku Operacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach</i> <i>40 years of operating theatre in Provincial Hospital in Kielce</i> Jerzy Krzewicki	85
<i>Komunikat</i> <i>Communication</i>	93
<i>Regulamin publikacji prac w „Studiach Medycznych”</i> <i>Publication instruction in “Medical Studies”</i>	95

STANDARDY POSTĘPOWANIA W URAZACH JAMY BRZUSZNEJ W WARUNKACH SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO (SOR)

STANDARDS OF THE PROCEDURE IN THE ABDOMINAL INJURIES IN THE HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS

Dorota Adamczyk-Krupska¹, Stanisław Głuszek^{2, 3}

¹ Szpitalny Oddział Ratunkowy

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Kierownik: lek. med. Dorota Adamczyk-Krupska

² Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Kierownik Oddziału: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

³ Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

STRESZCZENIE

Wraz z rozwojem chirurgii urazowej oraz systemu ratownictwa medycznego, coraz więcej urazów brzucha, nawet bardzo rozległych, trafia do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Od trafnej i szybkiej decyzji lekarzy tam pracujących zależą dalsze losy poszkodowanego. W tym celu zostały opracowane algorytmy i standardy dotyczące postępowania z pacjentem po urazie jamy brzusznej. Dotyczą one dokładnego określenia charakteru i ciężkości uszkodzenia ciała, a co za tym idzie ustalenia odpowiedniej metody postępowania z chorym. Oprócz niezwykle istotnego badania fizykalnego chorego lekarz dyżurny SOR musi wybrać rodzaj diagnostyki. Na tę decyzję ma wpływ wiele czynników. W pracy omówiono podstawowe zasady postępowania diagnostycznego i leczniczego w urazach jamy brzusznej.

Słowa kluczowe: uraz jamy brzusznej, badanie ultrasonograficzne, diagnostyczne płukanie otrzewnej, algorytm postępowania.

SUMMARY

Together with the development of trauma surgery and emergency medical system, more and more abdominal injuries – even very large, go to Hospital emergency departments. Fates of the injured depend on the appropriate and rapid decision of the doctors who work there. For this purpose there have been developed algorithms and standards for the treatment of patients after abdominal injury. Those standards relate to determine the exact nature and severity of injury and thus determine the appropriate method for dealing with the injured. In addition to the extremely significant patient's physical examination, emergency department doctor has too choose also the type of diagnosis. This decision may be affected by many factors. Standards of the diagnostic process and the treatment procedure in the abdominal injuries are discussed.

Key words: abdominal injury, ultrasonographic imaging, diagnostic peritoneal lavage, algorithms for the treatment.

Uraz (*trauma*) powoduje uszkodzenie ciała lub jego części (tkanki, narządy) wskutek działania jednego z czynników zewnętrznych, np. upadku, uderzenia, energii elektrycznej i innych. Pojęcie urazu należy odróżnić od obrażenia (uszkodzenia) ciała. Urazy, po chorobach układu krążenia i nowotworach, zajmują trzecie miejsce wśród przyczyn zgonów w populacji ludzkiej. U ludzi młodych do 40. roku życia są one najczęstszą przyczyną śmierci.

W wielu opracowaniach dotyczących postępowania z chorym po urazie występuje pojęcie algorytmów i standardów. Algorytm stanowi przepis postępowania prowadzącego do rozwiązania określonego zadania – zbiór poleceń dotyczących pewnych obiektów (danych) ze wskazaniem kolejności. **Algorytm** wskazuje na zalecane zwyczajowo rozwiązanie problemu. **Standard** to wzorzec ustanowiony przez autorytet (zespół autory-

tetów) jako reguła dla zmierzenia ilości, wagi, zakresu wartości lub jakości [1].

W wyniku urazu (*trauma*) powstają obrażenia uszkodzenia ciała (*laesiones*). Rozróżniając rodzaj siły urazu uszkadzającej ciągłość powłok skórnych, obrażenia ciała dzieli się na:

1. obrażenia przenikające (zwane również drażącymi, otwartymi)
2. obrażenia nieprzenikające (zwane tępyimi, zamkniętymi).
3. inną grupą obrażeń mechanicznych są rany postrzałowe zadane bronią palną lub odłamkami granatów – w czasie pokoju są one wynikiem nieszczęśliwych wypadków oraz coraz częściej związane są z rozwojem przestępczości zorganizowanej.

Uraz powoduje zniszczenie struktury tkanek przez odkształcenie przekraczające ich wytrzymałość i podatność. W tępyim urazie dochodzi do wyhamowania lub zmiżdżenia, a w urazie przeszywającym do rozdzielania i rozerwania tkanek przez przedmiot penetrujący, np. nóż. Wielkość uszkodzenia jest wprost proporcjonalna do energii kinetycznej działającej podczas urazu.

$$EK = \frac{m \times V^2}{2}$$

gdzie: EK – energia kinetyczna, m – masa, V – prędkość, z jaką działa masa pocisku lub poruszającego się ciała [2]

W mechanizmie urazu prędkość ma znacznie większy wpływ na następstwa urazu niż poddana działaniu czy działająca masa (obrażenia u ofiar wypadków komunikacyjnych).

We współczesnej traumatologii stosowany jest następujący podział obrażeń:

- mnogie obrażenia ciała (MOC) – to obrażenia dwóch lub więcej okolic ciała, z których każde jest wskazaniem do leczenia szpitalnego,
- obrażenia wielonarządowe (OW) – obrażenia co najmniej dwóch narządów danej okolicy ciała np. rozerwanie jelita i śledziony,
- wielomiejscowe obrażenia ciała (WOC) – liczne obrażenia umiejscowione w różnych okolicach bez zagrożenia życia,
- izolowane obrażenia ciała (IOC) – obrażenia dotyczące jednego narządu czy jednej okolicy ciała [3].

Do zgonów w następstwie urazów dochodzi w trzech typowych przedziałach czasowych.

1. W okresie kilku pierwszych minut po urazie i obciążonym największą śmiertelnością. Przyczyna zgonu zależy od uszkodzenia ważnych dla życia anatomicznych struktur, takich jak: serce, duże naczynia, mózg, rdzeń przedłużony (ok. 50% wszystkich zgonów w następstwie urazów). Na śmiertelność z ww. przyczyn nie ma wpływu organizacja

pomocy medycznej. Tylko zwiększenie promocji właściwych zachowań, jak np. powszechna walka z chorobą alkoholową czy zmiana obyczajów panujących na drogach, może spowodować poprawę w tym zakresie. Bardzo istotny jest również nacisk na higienę i bezpieczeństwo pracy, obserwuje się bowiem wzrost wypadków w pracy.

Spośród obrażeń narządów jamy brzusznej, będących najczęstszymi przyczynami zgonu na miejscu wypadku, należy wymienić przede wszystkim oderwanie wątroby, przerwanie ciągłości dużych naczyń czy wreszcie obrażenia wielonarządowe.

2. Drugi przedział czasowy obejmuje kilka następnych godzin po urazie – dotyczy postępowania w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego. To właśnie w tym odcinku czasowym znajduje się „złota godzina”, której odpowiednie wykorzystanie ma wpływ na zmniejszenie śmiertelności pourazowej. W tym też czasie dochodzi do ok. 30% wszystkich zgonów w wyniku urazów. Połowa z nich spowodowana jest ciężkimi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, a pozostałe krwotokiem. Bardzo wielu z tych chorych można uratować, stosując właściwą pierwszą pomoc oraz zapewniając odpowiednio szybki transport do szpitala odpowiednie postępowanie medyczne w warunkach SOR.

Obrażeniami prowadzącymi w omawianym okresie do krwotoku jest rozkawałkowanie śledziony, oderwanie szypuły naczyniowej krezki jelit oraz ciężkie uszkodzenia wątroby.

3. Trzeci okres to kilka dni od urazu. Ten przedział czasowy odpowiedzialny jest za ok. 20% wszystkich zgonów spowodowanych urazami, zwykle w następstwie zakażenia lub niewydolności wielonarządowej. Zdarzające się w przypadku uszkodzeń jelita zakażenie otrzewnej może być przyczyną ropowicy pozaotrzewnowej czy ropni wewnątrzbrzusznych, może również dojść do zakażenia krwiaków w wątrobie i śledzionie.

W celu odpowiedniej oceny ofiar urazów oraz określenia rokowań co do przeżycia oraz wreszcie wystąpienia powikłań odległych opracowano wiele skal. Skale te ułatwiają również komunikację między ośrodkami, a więc przyczyniają się do poprawy leczenia. Podstawową zasadą tych skal jest ustalenie i przypisywanie umownych wartości liczbowych dla poszczególnych uszkodzeń ciała, które odzwierciedlałyby charakter i stopień ciężkości.

- skrócona skala obrażeń (AIS – abbreviated injury scale) – pięciopunktowa, wprowadzona w 1971 roku,
- wskaźnik ciężkości obrażeń (ISS – injury severity score) – modyfikacja poprzedniej, obecnie najczę-

ściej cytowana w piśmiennictwie medycznym. Klasyfikacja ta ocenia w 6-stopniowej skali obrażenia sześciu okolic ciała: 1. głowy i szyi, 2. twarzy, 3. klatki piersiowej, 4. narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej, 5. kończyn i kości miednicy, 6. skóry (tab. 1, 2).

- skala śpiączki Glasgow (GCS – glasgow coma scale)
- wskaźnik urazowy (TS – trauma score)
- wskaźnik urazowy (RTS – revised trauma score)
- wskaźnik APACHE (I – III) – acute physiology and chronic health evaluation – stosowany najczęściej w oddziałach intensywnej terapii
- wskaźnik prawdopodobieństwa i przeżycia TRISS – trauma revised injury severity score

Tabela 1. Skala obrażeń (ISS) [3]

1	Niewielkie uszkodzenia
2	Średnie urazy
3	Urazy ciężkie, lecz niezagrażające życiu
4	Uraz zagrażający życiu, przeżycie wysoce prawdopodobne
5	Ciężki, krytyczny uraz, przeżycie niepewne
6	Oznacza ciężkie, śmiertelne obrażenia bez szansy przeżycia – punktacja wyłączona ze skali ISS

Tabela 2. Skala obrażeń – interpretacja wyników według Baker SP i wsp. [4]

Wynik (pkt)	Śmiertelność dla wieku ≤49 lat	Śmiertelność dla wieku 50–69 lat	Śmiertelność dla wieku ≥70 lat
5	0	3	13
10	2	4	15
15	3	5	16
20	6	16	31
25	9	26	44
30	21	42	65
35	31	56	82
40	47	62	92
45	61	67	100
50	75	83	100
55	89	100	100

Wskaźnik ISS ma szerokie zastosowanie w wielu ośrodkach na całym świecie, w tym także w polskich. Wielką zaletą wskaźnika ISS jest to, że przy jego pomocy można scharakteryzować różniące się anatomiczne uszkodzenia ciała. Jednak należy sobie zdawać sprawę z niedoskonałości wskaźnika ISS. Liczne zaburzenia czynności organizmu po urazie zależą nie tylko od stopnia ciężkości uszkodzeń anatomicznych. Należy więc brać pod uwagę również fizjologiczne i metaboliczne skutki urazu, stan biologiczny osoby

poszkodowanej, jej wiek, a także schorzenia, na które leczyła się przed urazem. To wszystko składa się na rozwój, przebieg i rokowanie „choroby urazowej”.

W piśmiennictwie anglosaskim duże znaczenie przypisuje się wskaźnikowi urazowemu (TS – trauma score). TS uwzględnia ważne parametry fizjologiczne, tzn. ciśnienie tętnicze, tętno, czas powrotu krążenia kapilarnego, liczbę oddechów oraz stan świadomości według skali śpiączki GCS. Głównym zastosowaniem wskaźnika urazowego jest wczesna ocena chorego po urazie. TS okazał się niezwykle przydatny w optymalizacji postępowania z chorym w ramach pomocy doraźnej po ciężkim urazie oraz we wstępnym okresie postępowania szpitalnego. Wykazano bardzo dużą współzależność pomiędzy wartościami punktowymi TS a śmiertelnością pourazową. Zmodyfikowany przez Boyda i wsp. w postaci RTS – revised trauma score stał się częścią składową wskaźnika rokowniczego TRISS, będącego połączeniem RTS oraz ISS [3].

W przyszłości, oprócz skal liczbowych, mogą być wykorzystane wartości poziomu określonych enzymów, parametrów równowagi kwasowo-zasadowej lub innych mediatorów (np. niektórych białek czy też interleukin), których mierzalne wartości mogłyby być lepszym wskaźnikiem ciężkości urazu.

W ciągu ostatniego dwudziestolecia dokonał się bardzo istotny przełom w podejściu do leczenia obrażeń wywołanych urazami. Powszechnie znane stały się takie pojęcia, jak MOF (multiorgan failure), MODS (multiorgan dysfunction syndrome) czy SIRS (systemic inflammatory response syndrome). Zaakceptowano pogląd, że ratowanie życia ofiary ciężkiego urazu musi polegać na zatrzymaniu krwawienia i zapobieganiu skutkom nieodwracalnego wstrząsu, a nie na jednoetapowej, często długotrwałej naprawie wszystkich obrażeń. Ustalono bowiem, że właśnie w czasie tej przedłużającej się jednoetapowej operacji większość poszkodowanych umiera częściej z powodu wstrząsu i nieodwracalnych zaburzeń metabolicznych niż z powodu samych obrażeń. Znana jest triada przyczyn zgonu: koagulopatia, hipotermia i kwasica metaboliczna.

Bardzo istotne jest też, aby bez potrzeby nie przedłużać leczenia przeciwwstrząsowego, jedynie w celu uzyskania poprawy parametrów hemodynamicznych przed znieczuleniem. Jedynym znanym sposobem leczenia krwotoku jest zatrzymanie krwawienia – głównie drogą operacji, w nielicznych przypadkach za pomocą radiologii interwencyjnej. Nie zaleca się również poszerzania diagnostyki radiologicznej i laboratoryjnej ponad konieczną. Taki sposób postępowania określa się mianem „damage control” – osiągnięcie jak najlepszego wyniku jak najbardziej „oszczędnymi środkami”.

Diagnostyka

Obrażenia narządów jamy brzusznej nie występują zbyt często. W Polsce stanowią ok. 2% wszystkich obrażeń, ale już 4% wśród hospitalizowanych. Zdecydowanie częściej obrażenia jamy brzusznej dotyczą mężczyzn (ok. 3/4 poszkodowanych są to ludzie młodzi do 40. roku życia). W ponad połowie przypadków towarzyszą im obrażenia innych okolic ciała (miednicy, klatki piersiowej, kończyn, głowy). Wśród pacjentów z mnogimi obrażeniami ciała obrażenia jamy brzusznej ma ponad 20%, a wśród tych, którzy giną na miejscu, ok. 50%. Rodzaj urazów zależy od miejsca, w którym wystąpiły. Przeważają tępe urazy jamy brzusznej powstające na skutek wypadku komunikacyjnego, upadku z wysokości czy wypadku w pracy, obserwuje się coraz większą liczbę wypadków w rolnictwie, mniej jest natomiast urazów przenikających powstałych na wskutek rany kłutej bądź postrzałowej. W naszym kraju w ostatnich latach stwierdzono wzrost odsetka ran przenikających, wraz ze wzrostem przestępczości, szczególnie w dużych skupiskach miejskich. Zauważalny jest wzrost wypadków w rolnictwie. Według danych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w 2006 roku wskaźnik wyniósł 12,9 przypadków na 1000 ubezpieczonych, odnotowano 123 wypadki ze skutkiem śmiertelnym [5].

Na różnorodność i ciężkość przypadków zaopatrywanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych nie bez wpływu pozostaje rozwój ratownictwa medycznego. Do szpitali dowożeni są ranni z najcięższymi obrażeniami, którzy wcześniej ginęli w okresie przedszpitalnym. Ze względu na rozpowszechnienie choroby alkoholowej w naszym kraju – pacjent z urazem jest nierzadko pacjentem w upojeniu alkoholowym, od którego o wiele trudniej jest zebrać wywiad czy uzyskać współpracę podczas badania lekarskiego.

W następstwie urazów brzucha może dojść do uszkodzenia narządów mięsistych (nerki, wątroby, śledziony), do krwotoku do jamy otrzewnej (3/4 wszystkich przypadków) lub do uszkodzenia narządów jamistych (przewód pokarmowy, pęcherz moczowy, pęcherzyk żółciowy) i otrzewnej (ok. 1/4 wszystkich przypadków).

Każdy poszkodowany, który doznał urazu brzucha, musi być przewieziony do szpitala celem przeprowadzenia diagnostyki dla potwierdzenia bądź wykluczenia obrażeń narządów wewnętrznych [6].

Głównym celem wstępnej oceny ofiar urazów jest wybór chorych wymagających natychmiastowego leczenia operacyjnego, bez przeprowadzania dodatkowych badań.

Ogólne zasady postępowania

a) **pierwsze oględziny** – ocena i leczenie zgodne z zasadami ABC, założenie cewnika Foleya do

pęcherza moczowego, założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego (służące zarówno odbarczeniu żołądka i celowi diagnostycznemu),

- b) **wywiad** – zebranie dokładnego wywiadu co do rodzaju, siły, czasu czynnika powodującego uraz,
- c) **drugie oględziny** – należy zbadać cały brzuch, boki i plecy, powinny być opisane stłuczenia, rany, zanieczyszczenie ran,
- d) **badanie brzucha** – brzuch należy również osłuchiwać celem oceny motoryki, opukiwaniem i obmacywaniem należy ocenić wzdęcia, objawy otrzewnowe i tkliwą bolesność.
- e) **powtórne badanie brzucha** – powinno być przeprowadzone przez tę samą osobę, która badała już wcześniej, gdy zachodzi podejrzenie wewnątrzbrzusznych uszkodzeń lub gdy zmienia się stan chorego.
- f) **badanie per rectum** – przeprowadzone w celu stwierdzenia ew. obecności krwi, oceny gruczołu krokowego, oceny położenia odłamów kostnych w przypadku złamania kości miednicy.
- g) **konieczne badania laboratoryjne** – morfologia krwi, elektrolity, stężenie mocznika, kreatyniny, aktywności amylazy, oznaczenie układu krzepnięcia, grupy krwi, badanie ogólne moczu, jeżeli istnieje taka możliwość oznaczenie substancji toksycznych.
- h) **diagnostyczne badania obrazowe USG i inne.**

Postępowanie szczegółowe

Chorzy ze wskazaniami do leczenia operacyjnego nie wymagają dalszej diagnostyki w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Tępy uraz brzucha

- dalsza diagnostyka – jest konieczna, jeżeli badanie jest niewiarygodne ze względu na zmieniony stan psychiczny chorego, np. uraz głowy czy upojenie alkoholowe lub uraz rdzenia kręgowego,
- przeprowadzone badanie nie jest jednoznaczne,
- należy przeprowadzić diagnostyczne płukanie jamy otrzewnej (DPO).

Obrażenia przenikające – ocena polega na ustaleniu mechanizmu (np. rana postrzałowa, rana zadana nożem), lokalizacji obrażenia i prawdopodobnego kanału rany.

- **rany zadane ostrzem**; rozróżniamy rany okolicy przedniej brzucha, okolicy piersiowo-brzusznej oraz rany okolicy grzbietu lub boku. W każdym z tych przypadków bardzo ważne jest diagnostyczne płukanie otrzewnej (DPO), jeżeli istnieją wątpliwości po badaniu klinicznym, ultrasonograficznym i tomograficznym.
- **rany postrzałowe** – przenikające brzuch wymagają leczenia operacyjnego, ponieważ prawie 100% tych obrażeń wymaga naprawy chirurgicznej uszkodzeń [7].

Wywiad. Natychmiast po przybyciu chorego na SOR ustala się czas, jaki minął od wypadku oraz okoliczności urazu [8]. Często zebranie tych informacji od samego poszkodowanego jest niemożliwe ze względu na jego stan. Uzyskujemy je więc od załogi karetki, policji czy też współuczestników wypadku. Lekarz musi również zdać się na własne doświadczenie. W przypadku licznych urazów, np. klatki piersiowej, miednicy czy głowy, należy z dużym prawdopodobieństwem podejrzewać uraz jamy brzusznej.

W przypadku obrażeń zamkniętych ważny jest dokładny opis wypadku, np. czy poszkodowany był pieszym, kierowcą czy pasażerem samochodu. Ważnym pytaniem jest informacja o losie współpasażerów – w przypadku obrażeń śmiertelnych u jednego z nich należy przypuszczać, że obrażenia badanego również mogą być poważne. Istotną informacją jest mechanizm wypadku: czy było to uderzenie w bok samochodu, najechanie na pieszego czy zderzenie czołowe. Nie należy pominąć pytania o zapięte pasy bezpieczeństwa czy o poduszki powietrzne, a w przypadku dzieci o jazdę w foteliku [9].

Nagły ucisk brzucha lub uraz przenikający obszaru piersiowo-brzusznego może sugerować lekarzowi podejrzenie uszkodzenia przepony. Taki uraz może spowodować uszkodzenia narządów mających światło. W czasie bezpośredniego uderzenia w nadbrzusze, np. rączką kierownicy, może dojść do uszkodzenia trzustki. Wątroba ulega bardzo często uszkodzeniom, ponieważ jest największym narządem mięsistym o bardzo ograniczonej ruchomości. Uszkodzenie wątroby należy brać pod uwagę w razie złamania dolnych żeber po stronie prawej, bolesnej tkliwości w prawym górnym kwadracie lub u chorych, którzy mają obniżone ciśnienie tętnicze krwi po urazie brzucha. Obecność uszkodzenia śledziony należy podejrzewać przy złamaniu dolnych żeber po stronie lewej.

W przypadku ran kłutych należy pytać o długość ostrza, którym zadano rany oraz pozycję ofiary w chwili zadania ciosu. W przypadku ran postrzałowych lekarz powinien zapytać o odległość oddającego strzał, liczbę wystrzelonych pocisków i również o ułożenie ciała ofiary.

W każdym przypadku lekarz badający pacjenta na SOR powinien zadać pytanie o lokalizację bólu, jego nasilenie, w zależności od czasu, od pozycji (ból przy uszkodzeniu samych tylko mięśni powłok), czy kaszlu (przy podrażnieniu otrzewnej). Bardzo istotne jest pytanie o ból barku, tzw. objaw Kehra – ból przeniesiony, który powstaje na skutek podrażnienia nerwu przeponowego w przypadku pęknięcia wątroby lub śledziony. Jeśli pacjent zgłasza silny ból pleców, może to sugerować uszkodzenie trzustki. Charakterystycznym dla uszkodzenia jelita cienkiego, a co za tym idzie dostanie się krwi lub treści jelitowej do przestrzeni

zaotrzewnowej, jest ból promieniujący do pachwin [10]. Bólowi mogą towarzyszyć parcie na mocz przy uszkodzeniu dróg moczowych czy też parcie na stolec towarzyszące uszkodzeniu odbytnicy.

Badanie fizykalne. Do badania fizykalnego personel SOR musi całkowicie rozebrać chorego. Badanie obejmuje nie tylko jamę brzuszną, lecz całego chorego. Badanie rozpoczynamy od oceny ogólnej chorego, tj. podstawowych funkcji życiowych – krążenia, oddychania i stanu świadomości, ciepłoty i skóry.

Po urazie badanie brzucha obejmuje nie tylko ścianę przednią, ale również obie okolice boczne, plecy oraz krocz i pośladki. Zaczynamy od oglądania – oceniamy skórę chorego: zabarwienie oraz wszystkie rany, otarcia, krwaki i wybroczyny. Bardzo dokładnie oceniamy narządy płciowe zewnętrzne i odbył. Kilkakrotnej ocenie wzrokowej podlega wysklepienie brzucha – narastające – sugeruje krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni zaotrzewnowej. Istotna jest również ocena ruchów oddechowych klatki piersiowej – ich ograniczenie czy ruchy paradoksalne mogą świadczyć o uszkodzeniu żeber, a jeśli dotyczy to dolnych żeber może sugerować uszkodzenie śledziony bądź wątroby. Również uszkodzenie przepony ma wpływ na zmianę toru oddechowego.

Podczas dotyku (obmacywania) badamy napięcie powłok oraz bolesność uciskową. Twardy i bolesny brzuch podczas wstępnego badania w SOR świadczy raczej o uszkodzeniu przewodu pokarmowego niż narządów mięsistych, których uszkodzenie w początkowym okresie może nie dawać ani bolesności uciskowej, ani objawów otrzewnowych. Osluchiwanie i opukiwanie, oprócz oceny perystaltyki, niewiele wnoszą do oceny chorego [11]. Istotnym badaniem jest badanie per rectum przydatne nie tylko w celu stwierdzenia krwotoku, ale także jest to badanie weryfikujące dla niepewnej oceny radiologicznej złamania kości ogonowej.

Należy pamiętać, że prawie 100% uszkodzeń pęcherza moczowego i połowa uszkodzenia nerek objawia się krwimoczem. Ważne jest więc założenie cewnika, jednak z zachowaniem należytej ostrożności, aby nie pogłębić istniejącego już uszkodzenia cewki moczowej.

U kobiet należy rozważyć badanie ginekologiczne.

Diagnostyka obrazowa i laboratoryjna

W Polsce, podobnie jak i w całej Europie, pierwszym diagnostycznym badaniem obrazowym wykonywanym tuż po badaniu przedmiotowym chorego jest ultrasonografia (USG) jamy brzusznej. W warunkach izby przyjęć czy oddziału ratunkowego możliwe jest wykonanie mało skomplikowanego badania, za jakie uważane jest badanie USG. Szczególnie u chorych

niestabilnych hemodynamicznie bardzo ważna jest możliwość szybkiego wykonania takiego badania. Dokładność tej metody wynosi 80 do 85%, czułość 55–63%, specyficzność do 95% [12].

Z kolei według zaleceń The American College of Radiology (ACR) największą wartość diagnostyczną u stabilnych chorych z tęłym urazem brzucha mają, w kolejności: radiogram klatki piersiowej w pozycji stojącej, radiogram przeglądowy jamy brzusznej w pozycji stojącej i leżącej oraz badanie TK jamy brzusznej. Uzyskały one po 8 punktów w 9-stopniowej skali, podczas gdy badanie USG oceniono jedynie na 4 punkty, ze względu na małą czułość (wg ACR) w wykrywaniu krwawienia do jamy otrzewnej. Ultrasonografia nie pozwala również na wykluczenie urazów narządów posiadających światło, a także w wielu przypadkach uszkodzenia narządów mięsistych jest fałszywie ujemna. Nieco inaczej ACR ocenia wartość badań obrazowych u chorych niestabilnych hemodynamicznie. Wymienione wyżej badania radiologiczne uzyskały 6–7 punktów, podczas gdy USG oceniono również na 7 punktów. Jednak nawet najbardziej doświadczony ultrasonografista nie uniknie wyników fałszywie ujemnych. Dla tej grupy chorych za najczulsze uważane jest badanie TK [13].

W naszym kraju nadal badaniem obrazowym o podstawowym znaczeniu jest ultrasonografia [14]. Jest ona dostępna, a przynajmniej powinna być, we wszystkich szpitalnych oddziałach ratunkowych i w większości izb przyjęć. Dostępność TK jest nadal ograniczona i zarezerwowana dla wysoko specjalistycznych szpitali. Badanie USG, przy oczywiście mniejszej dokładności niż TK, pozwala rozpoznawać duży odsetek uszkodzenia narządów mięsistych, pęcherza moczowego, wykazuje obecność płynu w jamie brzusznej (niektórzy uważają, że przy objętości 400 ml, inni mówią o 200 ml) [15]. Dużą zaletą USG oprócz dostępności jest nieinwazyjność i możliwość powtarzania badań w oddziałach ratunkowych, na sali operacyjnej i przy łóżku chorego. Opracowany został schemat badania USG jamy brzusznej u chorego z urazem, który zabiera bardzo niewiele czasu, a polega na ocenie z czterech punktów przyłożenia głowicy: pod prawym i lewym łukiem żebrowym, pod wyrostkiem mieczykowatym i nad spojeniem łonowym – FAST (focused assessment with sonography for trauma). Ultrasonografia jest przydatna również w późniejszym okresie do diagnostyki powikłań pooperacyjnych czy do oceny pęknięć narządów, które nie były operowane, szczególnie u dzieci. Wiarygodność i przydatność badania USG brzucha po urazie ograniczają: otyłość, brak współpracy ze strony chorego, obecność rozedmy

podskórnej czy duże zaburzenia świadomości od silnego pobudzenia aż do stanu głębokiej nieprzytomności [3, 16].

Z powodu małej dostępności badania TK, a także niejasnego obrazu badania USG oraz łatwości wykonania w każdej izbie przyjęć czy w szpitalnym oddziale ratunkowym zalecane bywa diagnostyczne nakłucie z płukaniem jamy otrzewnej (DPO). Dokładność tej metody sięga 98%, a liczba powikłań nie przekracza 1%. Jest szczególnie przydatne w rozpoznawaniu krwotoków z uszkodzonych narządów mięsistych [3, 17]. Wykonanie DPO, nawet w czasie trwających czynności resuscytacyjnych, nie stanowi większego problemu technicznego – można je przeprowadzić szybko i praktycznie w każdych warunkach! Jest to badanie stosowane od lat. I pomimo ogólnoświatowej tendencji do leczenia zachowawczego – wartość DPO uległa zmniejszeniu, to nadal jest jednym z uznanych badań do oceny konieczności stosowania laparotomii w przypadku urazu brzucha.

Wskazania do DPO:

- podejrzenie uszkodzenia narządów jamy brzusznej po tęłym urazie, zwłaszcza chorych z objawami intoksykacji (np. upojenia alkoholowego czy zatrucia środkami odurzającymi),
- mnogie złamania dolnych żeber,
- anemizacja lub pogorszenie stanu hemodynamicznego chorego bez wytłumaczalnej przyczyny,
- nieprawidłowe objawy podczas badania fizykalnego jamy brzusznej,
- rana kłuta powłok brzucha o małym prawdopodobieństwie uszkodzenia narządów wewnętrznych,
- para lub tetraplegia,
- mnogie urazy kości,
- zaburzenia czucia bólu z jakiegokolwiek powodu (również poalkoholowe),
- rana kłuta klatki piersiowej poniżej 4 międzyżebra przy niewielkim prawdopodobieństwie innych poważnych obrażeń,
- złamania kręgosłupa piersiowego lub lędźwiowego,
- złamania miednicy.

Do wykonania DPO istnieje praktycznie tylko jedno przeciwwskazanie: oczywista konieczność wykonania zabiegu, gdy istnieją ewidentne objawy zapalenia otrzewnej czy krwawienia.

Przez niektórych autorów za względne przeciwwskazania do wykonania DPO uważa się:

- znaczną otyłość,
- ciążę,
- przebyte liczne operacje brzuszne.

Istnieje kilka poglądów dotyczących interpretacji wyników DPO (tab. 3).

PODSUMOWANIE

Po wnikliwym przeprowadzeniu wywiadu i badaniu fizykalnym chorego trzeba szybko podjąć decyzję co do rodzaju dalszej diagnostyki. Wybór badania USG, TK czy DPO – zależy od wielu uwarunkowań. Są to: stan chorego, rozległość i rodzaj obrażeń, wyposażenie szpitala, do którego trafił chory, czy wreszcie umiejętności i doświadczenie lekarzy pracujących w szpitalnym oddziale ratunkowym. Dopiero uzyskując „średnią” ww. czynników, można wybrać rodzaj badania (USG, TK, DPO), na podstawie którego określone będzie dalsze postępowanie z pacjentem.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Encyklopedia. PWN, Warszawa 2000.
- [2] Mikołajczyk M. Rany postrzałowe. *Dziecięca Chirurgia Urazowa* 2005; 141–144.
- [3] Brongel L, Lasek J, Słowiński K. Podstawy współczesnej chirurgii urazowej. Wyd. Med. Kraków 2008; 40–45, 325–335.
- [4] Baker SP, O'Neill B et al. The injury severity score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* 1974; 14: 187–196.
- [5] Filip R, Filip D. Wypadki w rolnictwie – dynamika zmian w ostatniej dekadzie. Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2007; 133–140.
- [6] Olejarsz A, Nowikiewicz T, Dziedzic M. Taktyka postępowania w ciężkich obrażeniach trzustki. *Nowiny Lekarskie* 2004; 30–32.
- [7] Scott H, Plantz SH, Addler JN. *Emergency medicine*. 1998; 640–656.

- [8] Kolenda M, Ciesielczyk B. Algorytm postępowania w urazach brzucha. *Nowiny Lekarskie* 2004; 220–226.
- [9] Chen RJ, Fang JF, Chen MF. Intra abdominal pressure monitoring as a guideline in the nonoperative management of blunt hepatic trauma. *J Trauma* 2001; 44, 51.
- [10] Cerise EJ, Scully JH. Blunt trauma to the small intestine. *J Trauma* 1970; 46–50.
- [11] Dybiec E, Piętka M. Ocena ultrasonografii jako metody rozpoczynającej algorytm diagnostyczny w urazach jamy brzusznej u dzieci. *Ultrasonografia* 2003; 12: 83–87.
- [12] McGahan JP, Rose J, Coates TL i wsp. Use of ultrasonography in the patient with acute abdominal trauma. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 653.
- [13] ACR Appropriateness Criteria for imaging of blunt abdominal trauma. *Radiology* 2000; 143–151, 272–280.
- [14] Kolenda M, Ciesielczyk B, Szymaniak M. Wartość diagnostyczna badania ultrasonograficznego i płukania otrzewnej w mnogich obrażeniach ciała. *Pol Przegl Chir* 2002; 74: 700.
- [15] Knudson M, Maull K. Nonoperative management of solid organ injuries. Past present and future. *Surg Clin North Am* 1999; 77, 79.
- [16] Hładki W, Brongel L. Pourazowy krwotok do jamy brzusznej. *Pol Przegl Chir* 2003; 12: 1237–1242.
- [17] Kolasinski J. Ocena przydatności diagnostycznego płukania otrzewnej w obrażeniach brzucha. Praca doktorska AM, Poznań 1986.
- [18] Kopiszka K, Lipiński J, Lasek J. i wsp. Ocena wartości diagnostycznego płukania otrzewnej (DPO) oparta o liczbę erytrocytów, leukocytów oraz o poziom aktywności wybranych enzymów u chorych z nieprzenikającymi obrażeniami jamy brzusznej *Pol Przegl Chir* 1999; 71: 811.

Adres do korespondencji:

lek. med. Dorota Adamczyk-Krupska
Szpitalny Oddział Ratunkowy
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
e-mail: dorotaa542@wp.pl
tel. 041 367 13 32

EDUCATION OF MOTHER ABOUT CHILD BREASTFEEDING

EDUKACJA MATKI NA TEMAT KARMIENIA PIERSIĄ

Helena Kadučáková, Eva Moraučíková

Fakulta Zdravotníctva Katolícka Univerzita v Ružomberku

Dean: prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.

SUMMARY

Nutrition of child in its first year of life counts among key tasks of parents, hospital attendants and everybody who participates in care of child. A child acquires the proper habits concerning eating since its birth and those are some of the most important facts for its future health. Appropriate nutrition makes the basis for optimal growth and development of the child. The nutrition demand of full term infant with its physiological birth weight, during its first six months, in terms of its composition and amount of fluid, is perfectly complied by the breast milk. In 2002 WHO accepted Global strategy for the nutrition of infants and children where they prefer to start breastfeeding in one hour after the birth, continue it during the period of six months and after the sixth month finishing start to feed a child healthily. Education of mother (lactation consultancy) about the right nourishment and hygiene during lactation, positions that can be used by mother while breastfeeding and the suitable technology of putting a baby to the breast are considered to be the necessity for the successfulness of breastfeeding. The task of hospital attendants in lactation consultancy is to evaluate the nutrition state of the child, to identify the problem, to provide information and practical aid, and at the same time to express their empathy and bolster the self-confidence of breastfeeding mother.

Key words: breastfeeding, lactation consultancy, nutrition, breast milk, role.

STRESZCZENIE

Odżywianie dzieci w pierwszym roku życia, jest podstawowym zadaniem rodziców, personelu szpitala i wszystkich, którzy uczestniczą w opiece nad dzieckiem. Dziecko nabywa właściwych nawyków, które są jednym z najistotniejszych elementów przyszłego życia dziecka. Zaliczamy do nich właściwe odżywianie od chwili narodzin. Właściwe odżywianie jest podstawą optymalnego rozwoju i wzrostu dziecka. W 2002 roku WHO zaakceptowało Globalną strategię dotyczącą odżywiania niemowląt i dzieci, w której preferowane jest rozpoczęcie karmienia piersią w godzinę po narodzinach, kontynuowanie tego karmienia przez sześć kolejnych miesięcy, a następnie prowadzenie zdrowego odżywiania dziecka. Przy pomyślnym karmieniu piersią za konieczne uważane są: edukacja matki (konsultacja laktacyjna) w zakresie właściwego odżywiania i higieny podczas laktacji, jak również pozycji, które mogą być stosowane przez matkę w trakcie karmienia piersią i odpowiednia technika przykładania dziecka do piersi. Zadaniem personelu szpitala przy konsultacji laktacyjnej jest: ocenić stan odżywiania dziecka, zidentyfikować problem, przekazać informacje i praktyczną pomoc, a tym samym okazać empatię i wsparcie oraz umocnić pewność siebie karmiącej matki.

Słowa kluczowe: kamienie piersią, konsultacja laktacyjna, odżywianie, pokarm matki, rola.

Nutrition of child in its first year of life counts among the basic tasks of parents and hospital attendants who participates in care of child. A child acquires the proper habits concerning eating in its early childhood and those are some of the best preventive measures [1]. Appropriate nutrition makes the basis for optimal growth, health and psychosocial development of the child [2].

The nutrition demand of full term infant with its physiological birth weight, during its first six months, in terms of its composition and amount of fluid is perfectly complied by the breast milk. In 2002 WHO accepted Global strategy for the nutrition of infants and

children where they recommend to start breastfeeding in one hour after the birth, continue it during the period of six months and after the sixth month finishing the child should be fed properly.

Breast milk is the best nourishment for newborn and it also has optimal temperature. Human milk contains protein, lactose, water and fat. The initial milk produced the first days after the birth is often referred to as **beestings** (colostrum), which contains more proteins, minerals, vitamins A and E, and less fat and saccharides than the milk produced after 7–10 days. Colostrum is a form of a thick yellowish fluid. It is high in the immunoglobulins (IgA), which help to protect the

newborn until its own immune system is functioning properly. Beestings can be produced by women also in late pregnancy. As well as the colostrum, so-called **transitional milk** produced after 7–10 days contains antibodies IgA from the mother. After 14 days from birth **mature breast milk** is produced, that is bluish, contains all necessary nutrients and has got sufficient energy value. Milk production (lactation) is strongly influenced by how often is the baby fed and how well it is able to transfer milk from the breast, to drain the breasts more fully.

At the beginning of milk production there is the feeling increased breast fullness, the breasts are sensitive and tense. It is very important to overcome these initial problems to find the breastfeeding the most beautiful period of time in the life of mother and child.

Foremilk, the milk released at the beginning of a feed, is watery and eases thirst of baby. After the foremilk, the **hindmilk** is produced. It contains more fat and it eases hunger of baby. Breastfeeding should last approximately 10 minutes from each breast. Too short breastfeeding does not allow the baby to suck more nutritious hindmilk and so a baby can feel hunger. Feeding a baby on demand (sometimes referred to as „on cue”), may mean breastfeeding much more than the recommended minimum. Feeding when the baby shows early signs of hunger means decreasing the possibility of overfeeding as well as the possibility of insufficient feeding. Babies usually show they are hungry by waking up (newborns), mouthing their fists, moaning or fussing. Crying is a late indicator of hunger. When a baby's cheeks are stroked, the rooting instinct makes it move its face towards the stroking and open its mouth. Baby intensively sucks during the breastfeeding and expresses its satisfaction and feeling of fullness by the suck reducing, nipples releasing or it falls asleep. When the baby expresses its satisfaction, do not force it to continue sucking. After the feeding we lift up the baby to upright position and wind it softly on its back to be able to belch [1, 3–5].

Breastfeeding has many benefits for the child:

- Breast milk contains the right amount of all nutrients child needs. Even no preparation of infant formula has the same composition like breast milk.
- The composition of breast milk varies due to needs of child
- Developing digestive tract of child treats breast milk milderly.
- Breast milk does not cause allergic reaction.
- Breast milk also contains antibodies from the mother that may help the baby to resist infections and so it strengthens child's own immune system. Colostrum is very high in antibodies.

- Breast milk helps with expelling meconium. Breast fed children rarely have problems with constipation.
- Sucking from breasts contributes to mouth development.
- Breastfeeding is very comfortable and economic.
- Breastfeeding eliminates the risk of polluted water that can be used for infant formula preparation or improper concentration of infant formula.
- In the time of the first six weeks, when newborn sucks from breasts, the return of uterus state before pregnancy is supported.
- As fat accumulated during pregnancy is used to produce milk, breastfeeding can help mothers lose weight.
- The hormones released during breastfeeding strengthen the maternal bond, the emotional development of relationship between mother and child [4].

Nutrition of mother during the breastfeeding should be 500 calories daily higher in comparison with the period of time before pregnancy. Mother has to have adequate amount of fluids intake (8–10 cups a day). It is needed to limit the drinking of beverages with caffeine (coffee) and tein (strong black tea) to two cups a day. It is not recommended to drink alcohol and smoke during the lactation. Suitable beverages for breastfeeding mothers are non-sparkling mineral waters, herbal tea (anise, mint, fennel, thyme) and apple and carrot juice (no citrus fruits) [6]. Some food can influence the taste of breast milk and cause the child flatulence. This food includes chocolate, cabbage, spinach, beans and broccoli.

During the breastfeeding it is appropriate for mother to consume:

- Meat, fish, poultry, eggs, legume, nuts
- Milk and dairy products
- Vegetable
- Fruit
- Bread, cereals and wholegrains [4].

At the time of lactation the increased personal hygiene of mother is necessary. It is highly recommended to wash hands and breast (without soap using) with lukewarm water. It is also suitable to wear cotton bra of proper size. Breastfeeding mothers can prevent from soaking their clothes and their subsequent smudging by putting filling into the bra when unbidden milk leakage from breast.

Great importance during the breastfeeding is attached to techniques of breastfeeding, that is grounded in right breast holding, mutual position of mother and baby, right techniques of latching onto and sucking from the breasts. While breastfeeding it is important to hold the thumb high over the areola. And other fingers should

hold up the breast, but they must not touch the areola. The baby is transferred to the breast, not the breast to the baby. Baby lies on its side, face, chest, belly and knees are oriented to mother. Using the correct position of breastfeeding the nipple is on the same level as the mouth of baby. The baby has to latch on the biggest part of areola so that its chin and nose touch the breast, lower lip rolled up out and the tongue exceeds the lower lip. Correct sucking movements are closely wedged to the movements of ear and lower jaw [2, 5].

Baby-led weaning or Mixed feeding, that means breastfeeding in combination with baby food is given specifically to infants, roughly since finishing their sixth month and should comply with some criteria:

- **Early** – it starts in the period of higher need of energy and nutrients that can breastfeeding offer.
- **Sufficient** – it provides enough energy, proteins to reach the nutrition need of growing child.
- **Safe** – hygienic storing and meal preparation that is served by clean hands as well as clean dishes, but not from the baby bottle.
- **Properly given** – in accordance with the signs of hunger and fullness, variety of meals and eating manners that correspond to the age [2].

Education of mother (lactation consultancy) is considered to be the necessity for the successfulness of breastfeeding. The task of hospital attendants in lactation consultancy is to evaluate the nutrition state of the child, to identify the problem, to provide information and practical aid, and at the same time to express their empathy and bolster the self-confidence of breastfeeding mother. Goal of education during suckling is to make active cooperation with mother, to lead her so that she does not feel fear, distress, as well as she understands the importance of breastfeeding, knows needs of child and has adequate knowledge about forms and techniques of breastfeeding.

During assistance of breastfeeding a nurse and a midwife hold all system of formal roles in the area of nursing-community care, expressive, educative, instrumental (technical), consulting, assistance and education to health (prevention), organization and administrative. Nurse/midwife works on needs of breastfeeding mother and child. She has ability to assure for mother and child feeling of security, she is emotionally neutral, she knows how to react accurately to the demands of mother and child during assistance of breastfeeding.

Most frequent roles of nurse/midwife during assistance of breastfeeding:

Offerer of nursing care – she offers quality nursing care according to the newest scientific information to breastfeeding mother and their children, she satisfies bio-psycho-social and spiritual needs of breastfeeding mothers and children.

Manager – organizes, leads and controls activities focused on getting goal – assistance and breastfeeding advance. She works in leading and organisation in difficult levels, carries out the tasks of manager of nursing care by managing nursing process with focus on breastfeeding mothers and children. She entrusts other nursing personal and helps workers with nursing acts, breastfeeding assistance and advancing, she controls work of staff and evaluates it.

Change holder – helps breastfeeding mothers to make decision for change and do it. She is self critical and critical to others during work with breastfeeding mothers and their children. She is able to run the risk during introducing new procedures of breastfeeding and during advancing of breastfeeding in practice.

Educatory – education role is oriented to make and form class-conscious and responsible behaviour and policy of one person and group in interest of breastfeeding assistance. Education ensures getting new knowledge, changing minds, behaviour and getting new skills of breastfeeding.

Advocate – interprets and explains rights of breastfeeding mothers, accepts free choice of breastfeeding mothers' decision. She is defender of mothers and their children, she presents their rights, interprets ideas and requirements of breastfeeding mothers.

Researcher – she is assurance of quality nursing care about breastfeeding mothers and their children, she gives new scientific knowledge, however this position assumes adequate education.

Sermonizer – during supervision to students of nursing care/birth assistance, she makes use of pedagogical and clinical capability, which contents getting knowledge about breastfeeding assistance in clinical and community practice.

Carrier of changes – she could be propelling force not defending power in breastfeeding assistance and in returning of mother milk importance in child nutrition [7].

In order to innovate breastfeeding culture, proper awareness, education and communication is very essential. Parents have right to full and correct information about optimal child nutrition. In practice, personal consultancy – face to face – is necessary, which should be offered by knowledgeable medical attendants, advisors of breastfeeding and supportive groups of mothers.

