

The logo for WSA (Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży) features the letters 'WSA' in a large, bold, black, sans-serif font. A thin, grey, curved line sweeps across the bottom of the 'A'.

WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU
W ŁOMŻY

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

Nr 43

Łomża 2009

**WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN LOMZA**

KOMITET REDAKCYJNY

Dr inż. Piotr Ponichtera
Dr inż. Andrzej Borusiewicz
Mgr Paulina Zabielska – sekretarz
Mgr inż. Marek Pawłowski – redaktor naczelny

RADA NAUKOWA

Prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka (Łomża)
Prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis (Wilno – Litwa)
Prof. nadzw. dr hab. Roman Engler (Łomża)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła (Łomża)
Prof. zw. dr hab. n. med. Ida Kinalska (Białystok)
Prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets (Łódź)
Prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski (Białystok)
Prof. dr John Mulhern (Cork – Irlandia)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik (Warszawa)
Dr n. med. Waldemar Pędziński (Łomża)
Gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski (Warszawa)
Prof. zw. dr hab. Franciszek Przała (Olsztyn)
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski (Łomża)
Prof. dr Knut Schuttemeyer (Glauchau - Niemcy)
Płk d. n. med. Sławomir Skrzyński (Warszawa)
Płk dr n. med. Stanisław Sosnowski (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jarosław Szymczuk (Białystok)
Prof. nadzw. dr hab. Sławomir Teclaw (Bydgoszcz)
Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko (Grodno – Białoruś)
Dr n. med. Maria Wilińska (Warszawa)

RECENZENCI

Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik
Dr n. med. Stanisław Sosnowski

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

ISBN 978-83-87492-78-6

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2009**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Studencka 19
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89
E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

- 1. Maria Wilińska, Wioletta Cedrowska**
Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym - szczególna rola pielęgniarki i położnej w promowaniu zachowań prozdrowotnych matki dziecka5
- 2. Iwona Ustaszewska, Waldemar Pędziński**
Motywacje kobiet do wykonywania badań profilaktycznych raka szyjki macicy wśród personelu Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce13
- 3. Elżbieta Muzyk, Zdzisław Szalkowski**
Rak szyjki macicy - wczesne wykrywanie stanów zagrożenia neoplazją.
Ryzyko raka w zakażeniach szyjki macicy wirusem Papilloma.35
- 4. Bożena Bulatowicz, Andrzej Gomuła**
Diagnostyka i leczenie raka piersi – opieka nad kobietą po mastektomii45
- 5. Hanna Kielczowska, Zbigniew Puchalski**
Rak piersi. Opieka okołoperacyjna.55
- 6. Stanisława Koziol, Anna Bronowicz**
Zasady pielęgnowania i rehabilitacja w raku piersi po mastektomii68
- 7. Ewa Damińska, Adam Parfińczak**
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad chorymi z cukrzycą typu 2 powikłaną wystąpieniem zawału serca leczonego za pomocą przezskórnej angioplastyki75
- 8. Agnieszka Szlajter, Anna Bronowicz**
Współczesne zasady diagnostyki i leczenia chorób tarczycy na przykładzie pacjentów objętych opieką Poradni Chorób Tarczycy w Łomży80
- 9. Adam Parfińczak, Franciszek Rogowski, Ewa Jaroszewicz**
Badanie stężeń TNF- α , sFasL and Bcl-2 w surowicy krwi chorych z wołem wieloguzkowym normocycznym przed i w trakcie leczenia ¹³¹I jako potencjalny parametr wystąpienia niedoczynności91
- 10. Beata Grzegorzczak, Anna Bronowicz**
Jakość życia pacjentów z chorobą wieńcową w świetle badań własnych105
- 11. Ewa Klej, Anna Bronowicz**
Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca na podstawie analizy dokumentacji Pracowni Angiograficznej Oddziału Kardiologii w Łomży113

Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym - szczególna rola pielęgniarki i położnej w promowaniu zachowań prozdrowotnych matki dziecka

Maria Wilińska - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
*Wioletta Cedrowska - Oddział Noworodków i Wcześnieiaków z Pododdziałem
Patologii Noworodka i Intensywnej Opieki w Łomży*

Streszczenie

Narodziny dziecka są niezwykle ważnym wydarzeniem w życiu kobiety i rodziny. Poród i połóg to okres, w którym wrażliwość kobiety i jej podatność na stres, ból, obniżenie nastroju a nawet depresję jest bardzo duża. Dlatego wymaga ona wsparcia nie tylko ze strony rodziny, ale także, a może przede wszystkim - personelu medycznego oddziałów noworodkowych i położniczych. Rolą personelu medycznego jest dostosowanie formy i treści przekazywanych informacji do jej możliwości percepcji.

Zmiany w położu dotyczą nie tylko narządów, ale także emocji. Typowe trudności to duży poziom lęku i poczucia niepewności. Jest to zjawisko normalne, ale bardzo często trudne do zaakceptowania. Przeciążenie obowiązkami, monotony tryb życia, brak spokojnego snu, niepewność

w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem oraz brak wsparcia najbliższych sprzyjają pojawieniu się poczucia przygnębienia, zmęczenia i niezrozumienia. Bardzo często pojawienie się takich symptomów doprowadza do wystąpienia poważnych zaburzeń sfery psychicznej, jak depresja poporodowa, baby-blues, zespół stresu poporodowego [1].

Bliski kontakt fizyczny matki i dziecka „skóra do skóry” po porodzie, efektywne pierwsze i kolejne karmienia to krytyczne determinanty skutecznej laktacji i źródło radości dla pacjentki. Budowanie więzi pomiędzy matką a dzieckiem ma olbrzymie znaczenie, daje matce poczucie ogromnej satysfakcji i bezpieczeństwa, inicjuje również laktację [2].

Karmienie piersią może stanowić źródło radości i przyjemności dla matki i dziecka, ale czasem też problemów w pierwszych dniach i tygodniach życia dziecka. Wydaje się bardzo trudne do zrealizowania, ale każda zdrowa matka, umiejętnie wsparta przez personel szpitalny oraz rozumiejącą rodzinę jest w stanie podolać takiemu wyzwaniu.

Życzliwość i opiekuńczość, empatyczna postawa pielęgniarek i położnych, ich wyrozumiałość, uśmiech i gotowość do reagowania na wszystkie wezwania wpływa na rozluźnienie napięcia u pacjentki, likwiduje strach, uspokaja, daje poczucie bezpieczeństwa. Personel medyczny potrafiący w umiejętny sposób wykorzystać podstawowe zasady komunikacji międzyludzkiej potrafi przeprowadzić kobietę przez trudny okres położu w jak najmniej stresujący dla niej sposób.

Wprowadzenie

Urodzenie dziecka jest jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu rodziny. Wybitny, zmarły w 1996 roku położnik prof. Ireneusz Roszkowski, któremu zawdzięczamy wprowadzenie do codziennej praktyki wielu rozwiązań organizacyjnych poprawiających opiekę nad matką po porodzie mówił: „W związku z porodem istnieje wielkie niebezpieczeństwo dla matki i dziecka. Narząd rodny po porodzie jest jedną wielką raną. Właściwie nie ma drugiej tak niebezpiecznej sytuacji w życiu człowieka jak w tym czasie”[3].

Poród jest dla kobiety wspaniałym czasem, kiedy przychodzi na świat upragnione dziecko. Jest jednak też ogromnym wysiłkiem fizycznym. Mimo stosowania farmakologicznych

środków ułatwiających poród, odpowiednie psychiczne do niego przygotowanie ma bardzo istotne znaczenie. W tym okresie szczególnego znaczenia nabiera dobry kontakt z osobami, którym kobieta oddaje się i powierza losy swoje i swojego dziecka. Właściwy kontakt przyszłej matki z personelem medycznym obdarzonym takim zaufaniem jest podstawą jej odczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Dla personelu jest to wysoka odpowiedzialność i brzemie, którego ciężar może zmniejszyć świadomość, wiedza i odpowiedzialność każdej osoby zaangażowanej w opiekę nad matką i jej dzieckiem.

Poród

W odczuwaniu bólu ważną rolę odgrywa jego emocjonalny składnik, najczęściej o charakterze lęku. Stwierdzono, że lęk wzmacnia nasilenie bólu, a ten z kolei podwyższa napięcie lękowe, tworząc trudne do przerwania błędne koło. Zjawisko to jest bardziej widoczne u kobiet z natury lękliwych, ponadto tych z błędną wiedzą o porodzie i przeżyciach z nim związanych, lub gdy w czasie porodu pojawiają się powikłania [3,4].

Lęk związany z porodem może mieć różne przyczyny. Może to być lęk przed bólem, przed zagrożeniem życia własnego lub dziecka, lęk przed wadą rozwojową dziecka, przed komplikacjami porodowymi. Niezależnie od dolegliwości porodowych stan lęku wyraźnie upośledza funkcjonowanie kobiety. Może doprowadzić do dezorganizacji zachowania, wadliwego odbioru informacji, na przykład instrukcji położnych i lekarza. W stanie, w jakim znajduje się rodzająca kobieta, normalnie przekazywane informacje mogą do niej nie docierać, tym samym nie spowodują oczekiwanego zachowania. Krzyk i pouczenia mogą nasilać lęk i nie odnieść pożądanego skutku. Dlatego tak bardzo ważne jest zachowanie spokoju przez wszystkich członków personelu w czasie porodu. Mimika lekarza lub położnej wyrażająca reakcję na przebieg akcji porodowej, mimo zmęczenia i senności rodzącej, jest przez nią wyraźnie odczuwana.

Powyższe zależności uzasadniają stwierdzenie, że uświadomienie i przygotowanie kobiety do aktywnej współpracy dopiero w momencie rozpoczętej akcji porodowej, kiedy nastawienie lękowe na cierpienie już powstało, jest znacznie ograniczone. Do aktywnej współpracy podczas porodu należy przygotowywać kobiety znacznie wcześniej. Poród będzie przebiegał sprawnie, z mniejszymi dolegliwościami. Przygotowanie emocjonalne polega na udzieleniu, uzupełnieniu i skorygowaniu wiadomości o przebiegu porodu. Istotną rolę odgrywa wytworzenie u kobiety nastawienia zadaniowego do porodu. Wpłyne to na zmniejszenie lęku o siebie. Ważne znaczenie ma również wyjaśnienie i podkreślenie roli, jaką odgrywają skurcze porodowe. Zrozumienie przez kobietę rodzącą istoty skurczów pozwala zmniejszyć odczuwanie bólu podczas ich trwania.

Bardzo ważne jest zaangażowanie męża (partnera) w przebieg porodu. Pozwala ono mężczyźnie aktywnie towarzyszyć żonie w tak ważnym dla rodziny momencie, jakim jest narodzenie dziecka. Obecność męża przynosi wiele korzyści rodzącej i może też być pomocą dla personelu medycznego.

Ważną zasadą jest zapewnienie rodzącej warunków intymności, ciszy i pełnego skupienia. Pozwoli to na lepszą kontrolę porodu zarówno przez personel jak i samą rodzącą. Wykorzystanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, takich jak zmiana pozycji, techniki oddychania, relaksu, ponadto ciepła kąpiel czy masaż pozwala na lepsze radzenie sobie z bólem i sprawniejszy przebieg porodu. Zachęcanie do przyjęcia wygodnej pozycji (nie na wznak) w drugim okresie, unikanie rutynowego nacięcia krocza poprawia przebieg porodu i usprawnia późniejszą opiekę nad dzieckiem.

Istotną rolę w psychoprophylaktyce porodu odgrywają kursy zwane szkołą rodzenia. Ich program realizuje się za pomocą różnych metod. Na uwagę zasługuje fakt, że zamiast z góry zaplanowanych wykładów prowadzi się dyskusje. Kierowane są one pytaniami i wątpliwościami uczestniczących w tych kursach kobiet. Fachowy personel ma możliwości przekazania wiedzy w odpowiedni, dostosowany do możliwości percepcji i potrzeb poszczególnych uczestników. Pomaga przeżyć ten szczególnie okres w życiu w przyjaznej atmosferze i odkryć w każdym

zdolność do bycia rodzicami. Specjalistyczny trening przedporodowy obejmuje także poznanie pozycji porodowych, technik oddychania, relaksu oraz redukcji bólu podczas porodu. W wielu szkołach tych czynności uczy się obojga rodziców, a nawet z pewnym naciskiem na uaktywnienie ojców. Zaangażowana postawa męża daje bowiem kobiecie poczucie bezpieczeństwa, oparcia, sprzyja rozwojowi i pogłębieniu się między nimi więzi emocjonalnej. Sprzyja także wspólnemu dojrzywaniu do nowej roli, jest podstawą wytworzenia się poczucia odpowiedzialności i ojcowskich uczuć [1].

Poza uczuciem rozradowania, szczęścia i ogromnej ulgi, że trudy porodu już minęły, w dalszym okresie połogu kobieta może odczuwać wyczerpanie, rozbicie oraz dyskomfort a nawet ból. Nawet najlepiej przygotowana do porodu kobieta odczuwa lęk o dziecko czy strach przed ewentualnymi powikłaniami okołoporodowymi. Dlatego bezpośrednio po porodzie należy zapewnić takie warunki, aby kobietę opanowało uczucie ulgi, spokoju i szczęścia. Uczucia te wyzwalają takie procedury, jak układanie noworodka na brzuch u matki. Matka może odczuwać ciepło ciała swojego dziecka, może je pogłaskać, przytulić. Jest to najbardziej zgodny z naturą sposób złagodzenia stresu poporodowego również dla noworodka. Pozostaje on w bliskim kontakcie z matką, słyszy bicie jej serca, zapoznaje się z zapachem ciała. Wczesny cielesny kontakt matki z nowo narodzonym dzieckiem jest dla niej źródłem niesamowicie intensywnych przeżyć. Jest wstępem do pokonania labilności emocjonalnej często towarzyszącej kobiecie przez cały okres ciąży [5].

Wprowadzenie porodów rodzinnych stwarzających ojcom czy bliskim osobom możliwość czynnego uczestnictwa w tym niezwykle wydarzeniu ma przede wszystkim znaczenie w pozytywnym wspieraniu psychicznym rodzącej. Uważa się, że ojcowie mogą odegrać bardzo pomocną rolę nie tylko w czasie porodu, ale również w okresie połogu. Więż rodzinna zadzierzgnięta w tym okresie owocuje bardziej trwałymi relacjami uczuciowymi nie tylko pomiędzy rodzicami. Zacieśnia również więź ojciec- dziecko i motywuje mężczyznę do bardziej opiekuńczej i partnerskiej postawy.

Pológ

Właściwa komunikacja z personelem medycznym jest niezwykle ważna także w tym okresie. Pozwala znieść trudy połogu oraz pokonać problemy związane z karmieniem naturalnym.

Powodzenie w karmieniu piersią zależy od tego, czy w otoczeniu znajdzie się osoba, która fachowo i życzliwie pomoże matce pokonać liczne trudności. Taką osobą powinna być każda pielęgniarka czy też położna z profesjonalnym przygotowaniem w zakresie umiejętności praktycznych i wiadomości teoretycznych. Powinna również posiadać umiejętność wykorzystania zasad prawidłowej komunikacji. Udzielanie porad matkom tak, aby zapadły głęboko w ich świadomość i zostały wdrożone w praktyce, musi opierać się na podstawowych zasadach komunikacji międzyludzkiej.

Pierwsze dni i tygodnie po porodzie to okres, w którym matka i dziecko poznają się wzajemnie. Bardzo często kobieta czuje się niepewna, bezradna, niejednokrotnie załamana a nawet przerażona sytuacją. Ta huśtawka emocjonalna jest w dużej części wynikiem zmian hormonalnych. Zadaniem personelu medycznego jest przeprowadzenie pacjentki przez pierwsze dni w sposób łagodny i zrównoważony. Proces komunikacji jest nie tylko ważny jako środek przenoszenia informacji, lecz również jako metoda pozyskiwania współdziałania pacjentki w rozwiązywaniu jej problemów[8].

Karmienie piersią jest naturalnym sposobem żywienia noworodka i niemowlęcia. Dla większości matek jest ono przyjemnością, dla niektórych tylko obowiązkiem wobec dziecka. Zadaniem personelu jest uświadomienie matce korzyści karmienia naturalnego tak, aby świadomie wybrała sposób karmienia dziecka, a przystawianie do piersi stało się dla niej przyjemnością i dawało obustronne korzyści - matce i dziecku.

Podstawowy problem w udzielaniu porad matkom przez personel medyczny stanowi brak umiejętności rozróżniania pomiędzy przekazaniem zestawu zaleceń do wykonania,

a udzieleniem prawdziwej pomocy poprzez przekazanie właściwej wiedzy i praktycznych umiejętności. Matka nie może zostać pochopnie negatywnie osądzona, oskarżona o niewiedzę czy brak umiejętności. Musi odczuć pełną akceptację dla swoich uczuć i sposobu myślenia. Dzięki tak wyrozumiałej i życzliwej postawie personel może zdobyć zaufanie i gotowość do przyjęcia pomocy przez pacjentkę.

Najczęstszymi źródłami nieporozumień w komunikowaniu się według są:

a) od strony nadawcy komunikatu:

- nie komunikowanie tego, co naprawdę się myśli lub pragnie
- wypowiedzi niejasne, tak skonstruowane by móc się z nich wycofać
- jednoczesne nadawanie sprzecznych lub rozbieżnych ze sobą komunikatów

b) od strony odbiorcy komunikatu:

- niedostateczne skupienie uwagi na tym, co mówi ktoś inny
- słuchanie tylko po to, aby jak najszybciej zabrać głos
- przedwczesne wysnuwanie przypuszczeń na temat tego, co powie nadawca
- słuchanie rozmówcy głównie po to, by go oceniać
- dokonywanie ciągłych ocen (9).

Chcąc zapobiec nieporozumieniom, warto przekazywać jedną informację w różny sposób, zilustrować to, co mówimy, praktycznym działaniem. Dla przykładu - mówiąc jak ręcznie odciągać pokarm pokazujemy na modelu sztucznej piersi, jak się to robi. Należy również używać precyzyjnego, zrozumiałego dla odbiorcy języka, czyli dbać o to, aby komunikat był jasny, unikać specjalistycznego żargonu, wyjaśnić wszystkie trudniejsze pojęcia. Nadawca powinien brać odpowiedzialność za informację używając komunikatów typu „Ja”, „Moim zdaniem”. Podstawowymi warunkami skutecznego komunikowania są wiarygodność nadawcy, wysyłanie zrozumiałych form przekazu oraz zapewnienie dopływu informacji zwrotnych.

W użyciu mamy komunikację werbalną lub pozawerbalną (niewerbalną). Komunikacja niewerbalna ma często nieświadomy charakter. Pozawerbalne komunikowanie to wyrażanie uczuć, trosk, zainteresowania bez użycia słów, poprzez gesty, mimikę, postawę ciała. Stosowanie tego rodzaju komunikacji znacznie ułatwia kontakt z matką. Czuje ona wówczas, że jesteśmy zainteresowani jej osobą, pokonuje nieśmiałość i przezwycięża lęk. Takie zachowanie sprzyja również miłej, przyjaznej i pełnej ufności relacji matka - pielęgniarka.

W celu nawiązania dobrego kontaktu pozawerbalnego podczas rozmowy z pacjentką należy usiąść przy niej tak, aby głowy były na tej samej wysokości. Należy patrzeć rozmówcy prosto w oczy, potakiwać głową, uśmiechać się, mówić powoli, spokojnie, łagodnym głosem. Badania wykazują, że w komunikowaniu dwóch osób element werbalny niesie mniej niż 35% społecznych znaczeń komunikacji, niewerbalne komunikowanie natomiast ponad 65%.

Komunikacja werbalna obejmuje wszystko to, co wyrażamy za pomocą słów.

Oprócz stosowania obu rodzajów komunikacji bardzo istotną umiejętnością jest aktywne słuchanie. Dzięki niemu możemy lepiej i skuteczniej porozumiewać się z pacjentką. Do zasadniczych elementów aktywnego słuchania zaliczamy:

- używanie w odpowiedzi gestów, które potwierdzają nasze zainteresowanie pacjentką,
- powtarzanie własnymi słowami słów matki, na przykład na stwierdzenie matki:

„Moje dziecko było rozdrażnione całą noc” należy zareagować : „Musiała Pani być czujna całą noc”.

- bycie zwierciadłem dla uczuć matki. Nazywając uczucia i emocje rozmówcy pomagamy mu lepiej uświadomić sobie własne przeżycia.

- nie ocenianie, matka jest bardzo wyczulona na krytykę. Należy więc unikać słów wyrażających ocenę („Pani dziecko ssie nieefektywnie”), a szczególnie ocen negatywnych („Nieodpowiednio się Pani odżywia”).

- nie uogólnianie, każdy układ matka – dziecko jest niepowtarzalny. Stwierdzenie „każdy noworodek domaga się piersi co trzy godziny, śpi dwadzieścia godzin na dobę” nie mają sensu.

- nie dawanie dobrych rad – zwroty typu „nie martw się, uszy do góry, nie płacz” mają charakter nieformalny i ucinają ekspresję uczuć.

Zwracając się do pacjentki trzeba mówić jasno, unikać żargonu czy niezrozumiałego słownictwa medycznego. Komunikacja będzie prawidłowa, jeżeli wybierzemy odpowiednie miejsce, czas, usuniemy wszystkie bariery, które mogą zakłócać przekaz. Istotna jest w przekazie postawa. Powinna być otwarta z otwartymi ramionami, spokojna, uśmiechnięta, pogodna twarz.

Życzliwość i opiekuńczość pielęgniarki i położnej, ich wyrozumiałość i uśmiech likwidują strach, uspokajają i dają poczucie bezpieczeństwa. Pielęgniarki i położne pełnią podczas dialogu z pacjentką rolę mądrego i życzliwego opiekuna. Konstruktynwa komunikacja jako forma wsparcia w okresie laktacji musi objąć jednak nie tylko matkę i dziecko, ale również ojca oraz najbliższą rodzinę. Okres pobytu w szpitalu przebiega łatwiej, kiedy kobieta i dziecko są otoczone miłością i wsparciem rodziny. Dzięki bezpośredniemu kontaktowi z ojcem pielęgniarka i położna może przekazać informacje i wskazówki, które będą pomocne we wspieraniu przez mężczyznę swojej żony [8,9].

PND – depresja poporodowa kobiety

Przełom w funkcjonowaniu biologicznym i psychologicznym spowodowany ciążą i porodem może doprowadzić u kobiety do różnej postaci zaburzeń psychicznych. W psychopatologii określa się je i zalicza do zaburzeń i psychoz poporodowych. Jednym z takich stanów jest depresja porodowa (postnatal depression –PND).

Depresja to określony zespół objawów psychicznych i fizycznych, które zwykle utrzymują się dłużej, utrudniają lub uniemożliwiają codzienne życie. Depresja może mieć wiele przyczyn, w jej powstaniu biorą udział czynniki psychologiczne i społeczne oraz biologiczne. Zakłada się, że czynnikiem biologicznym wyzwalającym depresję jest wadliwe funkcjonowanie neuroprzekazników przewodzących impulsy nerwowe między komórkami mózgowymi, zwłaszcza serotoniny i noradrenaliny (7). Nieprawidłowe stężenie tych substancji chemicznych na zakończeniach nerwowych (synapsach) może przyczynić się do pojawienia depresji.