BIBLIOGRAPHY

- [1] Kozierová B, Erbová G, Olivierová R. Ošetrovatelstvo 1. Martin: Osveta, 1995; 1474.
- [2] Kudlová E, Mydlilová A. Výživové poradenství u dětí do dvou let. Praha: Grada, 2005; 148.

- [3] Čech E a kol. Porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2006; 544.
- [4] Leifer G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada, 2004; 951.
- [5] Pařízek A. Kniha o těhotenství@porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006; 417.
- [6] <http://www.nspnz.sk/neonatal/dojcenie/> 8.1. 2008, 18:30.
- [7] Farkašová D a kol. Ošetrovatel'stvo – teória. Martin: Osveta, 2005; 215.

Address of author

PhDr. Eva Moraučíková
Katolícka Univerzita Fakulta Zdravotníctva
034 01 Ružomberok, ul. gen. M. Vesela 21
e-mail: moraucikova@fzdrav.ku.sk
tel. 0421 44 43 82 930

CZYNNIKI PROGNOSTYCZNE URODZENIA NOWORODKA O DUŻEJ MASIE. OCENA WARTOŚCI PROGNOSTYCZNEJ OKOŁOPORODOWEJ ULTRASONOGRAFII

ANALYSIS OF CLINICAL PREDICTIVE FACTORS OF FETAL MACROSOMIA.
ASSESSMENT OF ULTRASOUND BIRTH-WEIGHT PREDICTION ACCURACY

Grzegorz Piasek¹, Olga Adamczyk-Gruszka^{1,2}, Patryk Radomski¹,
Józef Starzewski^{3,4}

¹ Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach
Ordynator: lek. med. R. Rudziński

² Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Kierownik Pracowni: dr n. med. Urszula Grabowska

³ Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Józef Starzewski

⁴ Dział Ginekologii Świątokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach
Kierownik Działu: dr hab. n. med. Józef Starzewski

STRESZCZENIE

Cel pracy. Porównanie klinicznych czynników prognostycznych urodzenia płodu makrosomicznego w grupach noworodków o masie powyżej i poniżej 4000 g. Ocena wartości predykcyjnej przedporodowej ultrasonografii.

Material i metody. Analizowano czynniki predykcyjne współistniejące z porodami płodów o masie powyżej 4000 g (z wyodrębnieniem grupy o masie powyżej 4500 g) urodzonych w latach 1993–2001 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Analizie poddano: poród dziecka o masie ponad 4000 g w wywiadzie, wystąpienie porodu po terminie według reguły Nagellego, przyrost masy ciała matki w ciąży, wielorództwo, płeć noworodka, masę matki przed ciążą, wiek oraz wzrost matki. Do grupy badanej włączono 652 porody płodów o masie przekraczającej 4000 g. W grupie kontrolnej umieszczono 652 porody noworodków o masie pomiędzy 2500 g a 3999 g.

Wyniki. Wykorzystując model regresji logistycznej, stwierdzono, że prawdopodobieństwo wystąpienia makrosomii płodu zwiększają następujące czynniki kliniczne: urodzenie dziecka o masie większej niż 4000 g w wywiadzie, poród 7 dni po terminie według reguły Naegellego, średni przyrost masy ciała matki w ciąży większy od 20 kg, wieloródki rodzące 3 i więcej razy.

Wnioski. W analizowanej grupie makrosomii płodów obserwowano najczęściej u pacjentek, które w przeszłości urodziły noworodka o masie przekraczającej 4000 g, a także u rodzących po terminie wyznaczonym według reguły Naegellego. Wysokie wieloródki, kobiety powyżej 35 roku życia, oraz ciężarne, które podczas ciąży przybrały na wadze powyżej 20 kg, częściej rodzą dzieci o dużej masie. Okołoporodowa ultrasonografia nie nadaje się do dokładnej oceny masy płodu.

Słowa kluczowe: makrosomia płodu, czynniki predykcyjne, czynniki ryzyka, położnictwo.

SUMMARY

Objective. The comparison of clinical prognostic factors of macrosomic infant delivery in groups of fetuses weighing more than and below 4000 g. Assessment of ultrasound birth-weight prediction accuracy.

Design: Assessment of predictive factors influence on the occurrence of fetal macrosomy.

Materials and methods. The case-control study was carried out in 1993–2001.

Study group involved group of 652 deliveries (more than 4500 g – 81 deliveries)

Fetuses: single, up-to- date, in head presentation, newborn weight more than 4000 g.

The control group – 652 deliveries chosen randomly. The newborn weight between 2500–3999 g. Other fetal features are like in the studied group.

The logistic regression model was used for the estimation of influence of selected predictive factors on the occurrence of fetal macrosomy.

Results. The statistically significant clinical factors of fetal macrosomy were found in mothers in whom there was: the child weight more than 4000 g in the past, the delivery 7 days after the date due to the Naegele's rule, the mean mother's weight raise during pregnancy greater than 20 kg; women, who delivered 3 or more times.

Data from 611 women who underwent sonographic fetal weight estimation show that it is impossible to predict exact perinatal fetal weight.

Conclusions. The assessment of predictive factors in mother can affect the macrosomic fetus delivery management.

Key words: fetal macrosomy, predictive factors, risk factors, obstetrics.

WSTĘP

Rozwój wewnątrzmaciczny oraz wielkość płodu pozostaje pod wpływem wielu czynników, a wśród nich uwarunkowań genetycznych, warunków socjo-ekonomicznych oraz stanu zdrowia matki. Wykazano dodatnią korelację pomiędzy nadmiernym wzrostem płodu a wiekiem matki, nadmiernym ciężarem ciała przed ciążą oraz dużym jego przyrostem w czasie ciąży, wielorodnością, czasem trwania ciąży, a także wcześniejszym urodzeniem makrosomicznych płodów [1–7]. Jednymi z najlepiej poznanych czynników ryzyka makrosomii są cukrzyca przedciążowa (PGDM) oraz cukrzyca ciążowych (GDM). Szacuje się, iż w grupie kobiet chorujących na cukrzycę ryzyko urodzenia makrosomicznego płodu jest pięć razy większe niż w populacji kobiet bez cukrzycy [8–11].

W większości opracowań za makrosomiczne przyjmuje się noworodki, których bezwzględna masa urodzeniowa jest równa lub wyższa 4000 g. Makrosomią można również określić masę noworodka po porodzie większą od 90 percentyla dla danego wieku ciążowego [2, 12–15]. Makrosomia płodu występuje w 3 do 15% ciąż [3, 11]. Najgroźniejszymi dla płodu powikłaniami porodowymi makrosomii są dystocja barkowa (często powikłana uszkodzeniem splotu ramennego z objawami porażenia typu Erba-Duchenne'a), złamanie kości ramiennej i obojczyka. Stwierdzono również, że płody makrosomiczne po porodzie częściej wykazują objawy niedotlenienia i otrzymują niską punktację w skali Apgar [16–21]. Powikłania matczyne związane są zazwyczaj z niewspółmiernością porodową. Wśród nich najczęściej występują: przedłużający się poród, poród operacyjny, krwotoki śród- i poporodowe, ciężkie obrażenia kanału rodowego [7, 22].

Praktyka kliniczna wykazuje, że wskaźniki prognostyczne urodzenia noworodka o masie ponad 4000 g mają różną wartość predykcyjną. Odpowiednia gradacja tych czynników może wpłynąć na sposób rozwiązania ciążowej, u której podejrzewa się makrosomię płodu.

CEL PRACY

Porównanie klinicznych czynników prognostycznych urodzenia płodu makrosomicznego w grupach matek, które urodziły noworodki o masie powyżej i poniżej 4000 g. Ocena wartości predykcyjnej przedporodowej ultrasonografii.

MATERIAŁ I METODY

W latach 1993–2001 w województwie świętokrzyskim odbyło się 115 097 porodów. Porody płodów o masie ponad 4000 g stanowiły 9,35% całkowitej ich liczby, co odpowiada danym dostępnym w literaturze [3, 11].

Przeanalizowano historie porodów noworodków o masie urodzeniowej powyżej 4000 g urodzonych w latach 1993–2001 na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

Porównano występowanie następujących czynników prognostycznych makrosomii płodu w dwóch grupach matek, które urodziły płody o masie powyżej 4000 g (B) (z wyodrębnieniem grupy o masie powyżej 4500 g (BD)) oraz płody o masie poniżej 4000 g (K):

1. Poród dziecka o masie ponad 4000 g w wywiadzie.
2. Wystąpienie porodu po terminie według reguły Nagellego.
3. Przyrost masy ciała matki w ciąży.
4. Wielorództwo.
5. Płeć noworodka.
6. Masa matki przed ciążą.
7. Wiek matki.
8. Wzrost matki.

Grupa badana (B+BD) obejmowała 652 przypadki porodów płodów o masie przekraczającej 4000 g. Warunkami włączenia do grupy były: płód pojedynczy, żywy, w położeniu podłużnym główkowym, o wiarygodnym wieku ciążowym powyżej 37 i poniżej 43 skończonego tygodnia trwania ciąży, obliczanego

na podstawie ostatniego krwawienia miesięcznego. Z grupy badanej wyodrębniono 81 porodów płodów o masie powyżej 4500 g (grupa BD) o takich samych cechach kwalifikujących do badania. Grupa kontrolna obejmowała 652 porody płodów o masie pomiędzy 2500 g a 3999 g (grupa K). Pozostałe cechy kliniczne, jak w grupach o masie noworodków powyżej 4000g.

Przeprowadzono badanie typu case-control dla danych nieskojarzonych (wszystkie porody płodów makrosomicznych). Do grupy wyżej wymienionych przypadków dobrano losowo równoliczną grupę kontrolną spośród urodzeń o masie pomiędzy 2500 g a 3999 g.

Zastosowano następujące metody statystyczne:

1. Test dokładny Fishera.
2. Jednoczynnikową analizę wariancji z testem porównań wielokrotnych dla porównywania wartości średnich zmiennych ciągłych.
3. Jedno- i wielowymiarowe modele regresji logistycznej.

Wykorzystano model regresji logistycznej dla oszacowania zależności między występowaniem pewnych czynników uważanych za czynniki ryzyka makrosomii a prawdopodobieństwem wystąpienia makrosomii. Czynniki predykcyjne o współczynniku ilorazu szans (OR) istotnie większym od 1 był związany z wystąpieniem makrosomii płodu ($p < 0,05$). Powikłanie o współczynniku ilorazu szans (OR) istotnie większym od 1 było powikłaniem o najwyższym prawdopodobieństwie ($p < 0,05$). Wartość badań USG w ocenie masy płodu donoszonego analizowano za pomocą testu T-Tukeya. Dla porównania średnich wartości BMI (Body Mass Index) w grupach badanych użyto również testu T-Tukeya.

Analizie poddano cukrzycę (PGDM i GDM2), lecz z uwagi na niewielką liczbę przypadków we wszystkich grupach wyniki były statystycznie nieznamiennie.

WYNIKI

Analizie poddano 1304 porody (grupy badane i kontrolna). Grupy płodów makrosomicznych (B+BD) stanowiły 6,55% całkowitej liczby porodów, odbytych w latach 1993–2001 na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach (9959). Porody płodów o masie ponad 4500 g (BD) stanowiły 12,42% porodów grupy badanej oraz 0,81% wszystkich porodów.

Średnia masa noworodka wynosiła: w grupie B – 4175,15 g, w grupie BD – 4653,21 g, a w grupie kontrolnej (K) – 3336,27 g. Porody płodów makrosomicznych rozpoczynały się średnio 1,9 dnia po terminie wyznaczonym według reguły Naegellego. Matki rodzące płody makrosomiczne były wieloród-

kami (70,57%), o średniej liczbie przebytych porodów 2,48, w wieku średnio 27,86 lat.

W grupach badanych cukrzyca stanowiła 1,01% przypadków (PGDM – 0,79%, GDM2 – 1,23%), rozpoznana nietolerancja glukozy w 2,03% przypadków.

Zgodnie z ACOG Issues Guidelines [23, 24] oraz badaniami Boyda [20] analizowano wskaźniki predykcyjne zwiększające ryzyko wystąpienia makrosomii płodu w populacji (tab. 1).

Wykorzystując model regresji logistycznej, stwierdzono, że następujące czynniki kliniczne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia makrosomii płodu:

- a) urodzenie dziecka o masie większej niż 4000 g w wywiadzie,
- b) poród 7 dni po terminie według reguły Naegellego,
- c) średni przyrost masy ciała matki w ciąży większy od 20 kg,
- d) wieloródki rodzące 3 i więcej razy.

Potwierdzono zależność między prawdopodobieństwem urodzenia noworodka makrosomicznego a wzrostem i masą matki przed porodem (tab. 2).

Wzrost matki miał istotny wpływ na wartość BMI u kobiet rodzących noworodki makrosomiczne (tab. 3).

Średnia wartość BMI matek noworodków makrosomicznych (B,BD) była istotnie wyższa w porównaniu z grupą matek, które urodziły dzieci o mniejszej masie (K) ($p = 0,003$) (tab. 4). U pacjentek, u których wzrost i masa przed porodem były większe, ryzyko urodzenia dziecka makrosomicznego rosło w porównaniu z grupą kobiet o mniejszym wzroście i masie. Dla matek o masie powyżej 70 kg zwiększenie ryzyka urodzenia dziecka makrosomicznego było nieistotne statystycznie, natomiast wzrost matki ponad 170 cm istotnie zwiększał takie ryzyko.

Stwierdzono nieco większą częstość występowania cukrzycy klasy GDM 2 u matek noworodków o masie ponad 4500 g (słaby związek, $p = 0,09$).

Największy błąd wartości bezwzględnej w ocenie ultrasonograficznej masy płodu stwierdzono w grupie noworodków o masie ponad 4500 g ($p < 0,05$). Błąd wartości bezwzględnej grup K i B nie różnił się istotnie (tab. 5).

W badaniach USG masa płodów była średnio zaniżana w grupach B i BD (bardziej w BD niż B), natomiast w grupie kontrolnej masa ta była zawyżana ($p < 0,05$) (tab. 6). W tabeli 7 przedstawiono częstości nieprawidłowych i prawidłowych ocen masy ciała płodu w badaniach USG.

Średni błąd w grupach noworodków dużych (B+BD) wynosił 7,4% i nie przekraczał 10% (tab. 8).

Na podstawie przedstawionych wyników analizy stwierdzono, że USG nie nadaje się do przewidywania dokładnej masy płodu w okresie okołoporodowym. Podobne wnioski można spotkać w piśmiennictwie [25, 26].

Tabela 1. Ocena siły wpływu wybranych czynników predykcyjnych na prawdopodobieństwo wystąpienia makrosomii płodu

Czynnik predykcyjny	Współczynnik regresji logistycznej	Błąd standardowy współczynnika regresji	Iloraz szans	Prawdopodobieństwo
Poród noworodka o masie ponad 4000 g w wywiadzie				
Nie			1,000	
Tak	1,922	0,261	6,835	<0,0005
Poród 7 dni po terminie wg reguły Naegelego				
Nie			1,000	
Tak	1,897	0,164	6,666	<0,0005
Poród po terminie wg reguły Naegelego				
Nie			1,000	
Tak	1,784	0,123	5,956	<0,0005
Średni przyrost masy ciała matki w czasie ciąży				
do 12 kg			1,000	
12–20 kg	-0,061	0,119	0,941	0,610
ponad 20 kg	0,211	0,199	3,357	<0,0005
Krotność porodu				
pierwszy raz			1,000	
drugi raz	0,627	0,133	1,872	<0,0005
trzeci lub więcej	1,086	0,143	2,962	<0,0005
Pierwiastki – wieloródki				
pierwiastki			1,000	
wieloródki	0,831	0,116	2,300	<0,0005
Płeć noworodka				
Żeńska			1,000	
Męska	0,553	0,114	1,739	<0,0005
Masa ciała matki przed ciążą powyżej 70 kg				
do 70 kg			1,000	
ponad 70 kg	0,278	0,209	1,321	0,183
Wiek matki				
18–35 lat			1,000	
do 17 lat	-5,151	6,750	0,006	0,445
17–18 lat	-5,151	7,794	0,006	0,509
ponad 35 lat	0,554	0,192	1,740	0,004
Wzrost matki				
do 170 cm			1,000	
ponad 170 cm	0,254	0,114	1,289	0,026

Cechy/czynniki prognostyczne podano według malejącego ilorazu szans (OR)

Tabela 2. Wpływ wzrostu i masy matki na prawdopodobieństwo urodzenia płodu makrosomicznego

Czynnik predykcyjny	Współczynnik regresji logistycznej	Błąd standardowy współczynnika regresji	Iloraz szans	Prawdopodobieństwo
Wzrost matki w cm	0,022	0,007	1,022	0,002
Masa ciała matki przed ciążą w kg	0,119	0,009	1,127	< 0,0005
BMI	0,179	0,016	1,196	<0,0005

Masę i wzrost matki jako zmienne ciągłe

Tabela 3. Ocena wpływu masy i wzrostu matki na wartość BMI przy porodzie płodu makrosomicznego

Czynnik predykcyjny	Współczynnik regresji logistycznej	Błąd standardowy współczynnika regresji	Iloraz szans	Prawdopodobieństwo
Masa matki ponad 70 kg	-0,634	0,205	0,510	<0,005
Wzrost matki ponad 170 cm	1,335	0,161	3,802	<0,0005

Tabela 4. Ocena statystyczna BMI w grupach

Grupy	Liczba badań	Wartości średnie	Odchylenie standardowe	Minimum	Maximum
K	652	22,1117	3,9196	14,2773	39,0368
B	571	24,5999	3,7470	15,6771	43,1460
BD	81	24,7293	3,2463	20,0474	40,9058
Prawdopodobieństwo w teście porównywania średnich - 0,003					

p<0,05 – statystycznie potwierdzona różnica między częstościami występowania cukrzycy w grupach

Tabela 5. Wartość bezwzględna błędu oceny masy płodu w stosunku do rzeczywistej masy urodzeniowej w badaniach USG

Grupy	Liczba badań	Średnie wartości błędu	Odchylenie standardowe	Minimum	Maximum
K	302	297,1291	86,0550	100,0000	549,0000
B	262	303,4198	158,4326	100,0000	930,0000
BD	47	413,7021	318,6293	10,0000	1437,0000

Wartość bezwzględna różnicy: odległość liczby (różnicy średniej masy płodu ocenianej w USG i średniej masy noworodka) od 0 na osi liczbowej

Tabela 6. Różnica rzeczywista przy ocenie masy płodu w badaniach USG

Grupy	Liczba badań	Średnie wartości błędu	Odchylenie standardowe	Minimum	Maximum
K	302	179,4801	252,3180	-486,0000	549,0000
B	262	-198,3053	279,3592	-930,0000	410,0000
BD	47	-411,5745	321,4323	-1437,0000	50,0000

Błąd oceny masy płodu: masa oceniana w USG – masa noworodka

Tabela 7. Rozkład częstości zaniżania i zawyżania masy płodu w badaniach USG

Grupy	K	B	BD
-1	19,9%	76,0%	95,7%
0	0,0%	0,4%	2,1%
1	80,1%	23,7%	2,1%
Liczba badań	302 (100%)	262 (100%)	47 (100%)

Ogólna liczba badań 611, -1 – wartość masy płodu w USG mniejsza niż masa noworodka, 1 – wartość masy płodu w USG większa niż masa noworodka, 0 – wartość masy płodu w USG zgodna z masą noworodka

Tabela 8. Charakterystyka ogólna badań USG w celu oceny masy płodu

Grupy	Średnia masa płodu oceniana w USG (w gramach)	Średnia masa noworodka w grupach, gdzie wykonano USG z oceną masy płodu (w gramach)	Różnica masy	% błąd pomiaru USG
BD (n=47)	4265,66	4677,23	-411,57	-9,65
B (n=262)	3981,13	4179,43	-198,30	-4,98
Łącznie w grupach B i BD (wartości średnie)	4123,39	4428,33	-304,94	-7,4
K (n=302)	3491,63	3312,15	179,48	+5,14

+ masa płodu zawyżana w USG, - masa płodu zaniżana w USG. W nawiasach podano liczbę przypadków w grupach

DYSKUSJA

Ogólna charakterystyka kliniczna występowania makrosomii płodu jest podobna do podawanej przez innych autorów [1–4, 16–21]. W pracy potwierdzono istotny związek między urodzeniem płodu makrosomicznego a porodem 7 dni po terminie według reguły Naegelego u wieloródki z przyrostem masy ciała większym od 20 kg. Tylko dwa czynniki (poród 7 dni po terminie wg reguły Naegelego, urodzenie dziecka o masie większej niż 4000g w wywiadzie) miały iloraz szans powyżej 6. Porównywalne wyniki uzyskali inni autorzy [17, 18, 20, 27].

Potwierdzono opisywaną w pracach korelację między występowaniem makrosomii płodu a dużą masą ciała matki przed ciążą (OR=1,32). BMI w grupach matek z noworodkami makrosomicznymi wynosiło 24,66, w porównaniu z 22,11 BMI grupy kontrolnej. Zasadniczy wpływ na wartość BMI w grupach matek rodzących dzieci o dużej masie miał wzrost matki. Średnia wieku matek w grupach noworodków makrosomicznych nie różniła się istotnie od średniej wieku matek dzieci o mniejszej masie. Matki dzieci makrosomicznych były nieco starsze (27,86 lat grupy badane/26,56 lat w grupie kontrolnej). Określono natomiast istotny wpływ wieku matki powyżej 35 roku życia na obecność płodu o dużej masie (OR=1,7) [17, 18, 20, 27].

W piśmiennictwie podkreśla się, że wszystkie kliniczne czynniki predykcyjne urodzenia dziecka z dużą masą są obarczone błędami wynikającymi z ich wzajemnych, „interaktywnych” zależności [23, 24, 28]. Tylko wzrost matki uważa się za tzw. niezależny czynnik ryzyka. W badaniach własnych, wzrost matki powyżej 170 cm przed ciążą miał istotny wpływ (większy od masy) na wartość BMI u kobiet z dziećmi o masie ponad 4000 g.

Wraz ze wzrostem masy ciała matki przed ciążą maleje wpływ przyrostu masy ciała w ciąży na masę noworodka. Dodatkowo istnieją znaczne rozbieżności w pracach opisujących wpływ czynników klinicznych na występowanie makrosomii płodu. Różnice te wynikają: z liczebności grup badanych [18, 20] określenia wybranych powikłań (cech) i sposobu prowadzenia dokumentacji, szczególnie ważnej w badaniach retrospektywnych. Przykładem może być „zmiennie” ryzyko wystąpienia makrosomii przy otyłości matki (OR=1,7–4,4) i porodzie po terminie według reguły Naegelego (OR=1,9–5,9) [17, 20, 27].

ACOG podjęło próbę klasyfikacji istotnych klinicznych czynników urodzenia dziecka z dużą masą. Według ACOG najważniejszymi czynnikami są: urodzenie dziecka o masie większej niż 4000 g w poprzedniej ciąży i duża masa matki przed ciążą [23, 24].

W naszych badaniach wykazano, że co trzecia pacjentka, która urodziła makrosomicznego noworodka, już w przeszłości urodziła dziecko o dużej masie. Podobne dane podają inni autorzy [1]. W wywiadzie położniczym w grupie kontrolnej (K) stwierdzono, że częstość porodów dzieci o dużej masie była 10 razy mniejsza w porównaniu z grupami badanymi (odpowiednio: K – 2,7% vs B+BD – 27%) [2].

Wiele prac podkreśla związek cukrzycy rozpoznanej przed ciążą, jak i zaburzeń gospodarki węglowodanowej w trakcie trwania ciąży (GDM1, GDM2) z istotnym wzrostem ryzyka makrosomii płodu [8–10, 15].

W materiale własnym, w grupach badanych kobiety z cukrzycą i rozpoznaną nietolerancją glukozy stanowiły stosunkowo mały odsetek (odpowiednio: 1,01% vs 2,03%). Zakładając, że w populacji cukrzyca u ciężarnych występuje w 3,4%, a przy cukrzycy ryzyko wystąpienia makrosomii wzrasta pięciokrotnie [9], są to wyniki zaniżone. Dane te nie korelują z innymi pracami, w których odsetek makrosomii w cukrzycy wynosi ok. 16% [20]. Z uwagi na małą liczbę przypadków cukrzycy w naszych badaniach dane były nieporównywalne statystycznie. Stwierdzono, że w grupie noworodków o masie ponad 4500 g cukrzyca klasy GDM2 wystąpiła 8 razy częściej w porównaniu z grupą kontrolną (BD – 1,23%, K – 0,15%) ($p=0,09$). Stosunkowo mała częstość występowania cukrzycy matki w materiale badanym mogła być wynikiem przesyłania pacjentek z cukrzycą do ośrodków o wyższej referencyjności. Dodatkowo w szpitalu funkcjonuje poradnia diabetologiczna, gdzie już w pierwszym trymestrze ustala się odpowiednie dawki insuliny u chorującej na cukrzycę ciężarnej.

Przypuszczamy, że rygorystyczna kontrola glikemii ciężarnej przed 20 tyg. ciąży znacznie wpłynęła na zmniejszenie liczby dzieci makrosomicznych u matek z cukrzycą i nietolerancją glukozy. Prawidłowy nadzór nad kobietą ciężarną z cukrzycą, kontrola glikemii poprzez wprowadzenie tzw. „agresywnej” insulinoterapii, mogły poprawić wyniki perinatalne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy (611 badań w grupach badanych i kontrolnej) wykazano, że USG nie nadaje się do przewidywania dokładnej masy płodu w okresie okołoporodowym. Badania Mazouniego i wsp., a także Thornburga i wsp. dowodzą, że niezbędne jest opracowanie normogramów z uwzględnieniem czynników zarówno klinicznych, jak i ultrasonograficznych [25, 26].

Ze względu na fakt, iż wszystkie czynniki kliniczne/perinatalne urodzenia dziecka z dużą masą są obarczone błędem, należałoby oceniać współistnienie kilku czynników w badaniach prospektywnych w kilku ośrodkach jednocześnie, według jednolitego programu. Cennym uzupełnieniem następnych badań byłyby

ocena wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na masę noworodka [29].

WNIOSKI

W grupie matek, które urodziły dzieci o masie powyżej 4000 g, stwierdzono:

1. istotne statystycznie kliniczne czynniki wystąpienia makrosomii płodu, takie jak:
 - a) urodzenie dziecka o masie większej niż 4000 g w wywiadzie,
 - b) poród 7 dni po terminie według reguły Naegelego,
 - c) średni przyrost masy ciała matki w ciąży większy od 20 kg,
 - d) rodzące 3 i więcej razy.
2. okołoporodowa ocena ultrasonograficzna nie nadaje się do przewidywania dokładnej masy płodu.

PIŚMIENNICTWO

[1] Hirnle L, Kowalska M, Petrus A i wsp. Analiza czynników predysponujących do makrosomii płodu oraz przebieg ciąży i porodu w przypadkach ciąży powikłanych dużą masą płodu. *Ginekol Pol* 2007; 4: 280–283.

[2] Boulet L, Alexander G, Salihu H et al. Macrosomic births in the United States: determinants, outcomes, and proposed grades of risk. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1372–1378.

[3] Jędrzejewska E, Wilczyński J, Lubińska-Rosset Z i wsp. Makrosomia – aktualny problem kliniczny. *Diabetol Pol* 1997; 4: 18–24.

[4] Jolly N, Sebire N, Harris J et al. Risk factors of macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111: 9–14.

[5] Oral E, Cagdas A, Gezer A et al. Perinatal and maternal outcomes of fetal macrosomia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001; 99: 167–171.

[6] Pennison E, Eggerman R. Perinatal outcomes in gestational diabetes: a comparison of criteria for diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1118–1121.

[7] Raio L, Ghezzi F, Di Naro E et al. Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500g: an analysis of 3356 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109: 160–165.

[8] Rażna I, Czech A. Wpływ cukrzycy typu 1 na rozwój płodu i noworodka. *Med Metabol* 2001; 5: 41–47.

[9] Sobczak M, Pertyńska A, Pawłowska B i wsp. Makrosomia u dzieci matek z cukrzycą przedciążową – nadal aktualny problem. *Diabetol Pol* 2002; 9: 192–197.

[10] Stotland N, Caughey A, Breed E et al. Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87: 220–226.

[11] Nahum G. Detecting and managing fetal macrosomia. *Contem Ob Gyn* 2000; 45: 89–101.

[12] Berard J, Dufour P, Vinater D et al. Fetal macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases > 4500g. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77: 51–59.

[13] Czekański A. Płody duże w stosunku do wieku ciążowego (LGA) a makrosomia płodu – aspekt diagnostyczny. *Ginekol Prakt* 2001; 9: 32–34.

[14] Ocer F, Kaleli S, Budak E et al. Fetal weight estimation and prediction of fetal macrosomia in non-diabetic pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 83: 47–52.

[15] Jędrzejewska E, Wilczyński J, Lubińska-Rosset Z i wsp. Rozwój somatyczny noworodków kobiet z cukrzycą ciążową. *Diabetol Pol* 2002; 9: 239–245.

[16] Acker D, Sachs B, Friedman E. Risk factors for shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 762–768.

[17] Golditch IM, Kirkman K. The large fetus. Management and outcome. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 26–30.

[18] Gregory K, Henry O, Ramicone E. Maternal and infant complications in high and normal weight infants by method of delivery. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 507–513.

[19] Meshari A, De Silva S, Rahman I. Fetal macrosomia – maternal risks and fetal outcome. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 32: 215–222.

[20] Boyd M, Usher R, McLean F. Fetal macrosomia: prediction, risks, proposed management. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 715–722.

[21] Baskett T, Allen A. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 14–17.

[22] Topolska J, Kinalski M, Zarzycka B i wsp. Makrosomia u dzieci matek chorych na cukrzycę. *Endokrynol Pol* 2001; 52: 193–197.

[23] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia. Technical Bulletin 1991; 159.

[24] ACOG Practice Bulletin No. 22. *Obstet Gynecol* 2000; 11. [ACOG Practice Bulletin No. 22, November 2000 – Fetal macrosomia *Obstet Gynecol* 2000 Nov 96, (5) American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, D.C. (Level III)]

[25] Thornburg L, Barnes C, Glantz J et al. Sonographic birth-weight prediction in obese patients using

the gestation-adjusted prediction method. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32(1): 66–70.

[26] Mazouni C, Rouzier R, Ledu R et al. Development and internal validation of a nomogram to predict macrosomia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 29(5): 544–559.

[27] Langer O, Berkus M, Huff R et al. Shoulder dystocia: should the fetus weighing greater than or equal

to 4000grams be delivered by cesarean section? *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 831–837.

[28] Gross J, Shime J, Farine D. Shoulder dystocia: predictors and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 334–336.

[29] Henriksen T. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(2): 134–45.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Grzegorz Piasek
Oddział Ginekologiczno-Położniczy WSzZ w Kielcach
Kielce, ul. Grunwaldzka 45
e-mail: gpiasek@poczta.fm
tel. 041 367 13 24

ANALIZA WIEDZY I ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH KOBIET, HOSPITALIZOWANYCH Z POWODU CHOROÓB GINEKOLOGICZNYCH ORAZ KIERUNKI PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA

ANALYSIS OF HEALTH-RELATED KNOWLEDGE AND BEHAVIOURS OF WOMEN HOSPITALISED FOR GYNAECOLOGICAL DISEASES AND FUTURE DIRECTIONS OF PROPHYLAXIS AND HEALTH PROMOTION

Aleksandra Słowiecka

Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dziekan: prof. zw. dr hab. n. med. S. Głuszek

STRESZCZENIE

Celem strategicznym badań była analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet, hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych, a także określenie kierunków profilaktyki i promocji zdrowia wynikających z rodzajów problemów zdrowotnych i społecznych.

Badaniami objęto grupę 210 kobiet, w wieku od 18 do 73 lat. Badane kobiety były hospitalizowane z powodu potrzeby diagnozowania i/lub leczenia chorób w obrębie narządu rodowego. W badaniach wykorzystano Kwestionariusz ankiety.

Sformułowano następujące wnioski:

1. W badanej populacji stwierdzono niewystarczający zakres wiedzy na temat podstawowych pojęć z zakresu zdrowia.
2. Wiedza, jaką miały badane kobiety, dotycząca profilaktyki i promocji zdrowia często nie znajdowała bezpośredniego odzwierciedlenia w preferowanych zachowaniach zdrowotnych.
3. Stwierdzono, że podejmowane przez respondentki zachowania, zmierzające do ochrony zdrowia narządu rodowego były niewystarczające.
4. Wykazano, że w badanej populacji zachowania prozdrowotne dotyczyły mniejszej części badanej populacji.
5. W badanej populacji najczęściej rozpoznawaną chorobą zasadniczą były nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych (59,5%), następnie choroby układu moczowo-płciowego (52,4%). Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych dotyczyły 4,3% kobiet. Dominowały kobiety leczone operacyjnie (90,0%);
6. Z wielowymiarowych analiz statystycznych wynika, że korzystanie ze świadczeń profilaktycznych w zakresie ochrony zdrowia narządu rodowego uwarunkowane było sytuacją materialną.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, profilaktyka zdrowotna, promocja zdrowia, choroby narządu rodowego.

SUMMARY

The strategic aim of the study was to analyse health-related knowledge and behaviours of women hospitalised for gynaecological diseases, and to determine future directions of prophylaxis and health promotion resulting from the types of health and social problems.

The study covered a group of 210 women aged 18 to 73 years. The studied women were hospitalised for diagnosis and/or treatment of diseases of the genital organ. A questionnaire form was used in the examination.

The following conclusions were formulated:

1. In the studied population, an insufficient scope of knowledge on the basic health-related notions was found.
2. Knowledge shown by the studied women often did not find a direct reflection in the preferred health behaviours.
3. It was found that the respondents' behaviours aiming at protection of the genital organ health were insufficient.
4. It was shown that in the studied population, health-enhancing behaviours concerned the smaller part of the group.
5. The diseases most often diagnosed in the studied population were non-malignant neoplasms of the genital organ (59.5%), urogenital system diseases (52.4%) were the second most frequent complaints. Malignant neoplasms of the genital organ concerned 4.3% of the women. A majority of the women (90.0%) underwent surgical treatment.
6. Multidimensional statistical analyses show that using prophylactic services in the area of the genital organ health protection was determined by the material status.

Key words: health-related behaviours, disease prevention, health promotion, gynaecological diseases.

Streszczenie rozprawy doktorskiej pod tytułem „Analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet, hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych oraz kierunki profilaktyki i promocji zdrowia”. Praca powstała pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Ireny Doroty Karwat – kierownika Katedry i Zakładu Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Publiczna obrona rozprawy doktorskiej odbyła się w dniu 7 grudnia 2007 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie.

Doniesienie z rozprawy doktorskiej zostało przedstawione w dniu 28 maja 2008 roku na IV Sesji Naukowej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego w Kielcach, pt. „Zdrowie publiczne w dobie współczesnej”.

WSTĘP

Zdrowie człowieka uwarunkowane jest oddziaływaniem zespołu złożonych i różnorodnych czynników, które można ogólnie podzielić na endo- i egzogenne [2, 3, 6, 8]. Współczesne teorie na temat determinantów zdrowia zdominowane są koncepcją „pól zdrowia”, według której największą rolę w kształtowaniu zdrowia przypisuje się stylowi życia [4, 7].

Zachowania zdrowotne są najważniejszym składnikiem stylu życia i głównym determinantem poziomu zdrowia. W literaturze polskiej i zagranicznej zawartych jest wiele definicji zachowań zdrowotnych [1, 5, 9, 10, 11]. Godną uwagi i prezentacji jest następujące określenie: „...zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, uznawane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia, to jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym: jak postrzega zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych...” [5, 9].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet, hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych, a także określenie kierunków profilaktyki i promocji zdrowia wynikających z rodzajów problemów zdrowotnych i społecznych.

Dla osiągnięcia celu pracy postanowiono:

1. Przeprowadzić analizę sytuacji demograficznej i społecznej badanych kobiet.
2. Określić stan wiedzy na temat zdrowia i rodzajów zachowań zdrowotnych badanych kobiet, ze szcze-

gólnym uwzględnieniem zachowań związanych ze zdrowiem narządu rodowego.

3. Przeprowadzić analizę i ocenić związek między wybranymi cechami demograficznymi badanych kobiet a rodzajem preferowanych zachowań zdrowotnych.
4. Przeprowadzić ocenę zależności wybranych cech demograficznych, społecznych i zdrowotnych.
5. Opracować kierunki profilaktyki i promocji zdrowia w zakresie ochrony zdrowia narządu rodowego kobiet.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badane osoby były pacjentkami czterech oddziałów ginekologicznych, mieszczących się w szpitalach na terenie miasta Kielce. Były to kobiety hospitalizowane z powodu potrzeby diagnozowania i/lub leczenia chorób w obrębie narządu rodowego, w tym także chorób nowotworowych. Badaniami objęto grupę 210 kobiet, w wieku od 18 do 73 lat, średnia wieku dla ogółu badanych wynosiła 45,5 lat. Dobór pacjentek do badań z epidemiologicznego punktu widzenia został dokonany na zasadach doboru celowego. Do badań kwalifikowano pacjentki na podstawie następujących kryteriów:

1. hospitalizacja w oddziale ginekologicznym (z badań wykluczono kobiety w ciąży i po poronieniach),
2. wiek kobiet,
3. czas trwania hospitalizacji (pobyt w oddziale powyżej 3 dni).

W badaniach wykorzystano Kwestionariusz ankiety oraz Protokół naukowo-badawczy. Zastosowane narzędzia badawcze zostały opracowane specjalnie do celów badań. Pierwszym, najważniejszym i największym narzędziem był Kwestionariusz ankiety, który składał się z 92 pytań oraz oddzielnej Karty wywiadu bólu. Pytania w Kwestionariuszu podzielono na trzy duże grupy tematyczne, były to:

1. informacje demograficzne i społeczne,
2. sytuacja zdrowotna,
3. wiedza i zachowania zdrowotne.

Drugim narzędziem badawczym była Karta badania pielęgniarzkiego, w której wpisywano wyniki podstawowych pomiarów wykonywanych kobietom w dniu przyjęcia do szpitala. Były to: wzrost i masa ciała, ciśnienie tętnicze krwi i tętno krwi oraz temperatura ciała.

Trzecim narzędziem była Karta informacji zdrowotnych, która składa się z 24 punktów. Dotyczyły one m.in. takich zagadnień, jak:

1. aktualnie trwające i przebyte choroby;
2. zastosowane metody leczenia,
3. przebyte zabiegi diagnostyczno-lecznicze,
4. informacje dotyczące „przeszłości położniczej”,
5. informacje o krwawieniu miesięcznym,
6. aktualnie zgłaszane dolegliwości i inne.

Zebrane informacje o sytuacji zdrowotnej kobiet uzyskano z dokumentacji medycznej prowadzonej w oddziale.

Analizy statystyczne prowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS V. 12. W analizach istotności różnic zastosowano następujące testy:

1. Dla danych kategoryalnych: wykorzystano test χ^2 .
2. Dla danych porządkowych lub przedziałowych odbiegających od rozkładu normalnego: zastosowano test U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Wallisa.
3. Dla danych parametrycznych: zastosowano analizę wariancji.

Za istotne statystycznie uznano wartości statystyk dla $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

W związku z dużym rozproszeniem badanych kobiet ze względu na wiek, a tym samym niskimi udziałami odsetkowymi w poszczególnych latach wieku, do wszystkich analiz i zależności przyjęto cztery grupy wieku. W badanej populacji największą grupę tworzyły kobiety w wieku 46–55 lat. Stanowiły one ok. 38% ogółu badanych. Najmniejszą grupę badanych, tj. ok. 16%, tworzyły kobiety w najstarszej grupie wieku, tj. powyżej 56 lat – tabela 1.

Tabela 1. Struktura wieku badanych kobiet

Grupy wieku w latach:	Badana populacja	
	N	%
≤35	46	21,9
36–45	52	24,8
46–55	79	37,6
≥56	33	15,7
Ogółem	210	100,0

W badanej populacji najwięcej kobiet, czyli 52%, miało wykształcenie średnie i średnie policealne. Dyplomem ukończenia szkoły wyższej legitymowała się blisko czwarta część badanej populacji, tj. ok. 24% osób. Identyfikacyjny był odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym.

Ze względu na miejsce zamieszkania, badaną populację podzielono na trzy grupy:

1. mieszkanki wsi,
2. mieszkanki miast do 100 tys. mieszkańców,
3. mieszkanki miast powyżej 100 tys. mieszkańców.

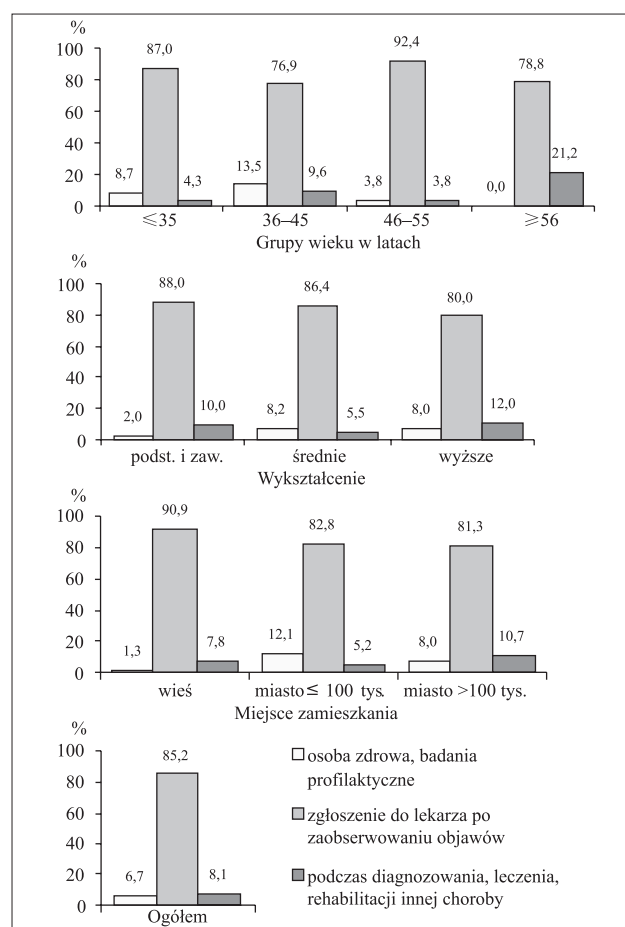
Udziały odsetkowe kobiet w poszczególnych kategoriach miejsca zamieszkania były zbliżone. W badanej populacji najwięcej było mieszkanek wsi, ok. 37%. Drugą grupę tworzyły mieszkanki dużych miast (>100 tys. mieszkańców) – ok. 36%. Najmniej było kobiet, które żyły w miastach do 100 tys. mieszkańców, ok. 28%.

Rozpoznane u badanych jednostki chorobowe zakwalifikowano do 3 grup chorób. Podstawą tworzenia grup chorób była Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (MSKChPZ).

W badanej populacji najczęściej rozpoznawane były choroby zakwalifikowane do grupy: nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych. Występowały one u ok. 60% kobiet. W następnej kolejności rozpoznawane były choroby układu moczowo-płciowego (ok. 52%). Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych dotyczyły niewielkiej grupy badanych (ok. 4%).

W badanej populacji dominowały kobiety leczone operacyjnie. Stanowiły one 90% ogółu badanych. Pozostałe kobiety leczone były zachowawczo, część z nich poddano zabiegom diagnostyczno-leczącym.

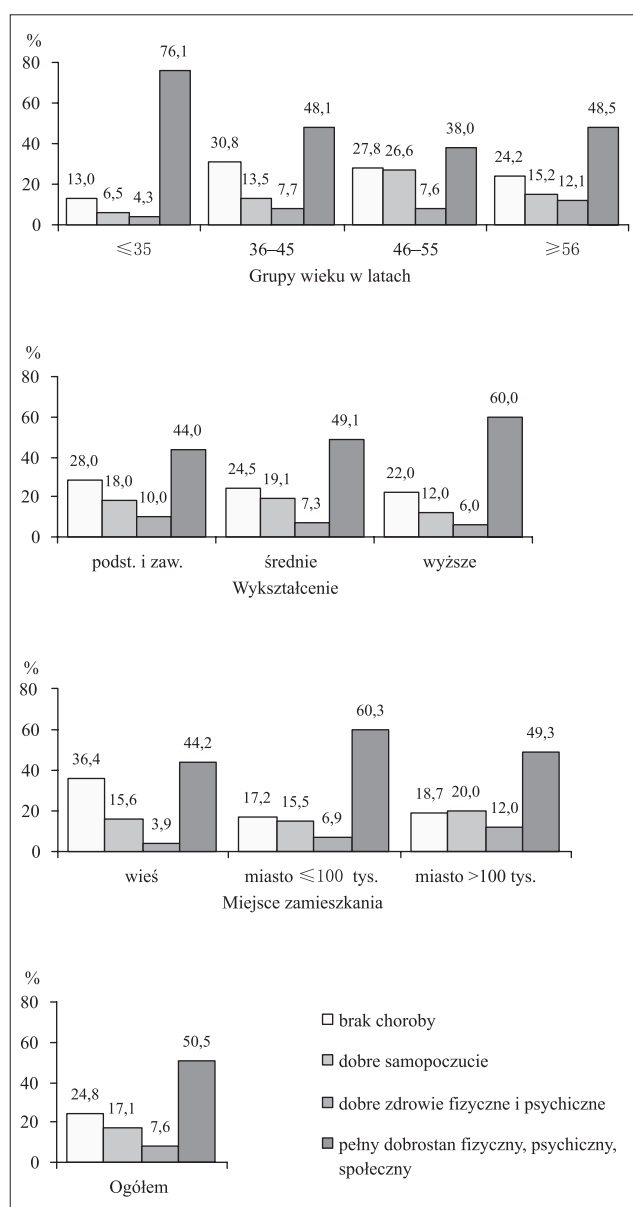
Okoliczności rozpoznania choroby odgrywają istotne znaczenie w ustaleniu diagnozy lekarskiej we wczesnym stadium rozwoju choroby. Z analizy danych zawartych na rycinie 1 wynika, że wśród badanych zdecydowanie dominowały kobiety, które zgłosiły się do lekarza ginekologa dopiero po zaobserwowaniu objawów choroby. Stanowiły one ok. 85% ogółu badanych. Najmniejszą grupę (ok. 7%) tworzyły kobiety, u których chorobę rozpoznano w trakcie badania profilaktycznego.



Ryc. 1. Okoliczności rozpoznania choroby – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

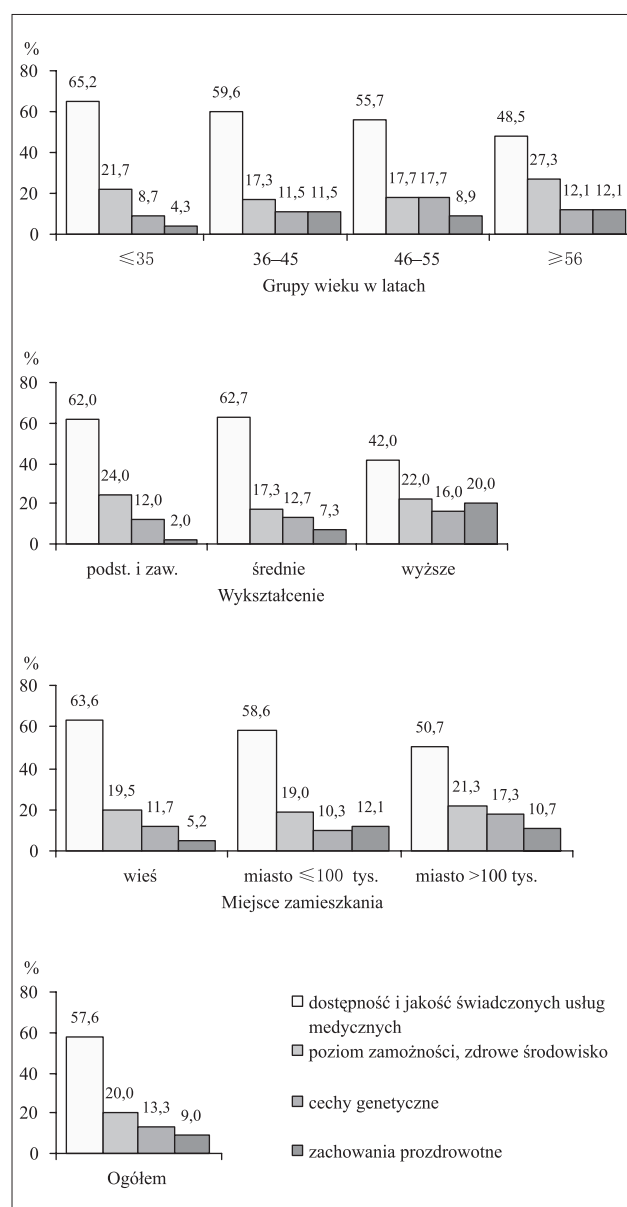
niem wyższym niż kobiety w pozostałych kategoriach wykształcenia. Ok. 7% kobiet w uzasadnieniu swojego zachowania podało lęk, strach i wstyd. Taką odpowiedź najczęściej udzielały kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz mieszkanki wsi.

Z analizy danych zamieszczonych na rycinie 2 wynika, że połowa badanej populacji pojęcie „zdrowie” określiła jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”. Dla czwartej części badanej populacji zdrowie oznaczało „brak choroby”. Grupę tę reprezentowały głównie mieszkanki wsi i kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym.



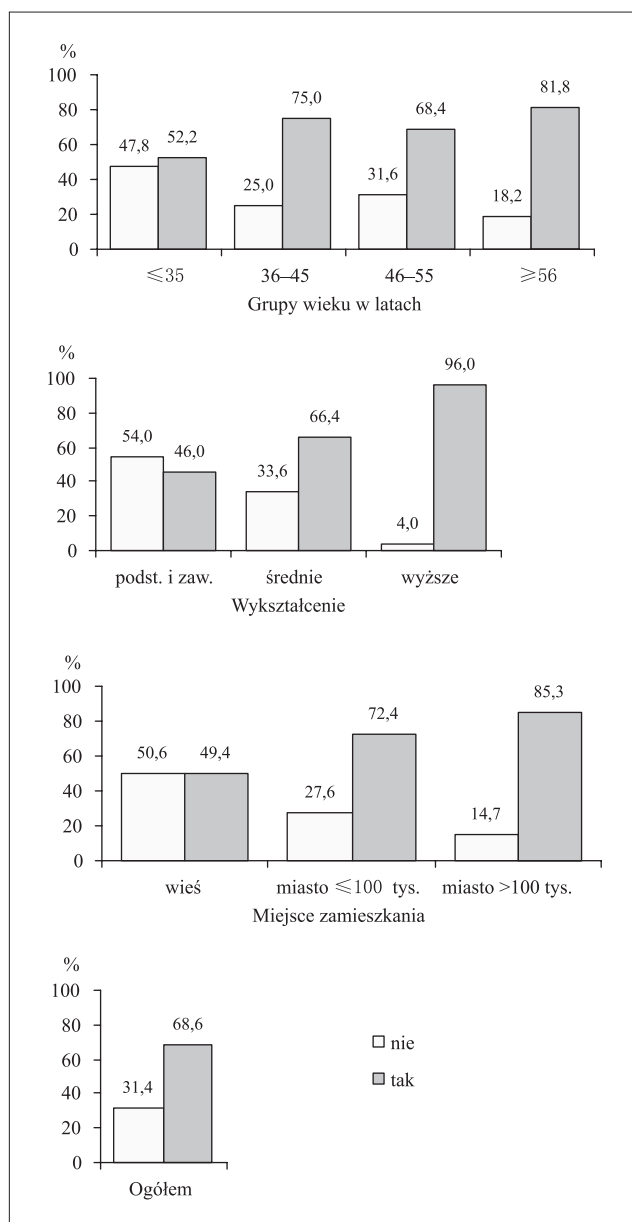
Ryc. 2. Wiedza na temat pojęcia „zdrowie” – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Największa grupa badanych (ok. 58%) uznała „dostępność i jakość świadczonych usług medycznych” za najważniejszy czynnik pozytywnie wpływający na zdrowie człowieka. Jedynie 9,0% osób wskazało na „zachowania prozdrowotne” jako na najważniejszy czynnik. Udział kobiet z wykształceniem wyższym był tutaj dziesięciokrotnie wyższy w porównaniu z badanymi z wykształceniem podstawowym i zawodowym (ryc. 3). W omawianym badaniu stwierdzono istotną zależność między wiedzą kobiet na temat determinantów zdrowia a ich wykształceniem.



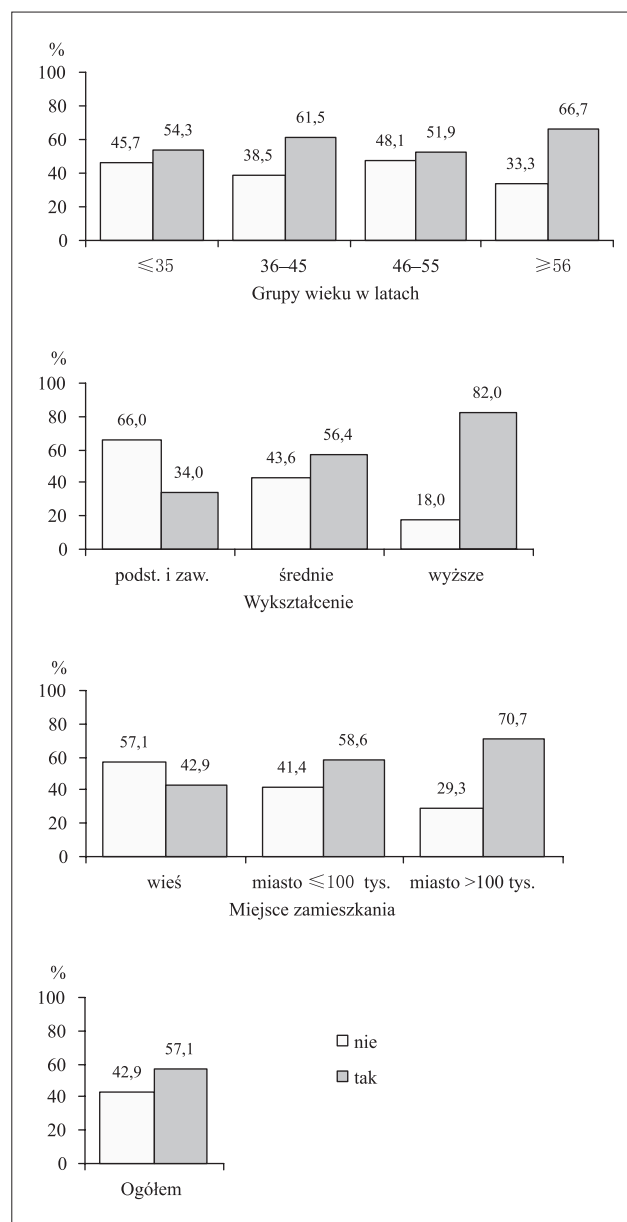
Ryc. 3. Wiedza na temat najważniejszych czynników pozytywnie wpływających na zdrowie człowieka – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Z danych zestawionych na rycinie 4 wynika, że większość badanych kobiet (ok. 69%) miała wiedzę na temat „profilaktyki zdrowotnej”. W podziale na kategorie wykształcenia i miejsce zamieszkania stwierdzono następującą prawidłowość: im wyższa grupa, tym liczniejszy udział kobiet, które miały wiedzę na temat analizowanego terminu. Istotną zależność wykazano tutaj wśród badanych kobiet w podziale na kategorie wykształcenia i miejsce zamieszkania.



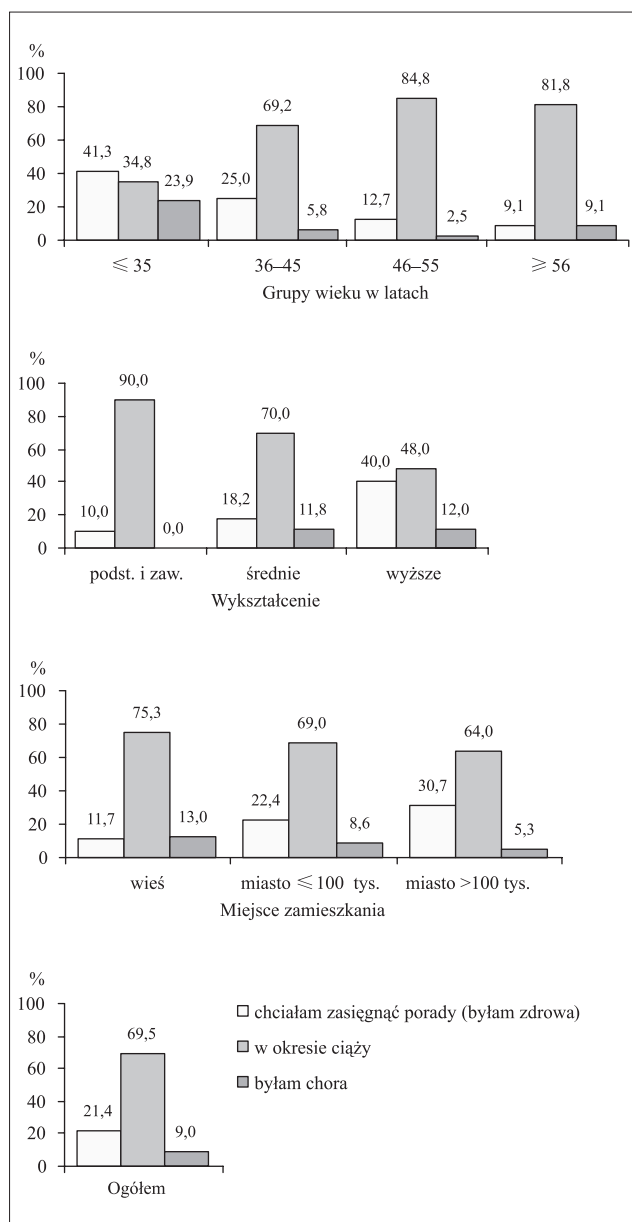
Ryc. 4. Wiedza na temat pojęcia „profilaktyka zdrowotna” – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Na rycinie 5 zamieszczono dane dotyczące wiedzy respondentek na temat pojęcia „promocja zdrowia”. Z analizy tych danych wynika, że wśród badanych nieznacznie przeważały kobiety, które miały wiedzę na temat analizowanego pojęcia (ok. 57% ogółu badanych). Dominowały tu kobiety z wykształceniem wyższym oraz mieszkanki dużych miast. W omawianym badaniu wykazano istotne różnice między respondentkami według poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania.



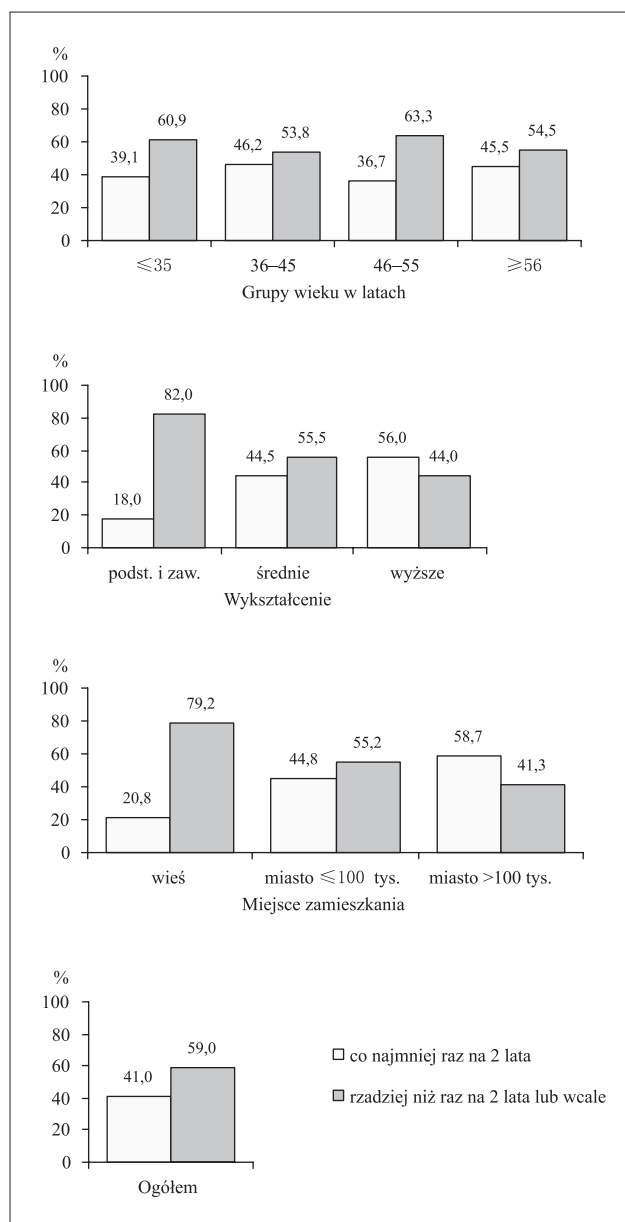
Ryc. 5. Wiedza na temat pojęcia „promocja zdrowia” – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

W badanej populacji dominowały kobiety, które pierwszy raz do lekarza ginekologa udały się w okresie ciąży. Stanowiły one 70% ogółu badanych. Jedynie 21% zgłosiło się do lekarza w celu uzyskania porady. Były to głównie kobiety z wykształceniem wyższym oraz mieszkanki dużych miast (ryc. 6).



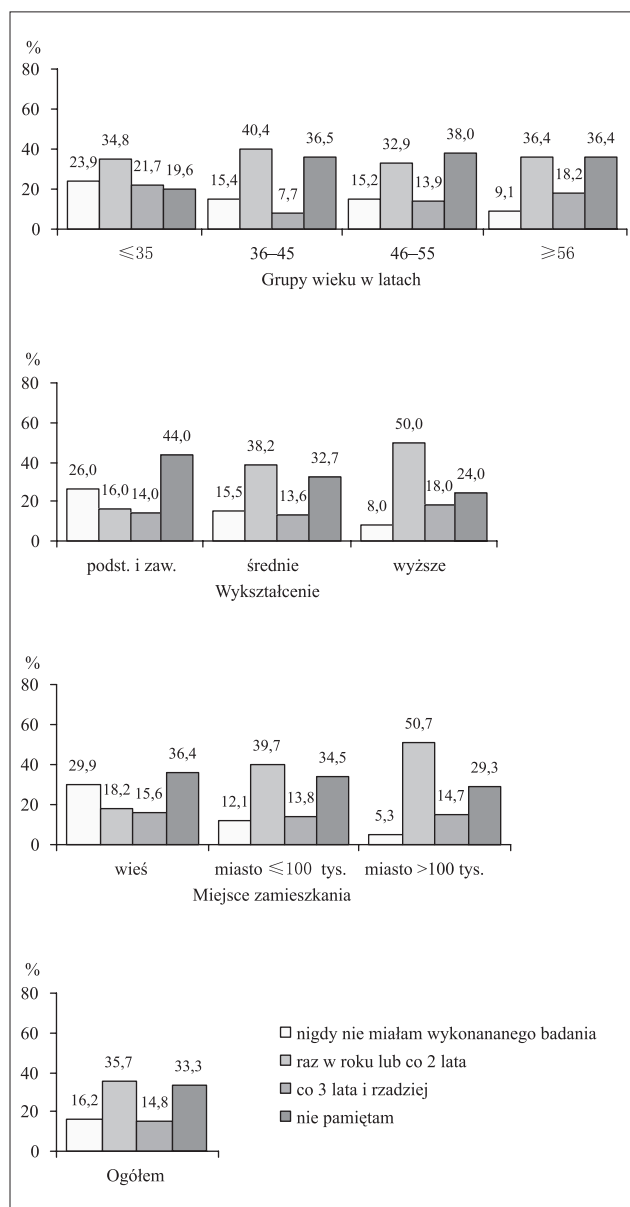
Ryc. 6. Okoliczności zgłoszenia się pierwszy raz do lekarza ginekologa – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Z analizy danych zamieszczonych na rycinie 7 wynika, że w badanej populacji przeważały kobiety, które na badania profilaktyczne narządu rodowego chodziły rzadziej niż raz na 2 lata lub wcale na nie nie chodziły. Stanowiły one 59% ogółu badanych. Pozostałe kobiety, tj. 41% osób, regularnie – czyli co najmniej raz na 2 lata – zgłaszały się na badania profilaktyczne narządu rodowego. W omawianym problemie wykształcenie i miejsce zamieszkania istotnie różnicowały udział badanych.



Ryc. 7. Częstość zgłaszania się na badania profilaktyczne narządu rodowego – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Z analizy danych ujętych na rycinie 8 wynika, że wśród badanych jedynie 36% kobiet systematycznie, czyli raz w roku lub co dwa lata, zgłaszało się na pobranie materiału z szyjki macicy. Niepokój wzbudza fakt, że jedna trzecia badanej populacji nie potrafiła określić częstości poddawania się badaniu cytologicznemu szyjki macicy, a 16% kobiet nigdy nie miało wykonanego badania.



Ryc. 8. Częstość poddawania się badaniu cytologicznemu szyjki macicy – badane kobiety według wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Przeprowadzone, podstawowe i wielowymiarowe, analizy zebranego materiału badawczego umożliwiły sformułowanie następujących kierunków profilaktyki i promocji zdrowia.

1. W zakresie profilaktyki pierwszej fazy zwiększenie działań skierowanych na unikanie i eliminację

czynników szkodliwych dla zdrowia narządu rodowego, a promowanie czynników ochronnych.

2. W zakresie profilaktyki drugiej fazy zwiększenie wysiłków zmierzających do usprawnienia wczesnej diagnostyki i zwiększenia efektywności leczenia chorób narządu rodowego, w tym nowotworów złośliwych narządu rodowego.
3. W zakresie profilaktyki trzeciej fazy zwiększenie zaangażowania w działaniach polegających na redukcji zmian i niepełnosprawności w przypadku zachorowania oraz zminimalizowanie cierpienia spowodowanego utratą zdrowia.
4. W działaniach promujących zdrowie sprawniejsze wykorzystanie aktywnych metod edukacji zdrowotnej skoncentrowanych na kształtowaniu konkretnych umiejętności w zakresie troski o zdrowie i motywowania ludzi do wzięcia na siebie odpowiedzialności za własne zdrowie.
5. Zapewnienie warunków kształtowania właściwej prozdrowotnej polityki społecznej państwa, ułatwiającej wybór właściwego stylu życia i zwalczanie czynników utrudniających dokonywanie tego wyboru.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonej analizy materiału badawczego metodami opisowymi i statystycznymi sformułowano następujące wnioski:

1. W badanej populacji stwierdzono niewystarczający zakres wiedzy na temat podstawowych pojęć z zakresu zdrowia.
2. Wiedza, jaką miały badane kobiety w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, często nie znajdowała bezpośredniego odzwierciedlenia w preferowanych zachowaniach zdrowotnych.
3. Stwierdzono, że podejmowane przez respondentki zachowania zmierzające do ochrony zdrowia narządu rodowego były niewystarczające.
4. Stwierdzono, że zachowania prozdrowotne wykazywało mniej niż 50% badanych kobiet.
5. W badanej populacji najczęściej rozpoznawaną chorobą zasadniczą były nowotwory niezłośliwe żeńskich narządów płciowych (59,5%), następnie choroby układu moczowo-płciowego (52,4%). Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych dotyczyły 4,3% kobiet. Dominowały kobiety leczone operacyjnie (90,0%);
6. Z wielowymiarowych analiz statystycznych wynika, że korzystanie ze świadczeń profilaktycznych w zakresie ochrony zdrowia narządu rodowego uwarunkowane było sytuacją materialną.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Charońska E. Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
- [2] Karski JB. Stan zdrowia a zachowania zdrowotne i inne uwarunkowania zdrowia. Zdr Pub 1999; 109, 12: 436–439.
- [3] Leowski J. Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe. W: Promocja zdrowia. Red. JB Karski. Wyd. Ignis, Warszawa 1999; 43–54.
- [4] Majchrowska A. Kultura i jej wpływ na życie społeczne. W: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Red. I Taranowicz, A Majchrowska, Z Kawczyńska-Butrym. Wyd. Czelej, Lublin 2000; 103–127.
- [5] Majchrowska A. Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. W: Wybrane elementy socjologii. Red. A Majchrowska. Wyd. Czelej, Lublin 2003; 293–325.
- [6] Marcinkowski JT, Muszyński Z, Kaniewski A. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia. W: Podstawy higieny. Red. JT Marcinkowski. Wyd. Volumed, Wrocław 1997; 33–42.
- [7] Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. Prom Zdr 1997; 4, 10–11: 7–24.
- [8] Ostrowska A. Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady. Prom Zdr 2000; 7, 19: 46–65.
- [9] Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Red. A Gniazdowski. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990; 23–57.
- [10] Sęk H. Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń. Red. Z Ratajczak, I Heszen-Niejodek. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997; 34–55.
- [11] Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Aleksandra Słpiecka
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: aleksa.onet@op.pl
tel. 041 349 69 52

A BODY POSTURE IN THE SAGITTAL PLANE MEASURED AMONG GIRLS AGED 12 TO 15 FROM THE ŚWIETOKRZYSKIE PROVINCE

POSTAWA CIAŁA W PŁASZCZYŹNIE STRZAŁKOWEJ DZIEWCZĄT W WIEKU 12–15 LAT
Z WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Jacek Wilczyński

Zakład Patomechaniki, Instytut Fizjoterapii

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: dr hab. n med. Andrzej Rydzewski

SUMMARY

First, 247 girls aged 12 to 15 were drawn from the Primary School number 13 and from the Gymnasium number 4 in Starachowice and next they were examined. The research was carried out in November 2005. It was observed that there were 147 (59.51%) correct body postures and 100 (40.49%) faulty body postures. There were 122 (49.39%) K_1 types, 25 (10.12%) L_1 types, 1 (0.40%) K_2 type, 45 (18.22%) L_2 types, 54 (21.86%) R_1P types. Flat backs dominated – 54 (21.86%), next there were concave backs – 45 (18.22%) and only 1 case of rounded back – 1 (0.40%). The χ^2 test showed that as far as girls are concerned a posture type does not depend on age.

Key words: body posture, Moiré's photogrammetric method, posture type.

STRESZCZENIE

Badaniami objęto 247 dziewcząt w wieku 12–15 lat z wylosowanych uprzednio Szkoły Podstawowej Nr 13 i Gimnazjum Nr 4 w Starachowicach. Badania wykonano w listopadzie 2005 roku. Prawidłowych postaw było 147 (59,51%), wadliwych 100 (40,49%). Typów K_1 – było 122 (49,39%), L_1 – 25 (10,12%), K_2 – 1 (0,40%), L_2 – 45 (18,22%), R_1P – 54 (21,86%). Dominowały plecy płaskie, których było 54 (21,86%), następnie plecy wklęsłe 45 (18,22%) i tylko 1 (0,40%) przypadek pleców okrągłych. Test χ^2 wykazał, że typy postawy u dziewcząt nie zależą od wieku.

Słowa kluczowe: postawa ciała, metoda Moire, typy postawy.

INTRODUCTION

The development of civilization and modern life-style of children as well as teenagers cause the increase of faulty body postures. The results of correction of body postures are not still satisfactory. They are an inspiration to verify used programs and to look for new methods of therapy. Among all body postures the treatment of lateral curvatures of the spine is a long lasting process, which often lasts until adulthood. This defect determinates the choice of future job and a kind of performed work. That is why a preventive treatment, screening examination and posture reeducation are necessary. The concern connected with correct body postures among children should absorb teachers, tutors and parents, starting from kindergarten or even infancy. A correct body posture apart from an esthetic function has first of all health significance. The aim

of the research was to evaluate body postures in the sagittal plane measured among girls aged 12 to 15 with Moiré's photogrammetric method [1–6].

MATERIALS AND METHODS

First, 247 girls aged 12 to 15 were drawn from the Primary School number 13 and from the Lower Secondary School number 4 in Starachowice and next they were examined. The research was carried out in November 2005. There were 60 12-year-old girls (24.29%), 60 13-year-old girls (24.29%), 65 14-year-old girls (26.32%) and 62 15-year-old girls (25.10%). The photogrammetric method with the use of the effect of the projection chamber was used in the research (fig. 1.) [7]. Arithmetic mean ($\bar{x}$), standard

deviation (s) and self-reliance test (χ^2) were used to make a statistic analysis [8].



Fig. 1. The body picture with placed layers and the body section in two planes: sagittal (a) and transverse (b) (Nowotny, Podlasiak, Zawieska 2003)

RESULTS

According to Wolanski, typology postures were divided into correct (K_1 , R_2 , L_1 types) and faulty (K_2 , L_2 , R_1P types). Depending on girls' age faulty body postures in the sagittal plane look as follows: in the group of 12-year-old girls there were 44 (73.33%) correct body postures and 16 (26.67%) faulty body postures, in the group of 13-year-old girls there were 36 (60.00%) correct body postures and 24 (40.00%) faulty body postures, in the group of 14-year-old girls there were 36 (55.38%) correct body postures and 29 (44.62%) faulty body postures, in the group of 15-year-old girls there were 31 (50.00%) correct body postures and 31 (50.00%) faulty body postures. The χ^2 test showed that as far as girls are concerned a frequency of faulty postures in the sagittal plane does not depend on age. The general division of all 247 examined children showed that there were 147 (59.51%) correct body postures and 100 (40.49%) faulty body postures. In the group of 12-year-old girls there were 35 (58.33%) K_1 types, 9 (15%) L_1 types, 7 (11.67%) L_2 types, 9 (15%) R_1P types. In the group of 13-year-old girls there were 29 (48.33%) K_1 types, 7 (11.67%) L_1 types, 11 (18.33%) L_2 types, 13 (21.67%) R_1P types. In the group of 14-year-old girls there were 31 (47.69%) K_1 types, 5 (7.69%) L_1 types, 15 (23.08%) L_2 types, 14 (21.54%)

R_1P types. In the group of 15-year-old girls there were 27 (43.55%) K_1 types, 4 (6.45%) L_1 types, 1 (0.40%) K_2 type, 12 (19.35%) L_2 types, 18 (29.03%) R_1P types. The general division showed that there were 122 (49.39%) K_1 types, 25 (10.12%) L_1 types, 1 (0.40%) K_2 type, 45 (18.22%) L_2 types, 54 (21.86%) R_1P types. The χ^2 test showed that as far as girls are concerned posture types do not depend on age (table 1, 2, 3).

Tabele 1. A body posture in the sagittal plane

Gender	Posture of body correct	Posture of body defect	Total
Girls	147	100	247
% columns	49.49	48.51	
% in rows	59.51	40.49	
% total	29.22	19.88	49.11

Tabele 2. A body posture in the sagittal plane measured among girls

Gender	Posture type						Total
	K_1	R_2	L_1	K_2	L_2	R_1P	
Girls	122	0	25	1	45	54	247
% columns	49.80	0.00	53.19	25.00	43.69	54.55	
% in rows	49.39	0.00	10.12	0.40	18.22	21.86	
% total	24.25	0.00	4.97	0.20	8.95	10.74	49.11

Tabele 3. Posture types

Age girls	Posture type					Total
	K_1	R_2	L_1	K_2	L_2	
12	35	9	0	7	9	60
% columns	28.69	36.00	0.00	15.56	16.67	
% in rows	58.33	15.00	0.00	11.67	15.00	
% total	14.17	3.64	0.00	2.83	3.64	24.29
13	29	7	0	11	13	60
% columns	23.77	28.00	0.00	24.44	24.07	
% in rows	48.33	11.67	0.00	18.33	21.67	
% total	11.74	2.83	0.00	4.45	5.26	24.29
14	31	5	0	15	14	65
% columns	25.41	20.00	0.00	33.33	25.93	
% in rows	47.69	7.69	0.00	23.08	21.54	
% total	12.55	2.02	0.00	6.07	5.67	26.32%
15	27	4	1	12	18	62
% columns	22.13	16.00	100.00	26.67	33.33	
% in rows	43.55	6.45	1.61	19.35	29.03	
% total	10.93	1.62	0.40	4.86	7.29	25.10
Total	122	25	1	45	54	247
% total	49.39	10.12	0.40	18.22	21.86	100
χ^2	χ^2	df	p			
	12.12	df=12	p<0.43			

SUMMARY AND CONCLUSION

It was observed that there were 147 (59.51%) correct body postures and 100 (40.49%) faulty body postures.

There were 122 (49.39%) K_1 types, 25 (10.12%) L_1 types, 1 (0.40%) K_2 type, 45 (18.22%) L_2 types, 54 (21.86%) R_1P types. Flat backs dominated – 54 (21.86%), next there were concave backs – 45 (18.22%) and only 1 case of rounded back – 1 (0.40%).

The χ^2 test showed that as far as girls are concerned posture types do not depend on age.

BIBLIOGRAPHY

- [1] Lowe TG, Betz R et al. Anterior single-rod instrumentation of the thoracic and lumbar spine: saving levels. *Spine* 2003; 28, 20: 208–216.
- [2] Michalski R. Operative Behandlung der Skoliose unter Verwendung des anterioren Zugangs zur Wirbelsäule. *Orthopädische Praxis* 1998; 34: 130–132.

[3] Michalski R. Anterior stabilization for idiopathic scoliosis treatment with CDH system. 67th AAOS Annual Meeting, Orlando USA, 2000.

[4] Sanders AE, Baumann R et al. Selective anterior fusion of thoraco-lumbar/lumbar curves in adolescents: when can the associated thoracic curve be left unfused. *Spine* 2003; 28, 7, 706–713.

[5] Wilczyński J et al. A posture of a body and the visual-motor coordination measured by Piorkowski's electrometer on the thirteen years old children. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio D Medicina* 2006; 61, 17: 240–244.

[6] Wilczyński J. Lateral spinal curvature and the stabilographic parameters MLPX and MLPY measured among children aged 12 to 15 years. 2008; 8, 1: 65–71.

[7] Nowotny J, Podlasiak P, Zawieska D. System Analizy Wad Postawy. PW, Warszawa, 2003.

[8] Computer Statistic Programme: Statistica.7.1 statsoft, 2007.

Adres do korespondencji:

dr Jacek Wilczyński
Zakład Patobiomechaniki
Wydział Nauko o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail:jacekwilczynski77@poczta.onet.pl
tel. 603 703 926

POURAZOWA TORBIEL DOLNEGO BIEGUNA ŚLEDZIONY LECZONA LAPAROSKOPOWO – OPIS PRZYPADKU

LAPAROSCOPY IN POSTRAUMATIC CYST OF LOWER PART OF SPLEEN – CASE REPORT

Przemysław Wolak^{1, 2}, Renata Skiba²

¹ Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dziekan: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

² Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach

Dyrektor: lek. med. Włodzimierz Wielgus

STRESZCZENIE

W śledzionie mogą występować nieparazyticzne torbiele wrodzone i nabyte (pourazowe). Często zajmują znaczną część narządu i wskutek samoistnego lub pourazowego pęknięcia mogą stanowić źródło krwawienia do wolnej jamy otrzewnowej. Gdy dają dolegliwości bólowe lub ich największy wymiar przekracza 8 cm, powinny być leczone operacyjnie. Metodą z wyboru jest laparoskopowa częściowa resekcja miększu śledziony wraz z torbielą. W pracy przedstawiamy przypadek 16-letniego chłopca leczonego w ten sposób.

Słowa kluczowe: laparoscopia, torbiel śledziony, dziecko.

SUMMARY

Splenic nonparasitic cysts are a relatively rare entity. They are classified as “true” (congenital) and “pseudo” cysts. Pseudocysts believed to be a late manifestation of posttraumatic intrasplenic hematoma. The surgery performed to prevent hemorrhage of ruptured of the cyst. All children with clinical symptoms had a cyst that was larger than 8 cm must be operated. For many years the traditional treatment of splenic nonparasitic cysts was splenectomy. During the last decade preservation procedures as a laparoscopic partial splenectomy or total cystectomy have been used. We present the case of a 16 year-old boy with posttraumatic splenic cysts treated by laparoscopic partial splenectomy.

Key words: laparoscopy, cyst of spleen, child.

W związku z zachowawczym leczeniem urazu śledziony coraz częściej spotykamy się z pourazowymi, rzekomymi torbielami śledziony (skutek zejściowy wchłonięcia się krwiaka śródmiąższowego). Większość z nich jest bezobjawowa i nie wymaga żadnego leczenia poza okresową obserwacją pacjenta i ewolucji zmian w badaniu usg jamy brzusznej. W przypadku powiększenia się objętości torbieli lub dolegliwości bólowych należy pacjenta operować. Dawne techniki operacyjne sugerowały wykonanie splenektomii.

Obecnie istnieje możliwość usunięcia torbieli z zachowaniem śledziony zarówno techniką klasyczną, jak i laparoskopową.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE

Chłopiec w wieku 16 lat (nr historii choroby 13878/08) został przyjęty do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego na Oddział Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej z powodu wykrytej przypadkowo torbieli dolnego bieguna śledziony. W wywiadzie ustalono, że 8 lat przed hospitalizacją doznał urazu brzucha (spadł z roweru). Po urazie nie był diagnozowany.

Obecnie pół roku temu w przypadkowym badaniu usg z powodu bólów brzucha wykryto u niego torbiel śledziony (śledziona w osi długiej dł. 130 mm – pomiar



Fot. 1. Usg jamy brzusznej (widoczna torbiel śledziony)



Fot. 2. Widoczne miejsca portów wprowadzonych do jamy otrzewnej – 14 doba po zabiegu (strzałkami zaznaczono miejsca wprowadzenia portów)



Fot. 3. Obraz śródoperacyjny (laparoscopia – widoczny dolny biegun śledziony z torbielą)

miąższu bez torbieli). W dolnym biegunie śledziony podtorebkowo uwypuklająca się „na zewnątrz” przestrzeń płynowa $49 \times 35 \times 44$ mm, V – 40 ml (płyn z echami wewnętrznymi). W kolejnych badaniach usg bez istotnych zmian (fot. 1). Pacjent hospitalizowany na Oddziale Pediatrii o specjalności hepatologiczno-gastroenterologicznej. Wykluczono pasożytnicze podłoże torbieli. Chłopca zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. Operowany metodą laparoskopową, drogą mikrolaparotomii wprowadzono trokar 10 mm w pępek, insuflacja CO₂ do ciśnienia w jamie otrzewnej 12 mmHg, pod kontrolą obrazu wkłuto 2 porty 5 mm, jeden w linii pośrodkowej ok. 4–5 cm nad pępkiem, drugi w śródbrzuszu lewym (fot. 2). Używając disektora i graspera, po odciągnięciu sieci większej uwidoczniono śledzionę o budowie płodowej (płatowej), w jej dolnym biegunie widoczna torbiel o dość dużej ruchomości (fot. 3). Podjęto decyzję o częściowej splenectomii (resekcji dolnego bieguna wraz z torbielą). Przy użyciu laparoskopowego BiClampa firmy ERBE odcięto dolny biegun, idąc przez miąższ śledziony. Dolny biegun po resekcji umieszczono w worku laparoskopowym i usunięto przez pępek. W loży po dolnym biegunie śledziony umieszczono wprowadzony przez lewy port dren, który usunięto w pierwszej dobie po zabiegu. Pacjent uruchomiony i żywiony doustnie w pierwszej dobie po zabiegu. Wypisany w stanie ogólnym dobrym bez jakichkolwiek dolegliwości pięć dni po zabiegu. Badanie histopatologiczne: „cystis rupta veta propabiliter posthaemorrhagica lienis cum metaplasia focali planoepitheliali. Excisio competita. Fragmentum lienis cum laesione thermica focali”.

OMÓWIENIE

Wyróżniamy dwa rodzaje niepasożytniczych torbieli śledziony: wrodzone, gdzie ściana torbieli wyścielona jest nabłonkiem, i nabyte, pourazowe powstające po wchłonięciu się krwiaka w obrębie miąższu śledziony (pseudotorebkę buduje miąższ śledziony). Wskazaniem do zabiegu są takie torbiele śledziony, których największy przekrój przekracza 8 cm, lub mniejsze, dające dolegliwości bólowe. Metodą z wyboru jest wyłuszczenie torbieli lub częściowa splenectomia [1, 2] albo też całkowita splenectomia metodą laparoskopową [3]. Dawniej zalecane metody (przez skórne opróżnienie torbieli lub laparoskopowa fenestracja torbieli) powinny być zaniechane z powodu możliwych powikłań infekcyjnych [3]. Nie zgadza się z tym poglądem MacKanzie, który uważa, że w przypadku torbieli śledziony należy się ograniczyć do wyłuszczenia torbieli, starając się zachować narząd [4, 5].

Wynika to z ważnej immunologicznej roli śledziony (zapobieganie piorunującym zakażeniom wywołanym przez bakterie otoczkowe – OPSI) [6]. Operowany przez nas pacjent miał najprawdopodobniej torbiel pourazową – mimo że jej największy wymiar miał blisko 5 cm, dawała dolegliwości bólowe. Za operacją dodatkowo przemawiało to, że chłopiec wyczynowo grał w piłkę nożną, obawialiśmy się więc, że w wyniku urazu może dojść do pęknięcia torbieli z rozerwaniem miększego śledziony.

WNIOSKI

1. Wybrana przez nas metoda leczenia pozwoliła ocalić narząd, a jednocześnie w sposób praktycznie bezkrwawy usunąć torbiel.
2. Metoda laparoskopowa pozwoliła bardzo szybko uruchomić pacjenta – i mamy nadzieję, że będzie mógł powrócić do wyczynowego uprawiania sportu.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Przemysław Wolak
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: wolak@ujk.kielce.pl
tel. 041 349 69 35

PIŚMIENNICTWO

- [1] Rescorla FJ, Duffy BJ. Laparoscopic procedures on the spleen in children. *Advances in Surgery* 2008; 42: 117–127.
- [2] Tsakayannis DE, Kristen Mitchell K, Kozakewich H et al. Splenic preservation in the management of splenic epidermoid cysts in children. *J Ped Surg* 1995; 30: 1460–1470.
- [3] Wu HM, Kortebeek JB. Management splenic pseudocysts following trauma: a retrospective case series. *The American Journal of Surgery* 2006; 191: 631–634.
- [4] MacKenzie RK, Youngson GG, Mahomed AA. Laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts: a step forward in splenic preservation. *J Ped Surg* 2004; 39: 88–90.
- [5] Till H, Schaarschmidt K. Partial laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts. A medium-term evaluation proves the efficiency in children. *Surg Endosc* 2004; 18: 626–628.
- [6] Peitzman A, Ford HR, Harbrecht BG. Injury to the spleen. *Curr Probl Surg* 2001; 38: 921–1008.

CIĄŻA JAJNIKOWA – RZADKA POSTAĆ CIĄŻY POZAMACICZNEJ. ANALIZA PROCESU DIAGNOSTYCZO-TERAPEUTYCZNEGO NA PODSTAWIE OPISU TRZECH PRZYPADKÓW

OVARIAN PREGNANCY – A RARE FORM OF ECTOPIC PREGNANCY. THE ANALYSIS OF THE DIAGNOSTICOTHERAPEUTICAL PROCESS – ABOUT THREE CASUS

Izabela Lewandowska-Andruszuk¹, Olga Adamczyk-Gruszka²

¹ Zakład Profilaktyki w Ginekologii i Położnictwie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Tomasz Soszka

² Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Kierownik Pracowni: dr n. med. Urszula Grabowska

STRESZCZENIE

Ciąża jajnikowa jest rzadką formą ciąży ektopowej, w której pęcherzyk ciążowy implantuje się w jajniku. Stanowi 0,5–3% wszystkich przypadków ciąży pozamaciczej.

Przedstawiono opisy trzech przypadków niepękniętej ciąży jajnikowej u pacjentek hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu wraz analizą kliniczną i przeglądem literatury.

Diagnostyka ciąży jajnikowej jest trudna. W odróżnieniu od pacjentek z ciążą jajowodową tradycyjne czynniki ryzyka, takie jak PID i przebyte zabiegi chirurgiczne mogą nie odgrywać roli w etiologii. W jednym z opisywanych przypadków pewne znaczenie mogło mieć stosowanie przez pacjentkę wkładki wewnątrzmacicznej.

Rozpoznanie ciąży jajnikowej opiera się na wystąpieniu określonych objawów klinicznych, badaniu ginekologicznym i ultrasonograficznym z obrazowaniem pustej macicy i charakterystycznego obrazu jajnika: podwójny hyperechogeniczny pierścień otaczający małe hypoechogeniczne pole.

W przypadku pacjentek stabilnych hemodynamicznie leczeniem z wyboru jest laparoscopia i resekcja zmiany w obrębie jajnika. Taka forma terapii skutkuje dobrą prognozą dla przyszłej płodności pacjentki

Słowa kluczowe: ciąża jajnikowa, ultrasonografia przezpochwowa, laparoscopia.

SUMMARY

Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy in which the gestational sac is implanted within the ovary. The incidence is 0.5 to 3% of all ectopic gestations. We present three cases of unruptured ovarian pregnancy which were managed in the District Specialised Hospital in Radom, with anatomoclinical study and literature review.

The clinical diagnosis of ovarian pregnancy is difficult. In contrast to patients with tubal pregnancy traditional risk factors such as pelvic inflammatory disease, prior surgical procedure upon the pelvis may not apply. In one case reported here, it seems that using an intra-uterine contraceptive device was an important factor. The diagnosis was based on the clinical symptoms, gynecological examination and sonographic findings of an empty uterus, an characteristic ring-like thick-walled hyperechogenic structure within ovary. The preferred therapeutic procedure was laparoscopy. When the patient is hemodynamically stable laparoscopy and the ovarian wedge resection should be the treatment of choice. This form of the therapeutic procedure increases the chances to maintain fertility.

Key words: ovarian pregnancy, transvaginal ultrasonography, laparoscopic therapy.

Wystąpienie ciąży ektopowej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności matek, szczególnie wtedy gdy nie jest dostatecznie wcześnie rozpoznane i leczone. Pęknięta ciąża pozamaciczna należy do głównych przyczyn zgonów kobiet w pierwszym tryestrze ciąży [1, 2].

Częstotliwość występowania ciąży jajnikowej waha się od 1/7 000 do 1/40 000 wszystkich ciąż [3, 4]. Powstaje ona albo przez zapłodnienie komórki jajowej, która nie uległa owulacji, albo przez powtórne zagnieżdżenie się w miejscu po jajczkowaniu [5].

Ciąża ektopowa umiejscowiona poza jajowodem wiąże się z większym ryzykiem powikłań, przede wszystkim z krwawieniem. W przeciwieństwie do ciąży jajowodowej ponowna lokalizacja ciąży pozajajowodowo zdarza się rzadko [6].

Celem pracy była analiza procesu diagnostyczno-terapeutycznego u trzech pacjentek hospitalizowanych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, w przypadku których wczesne rozpoznanie i wdrożone leczenie ciąży jajnikowej pozwoliło uniknąć ciężkich powikłań i zagrożenia życia.

OPISY PRZYPADKÓW

Przypadek 1. Pacjentka lat 23 została przyjęta do Oddziału 04.11.2002 roku z powodu bólów w podbrzuszu oraz trwającego od siedmiu dni krwawienia z dróg rodnych. Rodziła raz siłami natury (2000 r.), jeden raz roniła (1999 r.). Ostatnia miesiączka – 07.10.2002 roku – prawidłowa. W wywiadzie nie podała żadnych schorzeń. W badaniu przedmiotowym: pacjentka w stanie ogólnym dobrym, ciśnienie tętnicze 110/60 mmHg, tętno 80/min, temperatura ciała 36,9°C, brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. W badaniu ginekologicznym w dniu przyjęcia stwierdzono (z odchyień od normy): na tarczy części pochwowej nadżerka; w pochwie wydzielina krwista o miernej ilości; sklepienie tylne i prawe bolesne, sklepienie lewe niebolesne.

W badaniach laboratoryjnych: dodatnia próba ciążowa z moczu, morfologia: HGB – 10,7 g/dl, HT – 34%, RBC – $3,62 \times 10^6/\mu\text{L}$, WBC – $5,1 \times 10^3/\mu\text{L}$, PLT – $145 \times 10^3/\mu\text{L}$.