PND rozpoczyna się zazwyczaj około sześć tygodni po opuszczeniu szpitala, ale może pojawić się także już podczas pobytu na oddziale lub kilka miesięcy a nawet rok później. Jej objawami są obniżony nastrój, spadek zainteresowania dzieckiem oraz sobą, płacz bez istotnej przyczyny, problemy z koncentracją uwagi, drażliwość. Pojawiają się zaburzenia snu, uczucie zmęczenia i brak lub spaczenie apetytu, niepokój oraz napady paniki. Matki są przygnębione, zniechęcone, mają poczucie utraty czasu, poczucie winy i nieudolności, pojawia się negacja seksu.

Prawdopodobieństwo wystąpienia PND jest wyższe, gdy występują powikłania okołoporodowe, kobiecie brakuje wsparcia otoczenia lub jest z natury neurotyczną, depresyjną osobą. Zazwyczaj problemy piętrzą się, gdy rodzice są młodociani a ciąża nie była planowana lub, co gorsza, matka będzie samotnie wychowywać dziecko. Sytuację pogarsza zła sytuacja ekonomiczna rodziny.

Wątpliwości co do stanu zdrowia dziecka pogłębiają depresję poporodową. Żółtaczka fizjologiczna, problemy z karmieniem to zjawiska powszechne, ale często wywołują duży niepokój u matki. Pomaga rozmowa ze specjalistami (lekarzem, pielęgniarką, położną) którzy udzielają matce rzetelnych, wiarygodnych i pełnych odpowiedzi.

Depresja poporodowa mężczyzn

Istnieją doniesienia, że mężczyźni także doświadczają depresji. Męska depresja poporodowa występuje jednak rzadziej od kobiecej i ma podłoże psychospołeczne. Nowonarodzone dziecko wiele zmienia w życiu mężczyzny. Czują się oni podobnie jak kobiety, nieudolni, niezdolni do poradzenia sobie z nowymi obowiązkami, są czasami dotknięci tym, że dziecko skupia na sobie prawie całą uwagę partnerki. Innymi powszechnymi objawami PND u mężczyzn są zmęczenie, niepokój, płacz, obniżony nastrój. Często ojcowie wycofują się i są niechętni rozmowom, zajmują się czynnościami, które zawsze sprawiały im przyjemność. Niektórzy przestają dbać o swój wygląd, sięgają po alkohol. Ojcowie predysponowani do

wystąpienia depresji to mężowie kobiet z PND, którzy muszą się zmierzyć z ogromem obowiązków w pracy i w domu, a także mężczyźni nie wspierani lub wspierani w niewielkim stopniu przez otoczenie i członków rodziny. Zjawisko to dotyczy także osób niezadowolonych z relacji z partnerkami oraz ludzi znajdujących się w trudnej sytuacji socjoekonomicznej, u których lęki dotyczą zapewnienia rodzinie godnego bytu.

Istotnym elementem przyczyniającym się do rozwoju męskiej depresji poporodowej jest rozbieżność między wyobrażeniem związanym z powiększeniem rodziny a rzeczywistością obfitującą w poważne problemy. Mężczyzna, który w powszechnym wyobrażeniu powinien być silny, często wcale się taki nie czuje. Nie umie przyznać się, że on także potrzebuje wsparcia, ciepła. Dyskomfort mężczyzny pogłębia fakt, że wiadomo jest, że to nie on, ale jego żona przeżywała bezpośrednio trudy porodu.

Baby blues

Przez tak zwany „baby blues” przechodzi wiele kobiet w pierwszych dniach po porodzie. Zmienność nastrojów, płaczliwość i przygnębienie odczuwane około dwóch, trzech dni po porodzie to typowe symptomy tego stanu. Jest to skutek wyczerpania i zmęczenia organizmu oraz gwałtownych zmian hormonalnych. Stan ten mija po kilku, kilkunastu dniach.

Zachowanie najbliższego otoczenia chorej jest bardzo ważne w wychodzeniu z zaburzeń emocjonalnych. Nie należy oczekiwać, że strach, smutek i obawy chorej będą racjonalne. Nawet całkiem niewinne i drobne sprawy wywołują u kobiety silne obniżenie nastroju. Depresja wywołuje uczucie zmęczenia i nawet łatwe, niewymagające siły zadania mogą przerastać. Należy spróbować oferować tak dużo pomocy praktycznej na jaką otoczenie stać. Nie należy wytykać położnicy słabych stron (niedokończonych prac, zaniedbanego wyglądu). Należy pozwolić chorej mówić o najskrytszych strachach oraz lękach, nie okazując zaskoczenia, okazywać sympatię i zrozumienie dla sytuacji, upewniać chorą, że wyjdzie z tego, powtarzając swoje zapewnienia tak często, jak to możliwe. Ważne jest zachęcanie do odpoczynku, dodawanie odwagi oraz chwalenie za najdrobniejsze postępy. Jeżeli problem narasta, należy namawiać do szukania pomocy specjalisty.

Psychoza poporodowa

Psychozy poporodowe pojawiają się gwałtownie kilka dni po porodzie, najczęściej u pierwsiaków, często u pacjentek, które w przeszłości wykazywały cechy choroby psychicznej. Kobieta w stanie psychozy jest nadmiernie aktywna, podejmuje wiele nieprzemyślanych działań, ma podwyższony, euforyczny nastrój, bywa wielomówna i drażliwa, nie odczuwa potrzeby snu i jedzenia. Wymaga natychmiastowej pomocy specjalistycznej.

Rola systemu rooming-in w okresie poporodowym

Po porodzie, jeżeli wynik badania noworodka jest zadowalający, matka zostaje przeniesiona z dzieckiem do jednej sali. Ten system opieki, który zakłada wspólne i nieprzerwane przebywanie matki z dzieckiem na jednej sali z nadzorem pielęgniarki lub położnej, nazywamy systemem rooming-in [5, 10,11]. Jego rozpowszechnienie na świecie jest osiągnięciem ostatnich kilkunastu lat. Ten wspólny pobyt na jednej sali budził obawy matek, że utrudzone porodem nie znajdą czasu na wypoczynek i właściwą opiekę nad dzieckiem. Okazało się jednak, że przebywanie z dzieckiem ma niesłychanie kojący wpływ na ich psychikę. Daje matkom możliwość obserwowania noworodka i pewność, że nic złego nie dzieje się z dzieckiem. Wszelkie niepokoje matki mogą zgłaszać personelowi. Matki z reguły mają wiele wątpliwości dotyczących zachowań swojego dziecka, a pozostający z bliskim kontakcie personel medyczny ma możliwość udzielenia odpowiedzi na wszystkie nurtujące matkę pytania [12]. Dzięki przebywaniu z dzieckiem mogą się czuć bezpiecznie i komfortowo oraz cieszyć się swoim szczęściem.

Podsumowanie

Narodziny dziecka są niesłychanie ważnym wydarzeniem w życiu kobiety i jej rodziny. Pojawienie się nowego członka rodziny całkowicie zmienia relacje dotychczas w niej panujące, rodzina niejako tworzy się na nowo.

Połów jako okres bardzo dużej wrażliwości kobiety na deprymujące bodźce z otoczenia. Wymaga wszechstronnego wsparcia, szczególnie ze strony męża. Nie bez znaczenia jest również pomoc dalszej rodziny. Zaplecze to tworzy również personel medyczny oddziałów noworodkowych, który powinien przybliżać rodzicom wiedzę na temat rozwoju psychoruchowego dziecka oraz metod pielęgnacji noworodka. Rolą personelu medycznego jest dostosowanie form i treści przekazywanych informacji do możliwości percepcji matki.

Rzeczywistość, która następuje po porodzie często jest sprzeczna z wizją sprzed porodu. Typowe emocje, jakie pojawiają się w okresie połogu to duży poziom lęku i poczucia niepewności. Powodują one stany obniżonego nastroju, smutku, przygnębienia, rozdrażnienia u większości kobiet w pierwszych tygodniach połogu. Jest to zjawisko normalne, ale bardzo często trudne do zaakceptowania przez wiele kobiet. Przeciążenie obowiązkami, monotony tryb życia, brak spokojnego snu, niepewność w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem oraz brak wsparcia najbliższych pogłębiają te doznania. Bardzo często pojawienie się takich symptomów doprowadza do wystąpienia ewidentnych zaburzeń sfery psychicznej. Jednym z nich jest depresja poporodowa, która występuje u 10-20%, baby-blues u 26-85%, psychoza poporodowa u 1,7% na tysiąc urodzeń, zespół stresu poporodowego - 2 na 1000 porodów.

Życzliwość i opiekuńczość personelu medycznego, fachowa pomoc przy dziecku oraz empatyczna postawa pielęgniarek i położnych, ich wyrozumiałość, uśmiech i gotowość do reagowania na wszystkie wezwania wpływa na rozluźnienie napięcia u pacjentki, likwiduje strach, uspokaja, sprawia poczucie bezpieczeństwa. Personel medyczny potrafiący w umiejętny sposób wykorzystać podstawowe zasady komunikacji międzyludzkiej potrafi przeprowadzić kobietę przez trudny okres połogu w jak najmniej stresujący dla niej sposób.

Literatura

1. Jarosz M. Psychoprophylaktyka porodu. Psychologia lekarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1983
2. Kowalewska Marta, Kościelecka Małgorzata, Florczyk Bożena, Cholewicka Beata, Wilińska Maria. Porównanie wpływu różnych metod promocji karmienia naturalnego na długość karmienia piersią. Postępy Neonatologii 2005
3. Barańska M., Urmańska W. Podstawowe informacje na temat komunikowania. Szkolenie - Problemy w laktacji, Optima, Warszawa 2003
4. Bacz A., Opieka nad ciężarną w ciąży prawidłowej. Wydawnictwo Medycyny Praktycznej. Kraków 1994
5. Wilińska Maria, Świetliński Janusz, Ewa Musialik Świetlińska Realizacja procedur sprzyjających karmieniu piersią w szpitalach w Polsce – wyniki badania ankietowego 2008/2009” Standardy Medyczne.2009;7:1056-65
6. Tylee A., Priest R., Roberts A. Depresja w praktyce lekarza ogólnego, Medical Press, Gdańsk 1999
7. Uzyskano 24.08.2006 z sieci www: http://ciąża_i_porod.depresja_poporodowa.
8. Chazan B., Soplińska E., Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M. Karmienie piersią. Broszura dla lekarzy różnych specjalności. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, Warszawa 2002
9. Szyber B.: Karmienie piersią a opieka środowiska – profesjonalne wsparcie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2008, 11, 28-30.
10. Nehring-Gugulska M. Warto karmić piersią. Wydawnictwo Copyright by Magdalena Nehring-Gugulska. Warszawa 1999

11. Banaszkiewicz A., Żukowska-Rubik M. Karmienie piersią. Skrypt dla studentów medycyny, Warszawa 2002
12. Wilińska Maria Techniki dokarmiania noworodków w szpitalach – na podstawie wyników badania ankietowego 2008/2009 *Standardy Medyczne* 2009;7:1065-74

Motywacje kobiet do wykonywania badań profilaktycznych raka szyjki macicy wśród personelu Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce

Iwona Ustaszewska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Waldemar Pędziński – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Wprowadzenie

W ubiegłym stuleciu doszło do niezwyklej poprawy stanu zdrowia w Europie. W Polsce, po II wojnie światowej długość życia wzrosła u kobiet blisko 30 lat, a z początkiem kolejnego stulecia kobiety żyją prawie 80 lat, mężczyźni ponad 70. W niektórych krajach Europy przedwczesna umieralność stała się niezwykle rzadka, kraje te odnoszą spektakularne sukcesy w wykrywaniu, kontrolowaniu zachorowań i leczeniu wielu chorób, jednak najistotniejszym problemem zdrowia nadal są nowotwory złośliwe.

Zdrowie, które zajmuje czołowe miejsce w hierarchii wartości stanowi duże wyzwanie dla polityków zdrowotnych i specjalistów zdrowia publicznego, aby opracować i wdrożyć strategię postępowania mającą na celu poprawę stanu zdrowia danej populacji, kraju.

Unia Europejska już w latach 80. uznała walkę z nowotworami złośliwymi za jedno z najważniejszych zadań dla społeczności Europejczyków. Z jej inicjatywy w 1985r. jako reakcja wobec zwiększającej się liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych, przyjęto program zakładający zmniejszenie liczby zgonów do 2000 roku o 15%. Realizacja tego programu jest kontynuowana, a wyrazem tego jest przyjęty w czerwcu 2003 roku na spotkaniu w Mediolanie Europejski Kodeks Walki z Chorobami Nowotworowymi.

Zapobieganie i leczenie nowotworów złośliwych, także w Polsce stanowi duży problem w dziedzinie zdrowia u progu XXI wieku. Problem ten został podjęty przez polskich onkologów we współpracy z organizacjami zrzeszającymi chorych na raka. Na ich wniosek polski parlament w 2005r. ustanowił Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Jego cele zostały uwzględnione w ogólnopolskim projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015, gdzie do strategicznych celów zdrowotnych zaliczono zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

Zdrowie kobiet uznawane jest za specyficzne ze względu na jego aspekty koncentrujące się na sprawach związanych z macierzyństwem. Poważnym, zdrowotnym problemem kobiet są choroby narządu rodowego, wśród których najczęstszy jest rak szyjki macicy.

Niestety, Polska to kraj, który ma jeden z najwyższych współczynników zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy wśród wszystkich państw stowarzyszonych w Unii Europejskiej. Taka sytuacja epidemiologiczna dotycząca występowania raka szyjki macicy w Polsce stawia nasz kraj na równi z państwami trzeciego świata.¹

W przypadku wielu nowotworów, a zwłaszcza raka szyjki macicy, szansa na wyleczenie znacznie wzrasta, jeśli choroba zostanie rozpoznana we wczesnym stadium. Niestety, zwykle pierwsze objawy nowotworów złośliwych pojawiają się dopiero wówczas, gdy choroba jest już zaawansowana. Dlatego tak ważne są populacyjne badania przesiewowe mające na celu wykrycie choroby we wczesnej, zwykle bezobjawowej fazie rozwoju. Naprzeciw temu wyzwaniu wyszedł Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) proponując w swojej ofercie programy profilaktyczne, w tym także projekt dotyczący wczesnej wykrywalności raka szyjki macicy.

Niniejsze opracowanie dotyczy motywacji kobiet do wykonywania badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegających na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy.

¹ *Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. „Ginekologia po dyplomie” Wydanie specjalne. Luty 2008, s.158*

Opracowanie to jest ograniczone do specyficznego środowiska, środowiska pracującego w szpitalu, a mianowicie do grupy kobiet Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce.

Rak szyjki macicy

W Polsce nowotwory narządów płciowych stanowią 45% wszystkich guzów złośliwych rozpoznawanych u kobiet. Najczęściej stwierdza się raka szyjki macicy, w następnej kolejności raka jajnika i raka błony śluzowej trzonu macicy.²

Rak szyjki macicy jest nowotworem złośliwym rozwijającym się z nabłonka pokrywającego szyjkę lub kanał szyjki macicy. Szyjka macicy to część pochwowa macicy, zbudowana jest z mięśni gładkich i pokryta nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. Kanał szyjki macicy pokryty jest nabłonkiem jednowarstwowym walcowatym, przechodzącym w ujściu zewnętrznym w nabłonek wielowarstwowo płaski nierogowaciejący – i to miejsce przejścia jednego nabłonka w drugi jest najbardziej narażone na powstawanie komórek nieprawidłowych. Powstałe tam zmiany, chociaż łatwe do zaobserwowania, często nie są rozpoznawane albo rozpoznawane zbyt późno.³

W histologicznej klasyfikacji raka szyjki macicy wyróżnia się zmiany przednowotworowe o różnym stopniu nasilenia. Duża część tych zmian ulega samoistnej regresji, a w raka inwazyjnego przechodzi około 10% z nich. Rak ten może mieć charakter ikroinwazyjny (o głębokości nacieku mniej niż 7 mm) i makroinwazyjny. Rak mikroinwazyjny rozsiewa się w minimalnym stopniu (1%), z kolei rak inwazyjny szerzy się powierzchownie, egzo- lub endofitycznie, może naciekać pochwę, przymacicze, przegrodę odbytniczo – pochwową i pęcherzowo – pochwową oraz trzon macicy, drogą chłonną daje też przerzuty do węzłów miedniczych, następnie okołoaortalnych.⁴

Epidemiologia

W 2002 roku, na świecie zarejestrowano 493 243 nowych przypadków raka szyjki macicy, a 273 505 kobiet zmarło z tego powodu.⁵ W ciągu roku rozpoznaje się 500 000 przypadków raka, a ponad połowa chorych umiera. Szacuje się, że do 2050 roku liczba zachorowań może sięgać ponad 1 milion rocznie. W ujęciu globalnym 80% nowych zachorowań na raka szyjki przypada na państwa rozwijające się, gdzie w porównaniu z innymi nowotworami narządów płciowych, zajmuje on pierwsze miejsce jako przyczyna zgonów wśród kobiet⁶.

W krajach wysoko rozwiniętych rak szyjki macicy nie jest tak częsty za sprawą wdrożenia na szeroką skalę programów przesiewowych. W niektórych krajach skandynawskich wśród kobiet z grup poddanych najbardziej intensywnym badaniom przesiewowym zachorowalność spadła o 80%. Finlandia, gdzie zanotowano najniższą umieralność, to kraj o jednym z najskuteczniejszych skryningów raka szyjki macicy. Na drugim biegunie znajduje się Meksyk, Wenezuela i Chile, gdzie w latach 1994 – 1997 odnotowano najwyższą śmiertelność na raka szyjki macicy.⁷

W Stanach Zjednoczonych w latach 30. XX wieku rak szyjki macicy był główną przyczyną zgonów kobiet amerykańskich, a pięćdziesiąt lat później, po wprowadzeniu

² Nowak – Markwitz E. :*Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej*. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” 2006, Nr 6(46), s. 57

³ Czekański A. :*Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych*. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999, s. 349

⁴ Jeziorański A. :*Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznanie i leczenie*. [w:] *Onkologia. Podręcznik dla Pielęgniarek*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 131

⁵ H.J. Long III, MD, N.N.I. Laack MD, MS, B.S. Gostout, MD.: *Zapobieganie, diagnostyka i leczenie raka szyjki macicy*. „Ginekologia po dyplomie”, Wrzesień 2008, s.37

⁶ <http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl> [dostęp 5 grudnia 2008r.]

⁷ Jeziorański A. :*Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznanie i leczenie* [W:] *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 131

populacyjnych badań przesiewowych, zachorowalność i umieralność uległa zmniejszeniu o 70%. Obecnie w USA notuje się 8 przypadków inwazyjnego raka szyjki macicy na 100 tys. kobiet, a pod względem liczby zgonów z powodu choroby nowotworowej, rak ten zajmuje dopiero 13. miejsce.⁸

Wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej zachorowalność na nowotwory złośliwe szyjki macicy wynosi 15 – 20 na 100 tys. kobiet rocznie.⁹

W Niemczech na przykład, pomimo darmowych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy co roku odnotowuje się 6 000 nowych przypadków i 1 700 zgonów z tego powodu.¹⁰

Polska znajduje się w szczególnej sytuacji epidemiologicznej pod względem zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy.

Dane epidemiologiczne o zachorowalności i umieralności na raka szyjki w naszym kraju, w porównaniu z innymi państwami Europy są alarmujące.

Polska należy do krajów o dużej zachorowalności i śmiertelności z powodu raka szyjki macicy. Nowotwór ten stwierdza się jako najczęstszy wśród nowotworów złośliwych narządów płciowych, które stanowią 45% wszystkich guzów złośliwych rozpoznawanych u kobiet.¹¹

Rak szyjki macicy Polsce stanowi drugi co do częstości nowotwór ginekologiczny, który powoduje około 5,4% ogółu zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet¹². Liczba nowych zachorowań w ciągu roku na 100 tys. kobiet wynosi około 11% wszystkich nowotworów u kobiet, zaraz po raku sutka (17%). Z kolei umieralność w danym roku na 100 tys. kobiet sytuuje go na czwartym miejscu po zgonach na nowotwory sutka, żołądka i płuc¹³.

I tak, co roku około 3500 Polek dowiaduje się, że ma raka szyjki macicy, a połowa z nich umiera. Oznacza to, że z dziesięciu kobiet, u których codziennie wykrywa się w Polsce ten nowotwór, pięć umiera. Tak fatalne wyniki leczenia wynikają ze zbyt późnego zgłaszania się do lekarza, około 60% chorych zgłasza się z zaawansowanym stopniem klinicznym nowotworu.¹⁴

Rak szyjki macicy może wystąpić w każdym wieku, a chorują na niego kobiety młodsze niż na pozostałe nowotwory narządów płciowych. Krzywa zachorowalności kobiet na raka szyjki wzrasta począwszy od 25 - 29 roku życia. Następnie liczba chorych gwałtownie rośnie. Według statystyk średni wiek kobiety ze zmianami nabłonka, poprzedzającymi raka to 32-34 lata, raka nieinwazyjnego tj. ograniczonego do nabłonka 38-42 lata, a raka klinicznie zaawansowanego tj. w pełni inwazyjnego 48-52 lata. Niestety, w Polsce w ostatnich latach średnia wieku kobiet z rakiem szyjki macicy systematycznie się obniża oraz wzrasta umieralność z tego powodu.¹⁵

Poniższy wykres przedstawia zachorowalność i umieralność kobiet na raka szyjki macicy w Polsce w ostatnich latach według danych Krajowego Rejestru Nowotworów.

⁸ Nowak – Markwitz E.: *Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej*. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” 2006, Nr 6(46), s. 59

⁹ <http://www.kodekswalkizrakiem.pl> [dostęp 5 grudnia 2008r.]

¹⁰ Bała M., Jaeschke R. MD MSc.: *Skuteczność i tolerancja czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV) w zapobieganiu zmianom przedarakowym szyjki macicy związanym z zakażeniem HPV – badanie FUTURE II*. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” 6 (52) listopad – grudzień 2007, s. 39

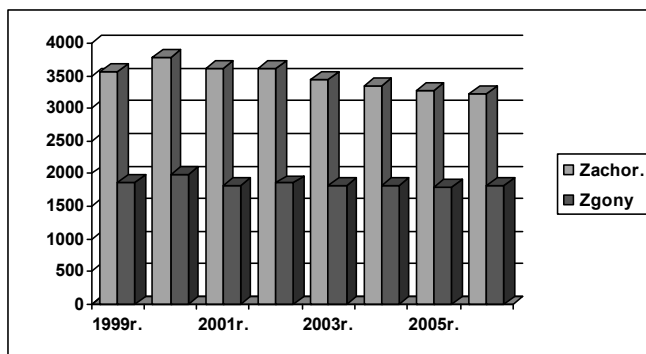
¹¹ Nowak – Markwitz E.: *Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej*. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” 6 (46) listopad – grudzień 2006, s. 57

¹² Jeziorański A.: *Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznanie i leczenie*. [w:] *Onkologia. Podręcznik dla Pielęgniarek*. Wyd. Lekarskie, PZWL, Warszawa 2005, s. 131

¹³ Pisarska – Krawczyk M.: *Onkologia ginekologiczna*. [w:] *Ginekologia. Podręcznik dla Lekarzy i Studentów*. Wyd. Lekarskie, PZWL, Warszawa 1997, s. 526

¹⁴ Bidziński M.: *Długotrwała skuteczność czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV) w obserwacji 5 – letniej*. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” 4 (50) lipiec – sierpień 2007, s. 35

¹⁵ <http://www.nfz.gov.pl> [dostęp 02.02.2009]



Wykres 1. Zachorowalność i zgony kobiet z powodu raka szyjki macicy w Polsce w latach 1999-2006.

Źródło: opracowanie własne według danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Paradoksalnie, szyjka macicy dostępna jest badaniom oraz posiada dobrze opisane stany przedrakowe, które można łatwo wyleczyć, jeśli są odpowiednio wcześniej zdiagnozowane.

Dlatego kobiety, dzięki regularnym badaniom cytologicznym, mogą zmienić te zatrważające statystyki.

Etiologia i czynniki ryzyka

Występowanie nowotworu szyjki macicy uwarunkowane jest wieloma czynnikami ryzyka, których znajomość stanowi ważny element w prewencji raka.

Do jednej z głównych przyczyn zachorowania na raka szyjki macicy zalicza się wirus brodawczaka ludzkiego HPV (Human Papillomavirus), pełniący funkcję promotora. Zależność przyczynowa pomiędzy wirusem HPV a zachorowalnością na raka szyjki macicy została udokumentowana ponad wszelką wątpliwość - Światowa Organizacja Zdrowia już w 1996 roku uznała typy wirusa HPV 16 i 18 za czynniki rakotwórcze dla człowieka.¹⁶

Do tej pory wyodrębniono ponad 100 typów wirusa, a wśród nich wirusy wysokiego ryzyka (onkogenne), jednak za rozwój raka szyjki macicy w 70% odpowiadają HPV-16 i HPV-18, zaś HPV-6 i HPV-11 w 90% wywołują kłykciny kończyste.

Zakażenia HPV są najbardziej powszechną infekcją przenoszoną drogą płciową, w związku z czym na kontakt z wirusem w ciągu swojego życia narażona jest większość osób aktywnych seksualnie gdyż wirusy te są szeroko rozpowszechnione, a ryzyko zakażenia podczas stosunku płciowego jest wysokie.¹⁷

Zakażenie HPV ma zwykle charakter przemijający, ale u części kobiet może przejść w postać przetrwałą. Natomiast utrzymujące się przez kilka lat przewlekłe zakażenie onkogennymi typami wirusa wiąże się ze znacznym wzrostem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. Sposób leczenia HPV nie jest obecnie znany. W przypadku wykrycia zakażenia onkogennymi typami HPV zaleca się regularne kontrole cytologiczne w celu jak najwcześniejszego wykrycia i leczenia ewentualnych zmian patologicznych.¹⁸

Na raka szyjki macicy częściej chorują kobiety z grup społecznych żyjących w złych warunkach socjoekonomicznych, a często też z niskim poziomem higieny osobistej. Kobiety te przeważnie nie korzystają z opieki lekarskiej, nie leczą powikłanych stanów

¹⁶ <http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl> [dostęp 05.12.2008]

¹⁷ H.J. Long III, MD, N.N.I. Laack MD, MS, B.S. Gostout, MD: *Zapobieganie, diagnostyka i leczenie raka szyjki macicy*. „Ginekologia po dyplomie”, Wrzesień 2008, s.37

¹⁸ <http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl> [dostęp 05.12.2008]

zapalnych i uszkodzeń szyjki macicy powodujących rozwój stanów przedrakowych. Większe występowanie stwierdza się też u kobiet, które odbyły dużą liczbę porodów w młodym wieku. To większe ryzyko u kobiet młodych uzasadnia się aktywnymi procesami o charakterze metaplazji w nabłonku szyjki macicy przed 20 rokiem życia, mogącymi prowadzić do powstania mutacji w komórkach. Działanie tych czynników karcynogennych przez wiele lat mogłoby uaktywnić proces nowotworowy.¹⁹

Do innych czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy, oprócz zakażenia HPV wymienia się szereg czynników, które istotnie zwiększają ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy.

Głównymi czynnikami wpływającymi na powstanie nowotworu są:

- przewlekłe zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV i innymi wirusami np. opryszczki, bakteriami oraz innymi czynnikami związanymi ze środowiskiem lub organizmem kobiety,
- wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego (przed 18 r.ż.),
- duża liczba partnerów seksualnych,
- partnerzy „wysokiego ryzyka” (poligamiczni, zakażeni HPV, szczególnie ci, których partnerki miały raka szyjki macicy / dysplazję dużego stopnia),
- zakażenie HIV lub inne upośledzające system immunologiczny,
- wiek,
- wieloletnie palenie papierosów,
- śródnamłonkowa neoplazja szyjki (CIN) w wywiadzie,
- dieta uboga w owoce i warzywa (antyoksydanty),
- wieloletnie stosowanie hormonalnych leków antykoncepcyjnych.²⁰

Wykrywanie, objawy, leczenie

Rak szyjki macicy jest nowotworem, który rozwija się długo, wolno i wieloetapowo. Pozwala to na zauważenie zmian przednowotworowych i wczesnych postaci nowotworów, które w większości przypadków rozwijają się nawet przez kilka lat. W związku z tym, dużą wagę przywiązuje się do metod, które pozwolą na wczesne wykrywanie zmian nowotworowych, czyli stanów przedrakowych i wczesnych postaci raka.

Wykrywanie

Możliwości działań terapeutycznych wiążą się z odpowiednim prognozowaniem, które pozwala na osiągnięcie nawet 100% przeżyć. Wykrywanie zmian nowotworowych w narządach płciowych powinno obejmować:

- Wywiad – dotyczący objawów, rodzinnego występowania nowotworów, przeszłości położniczej i zachowań seksualnych
- Badanie ginekologiczne – oglądanie zewnętrznych narządów płciowych, ocena pochwy i szyjki macicy we wziernikach, badanie przez pochwę i „per rectum”, ocena cytologiczna rozmazów z tarczy szyjki macicy, kolposkopia
- Badania diagnostyczne dodatkowe – metody obrazowania (ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, mammografia), analizy krwi, w tym ważne markery nowotworowe.²¹

¹⁹ Pisarska – Krawczyk M.: Onkologia ginekologiczna. [W:] Ginekologia. Podręcznik dla Lekarzy i Studentów. Wyd. Lekarskie, PZWL, Warszawa 1997, s. 526

²⁰ Kubiak R., Bieńkiewicz A.: Rak szyjki macicy. [W:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2004, s. 154 - 155

²¹ Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 687 - 688

Rozpoznanie stawia się na podstawie oceny mikroskopowo – histologicznej, która obejmuje:

- Tkanki i materiał pobrany w czasie laparotomii lub laparoskopii,
- Materiał z histeroskopii lub skrobienia kanału szyjki i trzonu macicy,
- Wycinki ze zmian patologicznych (srom, pochwa, szyjka macicy),
- Tkanki lub materiał z nakłucia guza – biopsja cienko- i gruboigłowa,
- Płyn otrzewnowy lub opłucnowy.

Ocena przeprowadzana jest także podczas operacji, tzw. ocena śródoperacyjna.²²

Objawy kliniczne raka szyjki macicy

Rak szyjki we wczesnych stopniach zaawansowania nie daje charakterystycznych objawów. Choroba może rozwijać się nawet kilka lat nie dając żadnych dolegliwości. Objawy kliniczne pojawiają w zależności od stadium rozwoju nowotworu. Pierwszym nieswoistym objawem związanym z obecnością nowotworowego nabłonka na szyjce macicy są nieprawidłowe, krwiste podbarwione upławy, również krwawienia kontaktowe oraz krwawienia międzymiesiączkowe. W późniejszej fazie choroby dołączają się także krwawienia samoistne, bóle podbrzusza i okolicy lędźwiowo - krzyżowej, obrzęki kończyn, objawy dyzuryczne, niekiedy wodonercze lub dolegliwości związane z objęciem procesem nowotworowym dystalnego odcinka przewodu pokarmowego (parcie, krwawienie z odbytu).

We wczesnych stadiach dysplazji i raka szyjki macicy w badaniu przedmiotowym szyjka macicy może nie wykazywać odchyłań od normy, dopiero w dwuocznym badaniu kolposkopowym można stwierdzić niewielkie różnice w unaczynieniu i zabarwieniu nabłonka.²³

W późniejszej fazie choroby, nowotwór szerzy się naciekając sąsiednie tkanki i narządy: pochwe, przymacicza, pęcherz moczowy i odbytnicę. Przejście procesu nowotworowego na przymacicza jest przeważnie przyczyną stopniowego zwięzania moczowodu, prowadząc w efekcie do jego niedrożności i niewydolności nerek. W zaawansowanym stadium raka bezpośrednim zagrożeniem dla życia bywają trudne do opanowania krwotoki, które często prowadzą do zgonu. Rak szyjki szerzy się przede wszystkim drogą naczyń chłonnych (do węzłów chłonnych przyszyjkowych i moczowodowych, przymaciczych, podbrzuszných, biodrowych zewnętrznych, zasłonowych), może także dawać przerzuty do odległych narządów poprzez naczynia krwionośne. Przerzuty te umiejscawiają się najczęściej w kościach, płucach, wątrobie, mózgu, jelitach i jajnikach.²⁴

Zmiany patologiczne dotyczące szyjki macicy możemy podzielić:

1. Stany przedrakowe – są to stany, na podłożu których rak rozwija się najczęściej, są to stany początkowego procesu karcynogenezy, zaliczamy do nich:

- Rogowacenie przerostowe, na którego podłożu może rozwinąć się dysplazja,
- Dysplazja, zwana też wewnątrz nabłonkową neoplazją szyjki, która dotyczy samego nabłonka bez naruszenia błony podstawnej; do określenia nasilenia procesu karcynogenezy używa się terminu CIN – cervical intraepithelial neoplasia; dysplazje dzielimy na trzy typy: małego, średniego i dużego stopnia (CIN I, II, III); CIN III to synonim raka przedinwazyjnego (in situ).

2. Rak inwazyjny (naciekający), który klasyfikowany jest począwszy od I stopnia, który oznacza raka ściśle ograniczonego do szyjki macicy, a skończywszy na stopniu IVb, który oznacza przerzuty odległe.²⁵

²² Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 688

²³ Kubiak R., Bielikiewicz A.: Rak szyjki macicy. [W:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2004, s. 158

²⁴ Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 699 - 700

²⁵ Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 697 - 700

Leczenie

Leczenie zależy od nasilenia zmian, a także rozległości i lokalizacji procesu nowotworowego. Podejmując decyzje kliniczne należy uwzględnić wiek kobiety, jej ogólny stan zdrowia, stopień zaawansowania procesu nowotworowego, również jej plany rozrodcze. W miarę zaawansowania nowotworu rokowanie jest gorsze, a odsetek przeżyć pięcioletnich - coraz niższy.

Postępowanie lecznicze w przypadku raka szyjki macicy zależy od głębokości nacieku oraz występowania naciekania naczyń chłonnych.²⁶ W leczeniu tym wykorzystujemy następujące sposoby:

- Leczenie radykalne – zakłada całkowite, trwałe wyleczenie chorej przez zniszczenie tkanki nowotworowej; kwalifikują się tutaj chore z mniejszym stopniem zaawansowania procesu nowotworowego; metody leczenia to: leczenie operacyjne, radioterapia, leczenie skojarzone (operacyjne i radioterapia).
- Leczenie paliatywne – zakłada zwolnienie procesu nowotworowego w przypadku kiedy zaawansowanie choroby nie pozwala na całkowite wyleczenie; stosowane metody to radio – i ewentualnie chemioterapia.
- Leczenie objawowe – stosowane u chorych w najbardziej zaawansowanych stadiach procesu nowotworowego, nie ma wpływu na przebieg choroby, łagodzi jedynie dokuczliwe objawy.²⁷

Rokowanie w raku szyjki macicy zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby, a nie od typu raka oraz jego stopnia zróżnicowania. Ważne jest też regularne monitorowanie leczonych kobiet w celu wczesnego wykrycia powikłań.²⁸

Cytodiagnostyka

Większa część inwazyjnych raków szyjki macicy powstaje z raka przedinwazyjnego, który jest nieomal całkowicie wyleczalny i przebiega dostatecznie długo, aby mógł być wykryty przy pomocy badań cytologicznych. Znaczący przedmiot podkreślają, że tylko jedno badanie cytologiczne w życiu kobiety obniża ryzyko zgonu z powodu raka szyjki macicy o 40%.²⁹

Badanie cytologiczne ma na celu wykrycie nieprawidłowych komórek świadczących o rozpoczynającym się procesie nowotworowym w szyjce macicy. Jest to badanie proste, krótkie i bezbolesne dla kobiet. Polega ono na pobraniu przy pomocy specjalnej szczoteczki komórek nabłonka znajdujących się na szyjce macicy przez ginekologa lub położną. Pobrane komórki zostają następnie poddane ocenie mikroskopowej i jeśli mają nieprawidłową budowę, zagrażając rozwojem nowotworu, ginekolog decyduje o dalszym postępowaniu. Dzięki temu badaniu można zdiagnozować stadia przednowotworowe jak i raka szyjki macicy w bardzo wczesnej, możliwej do wyleczenia postaci.

Badanie cytologiczne, to badanie uważane za największe osiągnięcie medycyny XX wieku w dziedzinie promocji zdrowia.³⁰ Tę metodę diagnostyczną zaproponował po raz pierwszy w 1928 roku Georg Nicholas Papanicolaou. Odkryciem tym dokonał rewolucji w diagnostyce raka szyjki macicy.³¹

²⁶ Postępowanie w przypadku nieprawidłowych wyników badania cytologicznego i histologicznego szyjki macicy. Wytyczne postępowania klinicznego. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” styczeń – luty 2007, s.61

²⁷ Pisarska – Krawczyk M.: Onkologia ginekologiczna. [w:] Ginekologia. Podręcznik dla Lekarzy i Studentów. Wyd. Lekarskie, PZWL, Warszawa 1997, s. 531

²⁸ Kubiak R., Bieńkiewicz A.: Rak szyjki macicy. [W:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2004, s. 159

²⁹ <http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl> [dostęp 01.02.2009]

³⁰ <http://www.nfz.gov.pl> [dostęp 02.02.2009]

³¹ Małarewicz A.: Cytodiagnostyka ginekologiczna [W:] Ginekologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 91

Badanie cytologiczne nie tylko potwierdza lub wyklucza charakter złośliwy toczącego się procesu patologicznego, nie tylko odpowiada na pytanie czy zmiana jest nowotworem złośliwym, ale określa również zasięg i stopień rozwoju raka.

Prowadzenie cytologicznych badań przesiewowych szyjki macicy wiąże się ze zmniejszeniem zapadalności i śmiertelności z powodu inwazyjnego raka szyjki macicy, a według niektórych doniesień czułość tego konwencjonalnego badania ocenia się na 30 – 87%.³²

Tak więc rola cytodiagnostyki w rozpoznawaniu i monitorowaniu chorób szyjki macicy jest bezsporna i bezdyskusyjna. Dotyczy to zwłaszcza rozpoznawania raka na podstawie oceny mikroskopowej.

Cytodiagnostyka jest nieodzownym i pierwszoplanowym badaniem pomocniczym w ocenie stanu klinicznego prawidłowej i chorobowo zmienionej patologicznie szyjki macicy.

Do głównych zalet cytodiagnostyki raka można zaliczyć:

- wysoką dokładność wykrywczą, dochodzącą u niektórych autorów do 100%
- możliwość pobierania rozmazów w najskromniej wyposażonych placówkach
- możliwość objęcia badaniami wszystkich kobiet znajdujących się w przedziale wieku największego zagrożenia rakiem.³³

Skuteczna profilaktyka raka szyjki macicy wymaga rozpoznania, a także leczenia stanów poprzedzających raka inwazyjnego i wiąże się z koniecznością ujednoliconej terminologii opisu badania cytologicznego szyjki macicy.

Wyniki badania cytologicznego ocenia się według zalecanego obecnie systemu klasyfikacji Bethesda lub w pięciostopniowej skali wg Papanicolaou.

System Bethesda określa:

- czy wymaz zawiera materiał odpowiedni do oceny
- ogólne stwierdzenie czy obraz cytologiczny jest prawidłowy czy nie
- dokładny opis zmian zgodny z obowiązującą terminologią.

Interpretacja systemu Papanicolaou:

Stopień I - prawidłowe komórki szyjki macicy

Stopień II - obok prawidłowych komórek nabłonka szyjki obecne są komórki zapalne

Stopień III - widoczne nieprawidłowe komórki z cechami dysplazji komórkowej

Stopień IV i V - obecne komórki nowotworowe.

Stopień III, IV i V oznaczają wynik nieprawidłowy oraz konieczność dalszej diagnostyki i w tym przypadku pacjentka często zostaje poddana badaniu kolposkopowemu. Kolposkop umożliwia oglądanie szyjki w powiększeniu 30 - 40 krotnym, co pozwala określić stan nabłonka oraz jego strukturę. Kolposkopia umożliwia precyzyjne pobranie do oceny histopatologicznej wycinków z miejsc najbardziej podejrzanych.³⁴

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, aby zapobiec rozwojowi nowotworu rekomenduje wykonywanie cytologii regularnie. Kobiety z grupy podwyższonego ryzyka powinny poddawać się badaniu raz w roku, w przypadku kobiet spoza tej grupy, u których dotychczasowe wyniki cytologii były prawidłowe - badanie powinno być wykonywane co 2-3 lata.³⁵

Rozpoczęcie badań cytologicznych zaleca się maksymalnie do trzech lat od rozpoczęcia współżycia, nie później jednak niż w 21 roku życia.³⁶

³²Postępowanie w przypadku nieprawidłowych wyników badania cytologicznego i histologicznego szyjki macicy. Wytyczne postępowania klinicznego. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” styczeń – luty 2007, s.61

³³ Małarewicz A.: Cytodiagnostyka ginekologiczna [W:] Ginekologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 91

³⁴ Czekański A.: Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999, s.357

³⁵ Nowak – Markwitz E. :Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” 2006, Nr 6(46), s. 62

³⁶ Nowak – Markwitz E. :Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” 2006, Nr 6(46), s. 61

Materiały i metody badań

Program profilaktyki taka szyjki macicy

Procedura badawcza oparta jest na konkretnym przedmiocie badań. Przedmiot ten jest różnie określany i definiowany w literaturze.

Według J. Sztumskiego, obejmuje on różne twory życia społecznego, zarówno materialne (np. zbiorowości ludzkie), jak i idealne (np. poglądy, wierzenia ludzi).³⁷ Definicja ta wydaje się zbyt szeroka, gdyż przedmiotem badań byłoby wszystko, co składa się na otaczającą rzeczywistość społeczną, natomiast badania obejmują jedynie pewien wycinek rzeczywistości.

Przedmiot i cel badań

„Przedmiot badań to obiektywnie istniejące, poddające się pomiarowi zjawisko możliwe do zbadania na gruncie metodologii.”³⁸

Inaczej przedmiot badań określa T. Nowacki stwierdzając, że składają się na niego czynniki ludzkie, warunki ich realizacji oraz wyniki w postaci zmian w otoczeniu i w samych ludziach.³⁹

Tak więc można stwierdzić, że przedmiotem badań jest pewna zbiorowość społeczna. W tym przypadku jest to grupa kobiet pracująca w instytucji świadczącej usługi zdrowotne, a mianowicie w Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce. Badaniem objęto 100 kobiet w wieku 25 – 59 lat, kwalifikujących się do programu profilaktyki raka szyjki macicy organizowanego i finansowanego przez NFZ.

Głównym celem badań była ocena motywacji kobiet pracujących w służbie zdrowia na stanowiskach medycznych i niemedycznych w zakresie wykonywania badań cytologicznych w ramach wyżej wymienionego programu profilaktycznego.

Szczególnym przedmiotem zainteresowania były następujące zagadnienia:

1. wiedza o możliwości wykonania badań profilaktycznych
2. zgłaszalność na badania cytologiczne
3. motywy wykonywania badań
4. bariery w wykonywaniu badań.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Według słownika pedagogicznego, metoda – (gr. Methodos – droga, sposób badania) to systematycznie stosowany sposób postępowania prowadzący do założonego wyniku. Na dany sposób postępowania składają się czynniki myślowe i praktyczne, odpowiednio dobrane i zrealizowane w ustalonej kolejności.⁴⁰

T. Tomaszewski twierdzi, że „Metoda naukowa jest to powtarzalny sposób dochodzenia do stwierdzeń uzasadnionych i sprawdzonych. Jest to zespół czynności, które należy wykonać i procesów, które muszą odbyć się, aby można było uzyskać uzasadnione i sprawdzone twierdzenie o badanych faktach.”⁴¹

Różni znawcy literatury przedmiotu różnie formułują problem określenia metody, ale przez metodę rozumieć należy środki i czynności, za pomocą których zdobywamy różnego rodzaju informacje służące do wydawania prawdziwych sądów o określonym wyniku rzeczywistości związanym ze sformułowanym problemem.⁴²

³⁷ Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych. Katowice 1979, s. 23

³⁸ Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Warszawa 1995, s. 56

³⁹ Nowacki T.: Metodologia pedagogiki pracy. Warszawa 1978, s. 23

⁴⁰ Okoń W.: Słownik pedagogiczny. Warszawa 1981, s. 174

⁴¹ Tomaszewski T.: Wstęp do psychologii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1963, s. 26

⁴² Zaborowski Z.: Wstęp do metodologii badań pedagogicznych. Ossolineum, Wrocław 1970, s. 237

Techniką badawczą, którą posłużono się dla potrzeb niniejszej pracy, i którą rozumiemy jako określoną czynność służącą do uzyskania pożądanych danych była ankieta.

Ankieta to „...technika gromadzenia informacji polegająca na wypełnieniu, najczęściej samodzielnie przez badanego specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub częściej bez obecności ankietera.”⁴³

Zastosowana ankieta składała się z dwóch części. W pierwszej znalazły się dane demograficzne i społeczne, takie jak: przedział wiekowy, wykształcenie, zajmowane stanowisko w pracy. Druga część dotyczyła informacji zdrowotnych, głównie: zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne narządu rodnego, motywacji i barier w wykonaniu tych badań, oraz źródeł wiedzy o istnieniu i możliwościach wykonywania takich badań profilaktycznych.

W ankiecie zastosowano dwa rodzaje pytań:

- pytania zamknięte, w których był ograniczony zestaw możliwych odpowiedzi, poza które odpowiadający wyjść nie mogli,
- pytania półotwarte, w których był taki zestaw możliwych do wyboru odpowiedzi, które zawierały jeden punkt oznaczony w tym przypadku słowem „inne”, pozwalający na zaprezentowanie swej własnej odpowiedzi.

Badania przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2008r., a udział w nich był dobrowolny i anonimowy. Ankieta dostarczana była osobiście, wszelkie wątpliwości respondentów wyjaśniano podczas jej wypełniania. Zebrany materiał poddano obróbce statystycznej, analizowano uwarunkowania wiedzy i postaw kobiet wobec własnego zdrowia.