W badaniu USG sondą dopochwową stwierdzono: trzon macicy w przodozgięciu, o jednorodnej echostrukturze i wymiarze AP 39 mm. Endometrium o grubości 12 mm. Jajnik lewy o wymiarach 24 mm×19 mm i prawidłowej echostrukturze, jajnik prawy o wymiarach 61 mm×49 mm, w obrębie którego widoczna zmiana o wymiarach 45 mm×36 mm z centralnie położonym, podwójnie okonturowanym, hypoecho-

gennym pęcherzykiem. W zatoce Douglasa zbiornik płynowy o wymiarach 48 mm×17,2 mm. Wstępnie rozpoznano ciążę jajnikową i pacjentkę zakwalifikowano do laparoskopii. Podczas operacji stwierdzono: Jajnik prawy o wymiarach 60 mm×50 mm z widoczną torbielą o zabarwieniu sinoczerwonym i wymiarach 40 mm×30 mm, za macicą płynna krew w ilości 30 ml. Wykonano: wycięcie zmiany z jajnika prawego. Materiał przesłano do badania histopatologicznego w Zakładzie Patomorfologii WSzS w Radomiu. Wynik histopatologiczny: nr 37548: wśród skrzepów krwi liczne kosmki – utkanie trofoblastu.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjentka wypisana do domu w drugiej dobie po zabiegu.

Przypadek 2. Pacjentka lat 35 zgłosiła się do Oddziału 13.02.2003 roku z powodu pobolewań podbrzusza oraz trwającego od 2 dni krwawienia z dróg rodnych. W wywiadzie: dodatni test ciążowy z moczu z 23.01.2003 roku, ostatnia miesiączka 15.12.2002 roku – prawidłowa. Rodziła 2 razy siłami natury (ostatni poród 5 lat temu), o czasie, bez powikłań. W 2000 roku miała założoną wkładkę wewnątrzmaciczną, którą usunięto 23.01.2003 roku. W badaniu przedmiotowym: stan ogólny dobry, ciśnienie tętnicze 120/70 mm Hg, tętno 80/min, temp. 36,6° C, brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. W badaniu ginekologicznym (z odchyień od normy): trzon macicy w przodozgięciu nieco powiększony, tkliwy przy badaniu. Po stronie prawej przed macicą badalny tkliwy twór o miękkich ścianach i średnicy około 5–6 cm. Przydatki lewe niebadalne.

Laboratoryjnie: morfologia – HGB – 11 g/dl, HT – 33%; RBC – $3,56 \times 10^6/\mu\text{L}$, WBC – $12,6 \times 10^3/\mu\text{L}$, PLT – $207 \times 10^3/\mu\text{L}$, poziom HCG w surowicy krwi: 4 567,0 mIU/ml.

W badaniu ultrasonograficznym: trzon macicy w przodozgięciu o prawidłowej echostrukturze i wymiarach 59×63×56 mm. Endometrium 4 mm. Po stronie prawej dwukomorowa torbiel o wymiarach 67×45 mm. W rzucie lewych przydatków twór o niejednorodnej echostrukturze i wym. 59×46 mm z pęcherzykiem o średnicy 33 mm i hyperechogeniczną strukturą o długości 8,3 mm (zarodek?). Wolnego płynu w jamie otrzewnowej nie stwierdzono. Rozpoznano wstępnie ciążę pozamaciczną – jajnikową i pacjentkę zakwalifikowano do laparoskopii.

Podczas zabiegu stwierdzono: Przed macicą torbiel gładkościenna jajnika prawego, średnicy ok. 7 cm, surowicza; jajowód prawy bez zmian. Po stronie lewej jajnik z tworem torbielowato-litym o średnicy ok. 6 cm, jajowód lewy bez zmian. Wykonano: ze względu na stopień destrukcji jajnika lewego usunięto go w całości, torbiel jajnika prawego wyluszczone.

Wynik histopatologiczny: nr 41 526 – Garviditas extrauterina ovarii sin. Cystis simplex ovarii dex.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, pacjentka wypisana do domu w trzeciej dobie po zabiegu.

Przypadek 3. Pacientka lat 29 przyjęta do Oddziału 16.04.2003 r. z powodu dolegliwości bólowych zlokalizowanych w podbrzuszu. Nie rodziła, nie roniła. Ostatnia miesiączka – 16.03.2003 r. – prawidłowa. W wywiadzie nie podaje żadnych schorzeń. Przedmiotowo: stan ogólny dobry, ciśnienie tętnicze 110/70 mmHg, tętno 84/min, temperatura 37,2°C, brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. W badaniu ginekologicznym (z odchylen od normy): w rzucie prawych przydatków badalny tkliwy opór o średnicy ok. 5 cm.

Laboratoryjnie: morfologia: HGB – 11,9 g/dl, HT – 35,7%; RBC: $4,14 \times 10^6/\mu\text{L}$, WBC – $6,61 \times 10^3/\mu\text{L}$, PLT – $234 \times 10^3/\mu\text{L}$, poziom HCG w surowicy krwi: 6 589,8 mIU/ml.

W badaniu ultrasonograficznym: trzon macicy w przodozgięciu o prawidłowej echostrukturze i wymiarach 41 mm×30 mm. Endometrium 8 mm. Jajnik prawy o wymiarach 49 mm×36 mm z widocznym centralnie położonym, podwójnie okonturowanym, hypoechogenicznym pęcherzykiem o średnicy 20 mm, przydatki lewe bez zmian. W zatoce Douglasa zbiornik płynu o wymiarach 64 mm×30 mm. Rozpoznano wstępnie ciążę ektopową i pacjentkę zakwalifikowano do laparoskopii. Podczas laparoskopii stwierdzono: jajnik prawy pęknięty w zlepie z otrzewną dołka podjajnikowego i wyrostkiem robaczkowym. Usunięto torbiel jajnika prawego wraz z oblepiającą go strukturą tkankową. Wynik histopatologiczny (nr 44 239): Cystis simplex et graviditas extrauterina ovarii.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjentka wypisana do domu w drugiej dobie po zabiegu.

OMÓWIENIE

Ciąża jajnikowa jest rzadką postacią ciąży ektopowej, według różnych autorów stanowi 0,5–3% wszystkich ciąż ektopowych [7–9].

W przedstawionym materiale, w okresie dwunastu miesięcy, na dwadzieścia przypadków ciąży ektopowej rozpoznano trzy razy ciążę jajnikową, co stanowiło aż 15% ciąż ektopowych!

Częstszą lokalizację ciąży w jajniku, jak podaje Skrzypczak [10], obserwuje się u kobiet, u których zastosowano techniki wspomaganego rozrodu. W przedstawionym materiale ciąża jajnikowa wystąpiła w naturalnych cyklach miesięczkowych.

Według Słomko [9] ciąża jajnikowa najczęściej występuje u wieloródek w końcu trzeciej dekady życia. Spostrzeżenia te częściowo potwierdzają nasze przypadki, gdzie dwie pacjentki były wieloródkami, ale tylko jedna miała 35 lat.

Obecnie stosunkowo rzadko mamy do czynienia z sytuacjami, w których pierwsze podejrzenie ciąży ektopowej stawia się u pacjentki z objawami wstrząsu. W przeciwieństwie do tej klasycznej sytuacji, pacjentki z ciążą ektopową szukają pomocy znacznie wcześniej, z powodu opóźnienia miesiączki, nieprawidłowych krwawień lub bólów brzucha. Kliniczne objawy ciąży jajnikowej są podobne do występujących w przypadku ciąży jajowodowej czy też towarzyszących pęknięciu krwotocznego ciała żółtego [4].

Diagnostyka ciąży jajnikowej jest oparta na oznaczaniu stężenia β HCG w surowicy krwi, badaniu ultrasonograficznym („pusta” macica z wysoce charakterystycznym obrazem jajnika z podwójnym hyperechogenicznym pierścieniem otaczającym małe hypoechogeniczne pole) i laparoskopowej weryfikacji kryteriów Spielberga [8, 11].

W przedstawionym materiale rozpoznanie wstępne postawiono za pomocą badania ultrasonograficznego sondą dopochwową i dodatkich wskaźników laboratoryjnych, a dominującymi objawami były bóle podbrzusza, krwawienie z dróg rodnych oraz zatrzymanie miesiączki, przy dobrym stanie ogólnym pacjentki.

W 75% pęknięcie jajnika spowodowane zagnieżdżeniem się w nim jaja płodowego ma miejsce przed końcem pierwszego trymestru ciąży [12]. W dwóch przypadkach dolegliwości pojawiły się cztery tygodnie, a w jednym 8 tygodni po zatrzymaniu miesiączki, ale w żadnym nie doszło do pęknięcia jajnika i krwotoku do jamy otrzewnowej.

Dawniej powszechnie stosowaną metodą leczenia przy rozpoznaniu ciąży jajnikowej była laparotomia z owariektomią [13].

Obecnie leczeniem z wyboru, przy dobrym stanie ogólnym pacjentki, jest laparoscopia i resekcja zmiany w obrębie jajnika [4, 14]. Laparoscopia zyskała przewagę ze względu na mniejszą inwazyjność, rzadsze tworzenie się zrostów pooperacyjnych, krótszy okres hospitalizacji, większe szanse zachowania płodności i mniejsze ryzyko ponownego wystąpienia ciąży ektopowej [15].

W dwóch przedstawionych przez nas przypadkach możliwe było laparoskopowe usunięcie samej zmiany, w jednym zaś wysoki stopień destrukcji jajnika stał się przyczyną usunięcia tego narządu. U wszystkich pacjentek w rozpoznaniu histopatologicznym potwierdzono wstępne podejrzenia. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i pacjentki opuściły oddział przed upływem 72 h od zabiegu.

Postęp medycyny i dynamiczny rozwój technik obrazowania w połączeniu z czułymi metodami laboratoryjnymi pozwoliły na szybką diagnostykę i optymalizację leczenia także w przypadku ciąży jajnikowej.

WNIOSKI

Wczesne rozpoznanie ciąży jajnikowej pozwala na wdrożenie oszczędzającego leczenia operacyjnego metodą laparoskopową, co będzie skutkować dobrą prognozą dla przyszłej płodności pacjentki.

Wstępne rozpoznanie ultrasonograficzne ciąży jajnikowej wymaga weryfikacji histopatologicznej materiału pobranego w trakcie zabiegu operacyjnego.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Al.-Meshari AA, Chowdhury N, Adelusi B. Ovarian pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1993; 41: 269–272.
- [2] Bartolucci R, Stipa F, Bruni R et al. Ovarian pregnancy. *Minerva Chir* 1994; 49: 607–11.
- [3] Brązert J, Piekarski T, Mitkowska H i in. Ocena skuteczności leczenia ciąży ektopowej z zastosowaniem różnych metod operacyjnych. *Gin Pol* 1997; 68(7): 302–307.
- [4] Ercal T, Cinar O, Mumcu A et al. Ovarian pregnancy: relationship to an intrauterine device. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1997; 37(3): 362–364.
- [5] Ferro PL, Badawy SZ, Berry CJ et al. Laparoscopic resection of an ovarian pregnancy in a patient using the cooper T intrauterine device. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3(2): 329–332.
- [6] Lewis G, Drife J. Why Mothers Die 1997–1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press, London 2001.
- [7] Merz E. Zaburzenia we wczesnej ciąży. W: Diagnostyka ultrasonograficzna i ginekologii i położnictwie. T. 2: Położnictwo. Red. E Merz. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002; 31–43.
- [8] Raziel A, Mordechai E, Schachter M et al. A comparison of the incidence, presentation, and management of ovarian pregnancies between two periods of time. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11(2): 191–4.
- [9] Salas Valien JS, Reyro Alvarez MP, Gonzales Morgan MA et al. Ectopic ovarian pregnancy. *An Med Interna* 1995; 12: 192–4.
- [10] Skrzypczak J. Ciąża ektopowa W: Ciąża wysokiego ryzyka. Red. GH Bręborowicz. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2000; 83–101.
- [11] Skrzypczak J. Ciąża ektopowa. W: Położnictwo i Ginekologia. T. 1. Położnictwo. Red. GH Bręborowicz. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 88–99.
- [12] Słomko Z. Ciąża ektopowa. W: Ginekologia. PZWL, Warszawa 1997; 676–677.
- [13] Studziński Z, Branicka D, Filipczak A i in. Przetrwiała ciąża jajnikowa – opis przypadku. *Gin Pol* 1999; 70(1): 33–35.
- [14] Szymański R, Kamiński P. Diagnostyka i terapia w ciąży ektopowej jajowodowej. *Klinika. Ginekologia* 1996; 3: 228–229.
- [15] Tenore JL. Ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1080–1088.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Izabela Lewandowska-Andruszuk
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: iandr@op.pl
tel. 502 612 260

ALGORYTM PRAKTYCZNY FARMAKOTERAPII CHORYCH NA ŁAGODNY ROZROST STERCZA (BPH)

A PRACTICAL ALGORITHM FOR MEDICAL THERAPY OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)

Sławomir Dutkiewicz

Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Onkologicznej, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Sławomir A. Dutkiewicz

STRESZCZENIE

Łagodny rozrost stercza (BPH) jest chorobą powszechną mężczyzn, która określana jest również powiększeniem stercza (EP). Jest chorobą postępującą i w jej przebiegu mogą wystąpić powikłania, np. w postaci całkowitego zatrzymania moczu (AUR), wymagające leczenia chirurgicznego. W artykule przedstawiono własny o charakterze praktycznym algorytm farmakoterapii z omówieniem podstaw etiopatogenezy, diagnostyki i strategii leczenia chorych na BPH. Leczenie farmakologiczne może przebiegać w dwóch zasadniczych kierunkach: pierwszy polega na tym, że blokowanie receptorów alfa-1 adrenergicznych znosi napięcie mięśniówki gładkiej w sterczu i szyi pęcherza; a drugi to – blokowanie 5-alfa-reduktazy jest przyczyną atrofii nabłonka stercza. Liczne badania dowiodły, że w monoterapii i leczeniu skojarzonym obu grup leków stwierdzono poprawę (większą w terapii skojarzonej) w zakresie objawów, jakości życia i wartościach przepływu cewkowego (szczególnie Q max).

Słowa kluczowe: stercz, łagodny rozrost stercza, farmakoterapia, alfa-1 adrenolityki, blokery 5-alfa reduktazy, terapia skojarzona.

SUMMARY

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common condition in men and is also referred to enlarged prostate (EP). BPH is too a progressive disorders and maybe complicated for example by acute urinary retention (AUR) and may require surgery. This article reviews etiopathology, diagnosis and treatment strategies for EP, and it presents a practical algorithm for pharmacotherapy of patients with BPH. Pharmacologic treatment of BPH is based on two concepts: first, that alpha-1 adrenergic blockade reduces smooth-muscle tone in the prostate and bladder neck; and second, that 5-alpha-reductase inhibition causes atrophy of prostate epithelium. Studies showed that as monotherapy, both classes of drugs produced improves in symptoms and quality of life and a combination of these drugs improves urinary flow (particular Qmax.)

Key words: prostate, benign prostatic hyperplasia, medical therapy, alpha-1-adrenolitics, 5-alpha-reductase inhibitors, combination therapy.

WSTĘP

Łagodny rozrost stercza (BPH – benign prostatic hyperplasia) jest najczęstszą chorobą starzejących się mężczyzn, której istota polega na powiększeniu liczby komórek elementów budowy narządu, tj. zrębu i gruczołów strefy przejściowej. Zarówno strefa obwodowa stercza, jak i spoidło przednie są odpychane ku obwodowi przez powstający gruczolak stercza, a rozrost strefy środkowej, ukierunkowany do światła pęcherza moczowego, doprowadza do powstania tzw. płata środkowego gruczolaka [1]. Tkanki zepchnięte stanowią tzw. torebkę chirurgiczną. Rozrost stercza powoduje stopniowy wzrost jego objętości (EP – enlarged prostate) [2].

Mimo że rekomendacje w zakresie diagnostyki i leczenia BPH są dostępne [3], brakuje algorytmu praktycznego stosowania preparatów farmakologicznych.

CEL PRACY

Przedstawienie algorytmu farmakoterapii chorych na BPH własnego autorstwa.

MATERIAŁ I METODY

Materiał stanowiła populacja mężczyzn w wieku powyżej 50. r.ż. chorych na BPH w różnym stopniu zaawansowania choroby. W analizie oparto się na doświadczeniu własnym oraz licznych publikacjach autorów zagranicznych i krajowych.

WYNIKI

Tabela 1. Algorytm farmakoterapii chorych na BPH w zależności od: wieku, objętości gruczołka stercza, nasilenia LUTS, postępu EP i progresji choroby oraz współistnienia innych schorzeń

Pacjent	Objętość stercza	Leczenie
LUTS nieznaczne (IPSS <7), mikcje bez przeszkody, bez – lub ze śladowym zaleganiem moczu po mikcji	VP < 30 ml	Wa-Wa; preparaty roślinne [stała obserwacja, badania okresowo powtarzać]
LUTS średnio nasilone (IPSS > 7), niewielka przeszkoda w mikcji a) chorzy normotensyjni b) chorzy hypotensyjni c) chorzy hipertensyjni Gdy dominują naglące parcia z powodu OAB	Z małą objętością stercza VP < 31 ml	A-1-ADRN (doksazosyna szczególnie o formule XL, alfuzosyna, terazosyna) A-1-ADRN A-1-ADRN (tamsulosyna, alfuzosyna SR lub UNO) A-1-ADRN (doksazosyna, alfuzosyna, terazosyna) ANTCH (oksybutonin, tolterodine, solifenazyna)
Chorzy wymagający szybkiego ustąpienia średnio nasilonych dolegliwości (LUTS) z łagodnym i o średnim natężeniu nadciśnienia tętniczego krwi oraz dla chorych ze schorzeniami, jak: hipercholesterolemia lub/i cukrzyca insulino-niezależna oraz dla chorych niedostatecznie leczonych diuretykami, ACE inhibitorami, beta-blokerami i antagonistami kanałów wapniowych	Z małą objętością stercza VP < 31 ml	A-1-ADRN (doksazosyna, doksazosynaXL, alfuzosyna SR lub UNO, terazosyna)
Pacjenci wymagający szybkiego ustąpienia dolegliwości (LUTS) z niskimi wartościami ciśnienia i normotensyjni lub leczeni skutecznie lekami kardiologicznymi (w tym preparatami przeciwnadciśnieniowymi)	Z małą objętością stercza VP < 31 ml	A-1-ADRN (tamsulosin OCAS, lub MR)
Niewielkie LUTS, nieznaczne stężenie PSA, duża objętość stercza, bez dodatkowych schorzeń	VP>31ml	Bloker 5-alfa-reduktazy (5-ARI) – finasteryd, dutasteryd)
Uciążliwe LUTS i/ lub naglące parcia z powodu OAB a) po ustąpieniu uciążliwych LUTS (szczególnie gdy ryzyko progresji – znaczne EP; wiek > 70 lat, IPSS > 14) b) z nasilonymi znacznie dolegliwościami LUTS	Z dużą objętością stercza VP>31ml	5-ARI i A-1-ADRN oraz ANTCH 5-ARI lub kontynuować leczenie skojarzone z A-1-ADRN leczenie skojarzone 5-ARI z A-1-ADRN oraz ANTCH
Chorzy z nasilonymi znacznie dolegliwościami LUTS, szczególnie gdy mają naglące parcia z powodu OAB	Z dużą objętością stercza VP>31 ml	Terapia skojarzona A-1-ADRN i 5-ARI oraz ANTCH z ewentualnym następowym odstawieniem A-1-ADRN i/lub ANTCH
Chorzy z uciążliwymi LUTS, w wieku >70 lat, z ryzykiem progresji	VP > 40 ml	Długotrwała terapia skojarzona A-1-ADRN i 5-ARI oraz ANTCH

Objaśnienia skrótów

A-1-ADRN – alfa-1 adrenolityk; ANTCH – antycholinergetyk; 5-ARI – inhibitor 5-alfa reduktazy; BPH – łagodny rozrost stercza; BPO – przeszkoda podpecherzowa; EP – powiększenie objętości stercza; IPSS – międzynarodowy kwestionariusz oceny objawów i jakości życia; LUTS – objawy z dolnych dróg moczowych, OAB – pęcherz nadaktywny; VP – objętość stercza; Wa-WA – opcja baczego obserwowania chorego.

Tabela 2. Dane o istotnych cechach preparatów stosowanych w farmakoterapii BPH

Leki z grupy antagonistów alfa-1 adrenergicznych łagodzą lub eliminują przede wszystkim objawy fazy wypełniania pęcherza moczowego	1. <i>Tamsulosyna (MR-modified release oraz OCAS-oral controlled absorption system) oraz leki generyczne</i> - Wskazana jest szczególnie do leczenia chorych z nasilonymi objawami LUTS (o każdej etiologii) bez nadciśnienia tętniczego lub z leczonym skutecznie nadciśnieniem tętniczym lekami kardiologicznymi (najczęściej nie ma wpływu na ciśnienie tętnicze krwi); - Posiada większe powinowactwo do podtypów receptorów alfa 1A i alfa 1D z niską zdolnością wiązania receptorów alfa 1B (blokada podtypu receptorów alfa-1B odpowiedzialna jest za objawy niepożądane ze strony układu sercowo-naczyniowego); - W ostrym zatrzymaniu moczu (AUR – acute urinary retention) przed usunięciem cewnika (co najmniej kilka dni) pozwala na uzyskanie spontanicznych mikcji bez cewnika moczowego; w AUR po operacji minimalizuje ryzyko zatrzymania moczu i konieczność cewnikowania chorych po operacjach chirurgicznych; - Stwarza bezpieczną i dobrze tolerowaną terapię niezależnie od wieku chorego; - Redukuje w stopniu znacznym objawy LUTS u chorych na BPH i wykazuje słabsze interakcje z lekami grupy inhibitorów 5-fosfodiesterazy w porównaniu do innych alfa-1 adrenalityków; - Redukuje zarówno objawy podrażnienia mięśniówki pęcherza moczowego (w tym częstomocz, nykturii i parcia naglące) oraz objawy przeszkody podpęcherzowej oraz poprawia jakość życia; - Wśród objawów niepożądanych zwracają uwagę zaburzenia ejakulacji i rzadkie objawy związane z układem sercowo-naczyniowym. 2. <i>Doksazosyna (np. Cardura, liczne leki generyczne; Cardura XL-preparat o kontrolowanym uwalnianiu substancji czynnej GOTS-gastrointestinal therapeutic system)</i> - Stosowana jest w leczeniu chorych na BPH normotensyjnych oraz z łagodnym i o średnim natężeniu nadciśnienia tętniczego krwi, a również chorych z dodatkowymi patologiami, jak hipercholesterolemia i/lub cukrzyca insulinoniezależna, obwodowa niewydolność krążenia, działa też antyfibrynolitycznie; - Doksazosyna pozwala na skuteczne leczenie skojarzone z diuretykami, ACE inhibitorami, beta-blokerami i antagonistami kanałów wapniowych u chorych z nadciśnieniem tętniczym. <table border="1"> <tr> <td data-bbox="311 929 933 1377"> w nadciśnieniu tętniczym: - zmniejsza ryzyko rozwoju choroby wieńcowej u pacjentów chorych na nadciśnienie tętnicze do 45%; - zmniejsza ryzyko przerostu lewej komory u chorych z nadciśnieniem tętniczym; - poprawia parametry lipidogramu i metabolizm glukozy, pozwala na kontrolę glikemii u chorych z NIDDM; - zmniejsza poziom cholesterolu całkowitego, frakcji miażdżycorodnej LDL, też TG, zwiększa poziom HDL oraz poprawia wskaźnik HDL/CHOLESTEROL; - działa antyfibrynolitycznie oraz poprawia krążenie obwodowe krwi. </td><td data-bbox="933 929 1449 1377"> u chorych na BPH: - skutecznie minimalizuje lub likwiduje objawy z dolnych dróg moczowych LUTS związanych z BPH lub o innej etiologii; - znacznie zwiększa tempo przepływu cewkowego moczu, zmniejsza objawy przeszkody podpęcherzowej oraz objawy podrażnienia mięśniówki pęcherza moczowego; - redukuje istotnie objawy w skalach wyrażonych w punktach o 35-49%; - charakteryzuje ją dobra tolerancja leczenia, poprawia erekcję u chorych; - stężenie max. postaci XL 4 mg jest porównywalne do postaci standardowej leku 1 mg (zbędne jest stopniowanie dawek) i utrzymuje się przez dobę. </td></tr> </table> 3. <i>Alfuzosyna (Dolfaz 2,5 mg, SR 5 oraz Uno 10 mg – jedynie te tabletki są o kontrolowanym uwalnianiu substancji aktywnej)</i> - pozwała na zachowanie funkcji seksualnych i nie stwierdzono występowania wstecznego wytrysku nasienia; - skutecznie minimalizuje uciążliwe objawy LUTS, poprawia tempo przepływu cewkowego moczu; - wykazuje korzystny profil bezpieczeństwa w zakresie działań niepożądanych; - formuła 10 mg zapewnia dobową aktywność leku i przez to nie wymaga stopniowania dawki; - poprawia jakość życia chorych na BPH.	w nadciśnieniu tętniczym: - zmniejsza ryzyko rozwoju choroby wieńcowej u pacjentów chorych na nadciśnienie tętnicze do 45%; - zmniejsza ryzyko przerostu lewej komory u chorych z nadciśnieniem tętniczym; - poprawia parametry lipidogramu i metabolizm glukozy, pozwala na kontrolę glikemii u chorych z NIDDM; - zmniejsza poziom cholesterolu całkowitego, frakcji miażdżycorodnej LDL, też TG, zwiększa poziom HDL oraz poprawia wskaźnik HDL/CHOLESTEROL; - działa antyfibrynolitycznie oraz poprawia krążenie obwodowe krwi.	u chorych na BPH: - skutecznie minimalizuje lub likwiduje objawy z dolnych dróg moczowych LUTS związanych z BPH lub o innej etiologii; - znacznie zwiększa tempo przepływu cewkowego moczu, zmniejsza objawy przeszkody podpęcherzowej oraz objawy podrażnienia mięśniówki pęcherza moczowego; - redukuje istotnie objawy w skalach wyrażonych w punktach o 35-49%; - charakteryzuje ją dobra tolerancja leczenia, poprawia erekcję u chorych; - stężenie max. postaci XL 4 mg jest porównywalne do postaci standardowej leku 1 mg (zbędne jest stopniowanie dawek) i utrzymuje się przez dobę.
w nadciśnieniu tętniczym: - zmniejsza ryzyko rozwoju choroby wieńcowej u pacjentów chorych na nadciśnienie tętnicze do 45%; - zmniejsza ryzyko przerostu lewej komory u chorych z nadciśnieniem tętniczym; - poprawia parametry lipidogramu i metabolizm glukozy, pozwala na kontrolę glikemii u chorych z NIDDM; - zmniejsza poziom cholesterolu całkowitego, frakcji miażdżycorodnej LDL, też TG, zwiększa poziom HDL oraz poprawia wskaźnik HDL/CHOLESTEROL; - działa antyfibrynolitycznie oraz poprawia krążenie obwodowe krwi.	u chorych na BPH: - skutecznie minimalizuje lub likwiduje objawy z dolnych dróg moczowych LUTS związanych z BPH lub o innej etiologii; - znacznie zwiększa tempo przepływu cewkowego moczu, zmniejsza objawy przeszkody podpęcherzowej oraz objawy podrażnienia mięśniówki pęcherza moczowego; - redukuje istotnie objawy w skalach wyrażonych w punktach o 35-49%; - charakteryzuje ją dobra tolerancja leczenia, poprawia erekcję u chorych; - stężenie max. postaci XL 4 mg jest porównywalne do postaci standardowej leku 1 mg (zbędne jest stopniowanie dawek) i utrzymuje się przez dobę.		
Inhibitory 5-alfa reduktazy blokują przejście testosteronu do DHT oraz są skuteczne, gdy objętość stercza jest >31 ml	1. <i>Finasteryd i Dutasteryd – blokujący nie tylko alfa-reduktazę typu 1, ale też typu 2</i> - zmniejsza ryzyko ostrego zatrzymania moczu i interwencji chirurgicznej przez zmniejszenie udziału komponentu statycznego BPO; - zmniejsza objętość gruczołaka stercza o 20-30-%, zmniejsza objawy LUTS związane z BPH i zwiększa tempo przepływu cewkowego; - zmniejsza ryzyko wystąpienia krwimoczu; - obniża DHT w komórkach stercza i wpływa na obniżenie stężenia PSA w surowicy krwi do 50%; - dobra tolerancja; objawy niepożądane obejmują: dysfunkcje seksualne, uczulenia (wysypki skórne). Długotrwałe stosowanie finasterydu zmniejsza o 24,8% ryzyko zachorowania na raka stercza. Stosowanie finasterydu, a więc i terapii skojarzonej w przypadku BPH jest całkowicie bezpieczne.		

DYSKUSJA

Uzasadnienie proponowanego algorytmu oparto na podstawach etiopatogenezy BPH i licznych doświadczeniach klinicystów, w tym własnych. Następstwa patofizjologiczne BPH wynikają z czterech podstawowych czynników [4]:

1. powiększenie objętości stercza – BPE (benign prostatic enlargement);
2. przeszkoda podpęcherzowa – BPO – (benign prostatic obstruction vel BOO – bladder outlet obstruction);
3. zaburzenia czynności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego BD – (bladder dysfunction vel detrusor dysfunction DD);
4. objawy ze strony dolnych dróg moczowych – LUTS (lower urinary tract symptoms).

Udział tych czynników jest zmienny u różnych chorych. Przeszkodę podpęcherzową BPO stanowią dwa komponenty – statyczny (określany też mechanicznym), spowodowany przez EP i ucisk na cewkę sterczową, oraz – dynamiczny, powodowany przez napięcie włókien mięśni gładkich zrębu, cewki sterczowej i okolicy szyi pęcherza [2, 4]. Zrąb stercza w gruczolakach powstałych w procesie BPH stanowi tkanka mięśniówki gładkiej, zajmując ok. 60% masy gruczolaka. Komponent dynamiczny odpowiada w połowie za stopień nasilenia oporu w odcinku sterczowym cewki moczowej. Powoduje to, w miarę upływu czasu, liczne dolegliwości oraz niekorzystne następstwa mające również wpływ negatywny na jakość życia. Nieleczony BPH prowadzi do groźnych następstw, jak: przerost i osłabienie mięśnia wypieracza, duże zaleganie moczu po mikcji, zakażenia, krwimocz, kamienie moczowe uchyłki pęcherza moczowego, dysfunkcja czynnościowa i anatomiczna moczowodów, wodonercze, wzrost stężenia PSA w surowicy, niewydolność nerek, a nawet śmierć [1, 2, 5–7].

W zakresie dolegliwości występuje ich zbiór, określany objawami z tzw. dolnych dróg moczowych wynikający z BPH – lower urinary tract symptoms (LUTS) oraz związany z trudnościami opróżniania pęcherza moczowego. LUTS nie są objawami symptomatologicznymi dla BPH. Występują też u chorych z niestabilnością mięśnia wypieracza, dyssenergią wypieraczowo-zwieraczową, zaburzeniami mikcji towarzyszącymi chorobom, jak: cukrzyca, choroba Parkinsona, choroby naczyń, rak stercza, zwężenie cewki moczowej, zakażenia moczu i dróg moczowych. Dlatego po stwierdzeniu LUTS jest konieczne przeprowadzenie badań mających na celu ustalenie ich przyczyny. Pamiętać też należy o braku związku bezpośredniego między objętością stercza a stopniem nasilenia LUTS oraz wielkością przeszkody podpęcherzowej. Zatrzymanie moczu może wystąpić w każdym stopniu zaawansowania choroby.

Może ono mieć charakter nagły lub jest poprzedzone nasileniem dolegliwości LUTS [2, 6–8].

Istnieją różne klasyfikacje zaawansowania klinicznego choroby. Carl-Erich Alken w prosty i praktyczny sposób wyróżnił trzy stopnie zaawansowania klinicznego BPH [7].

Pierwszy stopień – okres podrażnienia (fazy gromadzenia moczu), w którym dominują objawy okresowo przemijających parć naglących na mocz i częstomocz.

Drugi stopień – okres kompensacji (fazy wydalania moczu). Istniejący wówczas opór cewkowy jest pokonywany w efekcie wzmożonej siły skurczu mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Dominują: częstomocz, słaby strumień moczu, wydłużony czas mikcji, uczucie zalegania moczu w pęcherzu po mikcji.

Trzeci stopień – jest okresem dekompensacji i powikłań – powstają uchyłki rzekome pęcherza moczowego, znaczne zaleganie moczu po mikcji, nawracające i utrzymujące się całkowite zatrzymanie moczu, drogi moczowe górne ulegają poszerzeniu i może dojść do niewydolności nerek.

LUTS dotyczące fazy gromadzenia moczu to – objawy „podrażnieniowe” (częstomocz, konieczność oddawania moczu w czasie snu – zwykle w nocy, nagłące parcia na mocz, niemożność powstrzymania mikcji, określane też nietrzymaniem moczu z parcia), oraz dotyczące fazy wydalania moczu z pęcherza moczowego – objawy przeszkodowe (trudności z rozpoczęciem mikcji, spadek siły strumienia moczu, przerywany strumień moczu, wydłużenie czasu oddawania moczu, kropłowanie moczu pod koniec mikcji, uczucie zalegania moczu w pęcherzu i wyciekanie jego kroplami po mikcji). Zatrzymanie moczu zdarza się we wczesnym okresie BPH po przetrzymaniu moczu w pęcherzu lub z powodu obrzęku będącego wynikiem przekrwienia, po spożyciu ostrych przypraw, alkoholu albo zastoju żylnego w miednicy mniejszej, a również zapaleniu stercza [2, 5, 7–10].

Objawy LUTS oraz stopień ich nasilenia można określić przy użyciu kwestionariuszy, np. najczęściej stosowany jest International Prostate Score System – IPSS, pozwalający też na ocenę jakości życia – quality of life (QoL). W zestawie badań diagnostycznych nadal obowiązują: badanie stercza palcem przez odbyt „per rectum” (digital rectal examination – DRE); USG – ultrasonografia przez powłoki brzuszne lub przezodbytnicza z ewentualną biopsją gruczolę krokowego; badania laboratoryjne moczu i krwi; badanie przepływu cewkowego – uroflowmetria i w wybranych przypadkach badanie urodynamiczne. W wyniku tworzącej się i nasilającej przeszkody podpęcherzowej przepływ cewkowy moczu ulega spowolnieniu. Do ustalenia tego zdarzenia służy uroflowmetria i badania urodyna-

miczne z zastosowaniem w szczególnych przypadkach testu przepływowo-ciśnieniowego Abramsa-Griffitha. Dzięki badaniu urodynamicznemu można również określić stopień upośledzenia czynności mięśnia wypieracza pęcherza [2, 7–9]. Badania moczu i krwi są tu podstawowe, a we krwi poza parametrami biochemicznymi – określenie stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA). Interpretacja PSA jest istotna ze względu na konieczność wykluczenia raka stercza oraz stanowi ważny czynnik prognostyczny. Wartości niskie PSA wyrażają małe prawdopodobieństwo zatrzymania całkowitego moczu oraz konieczność leczenia operacyjnego. Udowodniono też, że wyższe wartości stężenia PSA korelują z objętością gruczołaka. U chorych na BPH leczonych inhibitorem 5-alfa reduktazy, stężenie PSA obniża się do 50% wartości rzeczywistych. Równolegle z wiekiem stężenie PSA rośnie proporcjonalnie. Ustalono, że wzrost stężenia PSA rocznie sięga 3%, natomiast objętości stercza ok. 14% u mężczyzn powyżej 40 r.ż. przez 10 lat [7–10].

Wskazania do leczenia chorych na BPH określa się na podstawie stopni uciążliwości LUTS i nasilenia przeszkody podpęcherzowej z ich następstwami [7, 11]. Od 1991 roku ICC (International Consensus Committee) gromadzi wybitnych specjalistów zajmujących się wszelkimi aspektami BPH. Na światowych kongresach, określanych Międzynarodowymi Konsultacjami na temat BPH (International Consultation on BPH), opracowywano zalecenia dotyczące oceny objawów BPH, jakości życia, badań diagnostycznych i metod leczenia [8, 12–15].

Istnieje szerokie spektrum możliwości terapeutycznych chorych na BPH. Między stałą obserwacją Wa-Wa (watchful waiting) a leczeniem zabiegowym istotne miejsce zajmuje leczenie farmakologiczne (obecnie do tej metody kwalifikuje się ponad 80% chorych) [8, 16, 17].

Jeden spośród wybitnych specjalistów na świecie prof. Michael Marberger ocenił, że leczenie skuteczne BPH musi opierać się na wdrożeniu wczesnej terapii. Celem leczenia jest dążenie do złagodzenia objawów LUTS oraz poprawienia jakości życia, a także zapobieżenia powikłaniom związanym z postępem BPH. Dostępne dotychczas i rekomendowane są leki, adrenolityki alfa 1 (A-1-ADRN) i inhibitory 5-alfa-reduktazy (5-ARI). Okazało się również, że obie grupy leków w terapii skojarzonej działają synergicznie. Ponadto pamiętać należy, że przewlekłe i ostre zapalenie stercza – prostatitis stanowią ryzyko progresji BPH [10, 18, 19].

Adrenolityki alfa-1

Pierwszy Marco Caine ze wsp. ponad 30 lat temu zastosował leki z grupy antagonistów receptorów

alfa-adrenergicznych. Współcześnie stosowane A-1-ADRN wywołują blokowanie receptorów alfa-1AR, które pobudza noradrenalina. W efekcie blokowania tych receptorów spada napięcie mięśniówki gładkiej w zębce stercza, jego torebce, miększu i szyi pęcherza moczowego [2, 20–22].

Podstawę działania A-1-ADRN stanowią następujące fakty. W czynności skurczowej tkanki mięśniówki gładkiej istotne znaczenie odgrywa układ nerwowy współczulny przez pobudzanie receptorów alfa i beta – adrenergicznych. Przekaznikiem (transmitterem) w synapsach jest noradrenalina. Receptor jest elementem wbudowanym w komórki tkanek, tworząc część struktur lipoproteinowych, szczególnie błon komórkowych. W grupie receptorów alfa adrenergicznych Z. Langer (1974 r.) wyróżnił subtypy alfa 1 oraz alfa 2. Postsynaptyczne receptory alfa-1 adrenergiczne odpowiadają za skurcz mięśni gładkich [23]. W kolejnych badaniach ustalono, że adrenoreceptory (AR), określone alfa-1 H (o dużym powinowactwie do prazosyny, H-high affinity), stanowią grupę złożoną z trzech subtypów. Są to alfa: 1a, 1b, 1d oraz 1A, 1B, 1D (identyfikowane metodą klonowania oraz farmakologicznie).

W sterczu zidentyfikowano jedynie adrenoreceptor alfa-1A i uznano go za specyficzny dla tego narządu [24]. Zasadniczą cechą obecnie stosowanych A-1-ADRN do leczenia chorych na BPH jest ich selektywność w stosunku do receptora alfa-1 określana uroselektywnością. Pojęcie uroselektywności jest rozważane na trzech poziomach: farmakologicznym, fizjologicznym i klinicznym (Cockett i wsp.) [25–30].

W znaczeniu farmakologicznym oznacza działanie ograniczone wyłącznie do stercza. Największa gęstość alfa-1AR jest w sterczu, ale też w mięśniówce gładkiej innych narządów, np. w naczyniach krwionośnych. Dotychczas nie zidentyfikowano podtypu AR alfa-1, który odpowiadałby wyłącznie za skurcz mięśni gładkich stanowiących komponent dynamiczny przeszkody podpęcherzowej. Dlatego w odniesieniu do uroselektywności farmakologicznej charakter najbardziej urospecyficzny posiada receptor alfa-1A [31–33].

Podstawę uroselektywności fizjologicznej stanowi uroselektywność farmakologiczna i oznacza efekt zniesienia napięcia mięśniówki gładkiej.

Natomiast uroselektywność kliniczną definiuje się jako stosunek potencjału terapeutycznego, mierzonego zmniejszeniem nasilenia LUTS i poprawą mikcji, do ryzyka wystąpienia działań niepożądanych.

W sterczu dominującym receptorem adrenergicznym alfa-1 jest podtyp alfa-1A. Wykazano w badaniach molekularnych, że stanowi on 70% receptorów alfa-1. To nie wyklucza możliwości skurczu mięśni gładkich stercza przez receptory alfa-1B oraz alfa-1D, które stanowią 30% białek receptorowych alfa-1. Spośród grupy leków adrenolityków alfa-1 znanymi

od lat preparatami są pochodne chinazolinowe: prazosyna, terazosyna, doksazosyna, alfuzosyna. Później wprowadzono tamsulosynę, preparat o nieco innej budowie chemicznej. Dlatego ma odmienne właściwości farmakokinetyczne – większe powinowactwo do podtypów receptorów alfa-1A i alfa-1D oraz niską zdolność wiązania z receptorami alfa-1B (odpowiedzialnych za objawy niepożądane ze strony układu sercowo-naczyniowego) [28, 34].

Dotychczas nie ma idealnego uroselektywnego A-1-ADRN, a czas półtrwania w godzinach takich leków, jak: prazosyna, terazosyna, doksazosyna, tamsulosyna, alfuzosyna – wynosi odpowiednio: 3; 12; 22; 10; 5. W licznych badaniach klinicznych dowiedziono dużej skuteczności tych preparatów w leczeniu chorych na BPH, chociaż stwierdzono też różnice między tymi lekami, które wynikają z różnej charakterystyki farmakokinetycznej. Przyczyny zróżnicowanego tolerowania i ryzyka działań niepożądanych (omdlenia, hipotensja ortostatyczna, zawroty, bóle głowy, zmęczenie, przyspieszenie częstości skurczów serca) wynikają z różnego czasu półtrwania. W miarę wydłużania tego czasu działanie blokujące alfa-1 AR w naczyniach krwionośnych jest wolniejsze, zatem ryzyko działań niepożądanych się zmniejsza [7, 28, 29]. Szczególnymi zaletami tej grupy leków są: krótki czas od rozpoczęcia terapii do uzyskania efektu terapeutycznego, niewielkie ryzyko działań niepożądanych, dodatkowe korzystne efekty metaboliczne (obniżenie stężenia lipoprotein LDL, triglicerydów TG z podniesieniem lipoprotein HDL); metabolity mają właściwości antyoksydacyjne – to hamuje utlenianie LDL, tzn. ma działanie przeciwmiażdżycowe; hamowanie agregacji płytek krwi, zmniejszanie przerostu komory lewej; poprawa tolerancji glukozy ze zmniejszeniem oporności na insulinę, poprawa krążenia obwodowego [21, 31–36].

Inhibitory 5-alfa reduktazy

Najdłużej stosowanym 5-ARI jest finasteryd oraz nowszy lek dutasteryd. Leki te mają wpływ na przemianę hormonalną testosteronu. W komórce stercza blokują one enzym 5-alfa-reduktazę (typu 1 oba leki i typu 2 – tylko dutasteryd), a przez to uniemożliwiają wolnemu testosteronowi zmianę w postać aktywną biologicznie, dwuhydropotestosteron (DHT). Skutkuje to spadkiem DHT w sterczu, obniżeniem stężenia PSA w surowicy do 50% oraz zmniejszeniem objętości stercza (minimalizuje komponent statyczny przeszkody) [37–42]. Wykonane m.in. badania PLESS (Proscar LongTerm Efficacy and Safety Study) dowiodły, że kuracja (powyżej 6 miesięcy) wpływa na zmniejszenie stężenia DHT o ok. 70% i objętości stercza o 20–30%. Choćby na podstawie badań Lepora, Kirby'ego, i wsp. [43] stwierdzono, że najlepsze wyniki uzyskuje się, gdy objętość stercza jest powyżej

40 ml, a stężenie PSA jest poniżej 1,3 ng/ml. Z kolei w badaniu PCPT (Prostate Cancer Prevention Trial) trwającym 7 lat wykazano zredukowanie ryzyka raka stercza, ale w badaniu trwającym 4 lata REDUCE (Reduction by Dutasteride of Prostate Cancer Events) nie dowiedziono tego działania. Działania niepożądane 5-ARI to zaburzenia erekcji, osłabienie libida, zmniejszenie ilościowe ejakulatu, uczulenia – wysypki skórne [44, 45].

W licznych badaniach klinicznych dowiedziono też, że w terapii skojarzonej 5-ARI (np. finasteryd) oraz A-1-ADRN uzyskuje się korzystniejsze efekty w porównaniu do monoterapii. Te grupy leków stosowane razem działają synergistycznie. Skuteczność ich udowodniono na podstawie wyników siedmioletnich badań MTOPS – Medical Therapy of Prostatic Symptoms. Stosowano u 3047 uczestników finasteryd w dawce 5 mg na dobę z doksazosyną w dawce 4 mg lub 8 mg na dobę. Okazało się, że terapia skojarzona skuteczniej zapobiega progresji objawów klinicznych BPH w porównaniu do monoterapii tymi lekami. Zapobiega też takim następstwom choroby, jak np. całkowite zatrzymanie moczu (AUR – acute urinary retention) i konieczność leczenia chirurgicznego. Udowodniono również, że ryzyko progresji BPH, częstość występowania zatrzymania moczu i konieczność leczenia chirurgicznego zwiększają się proporcjonalnie do wzrostu stężenia PSA oraz objętości stercza [46]. Skuteczność terapii skojarzonej udowodniono też na podstawie wyników badań PREDICT – Prospective European Doxazosin and Combination Therapy oraz SMART (Symptom Management After Reducing Therapy 1), tj. badania kuracji skojarzonej dutasterydu z tamsulosyną [37, 47–49]. Niezależnie do opublikowanych przez grupę (MTOPS) licznych autorów [37, 49] wyników długoterminowych efektów stosowania doksazosyny i finasterydu, w Polsce opublikowano doświadczenia własne [50, 51]. Ponadto przedstawiono wyniki własne po 3 latach leczenia skojarzonego tamsulosyną i finasterydem [52]. Znaczenie i efektywność takiego leczenia są podobne we wszystkich badaniach [53, 54].