Program profilaktyki raka szyjki macicy

Od trzech lat mamy w Polsce finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, w ramach którego raz na 3 lata każdej kobiecie w wieku 25 – 59 lat zapewnione jest bezpłatne badanie cytologiczne. Program ten promowany jest pod hasłem „Życie jest bezcennym darem”.

Skryning cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, to najpopularniejsza metoda badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby.

Warunkiem, który jest niezbędny do efektywności skryningu cytologicznego jest jego masowość, szacuje się bowiem, że dopiero przy objęciu badaniami przesiewowymi 75% populacji można uzyskać 25% spadek śmiertelności. Według badań naukowych 1,5% - 2% rozmazów cytologicznych prezentuje nieprawidłowości wymagające dalszych procedur diagnostycznych.⁴⁴

W przypadku, gdy stwierdzone zostaną zmiany o charakterze dysplastycznym należy w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania wykonać badanie kolposkopowe z celowanym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.⁴⁵

Populacja, do której skierowany jest program, to:

- populacja kobiet w wieku od 25 do 59 lat, badania będą przeprowadzane 1 raz na 3 lata
- pacjentki leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) ponownie zostają objęte skryningiem cytologicznym.

⁴³ Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Warszawa 1995, s. 86

⁴⁴ Załącznik nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 66/2007/DSOZ

⁴⁵ Załącznik nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 66/2007/DSOZ

Trybem zapraszania do programu jest optymalny system imiennego zapraszania świadczeniobiorców.

Realizacja programu polega na:

- pobraniu materiału do przesiewowego badania cytologicznego przez świadczeniodawcę w ramach porady zabiegowo – diagnostycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie położnictwa i ginekologii po zawarciu odpowiedniego kontraktu z NFZ,
- prowadzeniu przez świadczeniodawcę elektronicznej dokumentacji realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez NFZ – System Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP)

Schematy postępowania:

1. Etap diagnostyczny

- wprowadzenie do SIMP danych pacjentki wraz z rozmazem cytologicznym
- wykonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego
- opisanie wyniku badania w systemie Bethesda 2001 oraz uzupełniająco w systemie Papanicolaou
- przesłanie wyniku do danej poradni
- archiwizacja wyników i ich statystyczne opracowanie
- prowadzenie elektronicznej bazy danych badanych kobiet.

2. Etap pogłębionej diagnostyki

- wprowadzenie do SIMP danych pacjentki skierowanej do badania
- wykonanie badania kolposkopowego
- w przypadku wskazań - pobranie celowanych wycinków do badania histopatologicznego
- badanie histopatologiczne pobranego materiału
- postawienie rozpoznania
- podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu diagnostyczno – leczniczym
- zgłaszanie do Regionalnego Rejestru Nowotworów uzyskanych dodatnich wyników badań
- prowadzenie elektronicznej bazy danych badanych kobiet.

Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów:

- zgłaszalność na badania
- efekty badań
- jakość badań.

Rak szyjki macicy jest wyjątkowym nowotworem, spełniającym warunki skutecznych badań populacyjnych, ale ostateczny wynik tych badań, czyli zmniejszenie śmiertelności w populacji, w największym stopniu zależy od liczby zgłaszających się na nie kobiet.

Wyniki badań własnych

Badaniem objęto 100 kobiet w wieku 25 – 59 lat zatrudnionych w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Psarskiego w Ostrołęce. Badania przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2008r. Stan zatrudnienia na dzień 31 grudnia 2008 r. w Szpitalu wynosił 910 osób, w tym 734 osoby stanowiły kobiety, co daje 13,62% przebadanej grupy. Połowa ankiet skierowana była do pracowników wykonujących zawód medyczny, druga połowa do kobiet pracujących na stanowiskach niemedycznych.

Struktura demograficzna i społeczna respondentów

Ze względu na wiek badaną populację podzielono na trzy grupy. Najwięcej kobiet (47%) znajdowało się w przedziale grupowym 36 - 47 lat. Szczegółową strukturę badanych kobiet według wieku i zajmowanego stanowiska w pracy przedstawia tabela 1.

Tabela 1.
Struktura respondentów ze względu na wiek.

Wiek	Zawód medyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach medycznych	Zawód niemedyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach niemedycznych	% udział w ogóle respondentów
25-35 lat	10	20%	11	22%	21%
36-45 lat	27	54%	20	40%	47%
46-59 lat	13	26%	19	38%	32%

Źródło: Opracowanie własne.

W badanej populacji najwięcej było kobiet posiadających wykształcenie średnie (48%), natomiast wykształcenie wyższe posiadało 44% respondentek. Tabela 2 obrazuje strukturę wykształcenia badanych według miejsca zatrudnienia.

Tabela 2.
Struktura respondentów ze względu na wykształcenie.

Wykształcenie	Zawód medyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach medycznych	Zawód niemedyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach niemedycznych	% udział w ogóle respondentów
Podstawowe	-	-	3	6%	3%
Zawodowe	-	-	5	10%	5%
Średnie	27	54%	21	42%	48%
Wyższe	23	46%	21	42%	44%

Źródło: Opracowanie własne.

Wiedza o badaniu profilaktycznym

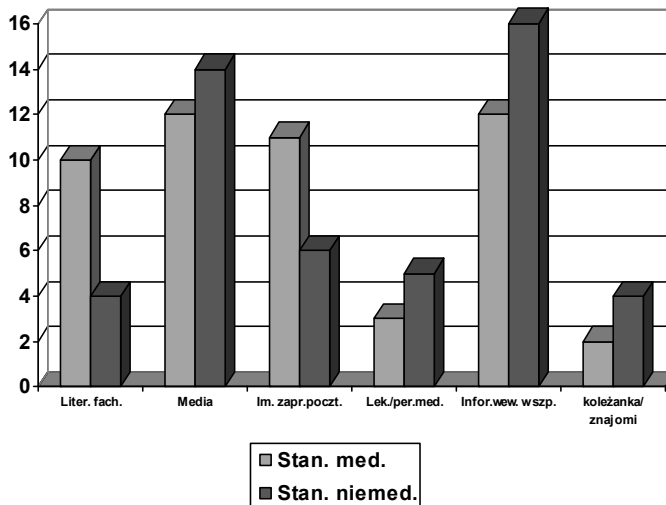
Wśród badanych kobiet stwierdzono niemalże 100% wiedzę o istnieniu programu profilaktycznego dotyczącego raka szyjki macicy. W badanej populacji tylko jedna kobieta z grupy „niemedycznej” nie słyszała o realizowaniu takiego programu zdrowotnego.

Respondentki, odpowiadając na pytanie o źródła wiedzy na temat możliwości wykonania przesiewowego badania cytologicznego wybierały spośród sześciu możliwości. Najczęstszą wybieraną możliwością w ogóle respondentów była informacja wewnętrzna w szpitalu (plakat, ogłoszenie). Za źródło wiedzy odnośnie badań cytologicznych, tę odpowiedź wybrało 29% kobiet. To była też najczęstsza odpowiedź w grupie kobiet na stanowiskach niemedycznych (16 osób).

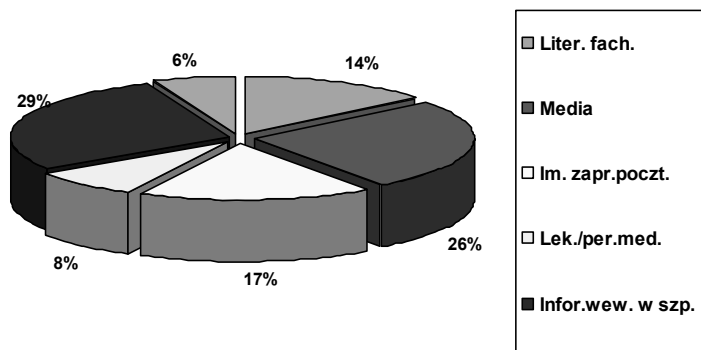
Grupa kobiet na stanowiskach medycznych najczęściej z przedstawionych możliwości wybierała informację wewnętrzną w szpitalu (plakat, ogłoszenie) – 12 osób, jak również media - 16 osób.

Szczegółowe dane odnośnie źródeł wiedzy na temat programu profilaktycznego według stanowiska pracy przedstawia wykres 2.

Na wykresie 3. przedstawiono ogólny procentowy udział w wybranych możliwościach.



Wykres 2. Źródła informacji o programie profilaktycznym według zajmowanego stanowiska.
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres Nr 3. Źródła informacji o programie profilaktycznym ogółem.
Źródło: Opracowanie własne.

Poddawanie się badaniom cytologicznym

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że większość ankietowanych kobiet (59%) poddała się badaniu cytologicznemu z programu profilaktycznego raka szyjki macicy.

Największy udział osób, które wykonały cytologię był w przedziale wiekowym 36 – 47 lat i wynosił 30 osób, co stanowi 63,8% respondentek w tym przedziale wiekowym.

Wśród kobiet, które wykonały cytologię, największy był odsetek kobiet z wykształceniem średnim (30 osób), co stanowi 51% grupy, która poddała się badaniu profilaktycznemu.

Więcej kobiet wykonało cytologię w grupie pracowników medycznych (33 osoby), niż w grupie pracowników zajmujących stanowiska niemedyczne (26 osób).

Strukturę kobiet, które poddały się badaniu zależnie od wieku, zajmowanego stanowiska i wykształcenia prezentuje tabela Nr 3 i 4, oraz wykres Nr 4.

Tabela 3.
Wykonalność badań cytologicznych w strukturze wiekowej respondentów.

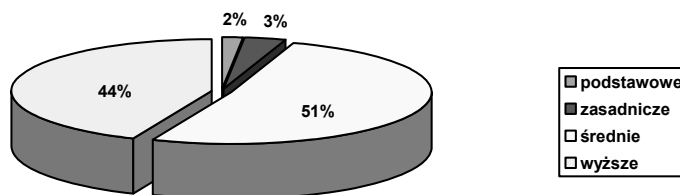
Wiek	Wykonanie (wartości liczbowe)	Niewykonanie (wartości liczbowe)	% udział w grupie wiekowej
25-35 lat	9	12	42,8%
36-45 lat	30	17	63,8%
46-59 lat	20	12	62,5%
Razem	59	41	59%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4.
Wykonalność badań cytologicznych - struktura respondentów ze względu na wiek i zajmowane stanowisko.

Wiek	Zawód medyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach medycznych	Zawód niemedyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach niemedycznych
25-35 lat	5	10%	4	8%
36-45 lat	19	38%	11	22%
46-59 lat	9	18%	11	22%
Razem	33	66%	26	52%

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 4. Wykonalność badań cytologicznych - struktura respondentów ze względu na wykształcenie.

Źródło: Opracowanie własne.

W grupie osób na stanowiskach medycznych badanie cytologiczne wykonało najwięcej osób ze średnim wykształceniem (21 kobiet), z wykształceniem wyższym odnotowano 12 kobiet.

W grupie „niemedycznej” najwięcej cytologii wykonały osoby z wyższym wykształceniem (13 osób), następnie ze średnim (9 osób), zasadniczym (2 osoby) i podstawowym (1 osoba).

Motywy zachowań zdrowotnych

Z analizy odpowiedzi na temat przyczyn zgłaszania się na badania cytologiczne szyjki macicy wynika, że najczęściej kobiety poddają się badaniu z własnej inicjatywy. Kobiety, których powodem zgłoszenia się na badanie była zasadność wykonywania takich badań / własne bezpieczeństwo stanowiły 59,3% ogółu respondentek, które wykonały badanie cytologiczne. Najmniejszy udział w wybranych odpowiedziach stanowiły niepokojące objawy, tylko w dwóch przypadkach skłoniły respondentki do podjęcia decyzji o wykonaniu cytologii. Wszystkie Panie wybrały jedną z proponowanych odpowiedzi, żadna z respondentek nie podała swojego innego, indywidualnego powodu w możliwości inne.

Kobiety, które nie poddały się badaniu profilaktycznemu raka szyjki macicy za najczęstsze powody podawały: własną ignorancję (10 osób), 8 osób podało swoje własne, indywidualne powody, 7 kobiet wybrało obawę przed chorobami.

Wśród kobiet na stanowiskach medycznych, najliczniejszą grupę (8 osób) stanowiły kobiety, które za powód niewykonania cytologii podawały własną ignorancję, wśród kobiet zajmujących stanowiska niemedyczne najwięcej osób podało powód: nie widzę potrzeby, jestem zdrowa (6 osób).

Szczegółowe dane odnośnie motywów i powodów wykonania jak również nie wykonania badań cytologicznych przedstawiają tabele poniżej.

Tabela 5.

Powody decyzji o wykonaniu cytologii – struktura pracowników medycznych i niemedycznych.

Powody	Zawód medyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach medycznych	Zawód niemedyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach niemedycznych	Razem (wartości liczbowe)
Zasadność wykonywania badań / własne bezpieczeństwo	22	44%	13	26%	35
Niepokojące obawy	2	4%	-	-	2
Obawa przed chorobami	2	4%	5	10%	7
Niepomyślne obciążenia rodzinne	3	6%	2	4%	5
Inicjatywa lekarza podczas wizyty ginekologicznej	-	-	4	8%	4
Imienne zaproszenie	3	6%	3	6%	6
Inne: jakie.....	-	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 6.

Powody decyzji o niewykonaniu cytologii – struktura pracowników medycznych i niemedycznych.

Powody	Zawód medyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach medycznych	Zawód niemedyczny (wartości liczbowe)	% udział w zawodach niemedycznych	Razem (wartości liczbowe)
Jestem za młoda	1	2%	1	2%	2
Nie widzę potrzeby, jestem zdrowa	-	-	6	12%	6
Obawiam się wykrycia choroby	4	8%	3	6%	7
Lęk przed badaniem / wstyd	-	-	5	10%	5
Zła dostępność do badania	1	2%	2	4%	3
Własna ignorancja	8	16%	2	4%	10
Inne: jakie.....	4	8%	4	8%	8

Źródło: Opracowanie własne.

Inne powody wymieniane przez respondentki, które nie wykonały badania cytologicznego to były:

- wykonanie badania, ale nie w ramach programu profilaktycznego (2 osoby),
- wykonanie USG dopochwowego wykluczyło badanie profilaktyczne,
- lekarz podczas badania odradził wykonanie cytologii,
- brak czasu,
- brak niepokojących objawów,
- ciąża,
- wiek respondentki z przedziału 45 -59.

Z analizy odpowiedzi dotyczących problemu dostępności do badania wynika, że problem ten dotyczył 16 % ogółu respondentów. Najczęstszym problemem był zbyt długi czas oczekiwania na wizytę (kolejka). Taką odpowiedź wybrało 9 osób, w tym pracujących na stanowiskach medycznych i niemedycznych, odpowiednio 5 i 4 osoby.

Drugą co do częstości wybieraną odpowiednią były nieodpowiednie godziny otwarcia gabinetu – ten problem dotyczył tylko respondentów z grupy pracowników niemedycznych (4 osoby).

Innym wybranym problemem przez 3 osoby była konieczność dokonywania opłat. Z grupy pracowników na stanowiskach medycznych problem ten dotyczył 1 osoby, z grupy pracowników niemedycznych, odpowiedź tę wybrały 2 osoby.

Innych problemów z dostępnością nie odnotowano.

Wokół zdrowia publicznego – analiza wyników badań

Próbując odpowiedzieć na pytanie, czym jest zdrowie publiczne, nie sposób pominąć klasycznej definicji sformułowanej w 1935 roku przez C. Winslowa. W jego ujęciu „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”.⁴⁶

Termin ten jest obecnie stale poszerzany i w szerokim znaczeniu według WHO obejmuje:

- problemy dotyczące zdrowia populacji,
- stan zdrowotny zbiorowości,
- ogólne usługi zdrowotne,
- administrację opieką zdrowotną.⁴⁷

W zakresie działań zdrowia publicznego leży więc też organizacja badań przesiewowych w trosce o zdrowie kobiet. Zostało to wyrażone w proponowanym przez NFZ programie profilaktycznym raka szyjki macicy, a wiemy z przytoczonych statystyk, że Polska należy do krajów o dużej zachorowalności i śmiertelności z powodu raka szyjki macicy. Dlatego należy pamiętać, że każda kobieta może zachorować na raka szyjki macicy, ale żadna nie powinna z tego powodu umrzeć.

W badanym odcinku populacji kobiet wiedza o programie profilaktycznym była niemalże 100%. Tylko jedna z respondentek nie słyszała o takim programie. Jest to bardzo ważne, że taka informacja dotarła do tak wielu osób. Z analizy deklarowanych źródeł wiedzy dotyczących badań profilaktycznych narządu rodowego wynika, że ankietowani o takim badaniu najczęściej dowiadawali się z informacji wewnętrznej w szpitalu pod postacią plakatu czy ogłoszenia. Wiąże się to na pewno z działalnością Poradni Położniczo – Ginekologicznej, która

⁴⁶ Leowski J.: *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne – ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2004 [za:] Pająk A.: *Wokół określenia zdrowia publicznego*. „Zdrowie publiczne i zarządzanie” tom II, nr 2/2004, s.26

⁴⁷ Włodarczyk C., Piździoch S.: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego* [W:] *Zdrowie publiczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versaluis. Kraków 2000, s.20

ma swoją siedzibę na terenie Szpitala. Co ciekawsze w grupie zawodowej medycznej na równi z informacją wewnętrzną zostały postawione media. W dalszej kolejności wybierano imienne zaproszenie oraz literaturę fachową. Oznacza to, że wysyłane imienne zaproszenia przez NFZ tak do końca swojej roli nie spełniają.

Zastanawiający jest też mały udział w informacji o programach zdrowotnych personelu medycznego, a przecież wobec dużej zachorowalności na raka szyjki macicy w Polsce i dużej śmiertelności chorych kobiet propagowaniem badań profilaktycznych powinno być zainteresowane całe środowisko medyczne w naszym kraju.

Wobec znaczących potrzeb zdrowotnych nieoceniona jest rola pielęgniarek i położnych jako edukatorów zdrowotnych. Niestety, obecne w teorii ochrony zdrowia zalecenia mówiące o indywidualizacji i personalizacji opieki zdrowotnej nie znajdują odzwierciedlenia w praktyce. W Polsce, położnych i pielęgniarek edukujących społeczności lokalne nie ma prawie wcale dlatego, że przedsięwzięcia edukacyjne wciąż jeszcze nie są uznawane za usługę zdrowotną. Inaczej jest w USA, gdzie położne odgrywają znaczącą rolę w środowisku lokalnym – to one edukują społeczność, prowadzą programy informacyjne i odpowiednią politykę zdrowotną.⁴⁸

W badanej grupie respondentów zgłaszalność na badania cytologiczne wynosiła 59%. Większy udział w badaniach odnotowano w grupie pracowników medycznych (33 osoby), niż w grupie pracowników niemedycznych (26 osób). Jest to zrozumiałe, że osoby z wykształceniem medycznym mają większą świadomość konsekwencji swoich zachowań zdrowotnych.

Wbrew powszechnej opinii, że osoby z wykształceniem wyższym bardziej dbają o zdrowie, to w badanej grupie okazało się, że więcej kobiet z wykształceniem średnim wykonało badanie cytologiczne (30 osób), niż w grupie kobiet z wykształceniem wyższym (25 osób).

Stwierdzono też, że kobiety z grupy wiekowej 36 – 45 lat badają się częściej niż w innych grupach wiekowych. Odsetek wykonanych cytologii w tej grupie wiekowej w ogóle respondentów wynosił 51%. Znacznie mniejszy był udział kobiet z przedziału wiekowego 46 -59 lat. Jest to niepokojące, że kobiety ze starszej grupy wiekowej badają się rzadziej, chociaż znawcy przedmiotu podkreślają, że ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy gwałtownie wzrasta po 45 roku życia.

Niepokojące jest również to, że w najmłodszej grupie wiekowej odsetek kobiet, które poddały się badaniu był bardzo mały, a przecież nabyte w młodym wieku pozytywne nawyki zdrowotne na pewno zapoczątkowałyby w przyszłości dobrym zdrowiem.

Odpowiednia profilaktyka i diagnostyka są w stanie uchronić kobiety przed rozwojem nowotworu i pozwalają na pełne wyleczenie, ale niestety lekarze alarmują, że zbyt mała jest zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne. W Polsce niewiele jest regionów, w których frekwencja oscyluje w granicach 60% populacji w wieku 25 – 59 lat, w większości regionów odsetek kobiet regularnie zgłaszających się na badanie cytologiczne nie przekracza 10%.⁴⁹

Z danych NFZ wynika, że zdecydowana większość Polek nie korzysta z bezpłatnych badań profilaktycznych. W 2007 roku NFZ wysłał ponad 6 mln zaproszeń na badania cytologiczne, na które zgłosiło się zaledwie 7,5% zaproszonych pań. Dobrym pomysłem rozwiązania problemu zgłaszalności kobiet na badania jest włączenie ich do obowiązkowych badań wstępnych i okresowych. Właśnie trwają prace nad nowelizacją Kodeksu Pracy, które być może zakończą się pomyślnie dla kobiet.⁵⁰

⁴⁸ Bączek G., Dmoch – Gajzlerska E.: *Położna a badania naukowe*. „Położna. Nauka i Praktyka” Nr 2, 2008, s. 30

⁴⁹ Bidziński M.: Komentarz do: *Długotrwała skuteczność czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV) w obserwacji 5 – letniej*. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” 4 (50) lipiec – sierpień 2007, s. 35 - 36

⁵⁰ Pawłowska – Salińska K.: *Obowiązkowe cytologia i mammografia znajdują się w kodeksie pracy*. „Gazeta Wyborcza” 17 listopada 2008, s. 3

Odpowiadając na pytania o powody, które skłoniły ankietowane kobiety do wykonania badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, najczęstszą udzielaną odpowiedzią, którą wybrało 35 kobiet była zasadność wykonywania takich badań / własne bezpieczeństwo. Ten powód za najczęstszy wybrały zarówno kobiety pracujące na stanowiskach medycznych jak i niemedycechnych. O wiele mniej respondentów wybrało obawę przed chorobami, która to możliwość została sklasyfikowana na drugiej pozycji pod względem częstości wyboru. Najmniejszy udział w wybranych możliwościach miały niepokojące objawy i inicjatywa lekarza podczas wizyty ginekologicznej.

Ważnym czynnikiem obniżającym umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest wczesne wykrywanie, niezależnie od tego, czy jest ono skutkiem indywidualnych działań chorego, czy jego uczestnictwa w programach ochrony zdrowia. Istotna jest świadomość różnorodnych, łatwo rozpoznawalnych objawów obiektywnych i subiektywnych, które mogą wskazywać na chorobę nowotworową. Nie ulega wątpliwości, że przeżycia są lepsze w przypadku nowotworów niezaawansowanych, niż zaawansowanych. A zatem im wcześniej nowotwór zostanie rozpoznany, i im wcześniej rozpocznie się leczenie, tym lepiej dla chorego. Objawów, które mogłyby sugerować chorobę nowotworową nie wolno ignorować, należy zasięgnąć porady lekarza.

Z analizy odpowiedzi na temat przyczyn niewykonywania profilaktycznych badań cytologicznych wynika, że najczęściej kobiety nie poddają się tym badaniom z powodu własnej ignorancji. Zastanawiający jest fakt, że taki powód podawały częściej kobiety z grupy na stanowiskach medycznych znające zdrowotne zagrożenia wynikające z niewykonywania badań profilaktycznych i to one świadomie decydowały się na taki wybór. Z kolei kobiety na stanowiskach niemedycechnych najczęściej spośród wielu możliwości wskazywały nie widząc potrzeby, jestem zdrowa. Dość często wskazywano też na obawę wykrycia choroby oraz lęk przed badaniem / wstydem.

Na inne, indywidualnie dopisywane powody niewykonywania badań cytologicznych, ankietowane panie wskazywały np. brak czasu, brak niepokojących objawów, a przecież należy pamiętać, że wczesnym zmianom nowotworowym w raku szyjki macicy z reguły nie towarzyszą wyraźne symptomy, nie należy więc czekać z wizytą u lekarza aż zauważy się niepokojące dolegliwości. Do innych powodów zaliczono też USG dopochwowe, które to badanie diagnostyczne według respondentki wykluczało możliwość badania cytologicznego. Jedna kobieta z najstarszej grupy wiekowej jako powód niewykonania badania profilaktycznego podała swój wiek.

Inna respondentka za powód uznała ciążę, chociaż u ciężarnych tak samo jak i w całej populacji kobiet stwierdza się podobną ilość nieprawidłowych rozmazów cytologicznych, a rak szyjki macicy jest najczęstszym nowotworem złośliwym w okresie ciąży.⁵¹

Dość poruszający powód niewykonania cytologii podała jedna z pań wpisując, że to lekarz odradził pobranie badania tłumacząc, że nie ma takiej potrzeby. Bardzo ważnym czynnikiem w zwalczaniu chorób nowotworowych jak się okazuje, jest przekonanie o skuteczności działań profilaktycznych nie tylko pacjentek w gabinetach lekarskich, ale też personelu medycznego.

Na problemy z dostępnością do badań wskazało 16% respondentek. Do najczęstszych (9%) zaliczono zbyt długi czas oczekiwania na wizytę (kolejka), następnie nieodpowiednie godziny otwarcia gabinetu (4%) oraz konieczność dokonywania opłat (3%).

Wiele wysiłków zostało włożonych w badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych. Tendencje spadkowe zachorowalności oraz niską umieralność wiąże się z wdrożeniem powszechnej i ciągłej profilaktyki oraz z lepszym dostępem do systemu opieki zdrowotnej. Również wprowadzenie szczepionki przeciwko HPV jest przełomem w dążeniu do zmniejszenia zachorowalności na raka szyjki macicy, niestety jest to jedna z najdroższych szczepionek i dlatego jej finansowanie stanowi duże wyzwanie.

⁵¹ Bręborowicz G., H.: Położnictwo, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 338 - 339

Debata na temat roli i miejsca zdrowia publicznego w życiu społeczeństw trwa od kilku dziesięcioleci. Chodzi o miejsce w funkcjonujących na świecie systemach ochrony zdrowia. I chociaż zdrowie jest dobrem osobistym każdego obywatela, to jednak również państwo zobowiązane jest do stwarzania takich warunków, aby zachować i umacniać to zdrowie. Zainteresowane tym są nie tylko poszczególne kraje, ale też Organizacja Narodów Zjednoczonych (w tym liczne jej agendy, zwłaszcza WHO) oraz Unia Europejska. Polska mimo, że już zrobiła duży krok milowy w dostosowywaniu przepisów i organizowaniu ochrony zdrowia do wymogów współczesnego świata, to nadal są płaszczyzny wymagające przekształceń. Dziś, reformowanie systemów ochrony zdrowia stało się koniecznością powszechnie uznawaną przez większość krajów świata.⁵²

Wnioski

Analiza zgromadzonego materiału pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Wiedza o możliwościach wykonania badań cytologicznych wśród kobiet jest bardzo duża.
2. Prawie połowa badanych kobiet nie ma nawyku dbałości o zdrowie narządu rodowego i lekceważą działania związane z profilaktyką.
3. Postawy zdrowotne kobiet ściśle wiążą się z wykonywanym zawodem.
4. Dość niska frekwencja przeprowadzonych badań cytologicznych w środowisku medycznym skłania do refleksji, że poza tym środowiskiem jest jeszcze gorsza świadomość społeczna odnośnie badań profilaktycznych.

Literatura

Książki:

1. Abrahams P.: Atlas anatomii. Ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 2004
2. Bręborowicz G., H.: Położnictwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002
3. Cekański A.: Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999
4. Czupryna A., Piździoch S., Ryś A., Włodarczyk C.: Zdrowie publiczne, Tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versalius, Kraków 2000
5. Jeziorański A.: Onkologia. Podręcznik dla Pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005
6. Karski J.: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003
7. Kordek R., Jassem J., Krzakowski M., Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2004
8. Nowacki T.: Metodologia pedagogiki pracy. Warszawa 1978
9. Okoń W.: Słownik pedagogiczny. Warszawa 1981
10. Pawłęga J.: Zarys onkologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002
11. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Warszawa 1995
12. Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002
13. Słomko Z.: Ginekologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997
14. Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych. Katowice 1979
15. Tomaszewski T.: Wstęp do psychologii. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1963

⁵² Leowski J., Miller M.: *Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” tom II, nr 2 / 2004, s.14 -17

16. Zaborowski Z.: Wstęp do metodologii badań pedagogicznych. Ossolineum, Wrocław 1970
17. Artykuły:
18. Bała M., Jaeschke R. MD MSc.: Skuteczność i tolerancja czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV) w zapobieganiu zmianom przedarakowym szyjki macicy związanym z zakażeniem HPV – badanie FUTURE II . „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” 6 (52) listopad – grudzień 2007
19. Banach M., Grabiec M., Rybka M.: Profilaktyka w walce z rakiem piersi i rakiem szyjki macicy. „Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 3 (12) 2005
20. Bączek G., Dmoch – Gajzlerska E.: Położna a badania naukowe. „Położna. Nauka i Praktyka” Nr 2, 2008
21. Bidziński M.: Komentarz do: Długotrwała skuteczność czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV) w obserwacji 5 – letniej. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo”, 4 (50) lipiec – sierpień 2007
22. Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. „Ginekologia po dyplomie” Wydanie specjalne. Luty 2008
23. Koper A., Mierzwa T.: Zdrowe wytyczne. „Magazyn pielęgniarstwa i położnej” Nr 6 / 2008
24. Krzywicka A.: Skryning – sposób na profilaktykę chorób. „Pielęgniarstwo i My”. Nr 20 / 1998
25. Leowski J., Miller M.: Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” tom II, nr 2 / 2004
26. Long H.J. III, MD, N.N.I. Laack MD, MS, B.S. Gostout, MD, Zapobieganie, diagnostyka i leczenie raka szyjki macicy. „Ginekologia po dyplomie”, Wrzesień 2008
27. Nowak – Markwitz E. :Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” Nr 6(46) 2006
28. Pająk A.: Wokół określenia zdrowia publicznego. „Zdrowie publiczne i zarządzanie” tom II, nr 2/2004
29. Pawłowska – Salińska K.: Obowiązkowe cytologia i mammografia znajdują się w kodeksie pracy. „Gazeta Wyborcza” 17 listopada 2008
30. Postępowanie w przypadku nieprawidłowych wyników badania cytologicznego i histologicznego szyjki macicy. Wytyczne postępowania klinicznego. „Medycyna praktyczna. Ginekologia i położnictwo” styczeń – luty 2007
31. Wysocki J.: Szczepionki przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” Nr 6(46) 2006
32. Ustawy:
33. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200)

Strony internetowe:

1. <http://www.kodekswalkizrakciem.pl>
[dostęp 5 grudnia 2008r.]
2. <http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl>
[dostęp 5 grudnia 2008r.]
3. <http://www.nfz.gov.pl>
[dostęp 02.02.2009]

Inne:

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 66/2007/DSOZ

Rak szyjki macicy - wczesne wykrywanie stanów zagrożenia neoplazją. Ryzyko raka w zakażeniach szyjki macicy wirusem Papilloma.

*Elżbieta Muzyk - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zdzisław Szalkowski - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

Streszczenie

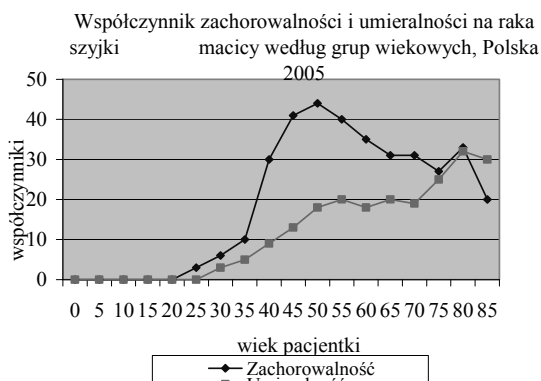
Jak wynika z licznych badań i statystyk nowotwór szyjki macicy jest poważnym problemem XXI wieku, ponieważ dotyczy on 470000 kobiet na całym świecie. Przerazający jest fakt, że w Polsce choruje 15 na 100 tysięcy kobiet i jest to najwyższy wskaźnik w Europie, spowodowany w głównej mierze niewykonywaniem badań cytologicznych. Połowa z tych kobiet umiera. Rak dotyczy najczęściej pacjentek w wieku 45-50 lat, natomiast stany przednowotworowe występują około 35 roku życia. W patogenezie choroby biorą udział różne czynniki między innymi: wczesne rozpoczęcie życia płciowego, duża liczba partnerów seksualnych, duża liczba porodów, uwarunkowania genetyczne oraz palenie papierosów. Najważniejsze jednak znaczenie w rozwoju choroby ma infekcja HPV a w szczególności 16 i 18 serotypem tego wirusa. Pomiedzy wystąpieniem zaawansowanego raka szyjki macicy a licznymi stanami przednowotworowymi (nadżerka, leukoplakia, CIN) upływa około 5-10 lat i czas ten należy dobrze wykorzystać na diagnostykę i odpowiednie leczenie. Wykrycie wczesne zmian daje duże szanse na wyleczenie i przedstawia się następująco: wyleczalność raka szyjki macicy w stadium „0” (przedinwazyjnym) wynosi 100%, w stadium I - ok. 70%, w II - 50%, w III - ok. 30%. Z tego też powodu kluczową rolę odgrywa badanie ginekologiczne i cytologiczne. Szczególnie ocena rozmazu szyjowego a w nim komórek nabłonka szyjki macicy pozwala na szybkie rozpoznanie patologii w obrębie budowy komórek i ich wzajemnych stosunków oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia. Wczesnym zmianom nowotworowym w raku szyjki macicy z reguły nie towarzyszą żadne dolegliwości, toteż cytologia jest podstawowym badaniem, które pozwala wychwycić jeszcze przedinwazyjne stadium raka. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości pacjentka musi wykonać badania dodatkowe lub zgłosić się za pół roku na ponowne badanie cytologiczne. Do badań dodatkowych zalicza się kolposkopię. Umożliwia ona dokładniejsze obejrzenie narządu rodnej kobiety aparatem, który oświetla szyjkę. Badanie przeprowadza się po założeniu wziernika. Czasem jest konieczne pokrycie szyjki roztworem kwasu octowego, który wyraźnie uwidacznia obszary zmienione chorobowo i umożliwia pobranie próbki do badania histopatologicznego. Kolposkopię wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych. Gdy nie można ocenić całego chorobowo zmienionego fragmentu szyjki macicy, wykonuje się konizację. Jest to zabieg chirurgiczny wykonywany w znieczuleniu ogólnym, podczas którego usuwa się stożkowy fragment szyjki macicy. Następnie oddaje się go do badania histopatologicznego, które jest w tym wypadku rozstrzygające. Z patomorfologicznego punktu widzenia rak szyjki macicy jest w 85% rakiem płaskonabłonkowym, w 10% gruczolowym i w 5% mieszanym.

Dlatego tak ważna jest dobrze zorganizowana profilaktyka. Istnieje kilka metod leczenia- operacja chirurgiczna jest metodą stosowaną najczęściej. Standardowy zabieg obejmuje tzw. histerektomię, czyli usunięcie macicy wraz z sąsiadującymi węzłami chłonnymi. Zwykle usunięcie jajników nie jest konieczne. Jeżeli jednak do tego dochodzi, to w celu zapobieżenia przedwczesnej menopauzie stosuje się hormonalną terapię zastępczą. Zdarza się, że rak szyjki macicy dotyczy kobiety w wieku rozrodczym można wtedy wykonać konizację, jako równoważną metodę leczenia. Wskazania do leczenia chirurgicznego zależą od zaawansowania choroby. We wczesnym stadium raka szyjki macicy radioterapia jest równie skuteczna jak operacja. Jednak efekty uboczne są większe i wiążą się z utratą funkcji jajników. Stosuje się ją więc w przypadkach, gdy zabieg operacyjny nie wystarcza, istnieje duże prawdopodobieństwo nawrotu choroby (stwierdzone przerzuty do węzłów chłonnych).

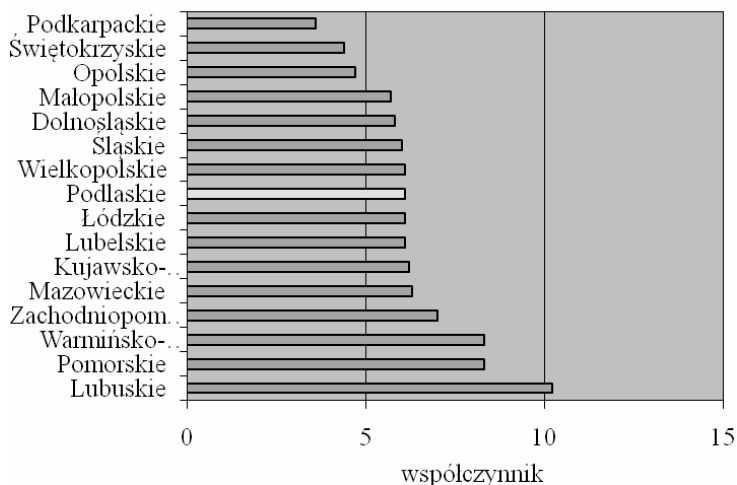
Wprowadzenie

Pod pojęciem raka szyjki macicy mieszczą się różne postacie nabłonkowych, złośliwych nowotworów szyjki macicy oraz różne stopnie jego zaawansowania. Ciekawy jest fakt, że jeszcze ponad 100 lat temu owy rak uważany był za chorobę zakaźną i istniał zakaz leczenia go w szpitalach ginekologicznych. W 1878 roku Freud opracował sposób wycięcia macicy drogą brzuszną, jednak jej zwyczajne usunięcie nie dawało tak dobrych wyników jak w przypadku raka trzonu. W 1895 roku Byrnes po raz pierwszy zastosował prąd bateryjny w celu leczenia zmian nowotworowych na szyjce macicy. Rok ten jest również ważny z tego względu, że właśnie wtedy Roentgen odkrył promienie X i od razu znalazły one zastosowanie w leczeniu raka. Właściwe jednak dawkowanie promienia nastąpiło w 1913 roku kiedy wynaleziono lampę Colidge'a. Nie bez znaczenia w leczeniu raka szyjki macicy miał wykryty przez Marię Curie – Skłodowską i jej męża rad. Jednocześnie z radioterapią rozwijały się metody operacyjne. Początkowo polegały na usunięciu macicy drogą pochwową, ale z powodu niemożności usunięcia węzłów chłonnych udoskonalano tę metodę a czyniono to przez otwarcie jamy brzusznej. Przełomowy był w tym wypadku rok 1940 kiedy to Meigs opracował technikę operacyjnego usunięcia raka szyjki macicy, przygotowania do operacji, prowadzenia zabiegu oraz zastosowaniu nowoczesnej, jak na te czasy anestezjologii. Od tej pory pojawiały się także próby łączenia obu metod, które polegały na wycinaniu drogą brzuszną węzłów chłonnych po ukończeniu radioterapii.

Zachorowalność na raka szyjki macicy jest bardzo zróżnicowana ze względu na rozmieszczenie geograficzne, grupy etniczne i środowiska, w których żyją potencjalne pacjentki. Według danych najwyższe współczynniki notuje się w Afryce, szczególnie w Zimbabwie i Ugandzie i wynoszą około 60 %. Podobnie jest w krajach Ameryki Południowej, takich jak Brazylia i Peru. Niewątpliwie częściej chorują kobiety rasy czarnej niż białej. Jeżeli zaś chodzi o Europę to najwyższy stopień zachorowania notuje się w Niemczech- 20 %, Jugosławii i Czechach- ok. 14 %. Najniższy wskaźnik zachorowania obserwuje się we Włoszech- 2,8 %. W Polsce rak szyjki macicy stanowi 7,6 % wszystkich zachorowań na nowotwory u kobiet a zachorowalność na ten nowotwór znajduje się na 3 miejscu po raku sutka i płuca. Obserwuje się spadek zachorowalności w przeciągu ostatnich 50 lat z 28 % do 7,2 %, co niewątpliwie wiąże się z postępem medycyny i świadomością pacjentek. Współczynnik ten różni się w poszczególnych grupach wiekowych, jest zdecydowanie niższy przed 34 rokiem życia oraz po 79 roku życia. Najczęściej umierają kobiety w wieku 65-80 lat.



Umieralność na raka szyjki macicy według województw,
Polska 2005



Definicja stanu przedrakowego

Określając daną zmianę jako przedrakową, mamy na myśli zmianę, która może ulec przekształceniu w proces złośliwy. Z punktu morfologicznego za stan przedrakowy uważa się zmiany charakteryzujące się długotrwałym współistnieniem procesów zanikowo-zwyrodnieniowych i proliferacyjnych. Wyróżniamy następujące stany przedrakowe szyjki macicy:

a) dysplazja- zwana także nieprawidłowym dojrzewaniem komórkowym, polega na zaburzeniu zarówno wyglądu, liczby jak i wzajemnego położenia komórek. Przyczyny zjawiska dysplazji poszukuje się w zmianach metabolicznych jak i hormonalnych. Dysplazja jest pojęciem głównie histologicznym, które w cytologii ma swój odpowiednik w postaci dyskariozy. Objawia się ona zwłaszcza zaburzeniem dojrzewania komórek z głębi ku powierzchni, czego dowodem są duże, nadbarwliwe jądra otoczone prawidłową cytoplazmą. Ze względu na stopień zaawansowania zmian wyróżniono dysplazje proste (łagodne) i atypowe (ciężkie).

dysplazja prosta- dochodzi do niej zarówno w szyjce macicy jak i w jej kanale. W przypadku zmian w kanale szyjki macicy dochodzi do patologicznego rozrostu powierzchniowych komórek walcowatych i gruczołowych dający obraz wielowarstwowości nabłonka a także mataplazji płaskokomórkowej wraz z objawem parakeratozy. Natomiast w obrazie nabłonka płaskiego dochodzi do wzrostu liczby komórek warstwy podstawowej. Czasami można zauważyć także zamianę komórek podstawowych na komórki przypadkowe, które często ułożone w sposób chaotyczny.

dysplazja atypowa- podobnie jak w dysplazji prostej zmiany występują w szyjce macicy jak i w kanale. W kanale dochodzi do rozrostu komórek walcowatych, powierzchniowych i gruczołowych, które ulegają spłaszczeniu i upodabniają nabłonek do płaskiego. Cechą charakterystyczną jest stale występujący objaw parakeratozy. Jądra komórkowe również wykazują nieprawidłowości w postaci zaburzeń kształtu i zabarwienia. Ponadto figury podziału są coraz liczniejsze, ale bez atypowych mitoz. Dysplazja ciężka w szyjce macicy objawia się przede wszystkim zaburzeniem warstwowości, głównie dotyczącej warstwy podstawowej, która jest silnie rozrośnięta i zajmuje większą część nabłonka.

Najistotniejsze znaczenie w odróżnieniu dysplazji łagodnej od ciężkiej ma badanie histologiczne jednak wiele informacji może dostarczyć także badanie cytologiczne. Dysplazja jest zjawiskiem odwracalnym, które nie leczone i pozostające pod wpływem czynników je wywołujących, może ulec zezłośliwieniu.

Obecnie termin dysplazja zamieniono na wewnątrz nabłonkową neoplazję szyjki macicy-CIN. Charakteryzuje się ona zaburzeniami w dojrzewaniu nabłonka, nieprawidłowościami jądrowymi, zatarciem warstwowości nabłonka oraz aktywnością mitotyczną. Anomalie te pojawiają się głównie w strefie połączeń między nabłonkiem wielowarstwowym płaskim i walcowatym. Podzielono ją na 3 stopnie:

dysplazja małego stopnia –CIN-1 – podkreśla się udział we wczesnej fazie karcynogenezy udział infekcji HPV, często samoistnie odwracalna

dysplazja średniego stopnia-CIN-2

dysplazja dużego stopnia-CIN-3- jest synonimem raka wewnątrz nabłonkowego

Diagnostyka

Rozpoznanie raka szyjki macicy opiera się między innymi na badaniu cytologicznym. Metoda ta, pozwala na wykrycie nieprawidłowości na podstawie złuszczonej komórki z powierzchni nabłonków. Ocenia się je za pomocą oglądanego pod mikroskopem rozmazu. Postawienie rozpoznania powinno się opierać, nie tylko na obrazie pojedynczych komórek, ale ich całej zbiorowości i jest zdecydowanie trudniejsze niż diagnoza na podstawie badania histologicznego. Znaczącą rolę odgrywa pobranie materiału i przygotowanie preparatu, ponieważ w istotny sposób mogą one wpłynąć na nieprawidłowości w zakresie cytoplazmy i jądra a są to parametry głównie oceniane. Badanie screeningowe należy rozpocząć po podjęciu współżycia seksualnego. Jeżeli wymazy cytologiczne są prawidłowe i brak jest czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy następne badania przesiewowe można wykonywać co 3 lata. Ponowne badania cytologiczne w odstępach 12 miesięcznych należy wykonać w przypadku kobiet zakażonych HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażone HPV 16/18 lub leczonych w przeszłości z powodu CIN-2, CIN-3 lub raka szyjki macicy. Takie postępowanie pozwala na szybkie wykrycie zmian, bowiem najczęściej rozwijają się one dość wolno. Nie zawsze wynik badania cytologicznego nieprawidłowy wskazuje na obecność nowotworu, ponieważ takie stany jak zapalenie stają się przyczyną fałszywie dodatnich wyników. Owy stan zapalny, podobnie jak też brak w rozmazie komórek strefy pośredniej, domieszki śluzu lub krwi stają się przyczyną powtórzenia badania w okresie krótszym niż 12 miesięcy.

a) metoda Papanicolaou -określił on w sposób dokładny metodę pobierania wymazów i wykonywania rozmazów oraz kryteria oceny poszczególnych komórek. Wyróżnił 5 stopni rozmazów pochwoowych:

Stopień I- brak komórek atypowych lub nieprawidłowych, w rozmazach stwierdza się komórki prawidłowe powierzchniowych warstw nabłonka paraepidermalnego pokrywającego szyjkę macicy. Mogą pojawić się pojedyncze leukocyty.

Stopień II- obok komórek prawidłowych w rozmazie pojawiają się komórki głębszych warstw nabłonka, komórki zwyrodniałe, leukocyty, bakterie, śluz. Komórki te nie wykazują jednak cech złośliwości.