Fitoterapia jest stosowana u chorych na BPH z dolegliwościami umiarkowanymi. Leki pochodzenia roślinnego stanowią grupę środków bezpiecznych i dobrze tolerowanych. Zwykle zawierają one fitoestrogeny, z których wyizolowano: flawony, izoflawony i kumostanty. Kolejnymi substancjami są fito- i sitosterole, saponiny, aminy biogenne, kwasy polifenolowe, olejki eteryczne, garbniki. W fitoterapii BPH stosowane są wyciągi z nasion (Cernilton, Permixon), jagód (Bioprost), palmy karłowatej (Strogen), śliwy afrykańskiej (Tadenan), zarodków kukurydzy (Prosterol). Substancjami aktywnymi są kwasy tłuszczowe wolne (np. laurowy, palmitynowy) oraz estry tych kwasów i sterole – szczególnie beta-sitosterol,

flawonidy, kariofeny, lipaza, taniny i cukry Większość preparatów roślinnych ma działanie przeciwzapalne, przeciwozłonkowe, a niektóre wpływają na środowisko hormonalne stercza. Sitosterol ma punkt uchwytu działania lipotropowy. Zmniejsza stężenie cholesterolu i beta lipoprotein w surowicy krwi w wyniku zmniejszonego ich wchłaniania. Wymienione preparaty mogą też regenerować komórki nabłonka stercza, zmniejszać napięcie mięśniówki gładkiej, działają przeciwbakteryjnie [2].

WNIOSKI

Dla mężczyzn z małym sterczem bez objawów uciążliwych, niskim stężeniem PSA można podjąć decyzję o bacznej obserwacji (Wa-Wa) lub polecić preparaty pochodzenia roślinnego.

U mężczyzn z małym gruczolakiem, umiarkowanymi dolegliwościami i niskim stężeniem PSA istnieje znikome ryzyko progresji LUTS, zatrzymania moczu lub leczenia operacyjnego. Jest to kategoria chorych kwalifikująca się do monoterapii adrenolitykiem alfa-1.

U mężczyzn z małym sterczem i uciążliwymi LUTS i niskim stężeniem PSA oraz z podrażnieniem mięśniówki pęcherza moczowego zaleca się adrenolityki alfa-1 lub/i leki antycholinergiczne.

Dla chorych na BPH z dużym gruczolakiem, z nieznacznymi LUTS i umiarkowanie podwyższonym stężeniem PSA zalecane są blokery 5-alfa-reduktazy (zapobieganie progresji choroby), a gdy dolegliwości narastają, poleca się leczenie skojarzone z adrenolitykiem alfa-1, również z antycholinergikami w przypadku przewagi objawów podrażnieniowych. Po ustąpieniu objawów uciążliwych można kontynuować leczenie blokerem 5-alfa-reduktazy lub terapię skojarzoną z adrenolitykiem alfa-1, szczególnie w przypadkach chorych >70 lat i z dużym ryzykiem progresji.

U chorych na BPH z objawami uciążliwymi, dużym gruczolakiem i wyższymi wartościami stężenia PSA powinno się włączyć terapię skojarzoną – inhibitor 5-alfa reduktazy i adrenolityk alfa-1.

PIŚMIENNICTWO

[1] Mc Neal JE. Pathology of benign prostatic hyperplasia: insight into etiology. *Urol Clin N Amer* 1990; 17: 477–486.
 [2] Dutkiewicz S. *Zdrowie mężczyzny, Układ moczowy i płciowy*. Amedic, Warszawa 2002.
 [3] AUA Guideline on Management of Benign Prostatic Hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and

Treatment Recommendation. *J Urol* 2003; 170, 2: 530–547.

[4] Barry M, Cockett ATK, Holtgrewe HL et al. Relationship of symptoms of prostatism to commonly used physiological and anatomical measures of the severity of benign prostate hyperplasia. *J Urol* 1993;150: 351–358.

[5] Radziszewski P, Kozłowski R, Dobroński P. Nieprzyjęcie moczu u chorych na łagodny rozrost stercza. *Przegl Urol* 2007; 8, 3(43): 63–68.

[6] Caine M, Raz S, Ziegler M. Adrenergic and cholinergic receptors in the human prostate, prostatic capsule and bladder neck. *Br J Urol* 1975; 47: 193–201.

[7] Dutkiewicz S. *Badania nad określeniem czynników warunkujących wybór leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego u chorych na łagodny rozrost stercza*. Legraf, Warszawa 1996.

[8] Gades NM, Jacobson DJ, Girman CJ et al. Prevalence of conditions potentially associated with lower urinary tract symptoms in men. *BJU Int* 2005; 95: 549–553.

[9] Denis L, Gryffiths K, Khoury S, Cockett ATK, McConnell J, Chatelian C, Murphy G, Yoshida O (eds). *Proceedings 4, 4-th International Consultation on BPH*, Paris, July 2–5, 1997, Health Publication Ltd 1998.

[10] Kawakami J, Nicke LJC. Acute urinary retention and surgery for benign prostatic hyperplasia the patients perspective. *Can J Urol* 1999; 6: 819–822.

[11] Choong S, Emberton M. Acute urinary retention, *BJU Int* 2000; 85: 186–201.

[12] Djavan B, Chapple C, Milani S, Marberger M. State of the art on the efficacy and tolerability of alpha-1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2004; 64: 1081–1088.

[13] Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girmanc J. Natural history of prostatism, risk factors for acute urinary retention. *J Urol* 1997; 158: 481–487.

[14] Levin RM, Longhurst PA et al. Effect of bladder outlet obstruction on the morphology, physiology and pharmacology of the bladder. *The Prostate* 1990; 3: 9–26.

[15] Jardin A, Andersson KE, Caine M et al. Alpha-blockers therapy in BPH. In: *Proceedings. The 3rd International Consultation on BPH*. Scientific Communications Int. Ltd 1996; 257–27.

[16] Borówka A. Leczenie – uwagi ogólne, kryteria wyboru metody leczenia. W: *Choroby gruczołu krokowego*. Red. A Borkowski, A Borówka. PZWL, Warszawa 1997; 128–134.

[17] EUA Guidelines Pocket Edition 3, Benign Prostatic Hyperplasia. Board EUA, Arnhem – the Netherlands, 2005; 4–11.

[18] Madersbracher S, Alivizatos G, Nordling J et al. Guidelines on assessment, therapy and follow-up of

men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction. *Przegl Urol* 2006; 7: 50–55.

[19] Kaplan SA. Minimally invasive therapies for benign prostatic hyperplasia in the new millenium: long-term data. *J Urol* 2002; 168: 1661–1665.

[20] Caine M, Pelberg S, Meretyk S. A placebo-controlled double-blind study of the effect of phenoxybenzamine in benign prostatic obstruction. *Br J Urol* 1978; 50: 551–554.

[21] Dutkiewicz S. Efficacy and tolerability of drugs for treatment of benign prostatic hyperplasia. *Int Urol Nephrol* 2001; 32(3): 423–432.

[22] Lepor H, Stoner E. Long-term results of medical therapies for benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol* 1995; 5: 18–24.

[23] Lepor H, Tang R, Meretyk S et al. Alpha-1 adrenoceptor subtypes in the human prostate. *J Urol* 1993; 149–152.

[24] Takeda M, Hatano A, Komeyama T et al. Alpha-1-adrenoceptor subtypes (high,low) in human benign prostatic hypertrophy tissue according to the affinities for prazosin. *Prostate* 1997; 31: 216–222.

[25] Chapple CR. Selective alpha-1 adrenoceptor antagonists in benign prostatic hyperplasia: rationale and clinical experience. *Eur Urol* 1996; 29: 129–144.

[26] Bartch G, Kirby RS, Lepor H. The role of alpha blockers in benign prostatic hyperplasia. *Pharma Libri, Montreal* 1997.

[27] Eri LM, Tveter KJ. Alpha-blockade in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1996; 154: 923–934.

[28] Schulman CC, Cortvriant J, Jonas U et al. Tamsulosin, the first prostate-selective alpha1A-adrenoceptor antagonist; an interim analysis of a multinational, multicentre open-label study assessing the long-term efficacy and safety in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). *Eur Urol* 1996; 29: 145–154.

[29] Kirby RS, Pool JL. Alpha adrenoceptor blockade in the treatment of benign prostatic hyperplasia: past, present and future. *Br J Urol* 1997; 80: 521–532.

[30] Lepor H. Prostate selectivity of alpha-blockers: from receptor biology to clinical medicine. *Eur Urol* 1996; 29 (1): 12.

[31] Fawzy A, Braun K, Lewis GP, for the Multicenter Study Group: Doxazosin in the treatment of benign prostatic hyperplasia in normotensive patients: a multicenter study. *J Urol* 1995; 154: 105–109.

[32] Dutkiewicz S. Long-term treatment with doxazosin in men with benign prostatic hyperplasia: 10-year follow-up, *Int Urol Nephrol* 2004; 36: 169–173.

[33] Lucacs B, McCarthy C, Grange JC. QoL BPH Study Group in General Practice: Long-term quality of life in patients with benign prostatic hypertrophy: preliminary results of a cohort survey of 7093 patients

treated with an alpha-1 adrenergic blocker, alfuzosin. *Eur Urol* 1993; 24 (1): 34–40.

[34] Abrams P, Schulman CC, Vaage S and the European Tamsulosin Study Group: Tamsulosin, a selective alpha1c-adrenoceptor antagonist, a randomised, controlled trial in patients with benign prostatic "obstruction" (symptomatic BPH). *Br J Urol* 1995; 76: 325–326.

[35] Buzelin JM, Hebert M, Blondin P and the PRAZALF Group: Alpha blocking treatment with alfuzosin in symptomatic benign prostatic hyperplasia: comparative study with prazosin, *Br J Urol* 1993; 72: 922–927.

[36] Borkowski A. Skuteczność i bezpieczeństwo alfuzosyny stosowanej raz dziennie w dawce 10 mg w grupie 196 mężczyzn z łagodnym rozrostem stercza. *Przegl Urol* 2004; 5, 1 (23): 9–12.

[37] McConnelli D, Roehrborn OM, Bautista GL et al for the Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *The New Engl J of Med* 2003; 349: 2387–2398.

[38] Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC et al. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5-alpha-reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2002; 60: 434–441.

[39] Bartsch G, Rittmaster RS, Klocker H. Dihydrotestosterone and the concept of 5-alpha-reductase inhibition in human benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2000; 37: 367–380.

[40] Andriole GL, Kirby R. Safety and tolerability of the dual 5-alpha-reductase inhibitor dutasteride in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2003; 44: 82–88.

[41] Crea G, Sanfilippo G, Anastasi G et al. Pre-surgical finasteride therapy in patients treated endoscopically for benign prostatic hyperplasia. *Urol Int* 2005; 74: 51–53.

[42] Rosner: Proscar and Propecia – a therapeutic perspective. *J Clin Endocrinology and Metabolism* 2004; 89 (7): 3096–3098.

[43] Kirby RS, Lepor H, Roehrborn CG et al. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial. *Urology* 2003; 61: 119–126.

[44] Teillac P. Sympozjum pt. „Era po badaniach MTOPS i PCPT – czy istnieje potrzeba zmian w naszej praktyce klinicznej” – XX Zjazd European Association of Urology, Stambuł 16.03.2005.

[45] Teillac P, Abrahamsson PA. The role of finasteride in the management of BPH and in the prevention of prostate cancer, *Eur Urol Suppl* 2006; 5: 627.

- [46] Mochtar CA, Kimeney LA, Van Riemsdijk MM et al. Prostate-specific antigen as an estimator of prostate volume in the management of patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia, *Eur Urol* 2003; 44: 695–697.
- [47] Barkin J, Guimaraes M, Jacobi G et al. (SMART Investigator Group): Alpha-blocker therapy can be withdrawn in the majority of men following initial combination therapy with the dual 5-alpha-reductase inhibitor dutasteride. *Eur Urol* 2003; 44, 4: 461–466.
- [48] Baldwin KC, Ginsberg PC, Harkaway RC. Discontinuation of alpha-blockade after initial treatment with finasteride and doxazosin for bladder outlet obstruction. *Urol Int* 2001; 66: 84–88.
- [49] Marberger M. The MTOPS study: new findings, new insights, and clinical implications for the management of BPH. *Eur Urol* 2006; 5: 628–633.
- [50] Dutkiewicz S, Witeska A. Leczenie skojarzone (3 lata) doksazosyną i finasterydem po pięcioletniej monoterapii doksazosyną chorych na łagodny rozrost stercza (BPH), *Prob Lek* 2004; 5/6: 155–157.
- [51] Dutkiewicz S. Wyniki długotrwałego leczenia skojarzonego doksazosyną i finasterydem chorych na łagodny rozrost stercza po pięcioletniej monoterapii doksazosyną. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2007; 7: 19–24.
- [52] Dutkiewicz S. Próba leczenia skojarzonego tamsulosyną i finasterydem (3 lata) chorych na łagodny rozrost stercza. *Lek w Polsce* 2007; 17, 4: 61–64.
- [53] Roehrborn C, Heaton J. Medical management for BPH: The role of combination therapy, *Eur Urol Suppl.* 5, 12: 716–721.
- [54] Fitzpatrick JM. Should combination therapy be standard for benign prostatic hyperplasia?, *Nature Clinical Practice Urology* 2005; 2: 574–575.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Sławomir Dutkiewicz
Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Onkologicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: sad1947@wp.pl
tel. 502 025 880

OPIEKA NAD POŁOŻNICĄ I NOWORODKIEM W ŚRODOWISKU DOMOWYM W OKRESIE POŁOGU

MEDICAL CARE OF MOTHER AND NEWLY DELIVERED INFANT BY MIDWIFE
IN HOUSE ENVIRONMENT

Marzena Zydorek¹, Bogumiła Gawęda², Anna Michalik³, Jolanta Olszewska¹,
Agnieszka Czerwińska¹, Beata Frankowicz-Gasiul¹, Justyna Kamieńska¹,
Jarosław Olszewski¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Akademia Medyczna w Gdańsku

Kierownik: dr n. med. Jarosław Olszewski

² Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ

Kierownik: mgr Bogdan Łęski

³ Student studiów doktoranckich Akademii Medycznej w Gdańsku

STRESZCZENIE

Celem pracy jest przedstawienie zakresu opieki sprawowanej przez położną środowiskowo-rodzinną nad matką i noworodkiem w środowisku domowym. Zadaniem położnej jest aktywny udział w rozwiązywaniu zaistniałych problemów w okresie połogu, w sprawowaniu opieki nad noworodkiem i położnicą, edukacja położnicy i jej rodziny w zakresie pielęgnacji i opieki nad noworodkiem.

Podczas wizyt patronażowych położna środowiskowo-rodzinną obserwuje rozwój noworodka i przebieg połogu u matki oraz zapobiega wystąpieniu możliwym powikłaniom. Wykonuje co najmniej cztery lub więcej wizyty patronażowe w okresie połogu, w zależności od indywidualnych potrzeb położnicy i noworodka. Położna środowiskowo-rodzinną prowadzi dokumentację wizyt patronażowych, która w przebiegu opieki położniczej jest nośnikiem informacji i narzędziem komunikacji. Wizyty patronażowe wykonywane przez położną środowiskowo-rodzinną są nie tylko obserwacją przebiegu połogu u położnicy i rozwoju noworodka, ale również środowiska, w którym przebywa matka z nowo narodzonym dzieckiem.

Słowa kluczowe: opieka, położna, noworodek.

SUMMARY

The article contains description of medical care of mother and newly delivered infant by midwife in house environment. Active participation is the task for the midwife in solving arising problems of the period of the confinement as well as providing maintenance of the newborn baby and women in confinement, education of above and her family in the range of nurturing and care of infant.

During visits midwife watches growth of the newborn baby and course of the confinement and prevents occurrence for possible complications. The midwife executes at least four or more visits within a period of confinement. Those visits run in dependence on individual needs of mother and her baby. The midwife prepares the documentation of visits that is the carrier of information in course of maternity maintenance and a tool of communication. Visits made by midwife are not only designed to observe the course of confinement and infant's growth but also the environment, in which the mother is stays.

Key words: care, newborn, midwife.

Jednym z najtrudniejszych, a zarazem z najwspólniejszych momentów w życiu rodziny jest pojawienie się jej nowego członka. Opieka nad noworodkiem wymaga dużej wiedzy z zakresu pielęgnacji noworodka, procesów adaptacyjnych. Niekiedy brak przygotowania rodziców lub sytuacje stresowe powodują, że opiekunowie nie radzą sobie zaistniałymi problemami. W tym czasie ważna jest pomoc położnej środowisko-

wo-rodzinnej, która poprzez swoją pomoc zapewnia harmonię i spokój w funkcjonowaniu rodziny. Położna przedstawia możliwe rozwiązania zaistniałych sytuacji, edukuje rodziców z zakresu zdrowego trybu życia, fizjologii okresu połogu oraz okresu noworodkowego. Uczestniczy w pielęgnacji noworodka, nadzoruje prawidłowy proces przebiegu połogu. Położna, przekraczając próg domostwa, powinna wykazać się wielkim

taktem, zrozumieniem i życzliwością, a także zapewnić atmosferę zrozumienia. Są to cechy bardzo potrzebne i pomocne w jej pracy [1].

Systematyczne wizyty w miejscu zamieszkania pozwalają położnej poznać warunki życia i problemy związane z opieką nad noworodkiem i niemowlęciem, a także zaplanować zakres edukacji odpowiadający potrzebom i problemom małego dziecka i jego matki [2].

Celem pracy jest przedstawienie zadań położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece nad matką i noworodkiem w środowisku domowym, w szczególności jej udziału w rozwiązywaniu problemów położniczo-noworodkowych podczas sprawowania opieki nad noworodkiem i położnicą.

Zawód położnej jest jednym z najstarszych zawodów. Akuszerki od dawna towarzyszyły kobietom ciężarnym, rodzącym, matkom i ich dzieciom. Zawód ten przeszedł w ciągu lat ogromną metamorfozę. Światowa Organizacja Zdrowia w 1986 roku ustaliła odpowiednie kryteria zawodu położnej [3]. Uznano m.in., że położna:

- to osoba, która zdobyła wykształcenie położnicze obowiązujące w danym kraju i posiada kwalifikacje do praktykowania w zawodzie,
- posiada umiejętności do sprawowania opieki, poradnictwa i nadzoru nad kobietą w różnych etapach jej życia oraz obejmuje nadzorem rodzinę i środowisko swoich pacjentek,
- wykonuje działania na rzecz poradnictwa zdrowotnego i oświaty sanitarnej,
- pracuje w szpitalach, poradniach, przychodniach i w warunkach domowych [3].

W zawodzie położnej są jasno sformułowane cele, zasady i techniki pracy oraz kryteria dotyczące wykształcenia i przygotowania do wykonywania zadań [4]. W Polsce 5 lipca 1996 roku zatwierdzono Ustawę o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej [5]. Zawody te otrzymały odrębność i samodzielność, określono też zakres świadczeń. Ustalono m.in., że położna:

- sprawuje opiekę nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej,
- prowadzi poród fizjologiczny, połóg oraz opiekuje się noworodkiem,
- udziela pomocy w nagłych przypadkach i stanach zagrożenia życia,
- zajmuje się profilaktyką chorób kobiecych i patologii położniczych,
- prowadzi działalność edukacyjno-zdrowotną,
- realizuje zlecenia lekarskie,
- samodzielnie udziela w określonym zakresie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne [5].

Z tych aktów prawnych wynika, że położna jest osobą kompetentną, która ma szerokie uprawnienia. Sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną podczas porodu,

obserwuje, bada i podejmuje decyzje, od których zależy życie oraz zdrowie matki i dziecka. Następnie nadzoruje położnicę i noworodka w okresie połogu. Jest też nauczycielem dla młodzieży, przyszłych matek i ojców z zakresu edukacji zdrowotnej, planowania rodziny, przygotowań do porodu, opieki nad noworodkiem. Położna obejmuje opieką całą społeczność. W swoich działaniach musi przestrzegać praw pacjenta, które określają zakres uprawnień i obowiązków jej podopiecznych.

Dnia 29 października 2003 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Dzięki doskonaleniu zawodowemu łatwiej mogą się one przystosować do zmieniających się warunków pracy, uzupełniać wiedzę i aktualizować swoje umiejętności. Wszystkie szkolenia dla położnych umożliwiają im awans zawodowy [4]. Dnia 2 września 1997 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie, bez zleceń lekarskich [6]. W pracy położnej środowiskowo-rodzinnej ważnym elementem jest określenie jej samodzielności i zakresu sprawowania świadczeń. Powyższe ustawy i rozporządzenia dają jej uprawnienia do podejmowania działalności zawodowej i zobowiązują do osobistej odpowiedzialności za wykonane działania [6].

Poród dla każdej kobiety jest aktem powodującym wyczerpanie fizyczne i emocjonalne. Pobyt w szpitalu ma duże znaczenie dla powrotu organizmu do równowagi. O długości przebywania w oddziale położniczym decyduje przebieg porodu, stan zdrowia matki i noworodka. Okres ten waha się od 2–3 dni do tygodnia. Przy porodzie fizjologicznym, który następował bez powikłań, położnica opuszcza szpital po 2–3 dniach od urodzenia dziecka. W momencie wystąpienia komplikacji okołoporodowych lub pojawienia się ich we wczesnym połogu następuje wydłużenie pobytu w szpitalu. Stan zdrowia noworodka też decyduje o długości przebywania w oddziale położniczym. Jeżeli wystąpią problemy w adaptacji noworodka do nowych warunków, przedłużająca się żółtaczka fizjologiczna lub zbyt wysoki spadek masy ciała, to termin wypisu ze szpitala może ulec zmianom. Kobiety po porodach zabiegowych i operacyjnych pozostają w szpitalu dłużej niż po porodzie fizjologicznym [7].

W obecnym systemie obowiązującym w ochronie zdrowia położną środowiskowo-rodzinną wybierze młoda matka. Przyjęto zasadę, że powiadamia ona położną o przebytych porodach. Metoda informacji pisemnej wysyłanej przez szpital została prawie całkowicie zaniechana. Wiąże się to z możliwością wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej niekoniecznie zatrudnionej w najbliższej przychodni rejonowej. Dlatego pacjentki podczas ciąży są informowane przez położne środowiskowo-rodzinne, położne prowadzące poradnie K czy

szkół rodzenia o konieczności zgłoszenia faktu odbytego porodu. Minister Zdrowia określił czas, w ramach którego należy odbyć pierwszą wizytę patronażową [8]. Jest to okres 14 dni od momentu porodu. Położna środowiskowo-rodzinna w tym czasie obejmuje opieką rodzinę, która zostaje pod jej szczególnym patronatem do ósmego tygodnia życia noworodka. Położna powinna wykonać przynajmniej 4 wizyty patronażowe [8]. W praktyce jednak to pacjentka w dużej mierze decyduje o liczbie spotkań, prosząc o nie lub okazując bezradność w problemach położkowych. Położna proponuje wtedy więcej niż cztery spotkania [9].

Podczas każdej z wizyt patronażowych położna powinna z wielkim taktem wkroczyć w środowisko rodzinne. Obejmuje ona opieką matkę i jej dziecko, a także ojca noworodka i pozostałych członków rodziny. Musi nawiązać kontakt ze wszystkimi członkami tej podstawowej komórki społecznej. Ważnym elementem podczas pierwszego spotkania jest przedstawienie swojej osoby i możliwości kontaktu. W czasie tej wstępnej rozmowy położna zdobywa już wiedzę o stanie emocjonalnym położnicy i jej rodziny. Są to pierwsze obserwacje w kierunku możliwości wystąpienia depresji poporodowej [10]. Podstawowym zadaniem położnej podczas pierwszej wizyty patronażowej jest zdobycie informacji o porodzie, jego przebiegu, o ciąży, długości jej trwania oraz powikłań, które mogłyby mieć wpływ na proces porodu. Informacje zdobywa poprzez rozmowę z położnicą oraz poprzez wgląd w karty wypisowe ze szpitala. Ważnym aspektem tego wywiadu jest odnotowanie uzyskanych danych w obowiązującej dokumentacji [1]. Położna zapisuje informacje m.in.: o matce, jej wieku, kolejności ciąż, długości trwania tej ciąży, sposobu jej rozwiązania, o stanie noworodka i jego adaptacji do nowych warunków. Podczas rozmowy powinna zwrócić uwagę na nastawienie położnicy do nowej sytuacji, formę przekazywania przez nią informacji, na to czy akceptuje ona nową rolę rodzica, na jej wiedzę na temat zmian zachodzących w organizmie, a także na stosunek rodziny do położnicy i możliwości uzyskania od nich wsparcia [11].

W następnym etapie wizyty patronażowej położna ocenia stan ogólny i położniczy. Oceniając stan ogólny, musi sprawdzić m.in.: tętno, ciśnienie, temperaturę. Temperatura ciała powinna być mierzona pod pachą i nie przekraczać 37°C [1]. Należy uzyskać informację o problemach niezwiązanych z położciem, które mogłyby spowodować podwyższenie temperatury ciała, wykluczyć trzeba m.in.: bóle pęcherza czy nerek, zakażenia wirusowe. Jeżeli położnica nie zgłasza takich dolegliwości, a podwyższona temperatura utrzymuje się powyżej drugiego dnia od porodu, należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia zakażenia położkowego [12].

W dalszych obserwacjach położna musi ustalić tętno pacjentki. Powinno być miarowe, napięte i utrzymywać się od 64 do 78 uderzeń na minutę [7]. Odstępstwa od tej normy mogą być objawem emocjonalnym lub nasuwać przypuszczenie o komplikacjach położu. Należy wtedy w rozmowie z położnicą uzyskać potwierdzenie występowania innych objawów mogących sugerować zakrzepowe zapalenie żył. Gdyby pacjentka potwierdzała wystąpienie tych powikłań, należy skontaktować ją z lekarzem prowadzącym w celu podjęcia leczenia farmakologicznego. O efektach leczenia należy informować lekarza. Położna powinna zwrócić uwagę, aby powikłanie to nie zaburzyło inwolucji macicy i laktacji. Należy nakłonić rodzinę pacjentki do szczególnej pomocy i opieki nad nią w tych najtrudniejszych chwilach [7].

Następną czynnością, zarówno podczas pierwszej wizyty patronażowej, jak i kolejnych, jest pomiar ciśnienia tętniczego. Jest on ważnym elementem całościowej oceny stanu ogólnego położnicy. Ciśnienie tętnicze krwi nie powinno przekraczać 140/90 mm Hg [13]. Niekiedy podwyższone ciśnienie utrzymuje się podczas ciąży, a jego wyrównanie nie następuje po porodzie. Położnica wcześniej przyjmowała leki i lekarz prowadzący zlecił ich utrzymanie po rozwiązaniu. Aby mogła zakończyć tę terapię, położna musi zaproponować codzienną kontrolę ciśnienia tętniczego. W efekcie wyrównania się wartości ciśnienia tętniczego lekarz prowadzący może zaproponować zakończenie terapii [14].

Podczas wizyt patronażowych położna musi zwrócić szczególną uwagę na aktywność fizyczną położnicy. Jest to ważna obserwacja, zwłaszcza podczas pierwszej wizyty patronażowej. W rozmowie należy uzyskać informację, czy pacjentka posiada wiedzę na temat aktywności po porodzie i jej zalet dla zachowania dobrej sylwetki oraz dla dobrego stanu zdrowia. Położna powinna przedstawić zestaw ćwiczeń odpowiednich dla okresu położu [14]. Zazwyczaj istnieje możliwość pozostawienia ulotek i innych materiałów edukacyjnych określających zakres ćwiczeń po porodzie. W tym momencie należy podjąć rozmowę na temat ćwiczeń mięśni Kegla. Większość kobiet jest już poinformowana o konieczności treningu tych mięśni po porodzie. Ćwiczenia te wskazane są w szczególności u kobiet, które rodziły drogami natury [14].

W kolejnej fazie wizyty patronażowej ważne jest uzyskanie informacji o oddawanym przez pacjentkę moczu. Należy uzyskać dane o ilości tego moczu, jego barwie i zapachu oraz częstotliwości wizyt w toalecie. U położnicy mogą wystąpić wątpliwości odnośnie do zbyt częstego oddawania moczu [15]. Wtedy położna powinna przedstawić fizjologiczną przyczynę zwiększonej diurezy. Niekiedy po porodzie występuje u położnicy nietrzymanie moczu. Położna powinna

uspokoić pacjentkę, wyjaśniając jej, że może to być spowodowane nietrwałym zdeformowaniem pęcherza moczowego przez ucisk główki płodu w ciąży. Zazwyczaj problem ten ustępuje samoistnie w okresie kilku tygodni. I tutaj można przedstawić też korzyści płynące z wykonywania szczególnych ćwiczeń poprawiających napięcie mięśni [15].

Podczas rozmowy położna środowiskowo-rodzinna powinna uzyskać informację o wypróżnieniach u pacjentki. Regularne oddawanie stolca ma duże znaczenie dla dobrego stanu położniczego. Jeżeli wypróżnienie jeszcze nie nastąpiło, należy poinformować kobietę o możliwości pomocy farmakologicznej. W okresie laktacji nie należy przyjmować silnych środków przeczyszczających, gdyż ma to ujemne skutki w utrzymaniu karmienia. Można zaproponować zastosowanie czopków doodbytniczych lub płytkiej, delikatnej lewatywy [7]. Położna powinna zaproponować pomoc przy wykonywaniu tego zabiegu, jeżeli położnica ma problemy z zaparciami i zdecyduje się na tę formę pomocy. Należy ją uspokoić, zwracając uwagę, że zaparcia należą do częstych powikłań w położu i uznawane są za fizjologiczne [12].

Następną informacją, jaką położna musi uzyskać, jest informacja o stanie laktacji, brodawek oraz piersi. Należy zwrócić uwagę, że duże znaczenie w procesie wydzielania mleka ma przestrzeganie zasad higieny i czystości rąk [13]. Położna powinna zbadać gruczoły piersiowe kobiety po wyrażeniu przez nią zgody na to badanie. Młode matki powinny też uzyskać informację o budowie brodawek, możliwości wystąpienia pęknięć, zaczerwień lub innych uszkodzeń oraz nieprawidłowych zgrubieniach w tkance wydzielniczej piersi. Zmiany te mogą powodować ból podczas karmienia oraz pogłębiać złą technikę karmienia [7]. W przypadku wystąpienia tych uszkodzeń położna powinna poinformować położnicę o metodach leczenia tych zmian. Proponuje się tutaj częste wietrzenie brodawek oraz smarowanie ich pokarmem po karmieniach. Przy głębszych pęknięciach należy stosować maści, smarując między karmieniami popękane miejsca brodawki [7]. W momencie pojawienia się krwawień z brodawek lub nacieków ropnych położna powinna poinformować położnicę o konieczności odstawienia noworodka od piersi na okres 1–2 dni. Stosując wcześniej przedstawione metody, należy doprowadzić do zagojenia ran na sutkach. W tym czasie trzeba regularnie ściągać pokarm i makroskopowo oceniać zawartość krwi. W przypadku braku zastrzeżeń co do obecności wycieku z uszkodzonej brodawki można pokarm ten podawać noworodkowi. Gdyby krwawienie przedstawiało się podczas ściągania do pokarmu, należy okresowo włączyć sztuczne karmienie. W momencie pojawienia się gorączki przy takich uszkodzeniach brodawki konieczna jest konsultacja z lekarzem pro-

wadzącym. Należałoby podjąć leczenie antybiotykami, aby powstrzymać zakażenie [16]. Podczas badania położna może wyczuć nieprawidłowe zgrubienia tkanek wydzielniczych piersi. Powstają na skutek zablokowania wydalania pokarmu. Poprzez ciepłe okłady i delikatne masażę trzeba spowodować odblokowanie kanałów wydzielniczych. W momencie pojawienia się wysokiej gorączki i braku rezultatów przy stosowaniu wymienionych metod położna powinna zaproponować pacjentce wizytę u lekarza ginekologa, aby uzyskać pomoc farmakologiczną [13].

Podczas dalszych rozmów z pacjentką położna musi uzyskać informację o długości karmień, o przerwach między nimi, metodach karmienia, ponieważ na tej podstawie można wnioskować o prawidłowej lub niewystarczającej laktacji. Powinna też zdobyć wiadomości o stanie wiedzy swojej podopiecznej na temat sposobów zwiększania lub zmniejszania ilości pokarmu. Położna zadbać też musi o to, by przedstawić członkom rodziny psychologiczne aspekty zachowań kobiet po porodzie – zmniejszyć ich niechęć i umożliwić lepsze zrozumienie zaistniałych zmian w stylu życia całej rodziny [18].

W ciągu kolejnych wizyt położna zwraca uwagę na przebieg położu oraz na związany z tym okresem stan położniczy – pozyskuje informację o odczuciach kobiety, o bólach związanych ze skurczami poporodowymi czy raną krocza. Za zgodą położnicy powinna przeprowadzić badanie określające stan inwolucji macicy. Poprzez ucisk powłok brzusznych tuż nad spojeniem łonowym położna może wyczuć dno macicy i na tej podstawie określić jej wysokość oraz stwierdzić, czy inwolucja przebiega prawidłowo [14]. Ważne jest ponadto, aby przed badaniem kobieta opróżniła pęcherz moczowy, gdyż jego wypełnienie może zmieniać obraz wysokości macicy. Dalsze badanie powinno obejmować kontrolę i ocenę odchodów położowych. Wszystkie czynności wykonywane podczas tych zabiegów powinny być zgodne z zasadami aseptyki i antyseptyki. Należy pamiętać, że zasadniczą cechą biochemiczną odchodów jest ich odczyn zasadowy. Sprzyja on rozwojowi drobnoustrojów. Dlatego też trzeba zachować szczególną rozwagę – używać rękawiczek jednorazowych podczas badania, zabezpieczać zużyty materiał higieniczny. Położna powinna określić charakter krwawienia i jego wielkość. Pomocne jest tutaj skonsultowanie się z położnicą, która umie określić liczbę zużytych podpasek oraz przedstawić natężenie krwawienia. Podczas tego badania położna zwraca uwagę na zasady higieny krocza [1]. Ważną rolę odgrywa tutaj częste mycie rąk po kontakcie z okolicą sromu, wykonywanie toalety zawsze w kierunku od spojenia łonowego do odbytu. Należy uświadomić kobiecie zasady i konieczności częstej zmiany podpasek. W przypadku stwierdzenia podczas badania i po

konsultacji z pacjentką zwiększonej ilości odchodów o charakterze żywo czerwonej krwi ze skrzepami, należy podjąć decyzję o wizycie w oddziale położniczym. Może świadczyć to o pozostawieniu w jamie macicy resztek błon płodowych lub łożyska [14]. Cechą różnicującą odchody połogowe jest ich zapach. Przy powstałych zakażeniach zmieniają swój charakter, stają się wtedy cuchnące, niekiedy ropne. Jest to niepokojący objaw zapalenia błony śluzowej macicy, który leczy się farmakologicznie. Podczas tego badania położna kontroluje ranę krocza lub powłok brzusznych. Należy zwrócić uwagę na czynniki, które są objawem nieprawidłowego procesu gojenia się rany. Należą do nich:

- krwawienie, sączenie, ropnie i zaczerwienienia okolic rany,
- bolesność, obrzęk, naciek,
- gorączka i dreszcze,
- rozejście się brzegów rany [7].

Przy zauważeniu tych objawów konieczny jest kontakt z lekarzem prowadzącym i rozpoczęcie leczenia, a niekiedy przeprowadzenie ponownego zabiegu zszycia krocza. Podczas gojenia się rany mogą wystąpić delikatne zaczerwienienia okolic lub niewielkie zgrubienia. Są to efekty procesu rozpuszczania się nici chirurgicznych użytych do zaopatrzenia rany. Nie jest to problem naglący, zazwyczaj ustępuje po paru tygodniach. Należy zobligować położnicę do baczniejszej kontroli tych części powłok skórnych. Nacięcie powstałe podczas porodu może powodować znaczne dolegliwości bólowe. Położna może zaproponować wykonanie toalety z użyciem ogólnodostępnych, ziołowych środków łagodzących dolegliwości. Przy dużym natężeniu bólu pacjentka może przyjąć środek farmakologiczny. Ze względu na znikome oddziaływanie na laktację i noworodka polecane są środki na bazie paracetamolu. Dużą ulgę przynosi też zmiana pozycji siedzenia czy leżenia, co powoduje odciążenie miejsca nacięcia [7].

Podczas dalszych czynności położna środowisko-wo-rodzinna zbiera informację o diecie pacjentki. Musi zwrócić uwagę na jej wiedzę z tego zakresu. Młoda matka powinna być zorientowana, że jej jadłospis powinien zawierać większe ilości białka, węglowodanów, owoców, warzyw i witamin. Należy przypomnieć jej o produktach, które powinny być w znacznym stopniu ograniczone, jak np.: warzywa kapustne, produkty z dużą ilością przypraw, owoce cytrusowe. Powodują one alergizację organizmu noworodka, a także dolegliwości jelitowe. Położna powinna przedstawić matce niekorzystne skutki palenia przez nią papierosów, nadużywania alkoholu czy picia w nadmiernej ilości kawy. Położnica powinna przyjmować więcej płynów, nawet do 2,5–3 litrów dziennie. Ma to znaczenie dla utrzymania prawidłowej laktacji oraz pokrycia zapotrzebowania organizmu. Należy jednak unikać płynów

gazowanych, które mogą powodować dolegliwości jelitowe u noworodka [19].

Podczas wizyty patronażowej położna przekazuje pacjentce informacje na temat rehabilitacji i powrotu do formy fizycznej. Proponowane ćwiczenia mają wpływ na krążenie krwi, układ oddechowy, mięśnie dna miednicy, brzucha czy grzbietu. W propozycjach muszą znaleźć się zestawy, które można wykonywać w pierwszych dniach i tygodniach położu. Przy kolejnych wizytach patronażowych położna poleca kolejne zestawy ćwiczeń, bardziej zaawansowane. Powinna też podkreślić, że tylko regularne ćwiczenia przynoszą pożądane efekty [20].

W kolejnym etapie wizyty patronażowej położna dokonuje rozpoznania problemów związanych z pielęgnacją dziecka [21]. Kobiety najczęściej proszą o odpowiedź na wiele pytań z tego zakresu. Rozmowa ta ma charakter edukacji, w której bardzo często uczestniczą inni członkowie rodziny. Powstają wtedy ustalenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego. Przy kolejnych wizytach można zaobserwować efekty tych decyzji. Jest to czas, w którym położna edukuje pacjentkę i jej rodzinę na temat zmian zachodzących w rodzinie, możliwości wzajemnej pomocy. Pacjentka podczas wizyt patronażowych powinna mieć możliwość uzyskania informacji od położnej o sposobie kontaktu z nią oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego. Jest to ważny element dla uzyskania przez kobietę spokoju emocjonalnego. Należy poinformować położnicę o konieczności wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa. Pierwsza powinna odbyć się w 6 tygodniu po porodzie; trzeba wówczas wykonać badania ginekologiczne i laboratoryjne, które określą stan zdrowia położnicy [22].

Powrót do domu matki i dziecka po porodzie jest ważnym wydarzeniem w życiu rodziny. Podczas pobytu na oddziale położniczym położnica otrzymała podstawowe przygotowanie do opieki nad noworodkiem. Położna podczas pierwszej wizyty patronażowej, powinna zwrócić uwagę na warunki lokalowe, w jakich przebywa noworodek, zaobserwować, czy dziecko posiada własne łóżeczko w oddzielnym pomieszczeniu lub w pokoju rodziców, czy w domu jest wydzielone miejsce do pielęgnacji noworodka, takie jak: przewijak, stolik. W miejscu tym powinny się też znajdować przybory kosmetyczne do pielęgnacji dziecka, jak np.: pieluszki, odpowiednie maści czy chusteczki do pielęgnacji pośladków. Należy zwrócić uwagę na temperaturę powietrza, jego wilgotność i świeżość. Położna powinna zaobserwować warunki higieniczne panujące w środowisku domowym. Czystość jest ważnym czynnikiem zapobiegającym występowaniu zakażeń. Odpowiednie warunki domowe gwarantują prawidłowy rozwój noworodka oraz zapewniają mu poczucie bezpieczeństwa [7].

Podczas pierwszej wizyty patronażowej położna powinna przeprowadzić wywiad dotyczący noworodka. W rozmowie z matką należy ustalić takie elementy, jak:

- długość trwania ciąży,
- cechy porodu, tj. jego przebieg,
- sposób rozwiązania ciąży,
- odbyte zabiegi po porodzie,
- wykonane badania laboratoryjne [7].

Należy także uzyskać dane o wadze noworodka, jego wielkości, ocenie w skali Apgar i zabiegach, tj. jakie zabiegi były wykonane u noworodka, np.: odsluzowywanie, resuscytacja, pobyt w inkubatorze, podawane leki. Położna, korzystając z kart wypisowych, powinna zorientować się o odbytych szczepieniach, badaniach testowych czy wykonywanych zabiegach (jak np. zabieg Credego). Należy ustalić długość pobytu matki i dziecka na oddziale położniczym w systemie rooming-in. W trakcie tej rozmowy położna ma możliwość oceny stopnia wiedzy położnicy na temat zdrowia noworodka i jego pielęgnacji. Należy zaobserwować interakcje matki i dziecka oraz jej stan psychiczny i możliwości przystosowania się do roli rodzica. Podczas tych rozmów położnica powinna wskazać problemy i sytuacje, z którymi sobie nie radzi. Położna powinna dokumentować przebieg tego wywiadu, gdyż podczas kolejnych wizyt dane te posłużą do kontroli i oceny rozwoju noworodka oraz przebiegu procesu pielęgnacyjnego [23].

Kolejnym etapem każdej z wizyt patronażowych jest badanie i obserwacja noworodka, przeprowadzone za zgodą matki. Położna musi zachować wszelkie wymogi aseptyki i antyseptyki, tj. przed kontrolą noworodka położna powinna umyć ręce, zdezynfekować oraz użyć rękawiczek jednorazowych. Podczas tych czynności powinna także pouczyć pacjentkę o konieczności przestrzegania czystości podczas pielęgnacji noworodka. Rozpoczynając badanie, położna powinna obserwować noworodka:

- jeśli śpi, musi zwrócić uwagę na oddechy, reakcję na dźwięki i dotyk, zabarwienie powłok skórnych,
- jeśli jest niespokojny i płacze, powinna zwrócić uwagę na oddechy, ewentualną sinicę na twarzy czy na odruchy noworodka [8].

Ważnym elementem tego badania jest określenie prawidłowej temperatury ciała noworodka. Zacząć należy od kontroli ubioru czy ilości i jakości okryć noworodka. Należy też zwrócić uwagę na zabarwienie powłok skórnych. W tym celu matka powinna rozebrać noworodka. Podczas tych czynności położna może zorientować się, czy matka nie sprawia to trudności, jak radzi sobie z przewijaniem [24]. Skóra dziecka w pierwszych dniach po porodzie bywa jeszcze zażółcona. Położna powinna ocenić intensywność tego

zażółcenia metodą Kamera. Przy silnym zabarwieniu skóry powinna zaproponować matce częste przystawianie dziecka do piersi ewentualnie ściąganie pokarmu i pasteryzowanie go. Tak przygotowany i podany pokarm powoduje unieczynnienie bilirubiny i szybszy spadek jej poziomu we krwi [7]. Jeżeli położna zdiagnozuje bardzo intensywny przebieg żółtaczki, musi zalecić kontakt z lekarzem pediatrą. Wykonuje się wtedy badania laboratoryjne określające poziom bilirubiny, a przy jego bardzo wysokim poziomie stosuje się fototerapię noworodka na oddziale szpitalnym [25]. Przy mało intensywnym zabarwieniu powłok skórnych położna podczas kolejnych wizyt powinna skontrolować natężenie i termin cofania się żółtaczki fizjologicznej. Żółtaczka ustępuje najpierw ze skóry kończyn górnych i dolnych, poprzez tułów i w końcowym etapie ustępuje ze skóry twarzy noworodka. Dzięki tej kolejności można zaobserwować etap trwania żółtaczki fizjologicznej [25].

W następnej kolejności podczas wizyty patronażowej położna powinna ocenić wygląd i zmiany główki noworodka. Podczas porodu dochodzi do odkształceń kości na skutek przechodzenia główki przez kanał rodny. Przy komplikacjach podczas porodu może dojść do powstania krwiaka na główce dziecka. Stan ten przy przebiegu fizjologicznym ustępuje samoistnie i położna powinna o tym poinformować matkę. Ważne, by przedstawiła matce konieczność obserwacji i kontroli wielkości tego krwiaka, utrzymania główki w czystości oraz by zaleciła nieukładanie dziecka na stronie z występującym krwiakiem. Odkształcenia kości czaszki powodujące zniekształcenie główki ustępują samoistnie. Zadaniem położnej jest uspokoić położnicę i przedstawić jej fizjologię tej sytuacji [12].

Rozbierając noworodka, matka poprzez dotyk rozbudza dziecko. Położna powinna zaobserwować odruchy noworodka na stymulację dotykową. Zazwyczaj dziecko jest na tyle rozbudzone, że otwiera oczy i można sprawdzić zmiany w gałkach ocznych. Zmiany powstałe na skutek niedotlenienia przy porodzie objawiają się krwawymi wylewami. Ustępują samoistnie i nie wymagają leczenia. Pomocy pielęgnacyjnej wymaga natomiast infekcja gałek ocznych z obecnością wydzieliny ropnej. Położna powinna przedstawić matce technikę przemywania oczek oraz środki lecznicze, jak np. sól fizjologiczna, którą można w tym przypadku zastosować [26].

Kolejnym elementem wizyty patronażowej jest obserwacja stanu noska dziecka. Należy zwrócić uwagę na charakter oddechu przez nos. Jeżeli jest sapiący, oznacza to wysuszenie błony śluzowej nosa. Położna powinna wówczas pokazać matce możliwości nawilżania otoczenia dziecka, aby zmniejszyć dolegliwości. W przypadku wystąpienia wydzieliny z noska, należy usunąć ją za pomocą patyczka higienicznego lub

gruszki. Matka powinna uzyskać informację od położnej o zasadach wykonywania tych zabiegów [27].