Stopień III- poza komórkami wymienionymi w stopniu I i II pojawiają się komórki o cechach dysplastycznych. Stopień ten podzielony jest na dwa- III a i III b. W pierwszym cytolog oceniający rozmaz nie jest pewien czy oglądanie komórki są rzeczywiście nieprawidłowe a może są tylko wynikiem stanu zapalnego, które po leczeniu ulegnie regresji. W drugim zaś jest przekonany o obecności komórek dysplastycznych.

Stopień IV- obraz cytologiczny bardzo przemawiający za złośliwością dzięki obecności komórek atypowych, które są jeszcze nieliczne.

Stoień V- obraz cytologiczny przemawia na pewno za złośliwością, ponieważ w rozmazie stwierdza się komórki atypowe i to w znaczącej ilości.

Przesłanką do pobierania materiału do badania histopatologicznego są nieprawidłowości w badaniu cytologicznym (III b, IV, V) lub kolposkopowym.

Wynik badania histopatologicznego wycinku z tarczy części pochwowej wskazuje na istnienie raka przedinwazyjnego, to przed podjęciem terapii należy bezwzględnie wykonać diagnostykę skrobania kanału szyjki macicy i pobranie dodatkowych wymazów ze sklepień pochwy. Skrobanie kanału szyjki macicy zaleca się w sytuacji, gdy cytologia jest nieprawidłowa a badanie kolposkopem nie wykazuje na szyjce macicy miejsc podejrzanych, z których można pobrać wycinki.

Rola infekcji HPV w rozwoju raka szyjki macicy

Wieloletnie badania i obserwacje kliniczne pozwoliły na wyodrębnienie czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Podzielono je na czynniki główne, do których zalicza się: wiek, wczesne rozpoczęcie współżycia, dużą liczbę partnerów płciowych i porodów, palenie papierosów, niski status ekonomiczny, CIN-2 lub CIN-3 w wywiadzie, ale przede wszystkim zakażenia HPV 16/18. Drugą grupę stanowią czynniki prawdopodobne, takie jak wieloletnie stosowanie hormonalnych leków antykoncepcyjnych, dieta uboga w antyoksydanty, zakażenia HIV oraz częste stany zapalne pochwy wywołane przez *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*.

Szczególnym zainteresowaniem cieszy się wpływ wirusa HPV na powstanie raka szyjki macicy, ponieważ DNA wirusa stwierdza się w 70 % przypadków w komórkach raka przedinwazyjnego jak i inwazyjnego. Badania wykazują także silny związek przyczynowo-skutkowy między zakażeniem serotypem 16 wirusa HPV a powstawaniem zmian dysplastycznych nabłonka szyjki macicy – CIN-2 i CIN-3. Istnieje ponad 100 typów wirusa HPV a około 40 z nich zakaża preferencyjnie błony śluzowe człowieka. Do najbardziej groźnych oprócz wyżej wymienionych serotypów 16, 18 należy także typ 31, 45 oraz 6 i 11. Podejrzenie lub rozpoznanie zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego nie oznacza, że na pewno rozwinie się rak szyjki macicy. Ponad 80 % zakażeń wywołanych tym wirusem zanika samoistnie, bez leczenia w ciągu 12 miesięcy. Jednak utrzymywanie się zakażenia przez wiele lat jest groźne i wiąże się ze wzrostem ryzyka rozwoju zmiany nowotworowej, szczególnie gdy mamy do czynienia z 16 lub 18 typem wirusa.

W przypadku kiedy nie ma morfologicznych cech sugerujących zakażenie tym wirusem pomocne są badania kolposkopowe i cytologiczne. Istnieją cechy stałe świadczące o zakażeniu HPV. W jądrach zainfekowanych komórek wirus replikuje się a w cytoplazmie występują zmiany zwyrodnieniowe, którym towarzyszy glikogenoliza. Glikogen zużywany jest jako materiał energetyczny dla rozwoju wirusa. Prowadzi to do powstania charakterystycznych, nieregularnych przejaśnień okołojądrowych, tak zwanego „halo”.

Typy histologiczne raka szyjki macicy

Pośród raków inwazyjnych szyjki macicy 85 % stanowią raki płaskonabłonkowe, 10 % gruczolowe i 5 % raki mieszane. W zależności od stopnia zróżnicowania dzieli się je na raki dobrze zróżnicowane – G1, raki średnioróżnicowane – G2 i raki niskozróżnicowane- G3.

Istnieją poza tym trzy inne postaci raka płaskonabłonkowego, które ze względu na podobieństwa terminologii mogą być mylone są to: carcinoma planoepitheliale verrucosum, condylomatosum i papillare. Dwa pierwsze typy charakteryzują się brodawkowatym wzrostem i niewielką atypią, z tym że carcinoma condylomatosum wykazuje podobieństwo do kłykcin kończystych i cechy infekcji HPV, czego brak w przypadku carcinoma verrucosum. Cechą zmienną tego nowotworu jest częstsza lokalizacja na sromie niż w szyjce macicy, brodawkowate lub cebulowate utkanie oraz kalafiorowaty wygląd. Jest to najbardziej dojrzały rak płaskonabłonkowy, który nacieka miejscowo i nie daje odległych przerzutów. Ważne jest

by w terapii nie stosować promieniowania, bowiem takie działanie może wzbudzić rozsiew nowotworu. Leczeniem z wyboru jest wycięcie macicy. Natomiast carcinoma papillare wyróżnia się, mimo brodawkowatego wzrostu, atypią średniego lub dużego stopnia. Wspólną cechą tych trzech zmian jest to, że przez dłuższy czas mogą rozwijać się jako raki przedinwazyjne.

Zróżnicowanie histologiczne raków gruczołowych przedstawia się następująco: gruczolakorak endometrioidalny, gruczolakorak jasnokomórkowy, rak surowicy brodawkowaty, rak lity niezróżnicowany.

Wyróżnia się następujące typy raków mieszanych:

Rak gruczołowy typu endometrialnego z wewnątrzbanlonkową metaplastją płaskonabłonkową o typie niezłośliwym

Rak gruczołowo- płaskonabłonkowy, w którym obydwie komponenty mają morfologiczne cechy złośliwości

Rak płaskonabłonkowy z ogniskami komórek śluzowych rozsianych pojedynczo lub nawet tworzących cewy wśród utkania raka płaskonabłonkowego

Rak wywodzący się z komórek rezerwowych, który nie stanowi jednorodnych utkań i może różnicować się w kierunku raków gruczołowych, mieszanych, gruczołowo-nabłonkowych, niezróżnicowanych a nawet raka drobnokomórkowego.

Klasyfikacja kliniczna

Stopień	Rozległość naciekania
0	Carcinoma in situ, carcinoma intraepitheliale
I	Rak ograniczony do szyjki macicy
I a	Przedkliniczny rak szyjki widoczny tylko mikroskopowo
Ia1	Minimalna widoczna mikroskopowo inwazja podścieliska nieprzekraczająca 3 mm grubości i 7 mm szerokości
Ia2	Zmiana widoczna mikroskopowo o szerokości, która nie przekracza 5 mm i szerokości 7 mm
Ib	Naciekanie przekraczające wymiary podane w punkcie Ia lub zmiana stwierdzana klinicznie
Ib1	Nowotwór nie przekracza 4 cm
Ib2	Nowotwór przekracza 4 cm
II	Rak przechodzi poza szyjkę, ale nie przekracza ścian miednicy, rak nacieka pochwę, ale nie więcej niż 2/3 górnej jej części
IIa	Rak zajmuje 2/3 górnej pochwy, ale nie nacieka przymacicz
IIb	Rak nacieka przymacicza, ale nie zajmuje ścian kostnych macicy
III	Rak nacieka przymacicza i dochodzi do ścian kostnych miednicy. Zajmuje pochwę, przekraczając jej dolną 1/3. wszystkie przypadki z nerką niewydzielającą lub wodonerczem.
IIIa	Rak nacieka pochwę, przekraczając jej dolną 1/3. Rak nacieka przymacicza, nie dochodząc do ścian kostnych
IIIb	Rak nacieka przymacicza, dochodząc do ścian kostnych miednicy lub wszystkie przypadki z nerką niewydzielającą lub wodonerczem
IV	Rak przekracza granicę miednicy mniejszej lub nacieka błonę śluzową pęcherza moczowego lub/i odbytnicy
IVa	Nacieczenie narządów miednicy małej (błona śluzowa pęcherza moczowego lub/i odbytnica)
IVb	Przerzuty odległe

Kategoria	
TX	Nie można ocenić guza pierwotnego
TO	Nie stwierdza się obecności guza pierwotnego
Tis	Rak przedinwazyjny
T1	Rak ograniczony do szyjki macicy
T1a	Rak inwazyjny, przedkliniczny, rozpoznany wyłącznie mikroskopowo
T1a1	Minimalne mikroskopowe naciekanie pościeliska
T1a2	Naciek podścieliska 5 mm od błony podstawnej i średnicy 7 mm
T1b	Guz większy niż wymieniony wyżej
T2	Rak nacieka poza szyjkę, nie dochodzi do ścian miednicy i nie nacieka 1/3 pochwy
T2a	Bez naciekania przymacicz
T2b	Z naciekaniami przymacicz
T3	Rak szyjki macicy dochodzi do ścian miednicy i/lub obejmuje dolną 1/3 część pochwy i/lub powoduje wodonercze lub unieczynnienie nerki
T3a	Guz nacieka 1/3 dolną część pochwy, ale nie stwierdza się nacieku ściany miednicy
T3b	Guz nacieka ścianę miednicy lub/i powoduje wodonercze lub unieczynnienie nerki
T4	Guz nacieka śluzówkę pęcherza moczowego lub odbytnicy i/lub przechodzi poza odbytnicę
M1	Przerzuty odległe

T- guz pierwotny

N -noduli- regionalne węzły chłonne

N0- nie stwierdza się zajęcia węzłów chłonnych

N1,2,3- określenia zajęcia coraz większego zajęcia węzłów chłonnych

N4- zajęcie węzłów odległych

M- metastases- przerzuty

M0- brak odległych przerzutów

M1- potwierdzone odległe przerzuty

Leczenie

Terapia dysplazji szyjki macicy uwarunkowana jest wieloma czynnikami, wśród których najważniejsze to: wiek pacjentki, ewentualne ciążę oraz stopień dysplazji. Istnieje wiele metod leczenia CIN i wybór jednej powinien być dokonywany indywidualnie dla każdej pacjentki. Czasami można ograniczyć się do obserwacji klinicznej z okresową cytologią i kolposkopią, ale tylko w przypadku zmian małych, dobrze odgraniczonych, czyli w dysplazji małego stopnia CIN-1. Dotyczy to szczególnie kobiet młodych, nieródek i ciężarnych, kiedy usunięcie zmiany jest przeciwwskazane. Należy jednak podkreślić, że postawa wyczekująca nie jest zalecana i powinno dążyć się do usunięcia zmiany. Jedną z metod leczenia łagodnej dysplazji szyjki macicy jest elektrokoagulacja. Ze względu na jej podstawowy mankament, jakim jest brak materiału do badania histopatologicznego po zabiegu jest szczególnie polecana tylko w przypadku zmian o charakterze CIN-1 lub CIN-2, ponieważ w przypadku CIN-3 u wielu pacjentek odnotowano wznowę po tym zabiegu. Alternatywą dla elektrokoagulacji może być krioterapia, uznana za idealną metodę eliminacji zmian szyjki macicy w warunkach ambulatoryjnych. Ponadto metoda ma wiele innych zalet, takich jak: niska cena, prostota wykonania, niska cena, bezpieczeństwo. Jeżeli chodzi o jej efektywność to waha się w zależności od źródeł podających wyniki od 27-96 %. Różnice te wynikać mogą z różnego doświadczenia wykonującego zabieg i odpowiedniego doboru końcówek do aparatu. Skuteczność zabiegu krioterapii jest porównywana ze skutecznością elektrokoagulacji, jednak na jej korzyść przemawia bezbolesność zabiegu i możliwość wykonania w warunkach ambulatoryjnych. Nie bez znaczenia jest fakt, że krioterapię można wykonać bez znieczulenia ogólnego i tak naprawdę nie jest ona obciążona większymi powikłaniami. Podobnie jak elektrokoagulacja krioterapia nie dostarcza materiału do badania histopatologicznego, toteż metoda ta stosunkowo rzadko jest wykorzystywana w leczeniu dysplazji CIN. Ważną metodą leczenia jest laseroterapia, polegająca na miejscowym

zniszczeniu zmian przez odparowanie tkanki oraz jako metoda konizacji, czyli stożkowatego usunięcia tkanki wokół ujścia zewnętrznego kanału szyjki macicy.

W przypadku dysplazji zlokalizowanej w kanale szyjki macicy postępowaniem z wyboru jest elektrokonizacja, która pozwala na wydłużenie linii cięcia na górny odcinek błony śluzowej kanału szyjki macicy. Metoda ta jest bardzo podobna do leep- loop z tym, że podczas wykonywania zabiegu pacjentce towarzyszą większe dolegliwości bólowe. Ponadto pozostawia ona blizny łącznotkankowe, co ma istotne znaczenie dla kobiet w wieku rozrodczym.

W celu całkowitego wyleczenia z raka inwazyjnego szyjki macicy poprzez zniszczenie tkanki nowotworowej stosuje się chirurgię i radioterapię, bądź obie metody jednocześnie w celu uzyskania lepszego efektu terapeutycznego. Do takiego postępowania kwalifikują się kobiety z mniejszym stopniem zaawansowania nowotworu. Jeżeli ze względu na stopień zaawansowania nie można liczyć na całkowite wyleczenie chorej należy podjąć działania mające na celu spowolnienie procesu poprzez zastosowanie radioterapii i chemioterapii. Leczenie objawowe stosuje się u kobiet o dużym zaawansowaniu choroby, ale nie ma ono wpływu na przebieg nowotworu. Zatem wybór leczenia operacyjnego w zdecydowany sposób ograniczone jest stopniem zaawansowania klinicznego procesu nowotworowego a także od lokalizacji zmiany i współistniejących nieprawidłowości narządów płciowych. Teoretycznie rzecz ujmując każda zmiana kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego o ile pozostaje margines zdrowej tkanki oddzielającej ją od ściany miednicy.

W sytuacji kiedy mamy do czynienia z Ia2 stopniem zaawansowania raka szyjki macicy postępowaniem z wyboru jest usunięcie macicy ze sklepieniami pochwy i przydatkami lub bez. Należy jednak każdą sytuację traktować indywidualnie. Są jednak czynniki świadczące o złej prognozie, co skłaniać powinno do radykalnego zabiegu. Zalicza się do nich niskie zróżnicowanie nowotworu, „zlewający się” wzór naciekania nowotworu oraz zajęcie przez raka przestrzeni naczyń włosowatych.

Nie można ograniczać leczenia operacyjnego tylko do Ib stopnia klinicznego zaawansowania, ponieważ nie ma żadnego schematu według którego dochodzi do zajmowania przez nacieki nowotworowy węzłów chłonnych, dlatego też interwencja chirurgiczna możliwa jest także w przypadku IIb. Prawdopodobieństwo zajęcia procesem nowotworowym węzłów chłonnych w przypadku gdy guz zajmuje mniej niż 50 % szyjki macicy wynosi tylko 20-30 %. Wskaźnik ten wyraźnie wzrasta aż do 70 % w przypadku, gdy guz jest większy. Ogólnie rzecz ujmując 70-80 % guzów w momencie rozpoznania nie jest w stanie penetrować do węzłów chłonnych miednicy. W związku z tymi danymi postanowiono rozszerzyć wskazania do radykalnego usunięcia macicy w przypadku, gdy guz przekracza 10 cm³ czyli 5 % szyjki macicy.

Metodą konkurencyjną dla operacyjnej jest radioterapia, która stosowana jest we wszystkich stopniach zaawansowania i ma coraz większe zastosowanie ze względu na coraz to nowsze źródła promieniowania. Najdokładniej opisanymi metodami radioterapii jest metoda sztokholmska, paryska i manchesterska. Aby metoda ta była skuteczna należy spełnić kilka warunków: wrażliwość tkanek nowotworu na promieniowanie musi być większa niż tkanek otaczających. Poza tym tkanka prawidłowa musi posiadać dużą zdolność do odnowy biologicznej po napromieniowaniu a kondycja pacjentki musi być w miarę dobra. Niekorzystnym czynnikiem jest położenie narządów płciowych w sąsiedztwie narządów o bardzo dużej promieniotwórczości takich jak pęcherz moczowy, odbytnica, esica. Należy zatem zadbać by zastosowana dawka radioterapii nie zakłócała funkcji otaczających organów. O wielkości użytej dawki promieniowana decyduje także rozmiar guza, jego typ histologiczny oraz obecność martwicy.

Rokowanie

Wyniki leczenia raka szyjki macicy zależą od wielu czynników, w tym od stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu i typu histologicznego. Ogromny postęp w dziedzinie biologii molekularnej i genetyki spowodował odkrycie nowej grupy czynników prognostycznych. Ogólnie czynniki te możemy podzielić na osobnicze i nowotworowe. Czynnikiem osobniczym wpływającym na rokowanie jest wiek kobiety. Zauważono, że odsetek przeżycia jest niższy

w grupie kobiet poniżej 40 roku życia. Przyczyn gorszego rokowania w tej grupie upatruje się w częstszym występowaniu nowotworów o niskim stopniu dojrzałości histopatologicznej. Niektóre prace przedstawiają odmienne wyniki badań, ponieważ uwzględniły także inne parametry prognostyczne, takie jak zaawansowanie nowotworu i zaprzeczają one hipotezom o wpływie wieku na rokowanie. Innym czynnikiem prognostycznym zdaje się być rasa, bowiem gorsze rokowanie w raku szyjki macicy dotyczy rasy negroidalnej. Prawdopodobnie związane jest to z większą ekspozycją na czynniki predysponujące niż z uwarunkowaniami genetycznymi. Nie bez znaczenia jest także status socjalnoekonomiczny, ponieważ wykazano większą zapadalność na raka szyjki macicy kobiet o niższym poziomie życiowym. Związane to jest z wczesnym rozpoczęciem współżycia, wieloma partnerami i wczesnymi porodami. Ponadto w grupie tej częściej stwierdzano palenie papierosów. Rokowanie z pewnością zależy od stanu ogólnego kobiety. Stwierdzono, że rokowanie jest gorsze w przypadku niedokrwistości. Czynnikiem negatywnym jest także gorączkowy przebieg terapii. W przypadku tygodniowego podwyższenia temperatury ciała powyżej 37,5 stopnia C częściej dochodzi do niepowodzenia leczenia.

Istnieje również zależność między liczbą zajętych przerzutowo węzłów chłonnych a odsetkiem wyleczeń, co przedstawia poniższa tabela:

Tab. 1.
Przeżycie chorych z przerzutami do węzłów chłonnych.

Odsetek przeżyć 5-letnich bez nawrotu choroby	Liczba zajętych węzłów chłonnych
Okolo 62 %	1
35-40 %	2
20 %	3
0 %	Powyżej 5

Szczególną uwagę zwraca się na zależność między typem histologicznym raka a rokowaniem. Zdecydowanie lepszym prognostycznie jest rak płaskonabłonkowy, niż inne, jak na przykład rak gruczołowy. Uważa się także, że lepiej rokuja guzy zbudowane z dużych, rogowaciejących komórek niż z drobnokomórkowych, zwłaszcza pochodzenia neuroendokrynnego. Zależności te przedstawia tabela:

Tab. 2.
Zależność przerzutów, wznowy i rokowania od typu histologicznego raka.

Typ histologiczny raka	Przerzuty do węzłów chłonnych (%)	Nawroty (%)	Przeżycia 5-letnie (%)
Płaskonabłonkowy	15	15	84
Gruczołowy	20	21	76
Płaskonabłonkowo-gruczołowy	19	50	50

Literatura

1. „Patologia szyjki macicy” -Dr Turcas, Dr Truta, Dr Simy, Dr Roman, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973, str. 23-29
2. „Nowotwory narządów płciowych kobiety” - H. Kędzia, Poznań 1997, rozdział 15 str.173-196
3. „Onkologia ginekologiczna” - J. Markowska, Wrocław 2002, rozdział 34 str. 419-424
4. „Onkologia ginekologiczna” - J. Markowska, Wrocław 2002, rozdział 37 str. 443-457

5. „Onkologia ginekologiczna”- J. Markowska, Wrocław 2002, rozdział 40 str. 479-488
6. „Onkologia ginekologiczna” - J. Markowska, Wrocław 2002, rozdział 41 str.489-507
7. „Onkologia ginekologiczna”- M. Spaczyński, Wrocław 1997, rozdział 9 str. 127-168
8. „Ginekologia”- R. Klimek, Państwowy zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, str.172- 173
9. „Szczepienia przeciw HPV. Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV”- S. Majewski, M. Sikorski, Lublin 2006,rozdział 2, str. 21-49
10. „Szczepienia przeciw HPV. Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV”- S. Majewski, M. Sikorski, Lublin 2006,rozdział 3, str. 53-68
11. „Szczepienia przeciw HPV. Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV”- S. Majewski, M. Sikorski, Lublin 2006,rozdział 4, str. 71-84
12. „Szczepienia przeciw HPV. Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV”- S. Majewski, M. Sikorski, Lublin 2006,rozdział 10, str. 169-188
13. „Patologia”- A. Stevens, J. Lowe, Lublin 2004; rozdział 19, str.395-415
14. „Ginekologia po Dyplomie” Wrzesień 2000, tom 2, nr 5(9), wydanie polskie str. 5
15. „Ginekologia po Dyplomie” Marzec 2002, tom 4, nr 2, str. 65-68
16. „Ginekologia po Dyplomie” Listopad 2004, tom 6, nr 6(33), str. 44-51
17. „Ginekologia po Dyplomie” Wrzesień 2005, tom 7, nr 5(39), str. 92-94
18. „Ginekologia po Dyplomie” Listopad 2000, tom 2, nr 6(10), str. 33-37
19. „Ginekologia po Dyplomie” Lipiec 2004, tom 6, nr 4(31), str. 87-91
20. „Ginekologia po Dyplomie” Listopad 2002, tom 4, nr 6(22), str. 42-59
21. „Ginekologia po Dyplomie” Maj 2003, tom 5, nr 3(25), str.63-82
22. „Ginekologia po Dyplomie” Listopad 2000, tom 2, nr 6(10), str. 33-37
23. „Ginekologia po Dyplomie” Wrzesień 2005, tom 7, nr 5(39), str. 92-94
24. „Ginekologia po Dyplomie” Lipiec 2004, tom 6, nr 4(31), str. 87-91
25. „Ginekologia po Dyplomie” Listopad 2002, tom 4, nr 6(22), str. 42-59
26. „Ginekologia po Dyplomie” Maj 2003, tom 5, nr 3(25), str. 63-82
27. „Kurier Medyczny- Ginekologia” -21/09/2006
28. „Nowa Medycyna” – „Metody stosowane dla wczesnego wykrywania nowotworów narządów płciowych”- M. Spaczyński, str. 52

Diagnostyka i leczenie raka piersi – opieka nad kobietą po mastektomii

Bożena Bulatowicz - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Andrzej Gomula - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Rak sutka jest to choroba, w której występuje nieprawidłowy rozrost tkanki piersi. Może rozwijać się w obrębie tkanki, z której się wywodzi lub przerastać tkanki otaczające, a także rozprzestrzeniać się w postaci komórek odrywających się od guza, transportowanych naczyniami krwionośnymi lub limfatycznymi do innych narządów organizmu, dając przerzuty. Rak sutka jest jednym z najgroźniejszych nowotworów złośliwych.

Zachorowalność na raka piersi ma tendencję wzrostową, ponieważ sprzyjają mu czynniki cywilizacyjne: kobiety późno zachodzą w pierwszą ciążę, mają mniej dzieci, krócej karmią piersią, późno występuje menopauza.

W wielkim stopniu do zmniejszenia śmiertelności z powodu raka piersi przyczyniają się masowe badania przesiewowe. W krajach rozwiniętych od lat sprawnie funkcjonują programy badań przesiewowych, pozwalających wychwycić przypadki nowotworów we wczesnym stadium. U nas takie programy dopiero raczkują. Na badania zgłasza się niewielki procent kobiet i są to raczej te młodsze, u których zagrożenie chorobami nowotworowymi nie jest jeszcze poważne. Częstość zachorowań wzrasta po 35 roku życia, a w ogólnej liczbie zachorowań 30% dotyczy kobiet w wieku przedmenopauzalnym, pozostałe 70% przypada na wiek pomenopauzalny. Rak sutka przed 30 rokiem życia występuje rzadko. Szczyt zachorowań przypada bowiem po pięćdziesiątce. Wtedy należy wzmocnić czujność, gdyż jest ona naszą najlepszą bronią.

Wprowadzenie

Nowotwór piersi jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych dotyczących głównie kobiet, ze względu na złożoną budowę sutka, jego większą masę oraz wrażliwość na hormony. Etiologia, tak jak w większości nowotworów złośliwych nie została jeszcze w pełni wyjaśniona. Istnieje natomiast cały szereg czynników, które współczesna medycyna wiąże ze zwiększonym ryzykiem powstania raka piersi. Nie można ich lekceważyć pomimo tego, że zdania na temat ich istotności są ciągle podzielone.

Do czynników tych należą:

- rak piersi w wywiadzie
- u kobiet po leczeniu raka piersi ryzyko powstania raka w drugim sutku wzrasta co roku o 1%;
- położenie geograficzne
- kobiety rasy białej z krajów wysoko rozwiniętych chorują częściej
- wiek
- ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem po 35 roku życia a szczyt przypada na 50-70 rok życia
- czynniki genetyczne
- stwierdzenie mutacji w obrębie genu BRCA1 i BRCA2 powoduje zwiększenie ryzyka zachorowania do około 80%;
- promieniowanie jonizujące
- duże dawki promieniowania mogą być przyczyną rozwoju raka sutka
- aborcja i poronienia
- ryzyko zachorowania na raka piersi jest znacznie wyższe u kobiet, które poddały się chociaż jeden raz zabiegowi przerwania ciąży
- czynniki hormonalne endogenne

- większe ryzyko rozwoju raka sutka występuje
 - u kobiet, u których pierwsza miesiączka wystąpiła przed 12 rokiem życia
 - u kobiet, u których menopauza wystąpiła powyżej 55 roku życia
 - u kobiet, które nie rodziły
 - u kobiet, które urodziły po raz pierwszy po 30 roku życia
 - czynniki hormonalne egzogenne
 - wzrost ryzyka przypisuje się też hormonalnej terapii zastępczej, zwłaszcza długotrwałej oraz hormonalnej antykoncepcji u bardzo młodych kobiet
 - dieta
 - podejrzewa się, że duża zawartość tłuszczu w pożywieniu może być jednym z czynników ryzyka
 - otyłość
 - u osób otyłych trudniejsze jest wykrywanie zmian w piersiach, a komórki tłuszczowe wytwarzając dodatkowe estrogeny zwiększają ekspozycję na te hormony
 - alkohol
 - nadmierne spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko rozwoju raka piersi przez zaburzenie metabolizmu estrogenów w wątrobie, co prowadzi do podwyższenia poziomu tego hormonu we krwi
 - łagodne choroby piersi przebiegające z proliferacją
 - choroby z obecnością rozrostu atypowego są zmianami przednowotworowymi.
- U kobiet, u których stwierdza się jednocześnie kilka czynników ryzyka zwiększa się prawdopodobieństwo rozwoju raka piersi, ale nie przesądza o pojawieniu się nowotworu. Niektórych czynników nie sposób wyeliminować. Jednak na pewne sprawy mamy wpływ i jeśli uświadomimy sobie to odpowiednio wcześniej, możemy ustrzec się przed chorobą.

Objawy raka piersi

Objawy raka piersi zależą od stopnia jego zaawansowania. W początkowym stadium rak piersi przebiega bezobjawowo. Zwykle jest rozpoznawany przypadkowo jako twardy guzek w piersi, wyczuwalny dotykiem. Bardzo często kobiety same zauważają zmianę. Guzki w piersi są najczęściej łagodne, ale zawsze powinny być zbadane przez lekarza natychmiast po zauważeniu. Podejrzanie raka wzbudza przede wszystkim pojedynczy guz. Guzy mnogie są częściej przejawem zrywnienia torbielowatego lub innego procesu degeneracyjnego. Bardziej podejrzane są guzki twarde o nieregularnych kształtach, ściśle wtopione w gruczoł, niebolesne, istniejące dopiero od niedawna, leżące centralnie lub w boczno-górnym kwadrancie. U około 15-25 % kobiet guz może nie być wyczuwalny. Czasem zanim wyczuje się guzek, może pojawić się wyciek z brodawki lub jako pierwszy objaw powiększenie węzłów chłonnych pachowych.

W miarę rozrastania się nowotworu dołączają się inne charakterystyczne objawy, na które należy zwrócić szczególną uwagę. Należą do nich:

- wciąganie lub sterczenie brodawki;
- wciągnięcie trudno przesuwalnego fragmentu skóry- tzw. „pępek rakowy”;
- zmiana wielkości lub kształtu piersi;
- różne zachowanie się piersi podczas unoszenia ramion;
- obrzęk piersi;
- zmiany skórne wokół brodawki;
- wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty);
- zaczerwienienie, stwardnienie i zgrubienie skóry;
- „skórka pomarańczowa”- przejaw nacieczenia włókien sprężystych zdążających do skóry właściwej, jest to prawie pewien dowód złośliwości guza;
- powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym;
- poszerzenie żył skóry piersi;
- owrzodzenie skóry piersi;
- obrzęk ramion;

- bóle spowodowane przerzutami odległymi;
 - płaskie zaczerwienienie skóry w przypadku zaawansowanego tzw. zapalnego raka sutka
- Rak nie jest chorobą, która atakuje z dnia na dzień. Guz potrzebuje aż 7 lat, żeby urosł do wielkości 1cm, a w takim stadium jest całkowicie wyleczalny. Rokowanie pogarsza się wraz z rozmiarem guza przy rozpoznaniu. Należy więc dążyć do jak najwcześniejszego rozpoznania. Najważniejszymi metodami wczesnego wykrywania raka piersi są:
- samobadanie piersi
 - palpacyjne badanie piersi
 - badanie mammograficzne

Badania diagnostyczne w raku piersi

Obecnie medycyna dysponuje coraz skuteczniejszymi narzędziami do diagnostyki chorób nowotworowych, wzrasta więc ich wykrywalność. W ostatnich latach -i to jest pozytywna informacja- znacznie zwiększyły się też nasze szanse w walce przeciw chorobie nowotworowej. A lekarze zabiegają o to, by w ślad za tą zmianą poszła również zmiana sposobu myślenia. Nowotwór już dawno przestał być wyrokiem śmierci, stał się chorobą uleczalną, tak jak wiele innych. Musi być jednak spełniony jeden warunek: że zostanie wcześniej wykryty. I choć czas działa na naszą niekorzyść, a staje się sprzymierzeńcem rozwijającego się nowotworu, wbrew pozorom mamy go dużo i możemy wykrzyć „intruza” zanim stanie się naprawdę groźny. Kobiety są najlepszymi ekspertami od własnego ciała i najszybciej zauważają w nim wszelkie zmiany. Dlatego też ponad 90 % guzów piersi jest wykrywanych przez same chore, podczas samobadania piersi.

Ultrasonografia

Stosuje się ją szczególnie u młodych kobiet, poniżej 35 roku życia, u których tkanka gruczołu sutkowego ma zbyt dużą gęstość, aby można było uzyskać czytelny obraz w mammografii. Wskazaniami do wykonania ultrasonografii są zmiany wyczuwalne w badaniu palpacyjnym, ale niewidoczne w obrazie radiologicznym, zmiany niewyczuwalne w badaniu palpacyjnym, a widoczne i trudne do interpretacji w badaniu mammograficznym.

Mammografia

Mammografia zajmuje pierwszoplanowe miejsce w wykrywaniu wczesnych postaci raka sutka. Ze względu na niską dawkę promieniowania jako jedyna metoda jest wykorzystywana do badań skryningowych. Wykrywalność zmian w mammografii jest wysoka i wynosi około 95-98 %. Pozwala na wykrycie raka o średnicy poniżej 0,5 cm, a także zmian niewyczuwalnych w badaniu palpacyjnym. Badanie wykonuje się między 8 a 9 dniem cyklu miesięczkowego.

Mammografia polega na uciśnięciu piersi równoległymi dwiema płytami, co pozwala na lepsze uwidocznienie jakości obrazu radiologicznego i przesyłaniu przez piersi promieni Rentgena. Zdjęcia wykonuje się w dwóch projekcjach: skośnej i pionowej, przy czym zawsze dotyczą obu piersi.

Badanie to pozwala na uwidocznienie mikrozwapnień, co jest najbardziej pewnym i wczesnym objawem raka sutka. Za pomocą mammografii możliwe jest odróżnienie zmian złośliwych od łagodnych. Można też określić rozległość i umiejscowienie zmian, ich wieloogniskowość lub obustronność oraz ocenić wyniki leczenia napromienianiem lub chemioterapią. Mammografię jako badanie przesiewowe zaleca się u kobiet po 40 roku życia raz na 2 lata, a u kobiet po 50 roku życia raz do roku. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania jest ciąża i laktacja, ze względu na użycie promieni rentgenowskich. Nie wykonuje się również u kobiet młodych, z powodu zwartej struktury piersi oraz znikomego prawdopodobieństwa wystąpienia raka, z wyjątkiem kobiet, u których występują predyspozycje rodzinne.

Mammografia rezonansu magnetycznego

Jest to metoda nieinwazyjna, wykazująca wysoką czułość i dokładność. Jednak ze względu na wysoki koszt, małą dostępność, badanie nie jest i długo nie będzie metodą powszechnie stosowaną.

Badanie histopatologiczne

Rozpoznanie raka piersi powinno opierać się zawsze na wyniku badania histopatologicznego lub cytologicznego materiału pobranego z guza. W tym celu wykonuje się biopsję. Obecnie najczęściej stosowana jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC). Polega ona na pobraniu komórek lub fragmentów tkanki za pomocą cienkiej igły i strzykawki.

Histologiczne postacie raka sutka

Według Światowej Organizacji Zdrowia uproszczona klasyfikacja histopatologiczna raka sutka wygląda następująco:

- Rak przedinwazyjny (nienaciekający):
- rak przewodowy *in situ*;
- rak zrazikowy *in situ*.
- 2. Rak inwazyjny (naciekający):
- rak przewodowy naciekający - 60-80 % raków sutka;
- rak zrazikowy naciekający - 3-10 %;
- rak rdzeniasty - 2,5-5 %;
- rak brodawkowy - 2-4 %;
- rak cewkowy - 1-2 %;
- inne rzadkie typy (rak apokrynowy, rak z metaplastją nabłonka) - 1-1,5 %;
- rak brodawki sutkowej (rak Pageta) - 2,5%.

KLASYFIKACJA TNM- ocena stopnia zaawansowania

Skala TNM służy do oceny stopnia zaawansowania nowotworów. Została przyjęta przez międzynarodowe organizacje walki z rakiem piersi. W układzie tym nowotwór jest klasyfikowany według wielkości guza (T), zajęcia węzłów chłonnych (N) i obecnością przerzutów (M). Wyróżnia się klasyfikację przedterapeutyczną (TNM) i pooperacyjną (pTNM), na podstawie wyników badania histopatologicznego.

T – tumor(guz)

TO – nie stwierdza się guza pierwotnego

T1 – średnica guza do 2 cm

T2 – średnica guza 2-5 cm

T3 – średnica guza powyżej 5 cm

T4 – każdy guz różnej wielkości naciekający na ścianę klatki piersiowej

N – **nodi lymphatici** (węzły chłonne)

NO – węzły chłonne niepowiększone

N1 – węzły chłonne powiększone, ale ruchome względem podłoża

N2 – węzły chłonne powiększone, nieruchome

N3 – nieruchome pakiety węzłów chłonnych

M – **metastasis** (przerzuty)

M0 – brak odległych przerzutów

M1 – obecne przerzuty odległe

W celu wyboru postępowania leczniczego stosuje się czterostopniową klasyfikację.

I stopień – guz nie przekraczający 2 cm i nie dający przerzutów do węzłów chłonnych (T1, N0, M0 lub T2, N0, M0)

Leczenie: mastektomia, operacja oszczędzająca, radioterapia.

II stopień – średnica guza nie przekracza 5 cm, wyczuwalne powiększone węzły (T1, N1, M0 lub T2, N1, M0)

Leczenie: mastektomia, radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia.

III stopień – zajęte są otaczające tkanki, nacieczony jest mięsień piersiowy większy, skóra jest zmieniona na większej powierzchni, przerzuty w pakietach węzłów pachowych, średnica guza przekracza 5 cm (T1, N2, M0 lub T2, N2, M0 lub T3, N3, M0)

Leczenie: chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia, ewentualnie zabieg operacyjny.

IV stopień – występują odległe przerzuty (TNM1)

Leczenie: objawowe.

Metody leczenia raka piersi

Wybór metody leczenia zależy od następujących czynników:

- stopnia zaawansowania nowotworu;
- wydolności ogólnej organizmu pacjentki;
- chorób współistniejących;
- wcześniejszego leczenia przeciwnowotworowego;
- wieku i stanu hormonalnego;
- obecności w komórkach nowotworowych receptorów progesteronowych i estrogenowych.

W leczeniu raka sutka stosuje się leczenie chirurgiczne, radioterapię, leczenie hormonalne i chemioterapię. Podstawową metodą jest leczenie operacyjne, które stwarza największą szansę wyleczenia. Pozostałe metody służą jako uzupełnienie operacji lub jako leczenie paliatywne.

Leczenie chirurgiczne jest trudne ze względu na aspekt psychologiczny związany z okaleczeniem chorej. Wybór sposobu postępowania chirurgicznego powinien być zawsze uzgadniany z pacjentką i przez nią akceptowany.

Do niedawna najczęściej wykonywane było doszczętne odjęcie sutka sposobem Halsteada. Polega ono na usunięciu całego sutka z węzłami chłonnymi dołu pachowego i z mięśniami piersiowymi wraz z szerokim bezpiecznym marginesem zdrowych tkanek. Obecnie mastektomię tym sposobem wykonuje się tylko w przypadkach dużych guzów lub naciekania przez guz pierwotny mięśnia piersiowego większego.

Dzisiaj najczęściej stosowaną operacją jest zmodyfikowane radykalne odjęcie gruczołu sutkowego sposobem Pateya. Polega ona na odjęciu gruczołu sutkowego i usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego. Nie usuwa się mięśni piersiowych, co zapobiega powstaniu po operacji zagłębienia w okolicy podobażczykowej i sprzyja lepszej sprawności kończyny górnej. Wskazaniem do tego typu mastektomii są nowotwory w I i II stopniu zaawansowania klinicznego. Przeciwwskazaniem natomiast są przerzuty odległe oraz naciekanie przez guz powięzi mięśnia piersiowego większego.

Leczenie hormonalne

Hormonoterapia jest szczególnie wskazana u chorych:

- z przerzutami do kości;
- z obecnością receptora estrogenowego w komórkach raka;
- z przerzutami do tkanek miękkich;
- w złym stanie ogólnym;
- z długim, ponad 2 letnim czasem wolnym od choroby;
- w podeszłym wieku.

Radioterapia

Radioterapia polega na wykorzystaniu wysokoenergetycznego promieniowania jonizującego w celu zniszczenia komórek nowotworowych przy jak najmniejszym uszkodzeniu komórek zdrowych. W terapii raka sutka znajdują zastosowanie dwa główne rodzaje radioterapii: teleradioterapia (napromienianie z zewnątrz) i brachyterapia (bezpośrednie napromienianie komórek nowotworowych). Teleradioterapię stosuje się w formie 21- 25 kilkuminutowych cykli, rozłożonych w czasie na okres 3- 5 tygodni.

Brachyterapia

Brachyterapia polega na wprowadzeniu „drucika” zawierającego radioaktywną substancję w głąb tkanki piersi. Taka technika radioterapii zapewnia dodatkową dawkę promieni w obszarze tkanek otaczających guz.

Chemioterapia

Chemioterapia jest metodą polegającą na niszczeniu komórek nowotworowych krążących w organizmie przez podawanie różnych substancji chemicznych. Obecnie takiemu leczeniu podlega 70% chorych w różnych okresach choroby. Dzięki temu, w przypadku pacjentów leczonych radykalnie, u których chemioterapia jest stosowana jako leczenie uzupełniające lub poprzedzające leczenie miejscowe, szansa wzrostu odsetka przeżyć 5- letnich waha się od 5 do 22%. Jest to znaczny zysk dla choroby, szczególnie w przypadku raka sutka, kiedy po leczeniu operacyjnym na 100 chorych prawidłowa chemioterapia ratuje życie dodatkowo 22 chorym, zwłaszcza w zaawansowanych stadiach choroby, w których dochodzi do przerzutów w węzłach chłonnych.

Wskazania do chemioterapii:

- niepowodzenie leczenia hormonalnego;
- przerzuty do narządów miękkich;
- masywne przerzuty do tkanek miękkich;
- zbyt krótki czas wolny od choroby;
- brak receptorów estrogenowych w komórkach raka.

Przygotowanie pacjentki do zabiegu mastektomii

Przygotowanie do zabiegu operacyjnego obejmuje sferę psychiczną, jak i fizyczną. Obydwa obszary są bardzo ważne, a podejmowane czynności należą do istotnych elementów stanowiących o bezpieczeństwie pacjenta i pomyślnym przebiegu zabiegu operacyjnego. Przyjęcie na oddział z rozpoznaniem raka piersi jest bardzo dramatycznym przeżyciem zarówno dla samej chorej, jak i jej rodziny. Powoduje to wiele narastających problemów. Najczęstsze problemy okresu przedoperacyjnego to:

- depresja związana z koniecznością podjęcia decyzji;
 - stan lęku spowodowany poczuciem zagrożenia i przewidywaniem złej prognozy;
 - niedostateczna wiedza o badaniach, jakim trzeba się poddać;
 - nieznanomość procesu leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji;
 - obawa przed zabiegiem operacyjnym;
 - przygotowanie fizyczne do zabiegu chirurgicznego.

Przygotowanie psychiczne do zabiegu operacyjnego polega przede wszystkim na wyjaśnieniu nurtujących kwestii i rozwianiu wszelkich wątpliwości związanych z procesem leczenia i zabiegiem operacyjnym. Przygotowanie psychiczne może podejmować lekarz, pielęgniarka, psycholog, każdy w ramach swojej wiedzy i kompetencji.

W celu rozwiązania i łagodzenia problemów należy zastosować edukację pacjentki, która polega na dostarczeniu wiedzy na temat:

- środowiska oddziały i sposobu komunikacji;
- rodzajów badań i zabiegów;
- celu operacji, jej metody i następstw;
- gimnastyki oddechowej, ćwiczeń rehabilitacyjnych po zabiegu;
- procesu pielęgnacji (pozycja ręki, dreny);
- przeciwdziałanie bólowi po zabiegu.

W przygotowaniu fizycznym dąży się do optymalizacji ogólnego stanu zdrowia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na układ krążenia, oddechowy, pokarmowy i nerki oraz zaburzenia elektrolitowe. Jednym z elementów przygotowania fizycznego jest przygotowanie pola operacyjnego, czyli wykonanie toalety całego ciała z uwzględnieniem miejsca planowanego cięcia, aby zapobiec zakażeniu rany. Innym elementem jest przygotowanie przewodu pokarmowego pacjenta. Zaleca się wstrzymanie od spożycia pokarmów stałych i płynnych na minimum 6- 8 godzin przed zabiegiem. U chorych ze współistniejącymi żyłakami kończyn dolnych, bezpośrednio przed zabiegiem należy założyć opaski uciskowe, aby zapobiec zakrzepom i zatorom.

Opieka bezpośrednio po zabiegu operacyjnym

Opieka nad chorą rozpoczyna się bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, gdy pacjentka wraca na oddział. Poza wykonywaniem typowych zleceń, szczególnie ważne jest ułożenie chorej w łóżku. Powinna przyjąć pozycję półsiedzącą, z uniesieniem kończyny po stronie operowanej na specjalnej podpórce lub odpowiedniej poduszce. Ręka powinna być uniesiona pod kątem 45° w stosunku do podłoża. Zapobiega to obrzękowi, zwłaszcza w układzie limfatycznym.

Poniżej rany wyprowadzony jest dren odbarczający, przez który sphywa pozostała w ranie krew, a potem gromadząca się chłonka. Bardzo ważna jest kontrola ułożenia drenów, ich drożność, ilość wydzieliny, jej kolor i szybkość przybywania. Zamknięcie światła drenu może spowodować zaleganie wydzieliny w ranie, uczucie rozpierania, dodatkowy ból, podwyższoną temperaturę, a w konsekwencji ropienie rany. Dren usuwa się w zależności od ilości wydzieliny.

Należy prowadzić stałą kontrolę opatrunku, sprawdzać czy jest suchy i dobrze przylega do rany. Chorą trzeba zachęcać do głębokich oddechów oraz do głębokiego kaszlu. Jest to bardzo istotne, gdyż opatrunki mogą uciskać klatkę piersiową, co z kolei powoduje przekrwienie płuc z powodu niedostatecznego rozszerzania się tkanki płucnej.

Często pacjentki boją się bólu występującemu przy głębokich oddechach, wtedy powinno się uciskać klatkę piersiową z obu stron.

Ważnym elementem opieki jest obserwacja ręki po stronie operowanej. Przez całą dobę po zabiegu musi być ułożona na podwyższeniu, wolna od wszelkich zabiegów, nie wolno mierzyć na niej ciśnienia, pobierać krwi i wykonywać iniekcji.

Już w kilka godzin po zabiegu operacyjnym chora powinna zacząć ćwiczyć rękę po stronie operowanej, dlatego też istotne jest podawanie odpowiedniej ilości leków przeciwbólowych. Ćwiczenia rozpoczynają się od zginania i prostowania palców, poruszania przedramieniem, obracania dłoni na zewnątrz i do wewnątrz.

Należy zapewnić chorą, że ćwiczenia pomogą w odzyskaniu sprawności fizycznej ręki, zapobiegają przykurczom mięśni i stawów oraz utracie prawidłowego napięcia mięśni. W kolejnych dniach rehabilitację wykonuje już wykwalifikowany rehabilitant, który uczy pacjentkę prawidłowego ich wykonywania i kontroluje przebieg rehabilitacji.