Kolejne czynności podczas badania noworodka to kontrola czystości jamy ustnej u dziecka. Na skutek nieprawidłowej pielęgnacji mogą pojawić się tam białe naloty, zwane pleśniawkami. Nielezione nasilają się, utrudniają połykanie i mogą powodować infekcję. Położna powinna zaproponować matce zastosowanie leków z tetraboranem sodowym, wyjaśnić konieczność wykonywania tego zabiegu oraz pomóc przy pierwszych czynnościach. W przypadku nieustąpienia dolegliwości matka powinna zgłosić się z dzieckiem do lekarza pediatry [27].

Następnym elementem badania jest kontrola ruchomości kończyn górnych i dolnych, spoistość kości stawu barkowego. W przypadku utrudnionej ruchomości lub stwierdzonej makroskopowo nierówności barku i okolic może nastąpić podejrzenie złamania kości. Położna powinna przeprowadzić z matką dziecka dokładniejszą rozmowę z uwzględnieniem okoliczności, w których mogło nastąpić to powikłanie. W większości przypadków złamanie następuje podczas porodu i położnica w szpitalu zostaje już poinformowana o konieczności odpowiedniego pielęgnowania noworodka. Należy tu zwrócić uwagę na delikatne wykonywanie czynności przy dziecku, na nieukładanie go na uszkodzonym barku. Podczas kolejnych wizyt patronażowych położna powinna zdiagnozować ruchomość kończyn dziecka oraz ocenić prawidłowość zrostu kończyn [12].

Kolejną czynnością wizyty patronażowej jest skontrolowanie przez położną stanu gruczołów sutkowych. Na skutek działalności hormonów może nastąpić obrzęk brodawek, a nawet wyciek siary. Stwierdzając taki obrzęk, położna musi uspokoić matkę dziecka, informując ją o fizjologii tego procesu. Obrzęk ten zazwyczaj ustępuje samoistnie w ciągu kilkunastu dni i nie wymaga leczenia [7].

Ważnym elementem badania patronażowego jest obserwacja procesu wysychania kikutu pępowinowego. Czynność związana z jego pielęgnacją przysparza matkom najczęściej problemów. Położna powinna omówić fizjologiczny przebieg tego procesu oraz skontrolować stan kikutu pępowinowego i dna pępka u noworodka [1]. Powinna też zwrócić uwagę, czy położnica posiada odpowiednie preparaty do tego typu zabiegów. Najczęściej używany jest 70-procentowy spirytus oraz roztwór gencjany na spirytusie. Za pomocą patyczka higienicznego położna zobowiązana jest pokazać matce kolejne elementy tego zabiegu. W celu utrwalenia i nabrania pewności siebie położnica powinna powtórzyć te czynności [4].

W następnym etapie badania noworodka trzeba zwrócić uwagę na pośladki dziecka, szczególnie na stan skóry, jej zaczerwienienie oraz pielęgnację. Dziecko

karmione piersią oddaje częste stolce – 8–10 razy na dobę. Taki stan może powodować dolegliwości bólowe. Dlatego też położna powinna poinformować matkę o prawidłowej pielęgnacji pośladków noworodka, konieczności stosowania kremów i maści. Ważne jest omówienie zasad toalety u dziewczynek, czyli mycia pośladków od strony sromu ku odbyтови. Podczas dalszej rozmowy z matką położna powinna uzyskać informację, jak często noworodek oddaje mocz. Obserwacje matki są bardzo pomocne w ocenie diurezy; powinna ona poinformować położną o częstotliwości oddawanego moczu, o zapachu lub innych czynnikach wzbudzających jej niepokój [7].

Podczas badania ważne jest sprawdzenie temperatury ciała noworodka. Powinna być mierzona pod pachą lub w odbycie, należy pamiętać, aby od wyniku mierzenia odjąć 0,5°C. Przy skoku ciepłoty ciała do 39°C – trzeba uzyskać informację, czy jest to stan zaobserwowany w chwili obecnej. U noworodków istnieje możliwość fizjologicznego podwyższenia temperatury ciała, ale następuje to zazwyczaj w 3–4 dobie życia. Jeżeli ten stan utrzymuje się od pobytu w szpitalu, należy wnioskować o możliwości wystąpienia infekcji u noworodka [7].

Na skutek przegrzania na skórze dziecka mogą pojawić się potówki. Są to drobne pęcherzyki, podobne do kropel rosy. W przypadku ich zaobserwowania położna powinna wyjaśnić matce zasady prawidłowej pielęgnacji, dbania o czystość skóry. W stanach zaognienia pęcherzyki należy ścierać spirytusem i dobrze osuszać skórę. Położna powinna pokazać matce jak prawidłowo wykonać ten zabieg. Przy kolejnych wizytach patronażowych należy zaobserwować, czy skóra dziecka wraca do normy. Oprócz potówek na skórze noworodka często występują grudki z czerwonymi otoczkami i białawymi środkami, tzw. rumień toksyczny. Położna powinna wyjaśnić matce fizjologię tego stanu i uspokoić ją. Wysypka ustępuje samoistnie i nie wymaga stosowania środków farmakologicznych. Skórę noworodka należy utrzymywać w czystości, można wykąpać dziecko w zalecanym preparacie dermatologicznym przez położną lub lekarza [7].

Na skórze dziecka może też wystąpić drobna wysypka w postaci tzw. kaszki. Najczęściej lokalizuje się na policzkach noworodka, brzuszku, zgięciach łokci czy kolan. Przybiera intensywniejsze zabarwienie przy podwyższonych temperaturach, natomiast w niskich błednie. Może to być początkowy objaw skazy białkowej, czyli zaburzonej tolerancji białka pokarmowego. W trakcie wywiadu z matką położna powinna ustalić, czy tej wysypce towarzyszy niepokój dziecka, częstsze i bardziej luźne stolce, a także zalecić odpowiednie preparaty do pielęgnacji skóry noworodka. Wystąpieniu wysypki może towarzyszyć świąd, który powoduje niepokój u dziecka. Położna powinna poin-

formować pacjentkę o prawidłowej pielęgnacji, dać wskazówki co do diety matki i przedstawić konieczność kontaktu z lekarzem pediatrą w momencie nasilenia się objawów, np. częstych i luźnych stolców. W trakcie rozmowy powinna uspokoić matkę i wyjaśnić jej zasady prawidłowej pielęgnacji dziecka [7].

Kąpiel i zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku powinny zostać dokładnie omówione z matką noworodka, aby rozwiązać ewentualne problemy związane z nieprawidłowym wykonywaniem tych czynności. Po zabiegach pielęgnacyjnych należy poprosić matkę o przystawienie noworodka do piersi (o ile matka zdecydowała się na taki sposób karmienia noworodka). Podczas tych czynności trzeba ocenić, w jakim stopniu matka radzi sobie z przystawieniem do piersi i/lub karmieniem. Często konieczna jest pomoc położnej przy przystawieniu noworodka do piersi i wyborze pozycji podczas karmienia piersią. Położna powinna poinformować matkę o oznakach prawidłowego karmienia noworodka [19], natomiast przy nieprawidłowej czynności przystawienia noworodka do piersi przerwać karmienie i poprosić o ponowne przystawienie. Nieprawidłowe przystawienie dziecka do piersi może spowodować uszkodzenie brodawki.

Położna informuje rodziców o pierwszej wizycie u lekarza pediatry i szczepieniach. Kolejne szczepienia odbywają się w punkcie szczepień w wybranej przez rodziców przychodni. O terminie opiekunowie są powiadamiani przez pielęgniarki pracujące w punkcie szczepień. Pierwsza wizyta patronażowa noworodka u pediatry odbywa się w 4 tygodniu życia noworodka. Na tej wizycie rodzice są informowani o rozwoju dziecka, o przyjmowaniu profilaktycznie witamin, o wykonaniu badań profilaktycznych. Podczas rozmów z rodzicami położna powinna wykazać wiele serdeczności i zrozumienia dla rodziców – wyeksponować umiejętności rodziców, ich zalety, ogromne zaangażowanie w sprawowanie dobrej opieki nad swoim dzieckiem. Położna, która wyróżnia się taktem i profesjonalizmem, sprawia, że wizyty patronażowe nie są obciążeniem dla rodziców [19].

Na podstawie analizy piśmiennictwa nasuwają się następujące wnioski:

1. Położna środowiskowo-rodzinna podczas wizyt patronażowych obserwuje rozwój noworodka i przebieg porodu u matki oraz zapobiega wystąpieniu możliwych powikłań.
2. Do zadań położnej środowiskowo-rodzinnej należy wykonanie co najmniej czterech lub więcej wizyt patronażowych w okresie porodu, które są wykonywane w zależności od indywidualnych potrzeb położnicy i noworodka.
3. Położna środowiskowo-rodzinna prowadzi dokumentację wizyt patronażowych, która w przebiegu

opieki położniczej jest nośnikiem informacji i narzędziem komunikacji.

4. Wizyty patronażowe wykonywane przez położną środowiskowo-rodziną są nie tylko obserwacją przebiegu porodu u położnicy i rozwoju noworodka, ale również środowiska, w którym przebywa matka z nowo narodzonym dzieckiem.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Gałęziowska E. Środowiskowa opieka nad noworodkiem i niemowlęciem – oczekiwania kobiet po porodzie a ich realizacja przez położne środowiskowo-rodzinne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2006; 3: 16.
- [2] Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych i Rodzinnych. Zakres kompetencji położnej środowiskowo-rodzinnej zatwierdzony przez Sekretarza Stanu w MZiOŚ w dniu 2.02.1999.
- [3] Cekański A. Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999.
- [4] Bręborowicz GH. Położnictwo podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 180–202.
- [5] Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm.).
- [6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997, Dz.U. nr 116, poz. 750.
- [7] Łepecka-Klusek C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. CZELEJ, Lublin 2003; 194–309.
- [8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004, Dz.U. nr 276, poz. 2740.
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 214, poz. 1816, 2005.
- [10] Dudek D, Siwek M, Zięba A, Nowak G. Depresja poporodowa. *Przegląd Lekarski* 2002; 59: 11.
- [11] Stelner M, Yonkers K. Depresja u kobiet. Via Media, Gdańsk 1999.
- [12] Pschyrembel W, Dudenhausen JW. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. PZWL, Warszawa 1997; 465–704.
- [13] Pisarski T. Położnictwo i ginekologia. PZWL, Warszawa 1987; 447–531.
- [14] Pisarski T. Położnictwo i ginekologia podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1990.
- [15] Klimek R. Patologia porodu. Położnictwo. PZWL, Warszawa 1988.

- [16] Martius G, Breckwoldt M, Pfeleiderer A. Ginekologia i położnictwo. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
- [17] Inch S. Problemy związane z karmieniem piersią. W: Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa. Red. J Aleksander. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995; 32–58.
- [18] Piotrkowski J. Pielęgniarstwo w położnictwie i ginekologii. PZWL, Warszawa 1994.
- [19] Mikiel-Kostyra K. Laktacja i karmienie piersią. Instytut Matki i Dziecka, IW ZZ, Warszawa 1988.
- [20] Soszka S. Położnictwo i ginekologia podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1990; 95–320.
- [21] Iwanowicz-Pawlus G. Ogólne standardy praktyki położniczej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000; 42, 4: 6–7.
- [22] Smolińska E. Połóg – Higiena – Organizacja. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1999; 3: 15.
- [23] Kawczyńska-Butrym Z. Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [24] Brouggh H, Nataraja R, Surendranathan A. Pediatra błyskawicznie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 394–436.
- [25] Twardowska D, Łozińska I. Neonatologia. PZWL, Warszawa 1993.
- [26] Bożkowska K. Pediatra praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- [27] Borkowski WM, Bacz A, Goplańska Ż. Opieka pielęgniarstwa nad noworodkiem. Medycyna Praktyczna, Warszawa 1994.

Adres do korespondencji:

mgr Marzena Zydorek
 Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
 80-227 Gdańsk, ul. Do Studzienki 38
 e-mail: mirian@poczta.fm
 tel. 502 811 178

ANALIZA FUNKCJONOWANIA SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ (NA PRZYKŁADZIE SZWECJI, WIELKIEJ BRYTANII, POLSKI I NIEMIEC)

THE ANALYSIS OF THE FUNCTIONING OF HEALTH CARE SYSTEMS IN CHOSEN EUROPEAN UNION COUNTRIES (EXAMPLE OF SWEDEN, GREAT BRITAIN, POLAND AND GERMANY)

Mirosława Skawińska

Zakład Profilaktyki Społecznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Monika Szpringer

STRESZCZENIE

W państwach Unii Europejskiej wzrosło znaczenie ochrony zdrowia. Poziom edukacji zdrowotnej państw członkowskich jest coraz większy i ma na celu promowanie zdrowia jako najwyższej, pozamaterialnej wartości oraz uświadomienie obywatelom celowości profilaktyki zdrowia.

Artykuł składa się z pięciu części. Pierwsza obejmuje tematykę organizacji ochrony zdrowia, druga analizuje systemy opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Szwecji, ich transformację i główne źródła finansowania oraz rolę i zaangażowanie państwa w organizowanie podstawowej opieki zdrowotnej, trzecia charakteryzuje model opieki zdrowotnej w Polsce po reformie. Treścią czwartej są założenia niemieckiego systemu ochrony zdrowia. Natomiast w części piątej ukazano perspektywy wspólnej polityki zdrowotnej w zjednoczonej Europie.

Celem artykułu jest ustalenie różnic i podobieństw w funkcjonowaniu danych systemów zdrowotnych. Utrzymanie życia ludzkiego jest w wielu przypadkach kwestią istniejącego postępu medycyny i techniki, ale praktycznie decydujące znaczenie mają ograniczenia ekonomiczne.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyka zdrowia, system opieki zdrowotnej, Unia Europejska.

SUMMARY

The European Countries attach great importance to the meaning of health care systems recently. The level of the health education in member states is getting higher and higher and its aim is to promote health as the most important, immaterial value as well as to make their citizens aware of the sense of purposefulness of health prophylaxis. The article contains four sections. The first one includes subject matter of health care organization. The second section is the analysis of organization, transformation, role, source of finances and involvement of the state in basic health care in Sweden and Great Britain. The content of the third one describes the model of Polish health care system after the transformation, while the fourth one presents a perspective of common health care policy in united Europe. The aim of this article is to establish differences and similarities in described health care systems. Although the preservation of the human life is in any case a question of existing medicine and technical progress, the practical determinant is economical retrenchment.

Key words: health education, basic health care, health prophylaxis, health care system, European Union.

WSTĘP

Zdrowie jest szczególnym dobrem ekonomicznym, którego wartość jest tym większa, im większy jest poziom zadowolenia pacjenta. Aby dobro to było właściwie pielęgnowane, powinien być w państwie właściwie i mądrze zorganizowany system opieki zdrowotnej. Sektor ochrony zdrowia jest częścią całej gospodarki, a zatem poziom rozwoju ekonomicznego

państwa jest ściśle związany z modelem służby zdrowia realizowanym w danym państwie, a co za tym idzie z poziomem świadczonych usług zdrowotnych. Stan zdrowia społeczeństwa zależy bowiem nie tylko od poziomu opieki medycznej, jej dostępności i jakości usług medycznych, ale także od dobrej polityki państwa, mającej na celu popularyzację programów propagujących zdrowy styl życia. [1]

SYSTEMY OCHRONY ZDROWIA W EUROPIE

Stan zdrowia populacji zależy od systemu zdrowia przyjętego i realizowanego w państwie, definiowanego jako spójna całość, którego głównym zadaniem jest realizowanie wytyczonych przez dany system państwowy celów zdrowotnych. W krajach europejskich cele te są wspólne i obejmują: odpowiedzialność i sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej (wszyscy obywatele powinni mieć zagwarantowany dostęp do podstawowego zakresu świadczeń, a w zakresie usług zdrowotnych finansowanych publicznie osoby o tych samych potrzebach powinny być traktowane w ten sam sposób), ochronę dochodów (sposób zabezpieczenia powinien uwzględniać zdolności płacenia pacjentów – istnieją trzy rodzaje mechanizmów: ubezpieczenia, oszczędności i redystrybucja dochodów), makroekonomiczna efektywność (przeznaczenie na opiekę zdrowotną odpowiedniej wielkości środków w dzielonym PKB), mikroekonomiczna efektywność (efekty zdrowotne i satysfakcja pacjentów powinny być możliwie największe przy dostępnych środkach), swoboda wyboru przez konsumentów świadczeniodawców i płatników, odpowiedni zakres swobody dla świadczeniodawców [2].

Nadrzędnymi celami systemu zdrowia jest zmniejszenie liczby zgonów i wyeliminowanie niesprawności systemu poprzez podniesienie jakości życia i jego wydłużenie przy zachowanej sprawności oraz wyeliminowanie różnic w stanie zdrowia różnych grup społecznych [3]. Wprowadzenie systemu ubezpieczeń ma częściowo pomóc w realizacji tych celów. Ubezpieczenia zdrowotne rozwijają się jako ubezpieczenia związane z zarówno z utratą zarobków na wypadek choroby, jak i z powodu niespodziewanych wydatków na świadczenia lekarskie. Pierwsze państwowe ubezpieczenia na wypadek choroby wprowadza w 1883 roku kanclerz Otto von Bismarck w Niemczech. Model niemiecki staje się wzorem tworzenia ubezpieczeń dla wszystkich niemal krajów europejskich na początku XX wieku [4]. Po II wojnie światowej przykładem do naśladowania staje się model angielskiej narodowej służby zdrowia, wprowadzony w 1948 roku przez lorda Beveridge'a w Wielkiej Brytanii. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych, a powszechne świadczenia zdrowotne zostają finansowane z budżetu państwa [4]. Natomiast kraje, w których po II wojnie światowej panował system komunistyczny, wprowadziły państwową i powszechną służbę zdrowia nie na podstawie modelu angielskiego, ale radzieckiego – tzw. modelu Siemaszki.

Obecnie w Europie wyróżnić można dwa główne modele ubezpieczeń zdrowotnych: model Bismarcka, nawiązujący do tradycji kas chorych i model naro-

dowej służby zdrowia, zwany zaopatrzeniowym lub budżetowym. System bismarckowski (realizowany jest m.in. w Niemczech, Austrii, Belgii, Francji, Holandii, Szwajcarii) opiera się na: finansowaniu ubezpieczenia przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawcę i pracownika, istnieniu autonomicznych kas chorych (funduszy ubezpieczeniowych), prawa ubezpieczonego do wyboru lekarza, prowadzeniu ambulatoryjnej opieki lekarskiej przede wszystkim przez lekarzy prowadzących prywatną praktykę i posiadających kontrakt z kasą chorych, istnieniu porozumienia między funduszami ubezpieczeniowymi a izbami (związkami) lekarskimi w zakresie honorarium lekarskiego, katalogu świadczeń, zakresu odpowiedzialności lekarza itp., solidaryzmie społecznym, polegającym na redystrybucji środków finansowych między zdrowymi a chorymi, mężczyznami a kobietami, ubezpieczonymi bez rodzin a ubezpieczonymi z rodzinami, młodymi a starszymi, między więcej a mniej zarabiającymi [4, 5].

Cechami charakterystycznymi systemu narodowej służby zdrowia autorstwa Beveridge'a (realizowanym m.in. w Danii, Finlandii, Hiszpanii, Grecji, Irlandii, Norwegii, Portugalii, Szwecji) są: finansowanie ochrony zdrowia z podatków poprzez budżet centralny lub lokalny; istnienie gwarancji państwa w zakresie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych; wolny dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli; niewielki zakres działania sektora prywatnego; niewielka partycypacja pacjenta w kosztach leczenia; wynagrodzenie lekarzy na zasadzie stałej pensji [4, 5].

W Wielkiej Brytanii model Beveridge'a został za rządów Margaret Thatcher ekonomicznie zorientowany na tzw. elementy rynku wewnętrznego poprzez rozwinięcie na szeroką skalę ubezpieczenia prywatnego i prywatnych instytucji oferujących świadczenia prywatne. Niektórzy twierdzą, że w obecnych systemach opieki zdrowotnej mamy do czynienia ze współistnieniem różnych podsystemów, czyli z rozwiązaniami mieszanymi [6].

FUNKCJONOWANIE SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIELKIEJ BRYTANII I SZWECJI

Pierwszy plan utworzenia państwowej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii powstał w 1942 roku w związku z projektem nowego systemu zabezpieczenia społecznego lorda Wiliama Beveridge'a. Jego zdaniem, wprowadzenie powszechnej bezpłatnej opieki medycznej, i rehabilitacyjnej było spoiwem przeprowadzenia skutecznych reform zabezpieczenia społecznego. National Health Serwis – NHS, czyli system Narodowej Służby Zdrowia, wszedł w życie w 1948 roku, a poprzedzony był uchwalonym przez

parlament w 1943 planem zabezpieczenia społecznego. System NHS opierał się na następujących zasadach, aktualnych również obecnie. Polegał on przede wszystkim na: oddzieleniu zasiłków chorobowych od leczenia, powszechności z jednej strony i szerokim zakresie bezpłatnych świadczeń medycznych z drugiej dla wszystkich rezydentów bez względu na osiągnięte dochody i stan zdrowia, finansowaniu ochrony zdrowia ze źródeł publicznych (podatków), gwarantował równość dostępu do świadczeń zdrowotnych i wprowadził trójsektorowy system administrowania służby zdrowia [4]. Nadmienimy, że Narodowa Służba Zdrowia funkcjonuje w Wielkiej Brytanii od 1948 roku w formie, która nie uległa istotnym zmianom do dzisiaj. Korekty dokonywane na przestrzeni lat dotyczą przede wszystkim spraw organizacyjnych, zakresu i wysokości dopłat ponoszonych przez pacjentów za świadczenia medyczne. Obecnie system brytyjskiej opieki zdrowotnej zdominowany jest przez sektor publiczny NHS, który jest uzupełniany przez tzw. sektor niezależny, prywatny i działanie systemów ubezpieczeniowych o charakterze religijno-dobroczynnym. Prawo do korzystania z NHS mają wszyscy rezydenci, natomiast zakres oferowanych świadczeń obejmuje m.in. takie dziedziny, jak: edukację prozdrowotną i prewencję, opiekę ambulatoryjną, którą sprawuje lekarz pierwszego kontaktu, leczenie szpitalne, leczenie stomatologiczne, rehabilitacyjne, pielęgniarstwa opiekę domową czy zaopatrzenie w sprzęt pomocniczo-rehabilitacyjny. Opieka społeczna czy zdrowie publiczne (np. zabezpieczenie mieszkańcom czystej wody, utylizacja odpadów, utrzymanie czystości miast czy prowadzenie właściwej gospodarki wodno-kanalizacyjnej) nie są domeną działalności NHS. Źródłem finansowania publicznej służby zdrowia w Anglii są podatki ogólne, dotacje z Narodowego Funduszu Ubezpieczeniowego na rzecz NHS i opłaty pacjentów (np. za pobyt prywatny w szpitalach NHS).

Uproszczony schemat organizacyjny NHS w Wielkiej Brytanii, który istniał do kwietnia 1991 roku był następujący. Parlament był bezpośrednim zwierzchnikiem Departamentu Zdrowia. Ten z kolei nadzorował Regionalne Agencje ds. Zdrowia i Agencje ds. Opieki Zdrowotnej nad Rodziną, które były publicznymi płatnikami usług dla ich bezpośrednich nabywców – Okręgowych Agencji ds. Zdrowia, natomiast Agencja ds. Opieki Zdrowotnej nad Rodziną otrzymywała budżet globalny na swoją działalność z Departamentu Zdrowia i pełniła funkcję publicznych nabywców świadczeń podstawowych [7]. Angielska Służba Zdrowia przez wiele lat traktowana była jako wzorcowe rozwiązywanie gwarantowanego przez państwo powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Od kwietnia 1991 nastąpiły zmiany organizacyjne polegające na wchłonięciu przez zarząd wykonawczy

NHS regionalnych agencji ds. Zdrowia. Agencja ds. Opieki Zdrowotnej nad Rodziną uzyskuje możliwość zwiększenia zatrudnienia lekarzy ogólnych, natomiast Okręgowe Agencje ds. Zdrowia zobligowane zostają do zakupu świadczeń specjalistycznych i komunalnych usług socjalnych od trustów NHS (samodzielnych instytucji szpitalnych). W 1997 roku rząd laburzystowski ogłosił zmianę koncepcji służby zdrowia i opublikował dokument strategiczny „Nowa NHS: nowoczesna i niezależna”, w którym propagowano zasadę współpracy jako fundamentalną regułę organizacyjną. I tak jako nowe rozwiązanie instytucjonalne w 1999 roku wprowadzono Grupy Opieki Podstawowej, a następnie w 2000 Trusty Opieki Podstawowej. Powołano do życia kilka instytucji służących profesjonalnym wsparciem zarówno instytucjom NHS, jak i decydom. Do nich należały: Narodowy Instytut Jakości Klinicznej – odpowiedzialny za stworzenie standardów jakości, Komisja Poprawy Stanu Zdrowia, nadzorująca przestrzeganie standardów i ułatwiająca lekarzom i menedżerom przygotowywanie projektów poprawy infrastruktury, Komisja Standardów Opieki, nadzorująca przestrzeganie standardów w pracy pielęgniarek i w domach opieki [3, 7].

W 2002 roku działały 463 trusty, obejmujące ponad 1,6 tys. szpitali. Trusty NHS finansują szpitale i gminne usługi zdrowotne na podstawie kontraktowania zakupów świadczeń. Poza dominującą rolę sektora publicznego system uzupełnia niewielka, lecz rosnąca liczba niezależnych świadczeniodawców [8]. Mimo tych zmian problem długich kolejek oczekujących na zabiegi specjalistyczne jest dla rządu Wielkiej Brytanii dość znaczący. NHS może w tym przypominać polską służbę zdrowia – jest darmowa, ale na badania specjalistyczne czy operacje trzeba czekać miesiącami. Zatem brytyjska służba zdrowia nie jest do końca wydolna, a NHS funkcjonuje w tej samej strukturze i z tym samym systemem finansowania, jakie zostały stworzone w 1948 roku. Obecnie rząd Wielkiej Brytanii wprowadza dwa plany uzdrowienia tego systemu. Pierwszy zakłada inwestycje. Budowę do 2010 ponad 100 szpitali i 5000 „one-stop”, czyli centrów pierwszej pomocy. Przewiduje również zwiększenie zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek oraz wzrost nakładów na służbę zdrowia. Jednocześnie trwa dyskusja czy sprywatyzować poszczególne placówki i refundować leczenie pacjentom z kasy państwowej, czy pozostawić zarządzanie w rękach państwa? [3].

Brytyjczycy poszukują pośrednich rozwiązań. W planach jest usamodzielnienie szpitali, które będą nadal finansowane z kasy państwa, ale będą samodzielnie zarządzać swoim budżetem. Sekretarz Stanu ds. Spraw Zdrowia odpowiada przed parlamentem za finansowanie świadczeń zdrowotnych wewnątrz NHS. Zarząd NHS jest rozliczany przez Sekretarza Stanu

za zdefiniowanie priorytetów dla NHS na podstawie polityki rządu [9].

Z kolei w Szwecji ochrona zdrowia dla szwedzkiego systemu państwowego jest bardzo ważna. Dla szwedzkiego modelu polityczno-ekonomicznej koncepcji „państwa dobrobytu” centralnym instrumentem niwelowania różnic społecznych i dużego zaspokojenia potrzeb socjalnych obywateli jest budżet państwa [10]. Dlatego też szeroki pakiet pomocy społecznej w znacznej części poświęcony jest opiece zdrowotnej. Zgodnie z zasadą państwa „welfare state” (państwa dobrobytu) wszyscy obywatele mają dostęp do szerokiego zakresu usług medycznych, objętych przez System Narodowego Zabezpieczenia Finansowanego głównie ze składek pracodawców. W latach 90. XX wieku przyznano lokalnym rządóm na szczeblu okręgowym prawo organizowania opieki zdrowotnej oraz zastosowanie podziału na płatnika i świadczeniodawcę oraz prawo kontraktowania. Lokalne rządy stają się uczestnikami zmian. Najlepsze rozwiązania na szczeblu lokalnym mają szansę na ogólnokrajowe wdrożenia. Wtedy także podjęto próbę skracania oczekiwań na świadczenia zdrowotne. Gdy czas oczekiwań na usługę znacznie się przedłużał, szpital macierzysty zobowiązany był do ubiegania się w imieniu swojego pacjenta o tę usługę u innego świadczeniodawcy. W połowie lat 90. ubiegłego wieku wprowadzono w tym systemie możliwość wyboru lekarza rodzinnego oraz powstawanie prywatnych klinik lekarskich. Te posunięcia osłabiły w znacznym stopniu znaczenie władz okręgowych. To nie spodobało się Szwedom, gdyż kolidowało z fundamentalną zasadą szwedzkiej demokracji opartej na ważnej roli obywatela w funkcjonowaniu całego systemu. Dlatego też wybór lekarza rodzinnego ograniczono do lekarzy mających umowę z podmiotem publicznym [4].

Pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia wprowadzono nadzór merytoryczny nad pracą personelu medycznego, zwiększono dostępność do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Podniesiono znaczenie zawodu pielęgniarki i ustalono jej udział w procesie wyznaczania kierunków dalszego rozwoju systemu opieki zdrowotnej. Na przełomie 1998–1999 roku pojawił się przepis dotyczący przekazywania informacji na temat działań medycznych na szczebel centralny oraz rozszerzono reguły odpowiedzialności okręgów za przestrzeganie praw pacjenta. Natomiast rady powiatowe planują finansowanie i organizowanie świadczeń zdrowotnych na swoim obszarze. Pobyt pacjenta w szpitalu opłacany jest w całości z finansów rad powiatowych pozyskiwanych z podatków. Rady powiatów są niezależnymi jednostkami wybieranymi demokratycznie. Administracja rządowa ds. opieki zdrowotnej składa się z: Ministerstwa Zdrowia i Spraw Socjalnych oraz agencji administracyjnych, nadzo-

rowanych przez Narodowy Zarząd Zdrowia i Opieki Społecznej. Szwedzki Instytut Planowania i Racjonalizacji Usług Zdrowotnych i Społecznych związany jest z rządem centralnym i radami powiatowymi. Bada efektywność działań zdrowotnych i wspiera prace badawcze i rozwojowe w zarządzaniu ochroną zdrowia [4]. Narodowy Zarząd Zabezpieczenia Społecznego odpowiedzialny jest za administrowanie ubezpieczeń zdrowotnych, które obejmują obywateli i obcokrajowców przebywających na stałe w Szwecji. Składki płacone są przez pracodawców i uzupełniane przez skarb państwa. Ubezpieczenie zdrowotne jest częścią ubezpieczenia społecznego. Aż 65% pokrywają Rady Państwowe z podatku dochodowego, 10% fundusz państwowy, 18% subsydia państwowe, 4% opłaty pacjentów, 3% prywatne ubezpieczenia [8]. Prywatne ubezpieczenia nie są w tym systemie istotne i stanowią niewielki odsetek. Tylko niewielka liczba lekarzy pracuje na zasadzie prowadzenia prywatnej praktyki. Jest to po prostu mało opłacalne. Płaca stała lekarza uzależniona jest od kwalifikacji oraz rodzaju stanowiska. W 1993 roku wprowadzono ustawę o lekarzach domowych i prywatnych praktykach, która zawierała propozycje kontraktów lekarzy z radami powiatowymi, mające na celu organizację świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla całej rodziny. System ten nie przyniósł jednak oczekiwanych efektów. Za lekarstwa częściowo płaci narodowe ubezpieczenie zdrowotne, współpłatność pacjenta jest ustalana ryczałtowo, natomiast za leki stosowane w szpitalach pacjent nie ponosi żadnych kosztów [4].

Podstawowa opieka zdrowotna wzrosła do rangi priorytetowej w Szwecji. Jest ona świadczona w ok. 1000 Centrach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, które są administrowane przez rady powiatowe. Każdy region dysponuje domem pielęgniarstwa, świadczącym opiekę pielęgniarstwa. W ośrodkach zdrowia lekarze rejonowi, w tym także specjaliści, prowadzą opiekę profilaktyczną. Szpitale obciążone są kosztami opieki specjalistycznej. Porady w przychodniach przyszpitalnych świadczone są bez skierowania. Szwecja jest dobrze wyposażona w szpitale – ma 6 szpitali ogólnych, które świadczą usługi dla 1,5 mln Szwedów, 20 szpitali rejonowych i 54 szpitale lokalne. Nam Polakom może wydawać się, że to mała liczba. Pamiętajmy jednak, że Szwecja jest państwem zamieszkałym przez niespełna 9 mln ludzi. Opieka zdrowotna w Szwecji podlega ciągłym restrukturyzacji. Obecnie najważniejsze cele to wzmocnienie działania Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Rynek wewnętrzny wprowadzony w 13 powiatach w 1993 roku zapoczątkował bardziej liberalne rozwiązania w finansowaniu opieki zdrowotnej. Sposób płatności zawiera elementy konkurencji między świadczeniodawcami, co prowadzi do wzrostu efektywności usług.

Szwecja, jak wspomniano na wstępie, nie ma systemu opieki zdrowotnej opartego na modelu kas chorych typu bismarckowskiego, ale funkcjonuje tam system tzw. narodowej, powszechnej służby zdrowia. Prawo do bezpłatnej pomocy medycznej mają wszyscy obywatele szwedzcy i niektórzy rezydujący obcokrajowcy (na podstawie odpowiedniego porozumienia kraju ich pochodzenia z rządem szwedzkim). Opieka medyczna gwarantowana jest dla wszystkich na równych prawach, to znaczy niezależnie od wieku, płci, narodowości, miejsca zamieszkania, poziomu edukacji, dochodu oraz rodzaju choroby i czasu jej trwania [4, 11].

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że chociaż szwedzki system jest finansowany z podatków, a nie ze składek ubezpieczonych, istnieją kasy ubezpieczeniowe, które pełnią funkcję tzw. strony trzeciej między świadczącymi usługi medyczne a pacjentem. W Szwecji funkcjonuje 26 takich regionalnych kas ubezpieczeniowych. Posiadają one liczne biura terytorialne, w których rejestrowane są wszystkie osoby rezydujące w tym kraju z chwilą ukończenia 16 roku życia. Kasy te mają status samodzielnych osób prawnych, a ich zadaniem jest gromadzenie środków z tytułu zabezpieczenia, pochodzących głównie ze składek pracodawców i pracujących na własny rachunek. Składka ta nie obejmuje świadczeń zdrowotnych, gdyż zasadnicza część wydatków na zdrowie pokrywana jest z funduszy publicznych, uzupełnianych opłatami (współpłaceniem) pacjentów [11].

Zadania szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej określa Ustawa o Ochronie Zdrowia i Lecznictwa z 1982 roku, która mówi o tym, że społeczeństwu należy zapewnić ochronę zdrowia i lecznictwo na wysokim poziomie oraz dostęp do świadczeń na jednakowych warunkach dla wszystkich obywateli. Opieka medyczna ma być świadczona przy respektowaniu osoby pacjenta i jego praw.

Dokonując analizy zaprezentowanych wyżej systemów zdrowotnych, można stwierdzić, że Szwecja jest krajem, w którym opieka socjalna oparta jest na całkowitym zaangażowaniu państwa. Nakłady na sektor zdrowia w Szwecji stanowią ponad 7% PKB. Prawie 90% wydatków na funkcjonowanie służby zdrowia ponoszonych jest przez samorządy, z czego 4% stanowią opłaty wnoszone przez pacjentów. Wysokość tych opłat ustalana jest przez poszczególne samorządy. Np. koszt wizyty u lekarza rejonowego wynosi od 60 do 140 koron, wizyta u specjalisty lub lekarza prywatnego od 100 do 260, ale w celu ograniczenia tych wydatków wprowadzono pewne granice odpłatności. Mianowicie pacjent, który zapłacił łącznie za wizyty lekarskie 900 koron, ma prawo do całkowicie bezpłatnej opieki przez okres 12 miesięcy [11].

Natomiast dramatycznie rosnące oczekiwania pacjentów stają się wyzwaniem dla osób podejmujących

decyzje o kształcie brytyjskiej służby zdrowia. Strategia brytyjskiego systemu, określona w dokumencie „NHS – Plan”, z jednej strony proponuje proces zmian w tym obszarze skoncentrowany na pracownikach systemu, z drugiej w interesie poprawy sytuacji pacjentów. W Wielkiej Brytanii brakuje lekarzy i pielęgniarek. Sami Brytyjczycy domagają się zwiększenia liczby personelu medycznego. Obecnie, w rezultacie niedoboru personelu medycznego w brytyjskiej NHS, w czasie ostatnich kilku dziesięcioleci zakres obowiązków i kompetencji poszczególnych zawodów medycznych uległ niebezpiecznemu rozproszeniu. Pielęgniarki zaczęły wykonywać zadania, które leżą w kompetencji lekarzy, a personel pomocniczy medyczny zaczął „wyręczać” pielęgniarki w ich pracy [12].

Zatem oba zaprezentowane systemy są niedoskonałe i wymagają reform. Zazwyczaj powody są dwa: po pierwsze, wydatki na opiekę zdrowotną rosną coraz szybciej, co staje się coraz poważniejszym problemem dla stabilności ekonomicznej gospodarek narodowych, po drugie, decyduje wymiar społeczny. W społeczeństwach europejskich coraz więcej jest ludzi starszych, a systemy ochrony zdrowia nie są jeszcze dostosowane do zaspokajania ich specyficznych potrzeb.

MODEL OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE PO WPROWADZENIU REFORM

Przed 1989 rokiem funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce było oparte na arbitralnych decyzjach niekontrolowanych organów państwowych, ustalających sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Przez wiele lat obowiązywał system budżetowy. Nowa konstytucja RP z 1997 roku w rozdz. II, art. 68 zakłada, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od swojej sytuacji materialnej, gdyż władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Prawo do ochrony zdrowia należy do grup wolności i praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych, a zatem obecnie państwo ma obowiązek zapewnienia równości realizacji potrzeb zdrowotnych obywateli w ramach przeznaczonych na ten cel środków publicznych [13].

Reformę ochrony zdrowia zapoczątkowała ustawa z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która ze znacznymi zmianami weszła w życie 1 stycznia 1999 roku. Decyzją parlamentu wprowadzono wówczas dwie reformy ustrojowe dotyczące podziału administracyjnego oraz restrukturyzacji administracji publicznej oraz systemu ubezpieczeń społecznych. Placówki służby zdrowia zostały przekształcone w samodzielne publiczne za-

kłady opieki zdrowotnej, powstały również jednostki o charakterze samorządowym i niepublicznym. Ubezpieczenie zdrowotne ma charakter powszechny i jest obowiązkowe. Podstawowe zasady, na jakich powinno być oparte, to: solidarność społeczna, samorządność, samofinansowanie, prawo wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych, zapewnienie równego dostępu do świadczeń, działalność Kasy Chorych nie dla zysku, gospodarności i celowości działania. Ubezpieczenie to miało zapewnić świadczenie zdrowotne udzielane w razie choroby lub urazu, ciąży, porodu lub pogołu, powszechnej akcji zapobiegania chorobom oraz konieczności dokonania oceny stanu zdrowia. Świadczenia te na terenie RP są powszechne i obowiązkowe oraz gwarantowane przez państwo. Długo oczekiwana zmiana systemu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego na ubezpieczeniowy miała przyspieszyć procesy reformy całego systemu ochrony zdrowia i doprowadzić do osiągnięcia europejskich standardów zdrowia. Niestety, sam fakt przeniesienia odpowiedzialności i obowiązków z budżetu państwa i przedstawicieli administracji rządowej w terenie na utworzone struktury regionalnych kas chorych nie spowodowały natychmiastowych zmian w podejściu do zdrowia, zarówno polityków, pacjentów, przedstawicieli samorządowych, jak i przedstawicieli zawodów medycznych [14].

Twórcy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w celu stworzenia powszechnego rynku usług medycznych, ustanowili Kasy Chorych nabywcami tych usług i oddzielili je od dostawców usług medycznych odpowiednio przygotowanych pod względem organizacyjnym, prawnym i finansowym. Założono, że to oddzielenie będzie sprzyjać umocnieniu pozycji nabywcy usług – pacjentów poprzez działające w ich imieniu Kasy Chorych, a także stworzy skuteczne instrumenty nadzoru nad kosztami usług i ich jakością. To spowodowało konieczność wprowadzenia systemu kontraktów (umów cywilno-prawnych) zawieranych między dostawcami tych usług a Kasami Chorych jako reprezentantami ubezpieczonych [15].

Już w 1998 roku jednostki samorządu terytorialnego przejęły majątek podległych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Okazało się, że większość powiatów nie była w stanie pomóc finansowo placówkom, dla których są organami założycielskimi (chodzi o remonty i inwestycje). Zaobserwowano znaczne zaniedbanie we wspomaganiu finansowym placówek zdrowia przez powiaty i województwa. Miało to związek z przekonaniem, że placówki powinny same się utrzymywać z umów i kontraktów zawartych z Kasami Chorych. Próby przekształcenia lub likwidacji nierentownych placówek spotkały się z przeszkodami ze strony społeczności lokalnych. Poza tym w tym samym roku drogą ustawy

wprowadzono funkcję lekarza pierwszego kontaktu – rodzinnego, który w pierwszej wersji miał zastąpić lekarza specjalistę.

Skutki zastosowanej decentralizacji w postaci znacznych różnicowań działania między kasami wpłynęły na nierówne traktowanie pacjentów oraz na trudności w koniecznej współpracy między poszczególnymi kasami. Okazało się, że każda kasa prowadzi odrębną politykę zdrowotną wobec swoich ubezpieczonych, że brak jest odpowiednich regulacji prawnych, które pozwoliłyby na prowadzenie jednolitej polityki zdrowotnej, a instytucja, która wzięła na siebie zadanie ujednolicenia działania kas, tj. Krajowy Związek Kas Chorych, została zlikwidowana. Zreformowany system ochrony zdrowia w przedstawionym kształcie funkcjonował tylko trzy lata. Od 1 kwietnia 2003 roku zaczęła obowiązywać uchwalona 23 stycznia 2003 ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia [16].

Zlikwidowano 16 regionalnych Kas Chorych i Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych i opierając się na ich bazie i pracownikach powołany został Narodowy Fundusz Zdrowia z centralą w Warszawie i 16 oddziałami wojewódzkimi. Nadzór nad Funduszem powierzono ministrowi zdrowia, który z racji kreowania polityki zdrowotnej ma za zadanie zatwierdzać plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla całego kraju, wraz z planem finansowym. Kontraktowanie świadczeń powinno odbywać się na podstawie rozpoznania zdrowotnych potrzeb społeczeństwa, a ocena tych potrzeb powinna być przygotowana przez samorząd i administrację rządową, opierając się na Narodowym Planie Zdrowotnym. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia został powołany w celu zabezpieczania świadczeń zdrowotnych i ich finansowania, a także refundacji leków w ramach posiadanych środków finansowych [16].

Reforma nie spełniła pokładanych w niej nadziei. Zastąpienie Kas Chorych Funduszem Zdrowia to za mało, żeby poprawić publiczne lecznictwo. Istnieje potrzeba autentycznej konkurencji w lecznictwie, a będzie ona możliwa wtedy, kiedy dysponent naszych pieniędzy zacznie podpisywać umowy nie tylko z placówkami państwowymi, ale także prywatnymi.

Należy zauważyć, że oczekiwania osób korzystających ze świadczeń kształtowane są przede wszystkim przez powszechne postrzeganie rozbieżności między tym co było i jest oczekiwane od służby zdrowia, a tym co dawane jest pacjentom w formie udzielanych świadczeń. Pacjenci oczekują przede wszystkim specjalistycznej pomocy medycznej, udzielanej bez zwłoki i na najwyższym poziomie fachowym wynikającym z aktualnej wiedzy. Szczególnie ceniona jest pomoc udzielana w szpitalu przez specjalistę z tytułem naukowym.

Sytuacja w służbie zdrowia jest katastrofalna. Dłgie kolejki do specjalisty i na zabiegi w szpitalach, niedoinwestowane i zadłużone szpitale, niskie pensje personelu (zarówno lekarzy, jak i personelu średniego) itd. Obecna minister zdrowia Ewa Kopacz określa tę sytuację jako stan zapaści. Na podstawie danych z listopada 2007 na gwarantowane z budżetu zabiegi pacjenci czekają po kilkaset dni, a są przypadki, że ponad tysiąc. Opozycja chce więcej pieniędzy i z budżetu i ze zwiększonej składki zdrowotnej. Ale obecny rząd nie chce dopłacać do służby zdrowia. Ostatnie lata pokazały, że wzrost nakładów nie przekłada się na zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych. Obecne propozycje rządu dotyczą wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia, którego wielkość uzależniona byłaby od wieku, płci i zachorowalności na daną jednostkę chorobową.

NIEMIECKI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Niemcy jako pierwszy kraj nie tylko w Europie, ale i na świecie, na przestrzeni lat 1883–1889 wprowadziły system obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek choroby, macierzyństwa, starości czy wypadku przy pracy. Już od samego początku u jego podstaw legły dwie zasady. Po pierwsze, obowiązkowego ubezpieczenia, uzależnionego od dochodów, po drugie, autonomii i niezależności instytucji ubezpieczeniowych, czyli Kas Chorych, od państwa. Do podstawowych zasad współczesnego systemu zdrowotnego w Niemczech w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych należy zaliczyć:

- szeroką autonomię Kas Chorych jako instytucji ubezpieczeń zdrowotnych od państwa. Tak naprawdę władze państwowe mogą ingerować tylko w razie ich rażącego działania wbrew prawu. Natomiast władze, przede wszystkim federalne, określają tylko ramy prawne ich działania, uchwalając ustawodawstwo w tej dziedzinie;
- źródłem finansowania są przede wszystkim fundusze ubezpieczenia zdrowotnego gromadzone zarówno przez pracodawców, jak i pracowników. Są one przekazywane bezpośrednio do kas ubezpieczeń zdrowotnych;
- Kasy Chorych pokrywają koszty bezpośredniej opieki zdrowotnej. To one wypłacają świadczeniodawcom (także np. lekarzom wolno praktykującym, szpitalom, innym zakładom opieki zdrowotnej, ale również aptekom wydającym ubezpieczonym leki na podstawie recepty) należne sumy za wykonane i udzielone ubezpieczonym świadczenia zdrowotne w ciągu określonego czasu. Sumy wypłacane świadczeniodawcom określone są na drodze wcześniejszych dwustronnych negocjacji pomiędzy

zrzeszeniami Kas Chorych, zrzeszeniami lekarzy i zrzeszeniami szpitali. Natomiast koszty opieki zdrowotnej osób nieubezpieczonych (mniej niż 1%) w ramach pomocy społecznej pokrywają landy;

- osoby, które są ubezpieczone, oraz ich rodziny mogą swobodnie wybrać świadczeniodawcę (oczywiście mającego umowę podpisaną z Kasą Chorych), mają też prawo wyboru Kasy;
- podstawowy zakres gwarantowanych ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych jest duży. Ich dostępność i jakość na wysokim poziomie;
- pułap dochodów, od którego ustala się obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, jest zmienny i ustalany corocznie, adekwatnie do rosnących wynagrodzeń.
- władze rządowe i samorządowe odpowiedzialne są za finansowanie programu zdrowia publicznego. One także są podmiotami realizującymi zadania w tym zakresie wspólnie z sektorem prywatnym [17]

Dane mówią, że 88% ludności w Niemczech objęte jest systemem powszechnego ubezpieczenia, tylko 10% korzysta z ubezpieczenia prywatnego, natomiast 2% (policja i wojsko) ma zabezpieczoną opiekę zdrowotną bezpłatnie. Kasy Chorych pogrupowane są w 8 federacjach na poziomie landów. Najbardziej liczne i dominujące to: federacja grupująca lokalne kasy ubezpieczeniowe (AOK), federacja zrzeszająca kasy zakładowe (BKK), federacja grupująca kasy rzemieślników i handlowców (IKK), federacja zrzeszająca kasy rolników (LKK). Z kasami negocjują swoje świadczenia wszystkie stowarzyszenia lekarzy i farmaceutów. One także są pogrupowane w federacje ogólnozwiązkowe lekarzy medycyny, lekarzy stomatologii i stowarzyszenie farmaceutów. Jeśli chodzi o kraje Europy Zachodniej, to system niemiecki jest przykładem dużej decentralizacji władzy publicznej, m.in. odpowiedzialnej za służbę zdrowia. Kolejna sprawa – to bardzo wysoki wskaźnik lekarzy w Niemczech. Jeden z najwyższych w Europie. Dla porównania w Niemczech wynosi on 3,4, a odpowiedni w krajach OECD 2,9. Także poziom nakładów na opiekę zdrowotną w Niemczech jest najwyższy wśród innych krajów członkowskich UE. W 2007 roku osiągnął 11,5% PKB. Tylko w Stanach Zjednoczonych jest wyższy – 14% i w Szwajcarii nieznacznie niższy – 10,8%. Wydatki na służbę zdrowia wynoszą w Niemczech 4/5 całkowitych wydatków zdrowotnych [17].

Na zakończenie należy uzupełnić, że niemiecki system zdrowia, jeśli weźmiemy pod uwagę organizację i funkcjonowanie, jest przykładem realizacji fundamentalnych zasad dla tego systemu. Zasady pomocniczości państwa (subsydiaryzmu) i zasady solidaryzmu społecznego. To jest jednym z powodów, że system ten nie przeżywał nigdy takich problemów

finansowych i organizacyjnych jak wiele innych systemów opartych na modelu brytyjskim.

POLITYKA ZDROWOTNA I JEJ PERSPEKTYWY W UNII EUROPEJSKIEJ

Utrzymanie zdrowia na maksymalnie wysokim poziomie w UE wymaga wprowadzenia zmian w zakresie funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia. Podstawowe kierunki tych zmian zawarte są w postulatach WHO i dotyczą: uwzględnienia coraz większego udziału w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia potencjalnych odbiorców usług i ich rodzin, akcentowania dominującej roli ochrony zdrowia w systemach ekonomiczno-politycznych państw, indywidualnej odpowiedzialności pracowników medycznych za wyniki swojej pracy, standaryzację usług i pomiar jakości świadczeń, ekonomizację w każdym obszarze działania, polegającą na lepszym wykorzystaniu zarówno potencjału pracowniczego, jak i zasobów materialnych zakładów opieki zdrowotnej. Samo inwestowanie w zasoby służby zdrowia nie jest tożsame z inwestowaniem w zdrowie. Analizując powyższe twierdzenie, można zadać pytanie, jakie przesłanki praktyczne dla organizatorów opieki zdrowotnej na świecie i w Europie wynikają z powyższych założeń koncepcyjnych WHO? Rozwój diagnostyki i nauk medycznych, coraz większa specjalizacja lekarzy powoduje, że w opiece szpitalnej koncentrują się oni przede wszystkim na precyzyjnej diagnostyce i leczeniu skutków choroby. Natomiast cała sfera działań związanych ze wsparciem psychicznym, umacnianiem zdrowia i wychowaniem zdrowotnym leży niejako poza obszarem bezpośrednich zainteresowań tej grupy zawodowej. Istnieje zatem konieczność realizacji wyżej wymienionych zadań przez innych pracowników medycznych [18].

Doświadczenia krajów zachodnioeuropejskich i Stanów Zjednoczonych pokazują, że nakłady na profilaktykę i promocję zdrowia zwracają się wielokrotnie. Jednolity Akt Europejski, wprowadzający poprawki do Traktatu Rzymskiego, dał instytucjom wspólnotowym możliwość podejmowania regulacji służących ochronie zdrowia i konsumenta. Traktat z Maastricht przyznał wspólnocie nowe kompetencje w dziedzinie zdrowia, które zawarto w art. 129. dotyczącym ochrony zdrowia, w którym czytamy m.in., że wspólnota będzie działać na rzecz wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego poprzez promowanie współpracy w tym zakresie pomiędzy państwami członkowskimi, państwa członkowskie, współpracując z Komisją Europejską, będą koordynowały między sobą politykę i programy zdrowotne, wspólnota, jak również państwa członkow-

skie będą popierały współpracę w dziedzinie zdrowia publicznego z krajami trzecimi i kompetentnymi organizacjami międzynarodowymi, działania Komisji w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni będą respektować obowiązki państw członkowskich z tytułu organizacji i zapewnienia usług w zakresie ochrony zdrowia i opieki medycznej [19].

Poza tym utworzony został tzw. Region Europejski, któremu przydzielono w tym zakresie 21 zadań w ramach programu „Zdrowie dla wszystkich”. Tworzenie w Europie polityki zdrowia dla wszystkich ma uwzględnić wizję przyszłości w uzyskiwaniu i spożytkowaniu zasobów oraz mobilizowaniu odpowiednich partnerów. Ekonomiczne wstrząsy i wojny w krajach Europy Wschodniej i Środkowej oraz w krajach powstałych po rozpadzie ZSRR powiększyły dysproporcje w stanie zdrowia pomiędzy krajami w Regionie. Dlatego też powstał wspólnotowy program w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego na lata 2003–2008, którego podstawą prawną jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Europy nr 1786/2002 z dnia 23 września 2002 [20].

Zatem w konkluzji, możemy stwierdzić, że zmiany w systemie ochrony zdrowia w Europie ukierunkowane są na ciągle podnoszenie jakości świadczeń i ekonomizację systemu. Określenie celów, zadań oraz odpowiednich standardów ich realizacji jest nadrzędnym zadaniem państw Wspólnoty Europejskiej. Te standardy stanowią punkt odniesienia, jeśli chodzi o planowanie, zmiany i ocenę jakości usług medycznych. Rosnące wydatki na ochronę zdrowia spowodowały, że w polityce zdrowotnej państw członkowskich pojawiły się działania mające na celu częściowe przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie z państwa na obywateli. Działania państw UE coraz szerzej skupiają się na problematyce zdrowia publicznego, a uświadomienie państw w dziedzinie ważności profilaktyki zdrowia jest obecnie dla Europy sprawą priorytetową.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Jahann M. Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005; 70.
- [2] Niżnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania służby zdrowia. Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz–Kraków 2004; 61.
- [3] Włodarczyk C. Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003; 45–46.
- [4] Dziubińska-Michalewicz M. Raport 168 Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach UE (Francja, RFN, Szwecja, WB), www.biurose.sejm.gov.pl

- [5] Księżpolski M. Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych. Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999; 26–27, 113–114.
- [6] Tymowska K, Malin V, Alszewski A. Systemy umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce. Centrum Edukacji i Biznesu, Warszawa 1996; 42–43.
- [7] Aksman E. Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2001; 57–63.
- [8] Hibner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003; 111–115.
- [9] Wielopolska A. Długie kolejki do operacji. www.mp.pl
- [10] Rudolf S. Ogólna charakterystyka koncepcji „państwa dobrobytu”. „Nauki ekonomiczne”. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego 1974; 42: 343–344.
- [11] Sikora D. Ochrona zdrowia. Różne systemy w krajach UE. Minimalizować ryzyko pacjenta. www.gazetaprawna.pl
- [12] Whitefield M, Otok R. NHS ludzie ludziom. www.emedyk.pl
- [13] Frąckiewicz-Wronka A. Reformy systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z UE. Wybrane aspekty zachodzących zmian. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adameckiego, Katowice 2001; 64.
- [14] Stępień J. Popyt i podaż. Jak na nie wpływać? „Służba Zdrowia” 2000; 100–102: 15–16.
- [15] Koźmiński J. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. „Polityka Społeczna” 2000; 7: 2.
- [16] Ustawa z dnia 23 stycznia 20003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz. U. z dnia 17 marca 2003, nr 45, poz. 391.
- [17] Włodarczyk C, Piździoch S. Systemy zdrowotne. Zarys problematyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 128–157.
- [18] Ksykiewicz A, Rusiecki P. Doskonalenie organizacji opieki pielęgnacyjnej w lecznictwie stacjonarnym. Oficyna Wydawnicza Abrys, Kraków–Lublin 1996; 27–29.
- [19] Hibner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003; 211–214.
- [20] Wspólnotowy Program w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003–2008. Biuletyn krajowych konsultantów medycznych 2004; 1: 4.

Adres do korespondencji:

dr Mirosława Skawińska
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: m.skawinska@wp.pl
tel. 041 349 69 52

PRZYKŁADY EWOLUCJI ZJAWISKA ŚMIERCI Z POWODU CHOROÓB ZAKAŻNYCH W ASPEKcie HISTORYCZNYM

THE EXAMPLES OF THE PHENOMENON OF DEATH DUE TO INFECTIOUS DISEASE
IN HISTORICAL ASPECT

Jerzy J. Supady

Katedra i Zakład Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Supady

STRESZCZENIE

Choroby zakaźne towarzyszyły ludzkości od zarania dziejów. Świadczą o tym najstarsze źródła pisane, takie jak *Biblia*, eposy Homera – *Iliada* i *Odyseja* oraz przekazy pisarzy i historyków starożytnych, m.in. Herodota. W średniowieczu najczęściej zgonów powodowała dżuma, która ustąpiła z Europy w XVIII stuleciu, oraz trąd, poty angielskie i ospa prawdziwa. Przyniesiona z Ameryki przez marynarzy Kolumba kiła szerzyła się początkowo jako ostra choroba zakaźna. W XIX i XX wieku dominowała w Europie gruźlica, a także wystąpiły epidemie cholery i grypy. W latach 80. XX stulecia pojawiły się pierwsze przypadki AIDS.

Słowa kluczowe: historia medycyny, choroby zakaźne, śmierć.

SUMMARY

The infectious diseases accompanied humanity from the dawn of history. The oldest written sources like the Bible, Homer's epic poems *Odyssey* and *Iliad* and other ancient writers and historians works confirm that. In the Middle Ages most deaths were caused by the Black Death that withdrew from Europe in the 18th century, as well as leprosy, English sweat and smallpox. The syphilis brought back from America by Columbus' sailors spread like as acute contagious disease in 19th and 20th century Europe was dominated by tuberculosis as well as cholera and influenza. First cases of AIDS appeared in the 80-ties of 20th century.

Key words: history of medicine, infectious diseases, death.

Śmierć z powodu chorób zakaźnych towarzyszyła ludzkości od zarania dziejów. Już na początku *Iliady* wspominał Homer rozjątrzonego Zeusa, który: „Gniewny na króla [Agamemnona – J.S.] wojsku straszną klęskę zadał/rozszerzył mór w obozie,/codziennie lud padał” [1]. Kilka wieków później wybitny lekarz starożytności, Hipokrates z wyspy Kos, wymienił w swoich dziełach (*Corpus Hippocraticum*) kilkanaście objawów chorób zakaźnych, nasuwających na myśl świnkę, ospę, czerwonkę, malarię, błonicę, gruźlicę, grypę, dur plamisty. Trudno wywnioskować, czy uczeń Asklepiosa zetknął się z odrą i ospą prawdziwą, chociaż w jego czasach ta druga przypadłość szerzyła się np. w nieodległym Egipcie; współczesne badania wykazały wyraźne zmiany ospowe na twarzy mumii z okresu XX dynastii [2].

Również w Starym Testamencie znalazły się przykłady występowania przypadków zgonów z powodu chorób zakaźnych, w tym fragmenty mówiące o epi-

demii tychże chorób, m.in. Pierwsza Księga Samuela relacjonowała dymieniczną postać dżumy pośród Filistynów [3].

O zarazie i czerwonce w armii Kserksesa, atakującego Grecję w 480 roku przed Ch., wspominał w swoim dziele Herodot [4].

Tukidydes w *Wojnie peloponeskiej* opisał epidemię, która wybuchła w Atenach w pierwszych latach zbrojnego konfliktu (430/429), zbierając obfite żniwo śmierci [5]. Z relacji historyka trudno przesądzać o charakterze choroby. Część uczonych stoi na stanowisku, że w Attyce grasowała dżuma.

Przekazy źródłowe z czasów rzymskich wskazywały na liczne choroby infekcyjne występujące endemicznie i epidemicznie. Błota pontyjskie w pobliżu ówczesnej metropolii świata – Rzymu, stanowiły doskonały teren dla przenoszących malarię widliszków. W I wieku po Ch. ludność Imperium Romanum osiągnęła ok. 70 mln, potem nastąpił stały

jej ubytek, związany m.in. ze zjawiskiem zwiększonej śmiertelności na skutek ostrych chorób zakaźnych. Szczególnie silna epidemia przypadła na czasy Galena (II w. po Ch.), wybitnego lekarza, Greka z pochodzenia, który pracy w Rzymie poświęcił najlepsze lata swego życia. Jednakże opisane symptomy „dżumy Galena” przemawiały raczej za ospą prawdziwą lub tyfusem płamistym.

W połowie III wieku po Ch. wystąpiła w Rzymie tak silna zaraza, że dziennie umierało z jej powodu ok. 5 tys. osób [6].

W połowie VI wieku, w czasach Justyniana, świat antyczny nawiedziła ogromna epidemia dżumy, której opis przetrwał w dziele Prokopa z Cezarei pn. *Wojny perskie*. Choroba grasowała przez cztery miesiące i ogarnęła tereny Bizancjum oraz Italię i Galię. W Italii zarazę obserwował Paweł Diakon, czego nie omieszczał przedstawić w swojej *Historii Longobardów*. Pomiędzy VI i VIII stuleciem świat wczesnośredniowieczny przeżył 13 wielkich epidemii, głównie dżumy dymienicznej.

Trzeba zaznaczyć, że występowanie ostrych chorób zakaźnych wiązało się zawsze z warunkami życia gospodarczego, społecznego i politycznego. Klęski głodu we wczesnym średniowieczu (VI–IX w.) sprzyjały szerzeniu się chorób. W annałach karolińskich (VIII w.) równie często notowane były klęski głodu, jak i epidemie ludzi i bydła. W świetle średniowiecznych kronik głód i masowa śmiertelność ludności szły zawsze w parze [7].

Ewidentny przykład wpływu życia politycznego na śmiertelność, m.in. w gronie panujących w Cesarstwie Rzymskim Narodu Niemieckiego, stanowiły zgony wyprawiających się do Italii cesarzy. Ofiarami rzymskiej malarii stali się: Karol Łysy, Lotar II, Henryk VI, Konrad IV i Henryk VII oraz prawdopodobnie Otto II, który w Rzymie zakończył życie nagłą śmiercią.

W okresie wypraw krzyżowych, trwających od XI do końca XIII wieku, choroby gorączkowe na podłożu infekcyjnym tak często trapiły ówczesnych rycerzy, że z ich grona wyłoniły się zakony dysponujące własnymi szpitalami. Udzielano w nich pomocy osobom potrzebującym [8]. Wiadomo, że w 1227 roku napad hipertermii, spowodowanej prawdopodobnie malarią, pokrzyżował plany wyprawy wojennej Fryderykowi II, a 40 lat później król Francji, Ludwik Świąty, zmarł wraz z synem w Tunisie z powodu czerwonki (1270 r.). Uczestnicy wypraw krzyżowych często zarażali się trądem, który stał się w owych czasach chorobą niezwykle w Europie rozpowszechnioną.

Trąd był jedną z charakterystycznych plag średniowiecza. Już w V wieku po Ch. powstały w Galii pierwsze leprozoria. W VII wieku domy dla trędowatych pojawiły się na terenie dzisiejszych Niemiec i w innych regionach kontynentu. Jak pisał jeden z kronikarzy angielskich,

w XIII wieku istniało w Europie 19 tys. leprozoriów, w tym w Anglii i Szkocji ok. 200. W Paryżu w 1328 roku, mieście liczącym wtedy 200 tys. mieszkańców, czynnych było 50 leprozoriów¹ [9].

Jednakże największą plagą średniowiecza stanowiła dżuma, zwana wtedy „czarną śmiercią”. Ogromnej epidemii „czarnej śmierci” doświadczyła Europa w XIV wieku. Choroba przywędrowała do Italii w 1347 roku przypuszczalnie wraz z genueńskimi kupcami z Kaffy na Krymie, ale szybko rozprzestrzeniła się na kraje zachodnie kontynentu, osiągając apogeum śmiertelności w roku następnym [10, 11]. Potem, w kolejnych latach: 1359, 1377, 1379, 1395, 1399, następowały nawroty epidemii.

Trudno dokładnie ocenić liczbę ofiar dżumy w latach 1347–1349. Uczony niemiecki Klaus Bergdolt stwierdził, że w poszczególnych krajach europejskich zmarło w wyniku epidemii od 30% do 50% ludności [11]. Globalnie liczba ofiar wynieść miała 25 mln istnień ludzkich [12].

Zjawisko „czarnej śmierci” w XIV wieku budziło zawsze szczególne zainteresowanie lekarzy, którzy uznali, że epidemię wywołał wyjątkowo złośliwy drobnoustroj. Bakteria dżumy – *Yersinia pestis* – odkryta i opisana dopiero w wieku XIX, może, jak wykazali uczeni amerykańscy, na skutek licznych mutacji utracić część inwazyjności i wirulencji, a nawet przekształcić się w *Yersinia pseudotuberculosis*, z którą wykazuje wiele podobieństw [13].

W wiekach następnych epidemie dżumy, występujące w różnych regionach kontynentu w odstępach 7–12-letnich, nie wykazywały już tak szerokiego zasięgu i takiej mocy. Jednakże niektóre z nich ogarniały całe miasta lub prowincje, powodując wysoką śmiertelność. Literackiej relacji doczekała się dżuma w Londynie w 1665 r., którą w swoim *Dzienniku roku zarazy* uwiecznił Daniel Defoe [14]. Autor opisał epidemię na podstawie źródeł archiwalnych, dodając do każdego szczegółu „własny akompaniament literacki i własne pokusy koloryzatorskie” [15]. Z jego dzieła wiadomo, że zaraza przyniosła miastu olbrzymią śmiertelność, powodując w niektóre tygodnie zgon od 8–10 tys. osób. Ogólna liczba ludzi zmarłych w ówczesnym Londynie przekroczyła 70 tys.

Słynna epidemia dżumy w Wiedniu w latach 1678–1679 pochłonęła również ok. 70 tys. ofiar. Około 30 tys. ludzi zmarło także w okolicach podmiejskich. Wtedy właśnie powstała słynna pieśń o drogim Augustynie (*Ach, mój drogi Augustynie, wszystko minie, wszystko minie*) [3]. Podobnie silna epidemia „czarnej śmierci” dotknęła osiemnastowieczną Moskwę. W 1771 roku,

¹ Leprozoria przetrwały w niektórych krajach europejskich aż do XIX wieku. W XIX wieku w Norwegii pojawiły się ostatnie masowe zachorowania na trąd.

według oficjalnych danych rosyjskich, zmarły w mieście 56 672 osoby [16].

W pierwszych dziesięcioleciach XVIII stulecia dżuma wygasła w Europie Zachodniej, nieco później we wschodniej części kontynentu. Powód ustąpienia choroby budził kontrowersje uczonych, którzy ten fakt wiązali m.in. ze zmianą warunków mieszkaniowych ludności (budowa domów z kamienia i cegły), z ogólną poprawą stanu sanitarnego, ze wzrostem higieny, z faktem wyparcia z Europy szczura domowego – *Rattus rattus* przez gryzonia wędrownego – *Rattus norvegicus*, ze zmianą klimatu oraz z prawdopodobnym przestrojeniem immunologicznym zwierząt (pcheł, szczurów) i ludzi, a więc poszczególnych ogniw zakażenia. Niektórzy badacze podkreślali znaczącą rolę kwarantanny w zwalczaniu dżumy, gdyż zaraza, jak zaobserwowano, szerzy się również poprzez bezpośrednie kontakty z chorymi. W XIX wieku kwarantanny w Północnej Afryce i na Bliskim Wschodzie miały zapobiegać występującym na tamtych terenach licznym przypadkom zachorowań, tzn. szerzącym się zarazom. Juliusz Słowacki, podróżujący do Ziemi Świętej, znalazł się w 1836 roku na pograniczu Egiptu i Palestyny w pobliżu miejscowości El Arish, gdzie odbył 12-dniową kwarantannę. Od pracującego tam lekarza – dr Steblego – poznał tragiczną historię pewnej, okrutnie doświadczonej zarazą, rodziny arabskiej. Opowieść stała się kanwą dla słynnego poetyckiego poematu pt. *Ojciec zadżumionych* [3, 17]. W literaturze XX wieku epidemię dżumy w Oranie na terenie Algierii uczynił treścią znanej powieści (*Dżuma*) Albert Camus [18]. Ospa prawdziwa, obok dżumy, była istniejącą od dawna chorobą zakaźną (o etiologii wirusowej), której liczne epidemie powodowały ogromną śmiertelność ludności Starego Świata, ale prawdziwą plagą stała się dla pozbawionych odporności immunologicznej ludów nowo odkrytych (w czasach od XV do XVIII w.) ziem i kontynentów. Uczony francuski Le Roy Ladurie nazwał zagładę odwiecznych mieszkańców Ameryki „mikrobiologicznym holocaustem” [19]. Ospa grasowała również w Polsce, ale jej występowanie stało się szczególnie ewidentne po ustąpieniu z Europy „czarnej śmierci”. Żyjący w XVIII wieku dr Antoni Formika zanotował, że w Rzeczypospolitej „...dwa razy do roku pojawia się ospa, na wiosnę i w październiku [20]. Choroba, w opinii tegoż lekarza, zajmowała trzecią z kolei lokatę na liście chorób najczęściej wtedy w Polsce występujących, ale pierwszą pośród jednostek zakaźnych. W pamiętnikach z tamtych lat spotkać można wiele przykładów ospy, której następstw doświadczali ludzie z wyższych warstw społecznych. Np. Kajetan Koźmian wspominał szlachciankę, Ewę Gałęzowską, „...małego wzrostu, twarzy ospą poznaczonej” [21]. Franciszek Karpiński napisał o swojej siostrze, iż była „...po ospie ślepa trzy lata” [22]. Łukasz Gołębiowski skarżył się

po latach: „Ospa, straszliwa ospa, z której tylko co nie umarłem, zepsuła twarz” [23]. Również w następnym stuleciu, pomimo odkrycia szczepień (1796 r.) i masowego wprowadzenia ich do profilaktyki choroby, ospa powodowała dużą śmiertelność lub „dziobami” szpeciła ludzkie oblicza. Smutne obserwacje związane z ospą wykorzystał w swoim wzruszającym opowiadaniu pt. *Hania* Henryk Sienkiewicz [24]. Bohaterka tytułowa utworu doznała oszpecenia twarzy przez ospę, tracąc tym samym miłość dwóch rywalizujących o jej względy kawalerów, co skłoniło ją do decyzji spędzenia reszty życia w klasztorze. W Królestwie Polskim po powstaniu styczniowym władze rosyjskie, w ramach restrykcji wobec buntującego się narodu, zaniechały przymusowych szczepień przeciwospowych niemowląt i osób dorosłych. W następstwie owych posunięć ospa prawdziwa stała się chorobą zakaźną, występującą masowo pośród ludności polskiej i powodującą ogromną śmiertelność. Jej ofiarami były przede wszystkim dzieci do 14 roku życia. Np. w 1911 roku podczas epidemii ospy prawdziwej w Łodzi zmarło 1308 osób, z czego 1249 przypadków stanowiły zgony dzieci do 14 lat [25].

Po II wojnie światowej, w wyniku prowadzonej konsekwentnie na całym świecie akcji szczepień, ospa prawdziwa, jako pierwsza w dziejach choroba zakaźna, została całkowicie wyeliminowana z ludzkiej populacji.

Powróćmy jednakże do XV wieku, w którym pojawiły się w Europie zupełnie nowe jednostki chorobowe. Mam tutaj na myśli tajemnicze poty angielskie (*sudor anglicus*), które charakteryzowały się gorączką, biciem i bólem serca, bólem głowy oraz nierzadko utratą przytomności lub stanem przypominającym delirium. U wielu chorych na skórze pojawiały się pęcherzykowate wysypki. Najbardziej typowym objawem były zlewne poty o specyficznym zapachu. Choroba w bardzo krótkim czasie (dzień) doprowadzała ludzi do śmierci. Stwierdzono ją po raz pierwszy w Londynie podczas wojny dwóch róz w 1485 roku. Potem przeniosła się na prowincję, powodując w ogarniętych epidemią miejscowościach zgon 80–90% mieszkańców. W 1528 roku pojawiła się znowu w Londynie (po raz czwarty). W rok później zaobserwowano ją w Hamburgu, skąd powędrowała do innych miast niemieckich, powodując wszędzie ogromną śmiertelność. W tym samym roku, podczas pierwszego oblężenia Wiednia przez Turków, armia osmańska zapadła masowo na poty angielskie, co zmusiło ją do zaprzestania działań wojennych. Po raz ostatni chorobę zaobserwowano w Anglii w 1551 roku. I tym razem niektóre miejscowości uległy wymarciu, a ludność zdrowa uciekła do wolnych od epidemii Szkocji i Irlandii [3, 11].

Drugą chorobą zakaźną, która pojawiła się w Europie w XV stuleciu, była kiła. Najprawdopodobniej

przywleczona została do Hiszpanii z Ameryki podczas pierwszych wypraw Kolumba. Bardzo szybko rozprzestrzeniła się na Starym Kontynencie. Za jej inicjacyjnym charakterem w ówczesnym repertuarze chorób zakaźnych przemawiał fakt, że w początkach swego występowania miała charakter choroby ostrej, bardzo często kończącej się śmiercią. Na kiłę, nazwaną w XVI wieku syfilisem, chorowali masowo ludzie z wyższych sfer, toteż określano ją często jako chorobę dworską; na kiłę zmarł np. król francuski Franciszek I, chorował król angielski Henryk VIII oraz zmarli przedwcześnie Jagiellonowie: Olbracht i Aleksander. Cierpiało na kiłę i z jej powodu ginęło wielu wybitnych ludzi ówczesnego świata. Również w Polsce choroba zbierała obfite żniwo. Jeden z polskich lekarzy czasów odrodzenia, Wojciech Oczko, poświęcił syfilisowi dzieło pt. *Przymiot*, wychodząc tym samym naprzeciw aktualnym wtedy potrzebom medycznym [3, 25].

Z upływem czasu Europejczycy ulegali przestrojeniu immunologicznemu, co spowodowało zmianę reakcji organizmów na inwazję bakteryjnego czynnika etiologicznego kiły; choroba z ostrej stała się przewlekłą. Jednakże dopiero wprowadzenie do medycyny antybiotyków dokonało zasadniczego przełomu w walce z chorobą.

W XV i XVI stuleciu dokonano dokładnych opisów przypadłości, które zapewne występowały masowo w wiekach wcześniejszych, ale mylone były z innymi jednostkami chorobowymi. Te trudności różnicowania „zaraz” sprawiły, że dopiero w XV wieku zaczęto mówić o durze plamistym, a nieco później o ospie wietrznej, odrze, płonicy i błonicy. Dury, szczególnie tyfus brzuszny, oraz wspomniane choroby dziecięce, które nierzadko grasowały w populacjach dorosłych, dawały również olbrzymią śmiertelność. Jeszcze w XIX i pierwszych dziesięcioleciach XX wieku płonica (szkarlatyna) i błonica pojawiały się w postaci śmiertelnych epidemii. Np. podczas masowego wystąpienia płonicy w Łodzi i w guberni piotrkowskiej w 1906 roku zachorowały 10 973 osoby, z czego zmarło 2545 [26]. Na przełomie XIX i XX wieku na terenie Łodzi i guberni piotrkowskiej zanotowano pięć dużych epidemii błonicy, podczas których liczba zgonów znacznie przekraczała tysiąc osób [27].

Po wygaśnięciu dżumy i trądu oraz po wprowadzeniu profilaktyki szczepień przeciwospowych prawdziwą „karą Boską” stała się dla Europejczyków gruźlica (tuberkuloza). Choroba ta występowała już w starożytności i w wiekach późniejszych, ale w czasach epidemii ostrych chorób zakaźnych ludzie chorzy na tuberkulozę, jako słabsi i mniej odporni, ginęli w pierwszej kolejności. Relatywny przyrost zachorowań na gruźlicę w XVIII stuleciu spowodował zwiększone zainteresowanie chorobą lekarzy i uczonych. Wprowadzanie nowych sposobów diagnostycz-

nych, szczególnie perkusji i auskultacji, przyczyniło się znacznie do rozpoznawania gruźlicy płuc [28]. Również w Polsce w XVIII wieku gruźlica należała do chorób o najczęstszym występowaniu. Do podobnego wniosku doszedł Władysław Szumowski, analizując dzieła Leopolda Lafontaina, austriackiego lekarza, który w 1782 roku przybył do Krakowa i na stałe osiadł w Polsce. Według W. Szumowskiego wydzielone przez Lafontaina jako odrębne jednostki: „kaszel”, „wąskie piersi”, „plucie krwią”, „suchoty”, „wyniszczenie”, przypuszczalnie stanowiły objawy tej samej choroby – gruźlicy [29]. Wydane wielokrotnie w XVIII wieku *Compendium medicum auctum* upatrywało przyczyn „suchot” w częstym picu gorzałki, win wapiennych, w ustawicznym paleniu tytoniu, w częstym zażywaniu leków, w przebywaniu w zakurzonych i zadymionych pomieszczeniach, w kontaktach z chorymi ludźmi oraz w dziedzicznym przekazywaniu choroby [30]. Wzrost zachorowań na gruźlicę w Polsce w XVIII stuleciu Zbigniew Kuchowicz tłumaczył zmianą wirulencji bakterii – prątka [31]. Pamiętnikarze tamtych lat zanotowali liczne zgony z powodu tuberkulozy w kręgu własnej rodziny lub osób znajomych, np. na gruźlicę zmarła żona i siostra żony Kajetana Koźmiana.

W XIX i w I połowie XX wieku gruźlica stanowiła najpoważniejszy problem epidemiologiczny na Starym Kontynencie. Z jej powodu wymierały całe rodziny. Chorowali na nią ludzie ze wszystkich środowisk społecznych. Symbolem cierpień i losu gruźlika stał się w kulturze i tradycji europejskiej Fryderyk Chopin. Choroba znalazła odzwierciedlenie w literaturze pięknej, czego dowodem była np. *Dama kameliowa* Aleksandra Dumasa (syna) czy *Czarodziejska Góra* i *Buddenbrookowie* Tomasza Manna. Skutecznie zaczęto zwalczać gruźlicę dopiero po II wojnie światowej, a przełom w terapii choroby stanowiło odkrycie streptomycyny (Selman Waksman w 1943 r.) [12].

W XIX wieku pojawiła się w Europie cholera. Jej genezę wiązano z wojną rosyjsko-perską toczoną w latach 1826–1828. W 1830 roku pierwsze zachorowania pojawiły się w Odessie, potem w Moskwie. Od września 1830 do stycznia 1831 roku zmarło w Moskwie z powodu cholery 4500 osób. Wybuch powstania listopadowego i zaatakowanie Królestwa Polskiego przez wojska rosyjskie sprzyjały przeniknięciu cholery na Zachód. Już na początku 1831 roku cholera dotarła do Królewca i Gdańska. W Królewcu zapadło na nią 2221 osób, zmarło 1327, co stanowiło ponad 2% mieszkańców miasta. W połowie 1831 roku epidemia ogarnęła Bydgoszcz i Poznań, w październiku pojawiła się w Hamburgu, gdzie w ciągu kilku tygodni doprowadziła do śmierci 451 osób; później liczba zmarłych mieszkańców zwiększyła się do 1652. W Berlinie epidemia pochłonęła 1426 ofiar. W 1832 roku ogarnęła zachodnie prowincje Prus. W sumie

w całym państwie pruskim liczbę zmarłych z powodu cholery oszacowano na 41 tysięcy.

Równie duże spustoszenie wśród ludności przyniosła epidemia w innych krajach zachodnich. Np. w Wiedniu choroba grasowała od sierpnia 1831 do marca 1832 roku. Zapadły na nią 4362 osoby, z czego zmarło 2188 osób, czyli 50% chorych. Łączna liczba ofiar cholery w Paryżu przekroczyła 18 tys.; spośród zmarłych znalazł się premier Francji Kazimierz Pèrier. Wiktor Hugo, będąc pod wrażeniem narodowego nieszczęścia, poświęcił epidemii swoją powieść *Nędznicy*, a Niemiec Henryk Heine utwór pt. *Französische Zustände*. W Anglii epidemia w latach 1831–1832 pochłonęła ok. 32 tys. istnień ludzkich. Do 1866 roku w wyniku nawrotów choroby Anglia straciła ok. 110 tys. swoich obywateli.

Następna, równie groźna, epidemia cholery pojawiła się w Italii w 1836 roku, skąd rozprzestrzeniła się na południowe i północne Niemcy, powodując liczne zgony.

Kolejna fala zarazy wystąpiła w 1848 roku, co miało zapewne związek z ówczesnymi wydarzeniami politycznymi („Wiosna Ludów”). W Anglii zmarło wtedy z jej powodu ponad 55 tys. osób, w Paryżu 15 tys. osób, w całym państwie pruskim w latach 1848–1850 ponad 85 tys., a w Rosji ponad 1 mln ludności.

Nawroty cholery w Europie odnotowano w latach 50., 60. i 70. XIX stulecia. Ostatnia większa epidemia cholery wystąpiła na Starym Kontynencie w 1892 roku (m.in. w Hamburgu) [3, 32].

W Królestwie Polskim po powstaniu styczniowym wielkie epidemie cholery, niosące ze sobą ogromną zachorowalność i śmiertelność, występowały w latach 1872–1873, 1892, 1894 i 1905. Np. w 1894 roku zachorowało na cholere w Łodzi ok. 4 tys. osób, z czego zmarło 1276, czyli 32% chorych [33].

Na początku XX wieku ludzkość doświadczyła straszliwej epidemii grypy. W Europie zaraza nosiła nazwę „hiszpanki” (od kraju pochodzenia). Trzeba jednakże przypomnieć, że już w XIX stuleciu pojawiły się masowe zachorowania na grypę, m.in. w latach 1889–1892, toteż choroba została przebadana i opisana przez uczonych. Oblicza się, iż w latach 90. XIX wieku zachorowało na grypę ok. 40% wszystkich mieszkańców globu ziemskiego. W Prusach w latach 1890–1892 zmarło z jej powodu 34 tys., a w całej Rzeszy Niemieckiej ok. 50 tys. osób. Właśnie wówczas Ryszard Pfeifer wyizolował wirusa grypy typu A, B i C.

Pandemia grypy w latach 1918–1919 zaważyła, do pewnego stopnia, na losach I wojny światowej, powodując masowe zachorowania żołnierzy niemieckich, walczących na froncie zachodnim. W Niemczech epidemia osiągnęła apogeum w październiku 1918 roku. W całej Rzeszy zachorowało na grypę ponad 10 mln, zmarło zaś 186 tys. osób. Podobnie wysokie straty

ludności zanotowano w innych krajach. W Wielkiej Brytanii zmarło 112 tys., we Francji 96 tys., we Włoszech 500 tys., w USA ponad 500 tys. mieszkańców. Olbrzymią śmiertelność z powodu grypy zaobserwowano w Indiach, gdzie liczbę ofiar szacowano na ok. 12 mln. W sumie na całym świecie zmarło podczas epidemii ponad 25 mln ludzi [3].

Gwoli ścisłości należy dodać, że w czasach nam bliższych kolejną pandemię tzw. grypy azjatyckiej obserwowano w Europie w 1957 roku. Jednakże stosowanie antybiotyków w powikłaniach choroby zapobiegło wówczas przypadkom śmierci masowej.

Począwszy od lat 80. minionego stulecia pojawił się wśród ludzi wirus AIDS. Choroba szerząca się za pośrednictwem krwi lub drogą płciową jest, jak dotychczas, nieuleczalna i kończy się zawsze śmiercią. Na AIDS zmarły już miliony ludzi, głównie w Afryce, a kilkadziesiąt milionów osób zakażonych wirusem spodziewa się śmierci w nieodległej przyszłości. AIDS można śmiało zaliczyć do kolejnej plagi ludzkości, podobnie jak plagami były wszystkie powyżej omówione jednostki chorobowe [3].

Podsumowując niniejsze wywody, należy podkreślić, że choroby zakaźne przez tysiąclecia stanowiły element sprawczy zgonów i zjawiska śmierci. W owym czasie infekcyjne czynniki chorobotwórcze ulegały swoistym przeobrażeniom, co miało związek z warunkowaniami immunologicznymi oraz zmianami w zakresie stylu i warunków życia gatunku *Homo sapiens*. Ewolucja zjawiska śmierci z powodu chorób zakaźnych stanowi trwały element dziejów ludzkości, który znalazł odzwierciedlenie w nauce i w kulturze.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Homer. Iliada (w przekładzie Franciszka K. Dmochowskiego). Kraków 2000; 7.
- [2] Sinnecker H. Epidemiologie der Infektionskrankheiten. In: Handbuch der Inneren Erkrankungen. Jena 1983; 130.
- [3] Vasold M. Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute. Augsburg 1999; 17, 120–122, 164–165, 226–235, 270–273.
- [4] Panum PL. Beobachtungen über das Maserncontagium. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin. 1847; 1: 492–512.
- [5] Tukidydes. Wojna peloponeska. Warszawa 1988; 115–118.
- [6] Lersch B. Geschichte der Volksseuchen. Berlin 1896; 26.
- [7] Curschmann K. Hungersnöte im Mittelalter. Ein Beitrag zur deutschen Wirtschaftsgeschichte des 8. bis 13. Jahrhunderts. Leipzig 1900; 9.

- [8] Mayer HE. Geschichte der Kreuzzüge. Stuttgart 1989; 55.
- [9] Virchow R. Zur Geschichte des Aussatzes, besonders in Deutschland. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin. 1860; 18: 138–162, 273–329; 1861; 19: 43–93; 20: 166–198, 459–512.
- [10] Bergdolt K. Die Pest 1348 in Italien. Fünfzig zeitgenössische Quellen. Heidelberg 1989; 33, 40, 75, 119.
- [11] Seyda B. Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa 1973; 105.
- [12] Rosgvist R. Increased virulence of *Yersinia pseudotuberculosis* by two independent mutations. Nature 1988; 334: 522–525.
- [13] Defoe D. Dziennik roku zarazy, Londyn 1993.
- [14] Herling-Grudziński G. Arcydzieło Daniela Defoe. W: Defoe D., Dziennik roku zarazy. Londyn 1993; I–III.
- [15] Mc Neill WH. Die großen Epidemien. Bergisch Gladbach 1983; 305.
- [16] Słowacki J. Ojciec zadżumionych. W: Dzieła wybrane. Liryki, powieści poetyckie. Wrocław–Warszawa–Gdańsk–Łódź 1989; 1: 273–283.
- [17] Camus A. Dżuma. Warszawa 1960.
- [18] Le Roy ladurie E. Un Concept: (Unification microbienue du monde XIV^e – XVII^e siecles). Revue Suisse d' Histoire 1973; 23: 695.
- [19] Konopka S. Nieznane relacje dra Antoniego Formiki o medycynie polskiej, Arch Hist i Fil Med 1967; 3–4: 437.
- [20] Koźmian K. Pamiętniki. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1972; 1: 156.
- [21] Karpiński F. Pamiętniki. Warszawa 1898; 11.
- [22] Gołębiowski Ł. Pamiętnik o życiu Łukasza Gołębiowskiego wydany przez jego syna (Seweryna Gołębiowskiego). Warszawa 1852; 18.
- [23] Sienkiewicz H. Hania i inne nowele. Warszawa 1954; 249.
- [24] Skalski S. Epidemia ospy w Łodzi w roku 1911 pod względem statystycznym. Kraków 1912; 6.
- [25] Szumowski W. Historia medycyny. Warszawa 1961; 246–247.
- [26] Obzor Petrokowskiej Guberni za 1906 g. (tabele statystyczne). Archiwum Państwowe w Łodzi (APŁ), Wydział Lekarski (WL), sygn. 2607^a.
- [27] Obzory Petrokowskiej Guberni za lata 1889–1911 (tabele statystyczne).
- [28] Oury M. Geschichte der Tuberkulose. In: Illustrierte Geschichte der Medizin. Salzburg 1983; 8: 2829–2835.
- [29] Szumowski W. Na co najczęściej chorowali nasi przodkowie przed 150 laty? Arch Hist i Fil Med 1929; 9: 177.
- [30] Compendium medicum auctum... Częstochowa 1789; 127.
- [31] Kuchowicz Z. Z badań nad stanem biologicznym społeczeństwa polskiego od schyłku XVI do końca XVIII wieku. Łódź 1972; 31–32.
- [32] Briggs A. Cholera and Society in the Nineteenth Century. Past ad Present 1961; 19: 77.
- [33] Supady J. Walka z cholerą w Łodzi na przełomie XIX i XX wieku. Pol Tyg Lek 1978; 2: 75–76.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Jerzy Supady
Katedra i Zakład Historii Medycyny i Farmacji
90-151 Łódź, ul. Muszyńskiego 2
e-mail: jertzysupady@wp.pl
tel. 042 677 93 06

40 LAT PRACY BLOKU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W KIELCACH

40 YEARS OF OPERATING THEATRE IN PROVINCIAL HOSPITAL IN KIELCE

Jerzy Krzewicki

Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Kierownik Zakładu i Oddziału: prof. zw. dr hab. n. med. S. Głuszek

STRESZCZENIE

Opisano 40-letnią działalność Bloku Operacyjnego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach. Przedstawiono zakres pracy oraz zasadnicze zmiany metod, materiałów i sprzętu, jakie nastąpiły w ciągu tego okresu. Szczególną uwagę zwrócono na stopniowe odchodzenie od materiału wielorazowego użytku przygotowywanego przez instrumentariuszki i stosowanego podczas operacji: nici, igieł, strzykawek, rękawiczek, chust, gazików. Przedstawiono personel pracujący zarówno obecnie, jak i w przeszłości w tej jednostce organizacyjnej Szpitala. Podano niektóre dane z historii medycyny operacyjnej. Zaprezentowano roczny rozkład 120 000 zabiegów operacyjnych wykonywanych przez różne Oddziały w latach 1969–2007.

Słowa kluczowe: pielęgniarki instrumentariuszki, blok operacyjny, sterylizacja, materiały chirurgiczne, sprzęt zabiegowy.

SUMMARY

40 years activity of operating theatre in Provincial Hospital in Kielce is presented. The author describes the work of operating-theatre attendants, changes of many methods, materials and operative instruments seen during this period. The special attention is turned to replacement of the resterilized materials usually prepared by nurses: syringes, inject needles, surgical gloves, gauze tampons and scarfs. The stuff of operating theatre is presented – as well those actually working as persons engaged in the past. Some historical information about the evolution of surgical methods is described. The analysis of 120 000 operations performed between 1969 and 2007 is presented.

Key words: operating-theatre attendants, operating theatre, sterilisation, surgical materials, operating instruments.

Celem pracy jest historia 40-letniej działalności Bloku Operacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach przy ul. Grunwaldzkiej 45. Szczególną uwagę zwrócono na zachodzące w tym czasie bardzo istotne zmiany w działaniu Bloku Operacyjnego. Zmiany te są związane ze znacznym postępem w medycynie zabiegowej. Przedstawiono zasady pracy obowiązujące w początkowym okresie działalności Bloku, porównując je z aktualnymi procedurami i stosowanym sprzętem.

Stałym personelem Bloku Operacyjnego są pielęgniarki instrumentariuszki. Operacje na Bloku wykonują lekarze ze szpitalnych oddziałów zabiegowych. Anestezjologowie oraz pielęgniarki anestezjologiczne prowadzący znieczulenie na Bloku zatrudnieni są na Oddziale Intensywnej Terapii.

Jednym z najbardziej istotnych warunków powodzenia operacji jest zapobieganie infekcji – sterylność pola operacyjnego, materiałów i narzędzi. Operacje ze względu na stopień czystości i ryzyko zakażenia dzielimy na: czyste, czyste-skażone, skażone, brudne-skażone. Istotną rolą pielęgniarek instrumentariuszek jest dbałość o związaną z operacją czystość bakteriologiczną.

W dawniej budowanych szpitalach sale operacyjne były lokalizowane bezpośrednio na oddziałach. Sale te posiadały odrębny personel pielęgniarski i osobne wyposażenie. W nowoczesnych szpitalach budowane są zbiorcze bloki operacyjne, które obsługują wszystkie oddziały zabiegowe placówki. To skomasowanie pozwala na właściwą i ekonomiczną eksploatację aparatury, sprzętów, materiału, pomieszczeń oraz pełne wykorzystanie czasu pracy personelu [1].

Struktura Bloku Operacyjnego Szpitala Wojewódzkiego w Kielcach

Blok Operacyjny z trzema salami operacyjnymi został uruchomiony jako odrębna jednostka organizacyjna w Szpitalu Wojewódzkim w listopadzie 1968 roku. Zgodnie z ówczesnie obowiązującymi zasadami dotyczącymi budowy szpitali wspólnymi salami operacyjnymi została objęta tylko część oddziałów: chirurgia, ortopedia, neurochirurgia. Przy Oddziale Laryngologii, Okulistyki i Położniczo-Ginekologicznym zbudowano osobne sale operacyjne, które posiadały własny personel i związaną z tymi oddziałami organizację.

Personel

Personel Bloku Operacyjnego stanowią pielęgniarki instrumentariuszki. Do 2000 roku w skład personelu i zespołów operacyjnych wchodziły również salowe.

Pielęgniarki Oddziałowe kierujące Blokiem: w latach 1968–1977 piel. Alicja Orlńska (zastępca piel. Pelagia Marcysiak), w latach 1978–1999 piel. Halina Luzeńczyk (zastępca piel. Pelagia Marcysiak, nast. piel. Barbara Terek), od 1999 roku – nadal piel. Barbara Terek (zastępca piel. Krystyna Wilk) (fot. 1–3).

Osobą koordynującą pracę tego działu szpitala jest lekarz Kierownik Bloku Operacyjnego. Kierownik zatrudniony jest jednak na innym oddziale. Funkcję tę sprawowali: w latach 1968–1969 dr n. med. Wojciech Waław Musiał (chirurg), w latach 1970–1972 lek. med. Romuald Żywiecki (ortopeda), w latach 1973–1977 lek. med. Anna Grudzień (anestezjolog), od 1977 roku – nadal – lek. med. Andrzej Postuła (anestezjolog).

Pielęgniarki instrumentariuszki obecnie pracujące na Bloku Operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach: Ewa Banatkiewicz, Elżbieta Bartosik, Lucyna Bednarz, Zofia Brzezińska, Agnieszka Ciepierska, Iwona Czapryńska, Marta Gałuszczyńska, Małgorzata Gołabek, Renata Gradka, Maria Jakubiuk, Bożena Jamroz, Alicja Jaros, Monika Król, Justyna Lewinowska, Małgorzata Papis, Wanda Pastuszka, Marzena Piasecka, Edyta Połec, Joanna Rajska, Czesława Rolecka, Magdalena Salwa, Jadwiga Siwek, Dorota Serwin, Agnieszka Stępień, Barbara Terek, Edyta Tomaszewska, Aneta Wachała, Krystyna Wilk, Dorota Wolska, Małgorzata Wójcicka, Edyta Zarzycka.

Pielęgniarki instrumentariuszki pracujące w przeszłości na Bloku: Zofia Banaś, Zofia Bednarska, Helena Bylica, Ewa Duda, Alicja Gadowska, Anna Gawriolek, Janina Gniewek, Barbara Haras, Ewa Jagiełła, Stefania Kołcz, Helena Latkowska, Teresa Libera, Halina Luzeńczyk, Pelagia Marcysiak, Zofia Nawara, Alicja Orlńska, Wiesława Paskiewicz, Maria Rysińska, Stanisława Sałata, Małgorzata Skrzypczak, Elżbieta

Sobczyk, Dorota Szlufik, Alicja Utnik, Krystyna Zaczyska, Danuta Zdanowicz.

Do zadań pielęgniarek instrumentariuszek należy: przygotowanie sprzętu i materiału operacyjnego, sal, narzędzi, a w czasie zabiegu instrumentacja. Po operacji oczyszczają i przygotowują narzędzia do sterylizacji, prowadzą dokumentację związaną z zabiegiem. Zadania te zmieniają się wraz z postępem medycyny, wprowadzaniem nowych materiałów, narzędzi, sprzętu i procedur.

W długoletniej pracy Bloku Operacyjnego, aż do zmiany przepisów, salowe wchodziły w skład zespołu sal operacyjnych.

Salowe pracujące przez wiele lat na Bloku Operacyjnym w składzie personelu sal operacyjnych: Krystyna Bieleś, Zofia Dziubińska, Elżbieta Filipczak, Barbara Frydrych, Krystyna Gała, Wiktoria Gos, Dorota Jaworska, Anna Kamela, Grażyna Kręcikij, Stefania Kubicka, Bogumiła Kumur, Zofia Lasota, Maria Liwocha, Barbara Łuczyńska, Zofia Macander, Helena Ogonowska, Zofia Rosik, Janina Snochowska, Zofia Sułkowska, Danuta Szaruga, Helena Toporska, Antonina Walkiewicz, Stanisław Widłak, Jadwiga Woźniak.

Od 2000 roku salowe nie mają już zatrudnienia na etatach szpitalnych. Utrzymaniem czystości zajmuje się wynajęta firma Impel. Część salowych znalazła zatrudnienie w tej firmie i nadal pracują na Bloku. Obecnie pomocniczą rolę przy zabiegu spełnia druga pielęgniarka instrumentariuszka.



Alicja Orlńska



Halina Luzeńczyk



Barbara Terek

Sterylizacja

Pomieszczenia do sterylizacji w nowo powstałym szpitalu „na Czarnowie” wybudowano w obrębie głównego Bloku Operacyjnego. Było to miejsce wyłajawiania nici, narzędzi, gazików, rękawiczek, strzykawek, igieł do szycia tkanek, drenów, aparatów do przetaczania płynów i krwi. Po zakończeniu procesu sterylizacji przechowywano je w metalowych pojemnikach i puszkach Schimmelbuscha. W ciągu kolejnych lat pracy Bloku zmieniały się radykalnie metody sterylizacji i wymagania stawiane materiałowi i narzędziom.

Podstawowymi zasadami obowiązującymi w medycynie, a w szczególności w specjalnościach zabie-

gowych są: aseptyka¹ i antyseptyka². Początki tych pojęć nie są zbyt odległe. Oliver W. Holmes w 1843 roku w Bostonie dowodził, że lekarz wracający prosto z sekcji zwłok czy od pacjentki z gorączką połogową nie ma prawa zbliżyć się do położnic. By zapobiec ewentualności zakażenia, powinien najpierw umyć ręce w roztworze chlorku wapnia i zmienić odzież³. Pierwszym, który skutecznie zastosował w 1847 roku to zalecenie, był Ignacy Semmelweiss⁴. Kolejnym działaniem, które pozwoliło na dalsze istotne zmniejszenie zakażeń okołoperacyjnych, była zasada odkażania – antyseptyka zapoczątkowana w 1867 roku przez Józefa Listera⁵.

Na początku działalności Bloku Operacyjnego wszystkie narzędzia, rękawiczki, igły, strzykawki, aparaty do przetoczeń dożylnych krwi i płynów, bielizna operacyjna i maski, chusty z gazy były wielokrotnie używane. Sposoby sterylizacji i przechowywania sprzętu i materiału operacyjnego, które w XIX wieku wprowadzili Ernst von Bergmann⁶ i Kurt Schimmelbusch⁷ stosowane były Polsce i w Kielcach do lat 90. XX wieku. Gumowe rękawiczki⁸ operacyjne przemysłowo i sterylizowano po zabiegu, chusty operacyjne po użyciu prano z krwi i ponownie sterylizowano, gaziki cięto, zwijano i sterylizowano, jedwabne i lniane nici nawijano na szpulki i umieszczano w pojemnikach ze spirytusem. Obowiązywała dokładna instrukcja sterylizacji rękawiczek gumowych [2] *”...Bezpośrednio po operacji należy rękawiczki wymyć nie zdejmując ich z rąk. Do mycia ich można użyć roztworu sody albo zanurzyć je w roztworze sody, a potem w 1% sublimacie lub 5% roztworze lizolu albo formaliny. Po wyjęciu rękawiczek z roztworu antyseptycznego trzeba je dobrze wypłukać w wodzie destylowanej i osuszyć, najlepiej na drewnianych lub drucianych prawkach. Po napudrowaniu talkiem przechowuje się każdą parę oddzielnie. Przed wyjałowieniem należy sprawdzić całość rękawiczek... Gdy stwierdzano nieszczelność rękawiczki, naklejało się łatkę: ...Okolicę uszkodzoną należy przemyć benzyną lub eterem dla odtłuszczenia*

i nakleić po stronie wewnętrznej łatkę, przygotowaną z nie nadających się do użycia rękawiczek. Do klejenia używamy kleju do dętek rowerowych. Nałożoną łatkę trzeba silnie przycisnąć kawałkiem gazy. Świeżo zaklejone rękawiczki nadają się do użytku dopiero po kilku dniach. Łatanych rękawiczek nie należy podawać chirurgom do zabiegów wymagających szczególnej aseptyki oraz do zabiegów w głębi jamy brzusznej, gdyż łatki mogą się odkleić. Czyste i naprawione rękawiczki talkuje się od wewnątrz i zewnątrz, by zapobiec ich sklejeniu się. Po natalkowaniu układa się rękawiczki w specjalne pokrowce lub ligninę, wywijając mankiety na zewnątrz. Każdą rękawiczkę należy układać w pokrowcu oddzielnie. Do rękawiczki prawej trzeba włożyć gazik, który ułatwi później jej włożenie i wskaże nam, która rękawiczka jest prawa. Przygotowane w ten sposób kilkanaście par rękawiczek układa się luźno w puszcze, zamyka szczelnie wieko i odsłania jej otwory. Wstawione w puszcze do autoklawu rękawiczki należy wyjaławiać przez 20 do 30 minut w temp. 120° pod ciśnieniem 1,5 atmosfery...”

Takie czynności, jak: przygotowanie, pakowanie i sterylizacja nici, gazików operacyjnych i chust z gazy, należały do zadań pielęgniarek instrumentariuszek. Regulowała to instrukcja [2]: *”...Przygotowując gaziki, należy gazę złożyć w trójkąt lub czworobok i zagiąć zewnętrzne końce do środka, aby wolne nitki gazy nie wystawały na zewnątrz. W ten sposób zapobiega się pozostawieniu pojedynczych nitek gazy w polu operacyjnym. Niektórzy polecają zawijać watę do wnętrza gazików, by zwiększyć ich chłonność...”*

Gaziki wycinano ze zwojów gazy o wymiarach 200 m×90 cm, a następnie składano i układano do sterylizacji w puszkach Schimmelbuscha. Z jednej takiej beli uzyskiwano dziennie 1000 gazików. Pracę tą wykonywano przez 6 dni w tygodniu. Rocznie zwijano więc ponad 300 000 gazików. Gaziki nie zawierały znacznika wykrywalnego radiologicznie. Ze względu na stosowaną technikę operacyjną zużywano bardzo wiele gazików do każdej operacji. Obecnie stosuje się gaziki pakowane przemysłowo z kontrastującą nitką. Mimo podwojenia liczby zabiegów operacyjnych zużywa się również ok. 6000 gazików tygodniowo. Zmniejszenie zużycia gazy wynika ze zmiany techniki operacyjnej dzięki stosowaniu koagulacji jednobiegunowej i bipolarnej, zgrzewacza do tkanek „ligasure” czy noża harmonicznego.

Sterylizacja materiału i narzędzi odbywała się przez gotowanie w sterylizatorach wodnych lub wyjaławianie gorącym i suchym powietrzem. Zapakowany w bawełniane chusty materiał i narzędzia przechowywano w metalowych puszkach. W 1975 roku uporządkowano, zmieniono i unowocześniono zasady sterylizacji [3, 4]. Nadal jednak wielokrotnie używano strzykawek, igieł iniekcyjnych, rękawiczek,

¹ Aseptyka to sposób postępowania zapobiegający zakażeniu (Słownik Języka Polskiego)

² Antyseptyka to niszczenie żywych drobnoustrojów w celu zapobiegania zakażeniu. (ibid)

³ Oliver Wendell Holmes (1809–1894), profesor anatomii w Bostonie, opublikował w 1843 r. pracę *The Contagiousness of Puerperal Fever*.

⁴ Ignacy Semmelweiss (1818–1865), położnik wiedeński pochodzenia węgierskiego, pierwszy wdrożył w 1847 r. zasady aseptyki i udowodnił skuteczność unikania gorączki połogowej dzięki myciu rąk przez personel.

⁵ Joseph Lister (1827–1912), znając przyczynę zakażeń, wprowadził szereg metod czynnego niszczenia bakterii (antyseptyki), co opublikował w czasopiśmie *Lancet* w 1867 r.

⁶ Ernst von Bergmann (1836–1907), chirurg niemiecki, wprowadził sterylizację narzędzi chirurgicznych przez działanie wysokiej temperatury.

⁷ Kurt Theodor Schimmelbusch (1860–1895), współpracując z von Bergmannem, zaprojektował puszkę do przechowywania wysterylizowanego materiału (powszechnie używaną do końca XX w.) oraz maskę do wykonywania znieczulenia eterowego metodą „kapankową”.

⁸ Pierwsze gumowe rękawiczki zastosował do operacji w 1889 r. twórca współczesnej onkologii William Stewart Halsted (1852–1922).

a gaziki zwijano i pakowano w dyżurce pielęgniarskiej. W latach 90. XX wieku zaczęto stopniowo eliminować materiał wielorazowy. Obecnie korzysta się wyłącznie z jednorazowego, fabrycznie przygotowanego i sterylnego materiału. Wielu narzędzi używa się również jednorazowo.

Autoklawy przeniesiono w latach 90. ubiegłego stulecia z sąsiedztwa sal operacyjnych do nowo wybudowanej centralnej sterylizacji w podziemiach Szpitala. Uzyskano dzięki temu dwie nowe sale na trzecim piętrze. Urządzenia i procesy sterylizacji zmodyfikowano w 2001 roku. Wyjaławianie narzędzi odbywa się obecnie przy pomocy autoklawów z nasyconą parą wodną i w niskotemperaturowych sterylizatorach gazowych [5, 6]. Proces sterylizacji jest standaryzowany, określony normami jakościowymi i podlega bardzo dokładnej kontroli [7, 8]. Zmieniły się też normy dotyczące pakowania i przechowywania materiału sterylnego. Pod koniec lat 90. XX wieku zaczęto w Polsce stosować Normę Europejską również do opakowania sterylizacyjnego (EN 868). Ligninę, białony papier siarczynowy, materiały tekstylne i puszki Schimmelbuscha zastąpiono specjalnym papierem oraz zgrzewanymi rękawami foliowo-papierowymi [9]. W każdym pakiecie znajdują się indykatory. Skuteczność sterylizacji podlega ścisłej kontroli i opiera się na szczegółowych normach [10].

Zmianie ulegały też sposoby mycia rąk do operacji [11]. Początkowo używano kostek mydła i wielokrotnie sterylizowanych drewnianych szczotek ze zwierzęcego włosia. Szczotki drewniane zastąpiono w latach 80. plastikowymi, a mydło – detergentami. Obecnie zasadą jest wstępne mycie rąk mydłem w płynie, a następnie wcieranie w skórę dłoni środka antyseptycznego na bazie alkoholu.

Odkażanie pola operacyjnego wykonywano początkowo za pomocą przemywania skóry kolejno eterem i roztworem jodyny. Obecnie skórę pola operacyjnego przemywa się roztworem jodu z poliwinylpirolidonem [11]. Dodatkową ochronę przed zakażeniem tkanek stanowią folie naklejane na skórę w miejscu operowanym po jej chirurgicznym umyciu. Przez tę folię wykonuje się cięcie skórne. Stosuje się też specjalne protektory tkanek podczas zabiegów onkologicznych.

Narzędzia i materiały operacyjne

W ciągu 40 lat zmieniały się stosowane w chirurgii narzędzia i materiały operacyjne. Od początku istnienia Bloku Operacyjnego jako nici wchłaniających używano katgut⁹. Niewchłaniałne szwy: jedwab i len przygotowywały instrumentariuszki z nici nawiniętych na tekturowe szpulki. Usuwano tekturki, sterylizowano

nici i umieszczano w słoikach z 96° spirytusem. Katgut był dostarczany w fabrycznie przygotowanych słoikach, z których w czasie operacji wyciągano i odcinano nitki. Bywały fiołki z jednorazową porcją katgut z wtopioną w nią igłą atraumatyczną [4]. W latach 80. ubiegłego wieku zaczęto wprowadzać pierwsze wchłaniające nici syntetyczne (dexon). Katgut został obecnie całkowicie zastąpiony przez syntetyczny, wchłaniający materiał z poliglikoli. Stosowane przez wiele lat do szycia tkanek włókna naturalne: jedwab i len w pełni zastąpiono w latach 90. monofilamentami i plecionkami syntetycznymi. Podobną ewolucję jak materiał do szycia przeszły igły chirurgiczne. Naturalne włókna wyciągane ze słoików i przycinane na potrzebną długość były początkowo nawlekane lub wpinane w igły metalowe wielorazowego użytku. Igły te miały grube ucha i przewleknięcie ich przez tkanki powodowało uszkodzenie większe niż samo wkłucie. Obecnie stosowane są wyłącznie igły atraumatyczne z wtopioną nicią.

W niektórych operacjach na przewodzie pokarmowym szwy ręczne można zastępować szwami mechanicznymi – stosuje się zszywacz (stapler). Stapler był już stosowany przez chirurgów w Szpitalu Wojewódzkim w latach 70. XX wieku. Był to zszywacz liniowy wielorazowego użytku z nożem (UDP) produkowany w ZSRR. Przed sterylizacją należało pęsetką naładować do niego kilkaset zszywek. Pierwsze jednorazowe staplery zaczęto używać w latach 80., dzięki zestawom otrzymanym w darze z Francji. Obecnie jednorazowe zszywacze różnych typów są w powszechnym użyciu.

Wielorazowym sprzętem były też szklane strzykawki typu Record z metalowym tłokiem i metalowymi nasadkami, a nieco później typu Luer ze szklanym tłokiem. Sterylizowano je przez gotowanie, a przechowywano wysuszone w metalowych sterylizatorach. Do przechowywania wygotowanych, pojedynczych strzykawek w 70° spirytusie lub denaturacie używano też metalowych pojemników „paratus” [3]. Jednorazowe strzykawki i igły wprowadzono w polskich szpitalach dopiero w latach 80. ubiegłego wieku.

Zmienił się całkowicie sposób zaopatrywania naczyń krwionośnych krwawiących w trakcie przecinania tkanek. Przez wiele lat jedynym sposobem hemostazy było chwytanie ich kleszczykami Peana i podwiązywanie katgutem. W latach 80. wprowadzono śródoperacyjną koagulację. Początkowo stosowany aparat Lancetron, następnie GT 300 zastąpiono w 1990 roku skomputeryzowanym urządzeniem do koagulacji firmy Erbe. Obecnie przy każdym zabiegu są powszechnie stosowane coraz nowszej generacji aparaty do elektrokoagulacji. Całkowicie zastąpiły one żmudne podwiązywanie pojedynczych krwawiących naczyń. Wprowadzono też nowe urządzenia – ligasure i nóż harmoniczny.

⁹ Katgut (catgut) są to splecione włókna naturalne z jelit baranich lub kocih. Produkcji katgutów zaprzestano w 2000 r.

Operacje „klasyczne”

Powstanie i stopniowy rozwój współczesnej medycyny operacyjnej¹⁰ zapoczątkowało odkrycie w połowie XIX wieku możliwości znieczulania chorych do operacji¹¹. W Szpitalu Wojewódzkim kontynuowano działalność Szpitala Miejskiego (Wojewódzkiego) przy ul. Kościuszki 25, który przeznaczono do wieloletniego remontu [12]. Początki kieleckiej chirurgii i anestezjologii tam miały miejsce.

Pierwsze operacje na Bloku Operacyjnym Szpitala Wojewódzkiego w Kielcach wykonano w grudniu 1968 roku. Blok na III piętrze służył oddziałom: chirurgicznemu, ortopedycznemu i neurochirurgicznemu. Od początku przy zabiegach stosowano znieczulenie ogólne dotchawicze z intubacją, choć w wielu szpitalach wykonywano jeszcze operacje w znieczuleniu eterowym przy pomocy otwartej „kapanej” metody z maską Schimmelbuscha¹². Stopniowo, w ciągu lat udoskonaleniu ulegała metodyka znieczulania i aparatura anestezjologiczna. Stale unowocześniano metody operacyjne. Dzięki wprowadzaniu nowych możliwości diagnostycznych (aparatura rentgenowska ze wzmacniaczami, przenośne monitory do badań rtg, tomografia komputerowa, endoskopia przewodu pokarmowego, ultrasonografia) oraz operacyjnych (endoprotezy, artroskopia, choledochoskopia, mikroskopy zabiegowe) poszerzały się możliwości leczenia. Zabiegi artroskopowe w obrębie stawu kolanowego lekarze ortopedzi zaczęli wykonywać w latach 80. XX wieku.

Laparoskopia

Zupełnie nową jakość we współczesnej chirurgii wprowadziła możliwość operowania przy pomocy laparoskopu. Laparoskopię za pomocą sztywnych wizerników wykorzystywano pierwotnie do diagnozowania wnętrza jamy brzusznej. Próby te sięgają początku XX wieku. W następnych latach wprowadzono kolejne udoskonalenia: insuflację CO₂ (Zollikofer 1920), igłę do insuflacji (Janos Veres 1938), automatyczny insuflator (Kurt Semm 1960). Pierwszą operację usunięcia

laparoskopem wyrostka robaczkowego wykonał ginekolog Kurt Semm w 1983 roku. Przełomu w chirurgii i medycynie dokonały jednak laparoskopowe cholecystektomie. Pierwszą udokumentowaną operację laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego wykonał w 1985 roku Erich Mühe (1938–2005) w Kreiskrankenhaus w Böblingen¹³. Ginekolog Phellipe Mouret w Lyonie usunął po raz pierwszy pęcherzyk żółciowy, używając wideo-laparoskopu w marcu 1987 roku. W Polsce chirurgia laparoskopowa rozpoczęła się 20 czerwca 1991 roku od wykonanej przez prof. Marka Krawczyka w Warszawie pierwszej samodzielnej operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego tą metodą. Wcześniej pokazową operację wykonano gościnnie w Poznaniu 15 maja 1991 roku.

Do Szpitala na Czarnowie wprowadzono technikę laparoskopową w 1993 roku. Korzystając z aparatury wypożyczonej przez firmę Storz, 23 stycznia 1993 roku wykonano pierwszą w województwie świętokrzyskim operację laparoskopową. Było to wycięcie pęcherzyka żółciowego z kamieniami u 41-letniej chorej. Operował ordynator Oddziału Chirurgicznego dr n. med. Jerzy Krzewicki przy asyście lek. med. Andrzeja Zielińskiego i lek. med. Wiesława Sitnika. Instrumentariuszkami były: piel. Iwona Czupryńska i piel. Barbara Terek. Znieczulał lek. med. Krzysztof Borzęcki. Dzięki temu sprzętowi wykonano też kilkanaście kolejnych operacji laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego [13].

Obecnie technika laparoskopowa (wideochirurgia) jest podstawową metodą operowania kamicy żółciowej i wyparła niemal całkowicie cholecystektomię otwartą (klasyczną) [14]. W Szpitalu Wojewódzkim wykonywane są też obecnie laparoskopowe operacje bariatryczne i onkologiczne. Postęp w dziedzinie wideochirurgii umożliwia wykonanie prawie każdego typu zabiegu operacyjnego tą metodą.

PODSUMOWANIE 40 LAT PRACY BLOKU OPERACYJNEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W KIELCACH

Pełna praca Bloku Operacyjnego rozpoczęła się w 1969 roku. W pierwszym roku działalności wykonano ponad 2700 operacji, a w każdym kolejnym widoczna jest tendencja wzrostowa (tab. 1, ryc. 1 i ryc. 2). W początkowym okresie (1969–1984) do sumy operacji wliczano zabiegi wykonywane także przez Oddział Ginekologiczny, który stanowił część organizacyjną bloku ogólnego. Od 1985 roku operowały tylko trzy oddziały: chirurgiczny, ortopedyczny

¹⁰ Ludwik Teodor Kocher (1841–1917) w latach 1872–1883 przeprowadził z powodzeniem 100 operacji wola tarczycy. Ludwik Rydygier 12 listopada 1881 r. wykonał w Chełmnie z powodzeniem pierwszą resekcję żołądka z powodu owrzodzenia. Theodor Billroth (1829–1894) w Wiedniu 29 stycznia 1881 r. pierwszy resekował żołądek u chorego na raka. Operację wycięcia żołądka rozpoczął również w Paryżu Jules Emile Pean (1830–1898). Karl J.M. Langenbuch (1846–1901) 15 lipca 1882 r. dokonał pierwszej cholecystektomii. Jan Mikulicz-Radecki (1850–1905) przeprowadził pierwsze operacje przełyku. Pierwszej appendektomii dokonał w kwietniu 1887 r. amerykański chirurg Thomas T. Morton (1835–1903).

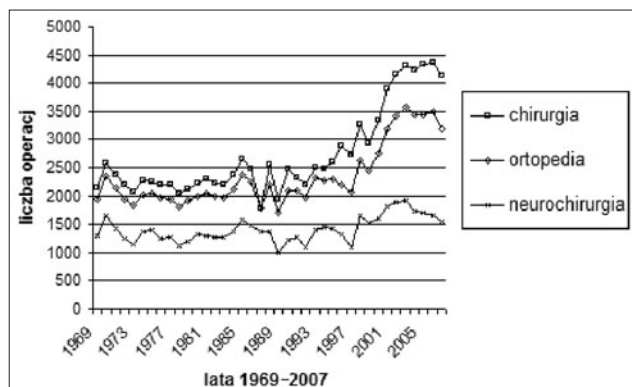
¹¹ Pierwszą operację w znieczuleniu eterowym wykonał 30 marca 1842 r. dr Crawford Long (1815–1878) w Jefferson, Georgia. Na skutek toczącej się wojny informacje o tym odkryciu opublikował dopiero kilka lat później (C.W. Long: Account of the First Use of Sulphuric Ether by Inhalation as an Anesthesia in Surgical Operation, *Sout Med. Surg J*, 5, 1849, 705–713). William T.G. Morton (1819–1868) rozpropagował eterowe znieczulenie wziewne, demonstrując je podczas operacji w Bostonie 16 października 1846 r. Metody tej nauczył się od C. Longa.

¹² Pierwsze znieczulenie z intubacją wykonał w Kielcach w 1963 r. dr Andrzej Olearczyk.

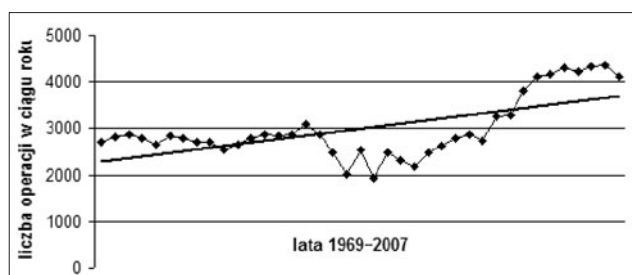
¹³ E. Mühe, Cholecystectomy durch das Laparoskop, *Langenbecks Arch Klein Chir* 1986, s. 369, 804.

Tabela 1. Liczba zabiegów wykonanych na Bloku Operacyjnym w latach 1969–2007

Rok	Chirurgia	Ortopedia	Neurochirurgia	Ginekologia	Kardiologia	Łącznie
1969	1301	640	213	566	–	2720
1970	1650	702	220	238	–	2810
1971	1441	710	234	480	–	2865
1972	1251	689	259	581	–	2780
1973	1138	706	231	575	–	2650
1974	1368	652	260	575	–	2855
1975	1403	626	223	537	–	2789
1976	1259	709	223	512	–	2703
1977	1286	655	250	507	–	2698
1978	1115	702	218	498	–	2533
1979	1196	722	212	521	–	2651
1980	1325	670	230	562	–	2787
1981	1299	753	240	580	–	2861
1982	1265	726	228	562	–	2845
1983	1265	705	235	668	–	2876
1984	1385	724	269	683	–	3093
1985	1590	793	265	–	–	2877
1986	1469	780	233	–	–	2482
1987	1387	410	0	–	–	2009
1988	1389	803	351	–	–	2543
1989	994	725	210	–	–	1929
1990	1229	859	395	–	–	2483
1991	1267	820	239	–	–	2326
1992	1101	870	213	–	–	2184
1993	1404	907	178	–	–	2498
1994	1462	809	216	–	–	2631
1995	1421	868	303	–	191	2783
1996	1336	868	672	–	0	2876
1997	1103	956	674	–	0	2733
1998	1661	962	630	–	0	3253
1999	1540	921	470	–	350	3281
2000	1602	1160	584	–	471	3817
2001	1813	1384	704	–	214	4115
2002	1892	1539	728	–	–	4159
2003	1910	1669	735	–	–	4314
2004	1745	1689	808	–	–	4239
2005	1697	1736	901	–	–	4334
2006	1666	1834	867	–	–	4367
2007	1561	1634	932	–	–	4127
	55186	36087	15485	8645	1370	116876



Ryc. 1. Operacje wykonywane przez Oddziały: Chirurgiczny, Ortopedyczny i Neurochirurgiczny



Ryc. 2. Suma zabiegów na Bloku Operacyjnym w latach 1969–2007

i neurochirurgiczny. Do sumy wykonanych operacji w latach 1995–2001 wliczano także zabiegi wszczepienia kardiostymulatorów, wykonywane przez lekarzy kardiologów. Liczba operacji spadała okresowo tylko wtedy, gdy remontowano oddziały lub blok operacyjny. Od 2001 roku liczba operowanych chorych na Bloku Operacyjnym w ciągu roku przekroczyła 4000. Szczególnie rosła w kolejnych latach liczba operacji ortopedycznych i neurochirurgicznych [12, 13].

W ciągu prawie 40 lat na Bloku Operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach wykonano ok. 120 000 operacji. Zmieniał się sprzęt, materiał i metody. Postęp jest coraz szybszy. Zwiększa się też liczba chorych leczonych operacyjnie.

Inne są obecnie wymogi budowania i działania bloków operacyjnych. Nowoczesną zasadą jest integrowanie sal operacyjnych dla wszystkich oddziałów i specjalności w jednym miejscu. Sale operacyjne powinny też sąsiadować z całym zapleczem diagnostycznym. Ułatwia to pracę i przyspiesza podejmowanie decyzji operacyjnych. Skomasowanie pozwala na bardziej ekonomiczne korzystanie ze sprzętu, urządzeń i pomieszczeń oraz pełne wykorzystanie personelu.

Większa współcześnie skuteczność odkażania jest zależna od technologii, organizacji i kontroli przebiegu

procesu sterylizacji [14–16]. Znanych jest coraz więcej czynników wpływających na zakażenia śródoperacyjne. Wprowadzane są nowe materiały do produkcji fartuchów chirurgicznych, obłożenia i odzieży, które nie są już źródłem zapylenia [17]. Większość warunków określających środowisko bloku operacyjnego jest określana obecnie normami obowiązującymi w Unii Europejskiej.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Jarosiewicz G. Blok operacyjny. Bezpieczeństwo pracy i ochrona zdrowia pracowników. PIP, Warszawa 2003.
- [2] Wejroch D. Praca instrumentariuszki. PZWL, Warszawa 1963.
- [3] Zych K. Zasady sterylizacji narzędzi medycznych. PZWL, Warszawa 1978.
- [4] Chwiłkowski H. Narzędzia lekarskie, sprzęt sanitarny i inne artykuły medyczne. PZWL, Warszawa 1964.
- [5] Ciuruś MJ. Pielęgniarstwo operacyjne. Wyd. Adi, Łódź 1998.
- [6] Ciuruś MJ. Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych, a jakość usług medycznych. Wyd. Adi, Łódź 1999.
- [7] Wolska D. Rozwój aseptyki i antyseptyki na przestrzeni wieków. Praca licencjacka. Akademia Świętokrzyska, Kielce 2007.
- [8] Jakimiak B, Roehm-Rodowald E. Kontrola skuteczności procesów sterylizacji. Blok Operacyjny 1998; 2: 77.
- [9] Roehm-Rodowald E, Jakimiak B. Opakowania sterylizacyjne. Blok Operacyjny 1998; 3–4: 64.
- [10] Waszak B. Nowe technologie w zakresie rutynowej kontroli procesów sterylizacji parowej. Zakażenia 2007; 7: 9.
- [11] Tyski S. Problemy higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji skóry. Blok Operacyjny 1998; 1: 37.
- [12] Z dziejów chirurgii regionu świętokrzyskiego. Red. S. Głuszek. Wyd. Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2006.
- [13] Archiwa Oddziałów: Chirurgicznego, Ortopedycznego, Neurochirurgicznego oraz Bloku Operacyjnego.
- [14] Siwek J. Zalety cholecystektomii laparoskopowej w porównaniu z klasyczną w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego w Wojewódzkim Szpitalu

Zespolonym w Kielcach. Praca licencjacka. Akademia Świętokrzyska, Kielce 2007.

[15] Czapliński J. Formy organizacji procesów sterylizacji w Polsce i ich wpływ na występowanie zagrożeń epidemiologicznych. *Zakażenia* 2007; 7: 15.

[16] Dulny G. Centralna sterylizacja w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie. *Zakażenia* 2007; 7: 19.

[17] Gondek S. Znaczenie pylenia w powikłaniach i zakażeniach na bloku operacyjnym. *Zakażenia* 2007; 7: 107.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Jerzy Krzewicki
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: j.krzewicki@wp.pl
tel. 041 367 15 71

KOMUNIKAT

COMMUNICATION

W dniu 5.11.2008 r. przy Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach rozpoczął działalność Oddział Terenowy Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.

Na Walnym Zgromadzeniu powołano Zarząd Oddziału Towarzystwa w składzie:

- Przewodniczący – dr n. med. Elżbieta Kamusińska
- Wiceprzewodniczący – mgr Maria Michalska
- Sekretarz – mgr Małgorzata Kaczmarczyk
- Skarbnik – mgr Jadwiga Krawczyńska
- Członek – dr n. med. Dorota Koziel

Oddział Terenowy określił kierunki działalności, którymi są:

1. Propagowanie idei Towarzystwa w środowisku akademickim, medycznym i lokalnym.
2. Nawiązanie do ceremoniału i symboli zawodowych pielęgniarki i położnej w kształceniu studentów w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJK.
3. Reaktywowanie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Sali Tradycji – opieka nad zabytkami i przedmiotami związanymi z historią pielęgniarstwa i położnictwa, medycyny i farmacji.
4. Przygotowanie i publikacja prac o tematyce związanej z historią pielęgniarstwa, położnictwa i medycyny.
5. Zorganizowanie konferencji naukowej o tematyce nawiązującej do działalności Towarzystwa.

Osoby zainteresowane ww. tematyką zapraszamy do włączenia się w działalność Towarzystwa. Kontakt drogą elektroniczną pod adresem thistmed@ujk.kielce.pl lub listownie:

Dr n. med. Elżbieta Kamusińska
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail” elakam09@wp.pl
tel. 041 349 69 35

W imieniu Zarządu
Elżbieta Kamusińska

REGULAMIN PUBLIKACJI PRAC W „STUDIACH MEDYCZNYCH”

- Kwartalnik „Studia Medyczne” (“**Medical Studies**”) przyjmuje do druku prace w języku polskim i angielskim, oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, historyczne, listy do redakcji, recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, z medycyny oraz z dziedzin pokrewnych: psychologii, etyki, historii medycyny, organizacji ochrony zdrowia.
- Wszystkie prace oryginalne muszą spełniać wymogi Deklaracji Helsińskiej z 1989 r. W uzasadnionych przypadkach musi być załączona informacja o zgodzie Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badania lub przesłanie odpowiedniej dokumentacji. W opisie przypadków kazuistycznych obowiązuje zakaz podawania danych personalnych, chyba że chory wyraża na to świadomie zgodę, np. na publikowanie zdjęć.

PRZYGOTOWANIE MANUSKRYPTU (MASZYNOPISU)

Maszynopis pracy winien być przygotowany w formacie A-4. Tekst pisany czcionką 12 pkt, z zachowaniem marginesów: górny i dolny – po 2 cm, lewy – 3 cm, prawy – 4 cm. Na kartce wydruku powinno być ok. 30 wierszy, w każdym wierszu ok. 60 znaków, licząc łącznie z odstępami między wyrazami, interlinia – przynajmniej 24 pkt.

Strona tytułowa

1. Tytuł pracy: (w języku polskim i angielskim).
2. Imię (imiona) i nazwisko autora(ów), tytuły naukowe.
3. Instytucja(e), z której pochodzi praca.
4. Kierownik instytucji (tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko kierownika).

Streszczenie (w języku polskim i angielskim) dla prac oryginalnych od 200 do 250 słów w układzie: cel pracy, materiał i metody, wyniki i wnioski; dla prac kazuistycznych i poglądowych – od 100 do 150 słów).

Słowa kluczowe. 4–5 terminów indeksujących lub słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) opisujących przedmiot pracy (jeśli to możliwe – zgodnie z Index Medicus Medical Subject Headings (MESH)).

Tekst pracy. W zależności od rodzaju, praca powinna być podzielona na:

- praca oryginalna – wstęp (wprowadzenie do zagadnienia, opis problemu i założenia), cel(e) pracy,

materiał i metody (opis projektu badania naukowego, miejsca), wyniki (o ile jest to możliwe, mogą być częściowo przedstawione w tabelarycznym układzie), omówienie (na tle aktualnego piśmiennictwa) i wnioski (nie powinny być powtórzeniem wyników pracy);

- praca kazuistyczna – wstęp, opis przypadku, omówienie i wnioski;
- praca poglądowa – wstęp, rozwinięcie omawianego tematu (problemu), wnioski.

Objętość pracy oryginalnej nie powinna przekraczać 14 stron maszynopisu znormalizowanego, pracy kazuistycznej 8 stron, a pracy poglądowej 18 stron łącznie z piśmiennictwem. W niektórych przypadkach prace mogą przekraczać limit objętości za zgodą Komitetu Redakcyjnego.

Skróty stosowane w tekście należy zawsze objaśniać przy pierwszym wystąpieniu terminu, nie należy stosować skrótów w tytule pracy. Określenia statystyczne, skróty i symbole powinny być jasno zdefiniowane.

Niezależnie od tematyki w tekście należy używać międzynarodowych nazw leków.

Wyniki badań laboratoryjnych oraz odpowiednie normy i odchylenia standardowe powinny być wyrażone w jednostkach przyjętych przez Międzynarodowy Układ Miar SI.

Tabele kombinowane, ryciny, zdjęcia, mapy, wzory itp. powinny być załączone w osobnej kopercie, również na płycie z zaznaczeniem miejsca ich umieszczenia w tekście. Rozmiar rycin 12–14 cm, tabele do formatu A4.

Podziękowania. Dotyczą osób lub instytucji, które przyczyniły się do powstania pracy, w tym źródeł finansowych, dzięki którym powstała praca. Osoby wymienione w podziękowaniach muszą dać zgodę na ujawnienie swojego nazwiska. Uzyskanie zgody należy do autorów.

Piśmiennictwo powinno być umieszczone na końcu pracy – pisane taką samą czcionką jak tekst. Układ piśmiennictwa musi być zgodny ze standardem Vancouver, tj. wg kolejności cytowania w pracy. Należy uwzględnić nazwisko, pierwsze litery imion, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (wg Index Medicus), rok, tom i strony początkową i końcową. Jeżeli liczba autorów przekracza 3, to po 3 nazwiskach dodać: i wsp. W pracach oryginalnych i poglądowych należy uwzględnić do 40 pozycji, w kazuistycznych do 10. Każdą publikację umieszczać należy od nowego wiersza.

Przykłady prawidłowego piśmiennictwa:

– Artykuł:

Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia* 2006; 1: 82–9.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. *Eur J Surg* 2002; 168: 684–9.

– Książka:

Franklin MA. *Thoracoscopy*. MTP Press. Lancaster, UK 1986.

– Rozdział w książce:

Bron JD. Early events in the infection of the arthropod gut by pathogenic insect viruses. In: *Invertebrate Immunity*. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80–111.

Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48–72.

Adres do korespondencji. Na końcu pracy musi być zamieszczony adres autora oraz nr telefonu, faxu, e-mail.

Oświadczenie. Do pracy należy dołączyć oświadczenie, że nie była publikowana i że nie została złożona do druku w innym czasopiśmie oraz że autor wyraża zgodę na opublikowanie pracy w Internecie.

Odpowiedzialność prawną i merytoryczną za nieprawidłowości związane z przygotowaniem pracy ponoszą wszyscy autorzy w równym stopniu.

- Prace powinny być przesłane w 2 egzemplarzach maszynopisu i niezależnie od tego na opisanej płycie CD. Zalecane są formaty: Word pod Windows 98/2000/XP.

REDAKCYJNE OPRACOWANIE

- Wszystkie prace są recenzowane zgodnie ze współczesnymi wymogami oceny tego typu opracowań. Prace są oceniane przez recenzentów anonimowo, a autor otrzymuje z redakcji zawiadomienie o przyjęciu lub odrzuceniu pracy. Autor może podać nazwiska osób, które (jego zdaniem) nie powinny opiniować artykułu. Korekty tekstu dokonuje pierwszy autor lub jeden ze współautorów. Prace niezakwalifikowane do druku Redakcja zwraca jedynie na żądanie.
- Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac, w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych i innych oraz w Internecie.

Redakcja

PUBLICATION INSTRUCTION IN "MEDICAL STUDIES"

- The quarterly „Studia Medyczne” (“Medical Studies”) accepts for publication in Polish and English original papers, demonstrative and casuistic papers as well as historical accounts, letters to the Editor, reviews, short reports from scientific conferences devoted to medicine and related areas: psychology, ethics, history of medicine, organization of health care.
- All original papers must fulfil the requirements of the Helsinki Declaration from 1989. In justified cases information must be attached about the consent of the Bioethical Commission concerning the investigation, or relevant information should be sent. In the description of casuistic cases, it is forbidden to provide personal data, unless the patient consciously gives his or her consent, e.g. for the publication of photos.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT (TYPESCRIPT)

The **typescript** of the paper should be prepared in the format A-4. The text of the type of 12 points, with the maintenance of margins: upper and bottom – 2 cm, left – 3 cm, right – 4 cm. On the printout there should be approx. 30 lines, in every line approx. 60 signs with spaces at least 24 points.

Title page

1. Title of the paper: (in Polish and English).
2. Full name (names) of the author(s), academic titles.
3. Institution(s) from which the paper originates.
4. Head of the institution (title, degree, full name).

Abstract (in Polish and English) for original studies from 200 to 250 words in the arrangement: the aim of the study, material and methods, results and conclusions; for casuistic and demonstrative papers – from 100 to 150 words).

Key words. 4–5 index terms or key words (in Polish and English) describing the subject of the study (if possible – in compliance with Index Medicus Medical Subject Headings (MESH).

Text of the contribution. Depending on the kind, the contribution should be divided into:

- original paper – introduction (introduction to the problem, problem description and assumptions), aim(s) of the contribution, material and methods (description of the investigation and its venue),

results (as far as it is possible, they can be partly represented in tabular arrangement), discussion (against the background of current literature), and conclusions (they should not be a repetition of results of the study);

- case study – introduction, description of case, discussion and conclusions;
- review paper – introduction, development of the problem, conclusions.

Volume of the original work should not exceed 14 pages of standardized typescript, a case studies – 8 pages, and a review paper – 18 pages including the literature. In some cases contributions can exceed the volume limit upon the agreement of the Editorial Committee.

Abbreviations in the text must be always explained at the first appearance of the term; no abbreviations can be in the title of the contribution.

Statistical data, abbreviations and symbols should be clearly defined.

Aside from of the subject matter, international names of medicaments should be used.

Findings of laboratory investigations and suitable standards and standard deviations should be expressed in units accepted by the International System of Measures SI.

Tables combined, pictures, photos, maps, examples, etc. should be attached in a separate envelope, also on the diskette with the mark of the place of their location in the text. The size of pictures is 12–14 cm; tables – up to A4 size.

Acknowledgments refer to persons or institutions who/which contributed to the creation of the study, including financial sources thanks to which it came into being. Persons mentioned in Acknowledgments must give their consent to disclose their names. Authors are responsible to obtain the consent.

Literature should be listed at end of the paper – it must be typed by the same fonts as the text. The arrangement of the literature must be compatible with the Vancouver Standard, i.e. according to the sequence of quotation in the paper. The name, initials, the title of the work, abbreviation of the title of the periodical (according to Index Medicus), year, volume, and first and final page numbers. If the number of authors exceeds 3, after the third name add: et al. In original and demonstrative papers one ought to take into account up to 40 items; in casuistic papers up to 10. Every publication must be placed from a new line.

Examples of the correct literature:

– Article:

Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia* 2006; 1: 82–9.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. *Eur J Surg* 2002; 168: 684–9.

– Book:

Franklin HAS. *Thoracoscopy*. MTP Press. Lancaster, UK 1986.

– Book chapter:

Bron JD. Early events in the infection of the arthropod gut that pathogenic insect viruses. In: *Invertebrate Immunity*. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80-111.

Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48–72.

Address for correspondence. At the end of the paper the author's address and the number of telephone, fax, and e-mail address must be given.

Declaration. A declaration must be attached to the paper that it was not published and/or submitted for publication in another periodical, and that the author assents to publish the paper on the Internet.

Legal and substantial responsibility for any errors related to the preparation of the paper shall be shared by all authors equally.

- Contributions should be sent in 2 typescript copies and on a diskette. Word for Windows 98/2000/XP is recommended.

EDITORIAL ELABORATION

- All contributions are reviewed in accordance with current requirements for the assessment of this type of elaborations. Contributions are assessed by reviewers anonymously, and the author receives a notice from the Editorial Board about acceptance or rejection of the paper. The author may provide names of persons who (in his or her opinion) should not assess the article. Corrections of the text is made by the first author or one of co-authors. Papers not qualified for print are returned only on request.
- The Publisher acquires the general exclusive copyright to print the publication including dissemination of the publication on electronic media and on the Internet.

The Editorial Board