W pierwszej dobie po zabiegu chora może wstać z łóżka. Powinna towarzyszyć jej pielęgniarka, podtrzymać ramię po stronie operowanej, co zmniejsza napięcie, ból i uczucie ciągnięcia w ranie.

Pobyt w szpitalu trwa kilka dni. W tym czasie powinno się zachęcić chorą do zapoznania się z raną pooperacyjną. Większość pacjentek robi to niechętnie. Należy chorą uspokoić, że zaczerwienienie, obrzęk i nieregularność stopniowo ustąpią, blizna wygładzi się, a tkanki staną

się miękkie i będą miały prawidłowe zabarwienie. Podczas pobytu w szpitalu, chorej powinno się przekazać jak najwięcej informacji dotyczących dalszego postępowania. Ważny jest oszczędzający tryb życia, konieczność dalszej rehabilitacji oraz informacje na temat protezowania.

Rehabilitacja szpitalna

Celem rehabilitacji pacjentek po mastektomii jest:

- zwiększenie zakresu ruchów w stawie barkowym po stronie operowanej;
- zwiększenie siły mięśniowej kończyny górnej po stronie operowanej;
- zapobieganie zastoju krwi w kończynie i okolicy zabiegu operacyjnego oraz oddziaływanie w celu wytworzenia krążenia obocznego;
- zwalczanie obrzęku przez stosowanie specjalnych ćwiczeń i zabiegów fizykalnych;
- korygowanie zmian postawy występujących po odjęciu piersi;
- pomaganie w adaptacji do zmienionych warunków życia przez oddziaływanie na psychikę chorych.

Usprawnianie rozpoczyna się już w pierwszej dobie po operacji. Pacjentkom, czy to po radykalnej operacji, czy po operacji oszczędzającej, kończynę górną po stronie operowanej układamy na specjalnie do tego przystosowanym klinie w celu poprawy mechanicznego odpływu krwi z obszaru kończyny górnej i ułożenia jej w odciążeniu. Ćwiczenia fizyczne prowadzi się od pierwszej doby po operacji. Rehabilitacja w tym okresie ma na celu poprawę sprawności fizycznej pacjentki.

Do najprostszych ćwiczeń na tym etapie należą:

- ruchy palców ręki po stronie operowanej - zginanie i prostowanie;
- ruchy rozstawne i przeciwstawne palców;
- ruchy palców imitujące pisanie na maszynie;
- ruchy nadgarstka- zginanie grzbietowe i dłoniowe, ruchy okrężne dłoni;
- zaciskanie palców w pięść, rozluźnianie;
- unoszenie kończyny i kilkakrotne wstrząsanie jej w górze.

Kompleksowe ćwiczenia rehabilitacyjne u pacjentek po operacji powinny być wdrożone tak szybko, jak jest to możliwe. Rehabilitant powinien nauczyć i nadzorować wykonywanie ćwiczeń w czasie pobytu kobiety w szpitalu, aby w momencie wypisania do domu, mogła ona bez przeszkód wykonać proste czynności np. ubieranie się czy czesanie.

Rehabilitacja psychiczna i psychospołeczna

Głównym celem rehabilitacji psychicznej po mastektomii jest mobilizacja rezerw psychicznych do uruchomienia mechanizmów kompensacji utraconych funkcji fizycznych i psychicznych po zabiegu. Należy dążyć do wytworzenia u operowanych kobiet właściwego stosunku do nieodwracalnego faktu utraty piersi oraz do uświadomienia, że w nowej sytuacji mają szansę na pełne przystosowanie społeczne i zawodowe bez oznak kalectwa. Rehabilitacja psychiczna opiera się na różnych formach psychoterapii, a czasem także na przyjmowaniu środków farmakologicznych. Psychoterapia to relacja w której podstawą dobrej komunikacji chorego z terapeutą jest wzajemne zaufanie. Psychoterapia ma pobudzać chęć do życia pacjentek, uczynić aktywnego zaangażowania w proces leczenia oraz głęboko wierzyć w powodzenie i pomyślne rezultaty podejmowanych działań. W okresie pooperacyjnym psychoterapia ma charakter indywidualny, w następnych etapach może być prowadzona w formie terapii grupowej.

Protezowanie

Najprostszym typem rekonstrukcji jest wszczępienie wewnętrznej protezy silikonowej. Protezę najczęściej wszczepia się po pewnym czasie, zwykle przez tę samą bliznę. Ostateczny efekt widoczny jest po pełnej adaptacji skóry i tkanek otaczających, co zwykle trwa kilka

miesiący. Następną metodą rekonstrukcji jest tzw. rozprężenie tkanek. Stosuje się do tego przeszczep tkanki, który pobiera się z powłok brzusznych lub najszerzego mięśnia grzbietu. Tą metodą można odtworzyć całą pierś. Zabieg jest bezpieczny, bo pobrana tkanka pochodzi od tej samej osoby, a więc jest mniejsze ryzyko odrzucenia przeszczepu.

Kobiety, które nie mogą poddać się rekonstrukcji piersi z różnych powodów, powinny używać protez zewnętrznych. Współcześnie na rynku jest wiele firm zajmujących się produkcją wysokiej jakości protez, bardzo przypominających kształtem i konsystencją pierś kobiecą. Są one dostępne w niemal wszystkich sklepach rehabilitacyjnych. Produkowane protezy są w różnych kształtach i rozmiarach, co ułatwia ich właściwy wybór. W ostatnim czasie polecane są protezy przyklejane przy użyciu specjalnie przeznaczonego do niej zestawu klejącego co sprawia pacjentce dużą swobodę ruchów.

Literatura

1. Abrahams P.: *Atlas anatomii*. Warszawa, Świat Książki, 2004
2. Agrawal A.K., Kibler J., Milan M.: *Nowotwory i choroby chirurgiczne sutka*. [W:] Grzebieniak Z.: *Zarys Chirurgii - podręcznik dla studentów*. Akademia Medyczna Wrocław, 2004, s. 191-211
3. Baum M., Saunders C., Meredith S.: *Rak piersi – poradnik dla kobiet i lekarzy*. Warszawa, Wyd. Springer PWN, 1995
4. Bocheńska A.: *Pielęgnowanie pacjentki po zabiegu mastektomii*. „Magazyn pielęgniarstwa i Położnej” 1997, nr 3 s.21
5. *Chirurgia nowotworów*. Pod red. M. Frączka. Bielsko-Biała, a-Medica Press, 2003
6. Czerwińska J.: *Rehabilitacja uzdrowskowa po mastektomii*. „Magazyn Pielęgniarstwa i Położnej” 1999, nr 11 s. 19-20
7. Denisso T., Krzakowski M.: *Zrozumieć raka piersi - poradnik dla pacjentów*. Warszawa, Glaxo Wellcome S.A, 2001
8. Engel J.: *Choroby piersi*. Warszawa, Wyd. KDC, 2006
9. Fibak J.: *Chirurgia Repetytorium*. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2006
10. Gilbert P.: *Co każda kobieta powinna wiedzieć o piersiach*. Warszawa, Wyd. Książka i Wiedza, 1995
11. Jobda B.: *Przed i po operacji, mastektomia - proces pielęgnacyjny*. „Magazyn Pielęgniarstwa i Położnej” 1999, nr 11 s. 17-18
12. Jokiel M.: *Rak piersi - można uniknąć można wyleczyć*. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 1996
13. Jeziorski A.: *Rak piersi*. [W:] *Onkologia - podręcznik dla studentów i lekarzy*. Gdańsk, Via Medica, 2006
14. Kapała W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Lublin, Wyd. CZELEJ, 2006
15. Kaźmińska-Kiniorska J.: *Gdy zachoruje ktoś bliski*. Różowa wstążka, Wyd. Twój Styl, 2001, s. 39
16. Kułakowski A., Topik E.: *Zasady rozpoznawania i leczenia nowotworów*. Warszawa, Wyd. PFESO, 1997
17. Michalik A., Ramotowski W.: *Anatomia i fizjologia człowieka*. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 1994
18. Mika K.: *Po odjęciu piersi*. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 1995
19. Niwińska A.: *Radioterapia chorych na raka piersi*. Terapia Warsaw Voice S.A, 1999, s. 25-29
20. *Nowotwory - plaga naszych czasów*. „Magazyn Pielęgniarstwa i Położnej” 2006, nr 6 s. 15
21. *Onkologia ginekologiczna*. Pod red. M. Spaczyńskiego. Wrocław, Wyd. Medyczne Urban&Partner, 1997
22. *Onkologia – podręcznik dla pielęgniarek*. Pod red. A. Jeziorskiego. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2005

23. *Onkologia - podręcznik dla studentów medycyny*. Pod red. A. Kułakowskiego i A. Skowrońskiej-Gardas. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2003
24. Pieńkowski T.: *Na czym polega nowoczesne leczenie raka piersi?* „Nowa Medycyna”, 2005, z. 126 s. 14-17
25. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Pod red. E. Walewskiej. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2006
26. Powolny D.: *Profilaktyka nowotworów*. *Moda na Zdrowie* 2008, nr 2 s. 26-32
27. *Rak piersi - nowe nadzieje i możliwości leczenia*. Pod red. M. Pawlickiego. Bielsko-Biała, Ośrodek Wydawniczy „Augustyna”, 2002
28. *Rak sutka - podręcznik dla studentów i lekarzy*. Pod red. J. Jassem. Warszawa, Wyd. Springer PWN, 1998
29. Siwik T.: *Rak sutka, diagnostyka zmian ogniskowych*. „Biuletyn Polskie Towarzystwo Ginekologiczne” 1998, nr 26 s. 39-51
30. Smolińska E.: *Trudna próba. Pielęgniarka wobec pacjenta z nowotworem*. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 1999, nr 11 s. 13
31. Stoppard M.: *W trosce o twoje piersi - praktyczny poradnik dla kobiet w każdym wieku*. Oficyna Wydawnicza Kaliop, 1997
32. Ślubowski T., Ślubowska M.: *Wygraj o piersz z rakiem piersi*. Fundacja do Walki z Rakiem Piersi dla Polski- Amberheart, 2002
33. Tchórzewska H.: *Obrzęk limfatyczny - profilaktyka i leczenie*. „AMOENALIFE” pismo, które dodaje odwagi 2002, nr 2 s. 6-7
34. Topik E., Mazur S., Witwicki T.: *Operacja odtwórcza piersi po mastektomii*. *Terapia* Warsaw Voice S.A 1999, s. 31-33
35. Whitehouse M., Slevin M.: *Choroba nowotworowa*. Warszawa, Prószyński i S-ka, 1998

Rak piersi. Opieka okołoperacyjna.

Hanna Kielczowska - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Zbigniew Puchalski - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Wprowadzenie

Piersi kobiety to niewątpliwy atrybut jej piękna. Niezależnie od epoki biust kobiecy znajdował się w pierwszej piątce elementów świadczących o urodzie pań. Lekarze wielu specjalności dokładają wszelkich starań by chronić je przed chorobami począwszy od drobnych zmian łagodnych do tej najgroźniejszej-raka piersi. Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Potwierdzają to badania gdzie rak piersi jest na pierwszym miejscu zarówno pod względem zachorowalności jak i zgonów.

Tabela 1.

Nowotwory złośliwe u kobiet. Polska 1996r.

Zachorowalność	Zgony
Pierś-10.000	4.700
Jelito grube-5.600	3.800
Płuco-4.000	3.500
Szyjka macicy-4.000	2.000
Jajnik-3.300	Żołądek-2.000

Obserwuje się stały wzrost zachorowalności na raka piersi w skali globalnej, wiąże się to ze zmianą stylu życia populacji zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się. Rozwój metod obrazowania raka piersi sprawia, iż ten najczęstszy nowotwór u kobiet coraz wcześniej wykrywany jest w początkowych stadiach rozwoju bez objawów klinicznych.

Pozwala to na efektywne leczenie bez konieczności okaleczenia i narażania na powikłania związane z klasycznymi rozległymi operacjami (amputacje piersi, limfadenektomie pachowe). Większość kobiet, zgłaszających się do lekarza ze zmianami w obrębie sutka ma stwierdzone zmiany łagodne. Częstość tych zmian dotyczy około 50% kobiet. Etiologia łagodnych chorób sutka nie jest do końca poznana i wyjaśniona, co wynika głównie z tego, iż gruczoł sutkowy podlega intensywnym zmianom hormonalnym w ciągu całego życia kobiety. wśród czynników należy wymienić estrogeny, progesteron, dużą rolę odgrywa też prolaktyna, gonadotropiny przysadkowe, hormony tarczycy, kortyzol i insulina. [6]

Celem pracy jest wskazanie roli badań profilaktycznych w wykrywaniu zmian przedrakowych, co w znacznym stopniu przyczynia się do wczesnego wykrycia chorób nowotworowych, to zaś skutkuje mniej obciążającymi zdrowie pacjentki zabiegami.

Dane epidemiologiczne

Rak sutka-nazwa dla nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego.

Już w pracach Hipokratesa pojawia się opis zewnętrznego wyglądu późnego raka sutka.

Jest to choroba, która dotyka częściej kobiet niż mężczyzn i tak, częstość zapadania u kobiet w stosunku do zapadalności u mężczyzn na wymienioną chorobę wynosi 100:1.[1]

Rocznie na całym świecie odnotowuje się około 570 tys. nowych zachorowań na raka piersi u kobiet. Choroba ta stanowi główny problem onkologiczny pod względem zachorowalności i umieralności, stanowiąc około 17% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet.[2]

Śmiertelność na tę chorobę waha się w granicach 25%, dotyczy to Europy i USA.

Kraje wysoko rozwinięte, w których kobiety najczęściej chorują na nowotwór złośliwy sutka to Ameryka Północna, Europa (z wyjątkiem byłego ZSSR), Azja Południowo Wschodnia, Australia, Nowa Zelandia, większość krajów Ameryki Południowej. Tylko w byłym ZSSR i Japonii najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet jest rak żołądka.[4]

Biorąc pod uwagę epidemiologię raka sutka, mimo iż możemy określić populację narażoną na ryzyko zachorowania na złośliwy nowotwór sutka, to większość raków sutka pojawia się u kobiet, u których jedynym czynnikiem ryzyka jest starszy wiek, a ryzyko wystąpienia raka u 30 letniej kobiety wynosi 7% w stosunku do 60 letniej kobiety.[6]

Polki chorujące na raka sutka mają mniejsze szanse na wyleczenie niż kobiety z krajów wysokorozwiniętych.

W 1990 roku prawdopodobieństwo wyleczenia kobiety mieszkającej w USA wyniosło 73%, Wspólnoty Europejskiej 68%, a Polski tylko 43%

W roku 1999 stwierdzono, iż w naszym kraju odnotowuje się około 11000 nowych zachorowań, a rocznie z powodu nowotworu umiera około 5000 kobiet [3].

W Polsce złe wyniki leczenia wiążą się przede wszystkim ze znacznym zaawansowaniem zmiany w momencie jej rozpoznania.

Względne przeżycia 5-letnie chorych na raka sutka w 12 krajach Europy (1978-85 r.)

Kraj	Przeżycia względne (%)
Szwajcaria	75,7
Finlandia	73,5
Francja	71,4
Włochy	70,8
Holandia	69,9
Niemcy	68,4
Dania*	68,1
Anglia	62,5
Hiszpania	62,5
Szkocja*	61,8
Estonia*	58,8
Polska	43,9
Przeciętna europejska	66,5

W Polsce w 2004 r. zarejestrowano 12049 zachorowań (61,2/100000 - surowy współczynnik zachorowalności i 40,6/100000 -standaryzowany współczynnik zachorowalności) oraz 4887 zgonów (24,8/100000 - surowy współczynnik umieralności i 14,5/100000 -

standaryzowany współczynnik umieralności) spowodowanych rakiem piersi wśród kobiet. Stanowi to 20,47% ogółu zachorowań i 12,69% zgonów z powodu chorób nowotworowych. Nowotwór ten jest bardzo rzadki wśród mężczyzn, stwierdza się u nich około 1 % wszystkich przypadków raka piersi: w 2004 r. zarejestrowano w Polsce 106 zachorowań i 51 zgonów mężczyzn z tego powodu.[17]

Nowotwory złośliwe sutka częściej występują u ludności miejskiej. Częstość zachorowań wykazuje znaczne różnice rasowe i etniczne; także kompozycyjne typów histopatologicznych raka może być różne w zależności od rasy, rozmieszczenia geograficznego i przynależności etnicznej.[1]

Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy

Nieznana jest przyczyna powstawania raka piersi, ale znane są czynniki, które zwiększają ryzyko zachorowania.

1. Wywiad-stwierdzony rak jednej piersi zwiększa ponad trzykrotnie ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi.
2. Obciążenie rodzinne. Ryzyko zachorowania wzrasta u kobiet, u których wystąpił rak piersi u krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka).
3. Czynniki dziedziczne. Około 5% raków piersi występuje rodzinnie, głównie jako efekt mutacji w genie BRCA1(17q21) i BRCA2 (13q12-13).
4. Wiek. Istotny wzrost zachorowania na raka piersi pojawia się po 50 roku życia.
5. Czynniki hormonalne. Ryzyko zachorowania jest większe u kobiet, które pierwszą miesiączkę miały przed 12 rokiem życia, przebyły menopauzę po 55 roku życia, czas aktywności hormonalnej był dłuższy niż 30 lat. Większe jest też ryzyko u kobiet, które nie rodziły oraz wówczas, gdy pierwszy poród miał miejsce po 30 roku życia.
6. Promieniowanie jonizujące. Wykonywanie zbyt częstych badań diagnostycznych takich jak mammografia zdjęcie klatki piersiowej, jest czynnikiem nieznacznie zwiększającym ryzyko zachorowania.
7. Egzogenne hormony płciowe. Hormonalna terapia zastępcza, zwłaszcza długotrwała, trwająca ponad 10 lat, zwiększa ryzyko zachorowania. Niewielki wzrost ryzyka przypisuje się antykoncepcji, szczególnie stosowanej u młodych kobiet palących tytoń.
8. Czynniki dietetyczne. Nadmierna podaż tłuszczu zwierzęcego w diecie jest prawdopodobnie czynnikiem niekorzystnym, gdyż zauważono, że zwiększone ryzyko zachorowania występuje u kobiet z następującą triadą objawów: otyłość, nadciśnienie, cukrzyca.
9. Alkohol. Regularne spożycie alkoholu, nawet w niewielkich ilościach, jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka sutka.

Diagnostyka raka piersi

Każda kobieta zgłaszająca się do lekarza traktowana winna być jako pierwotnie podejrzana o raka sutka. Badania, którym jest poddawana zmierzają do jak najwcześniejszego jego wykrycia. Ogromne znaczenie w wykrywaniu raka piersi ma badanie kliniczne sutka. Kobieta dbająca o zdrowie musi nauczyć się samobadania piersi raz w miesiącu, pomiędzy 1 a 10 dniem cyklu.

Diagnostując raka sutka ważne jest by przeprowadzić:

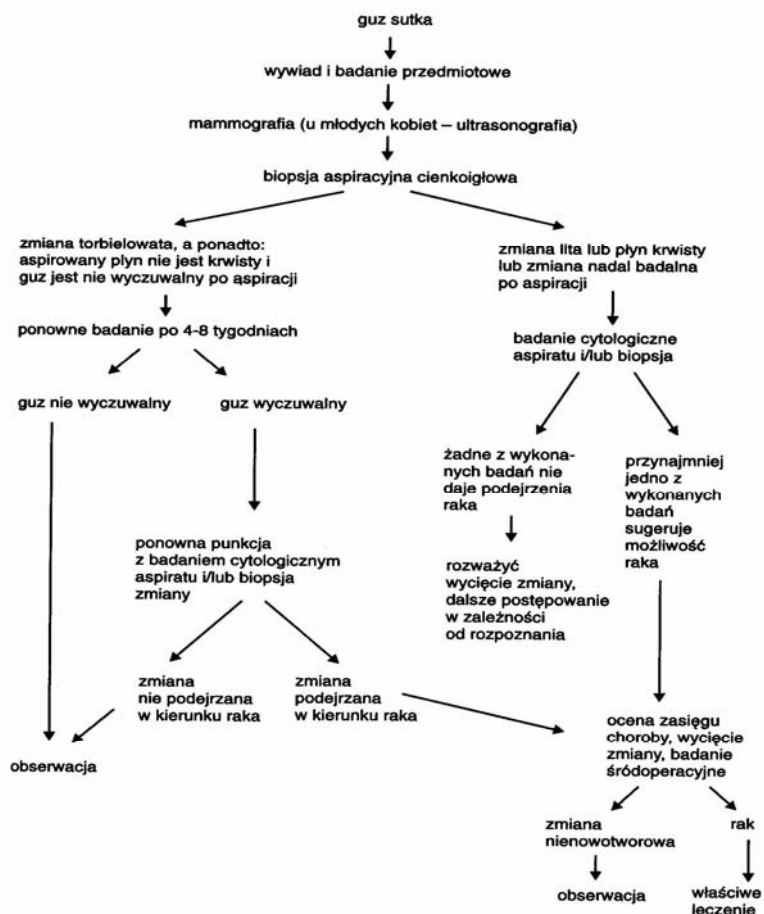
1. Wywiad chorobowy, który rozpoczynamy od starannego zebrania informacji na temat zaobserwowanych zmian w sutkach ich dynamice i czasie trwania: guz, obrzęk bolesność, wydzielina z brodawek i jej wciągnięcie. Wywiad ginekologiczny zawiera: datę pierwszej i ostatniej miesiączki, porody, karmienie piersią, leczenie hormonalne, przebyte operacje.

Pacjentka pytana jest także o choroby sutka występujące w rodzinie ze strony matki zwłaszcza rak sutka, oraz raka jajnika.

2. Badanie fizykalne, przeprowadzane jest w spokoju w pomieszczeniu dobrze oświetlonym, bez pośpiechu. Badana winna być rozebrana do pasa i badana w pozycji siedzącej oraz leżącej na plecach, a także na boku.[9]

Na badanie fizykalne składa się:

- Oglądanie piersi,
- Badanie palpacyjne,
- Ocena dołu pachowego,
- Ocena węzłów chłonnych szyi i dołów nadobojczykowych,
- Ocena skóry klatki piersiowej łącznie z sutkiem,
- Ocena poszczególnych układów: oddechowego, krwionośnego, nerwowego i kostnego.[15, 16]



Algorytm kolejności działań w przypadku wykrycia zmiany guzkowatej sutka w badaniu palpacyjnym.

Diagnostyka - badania obrazowe

Obecnie istnieją dwa rodzaje wskazań do wykonania MGR:

- Przesiewowe: wykonywane u kobiet bez objawów klinicznych w celu wykrycia raka;
- Diagnostyczne: wykonywane u kobiet z objawami klinicznymi przemawiającymi za rakiem.[9]

Mammografia wykonywana jest techniką miękkiego promieniowania i odpowiednich klisz fotograficznych. Badanie to pozwala na wykrycie w 90% rozpoznać guzy o średnicy większej niż 1 centymetr. Doświadczony radiolog za pomocą tego badania potrafi wykryć guzy o średnicy od 2 do 5 milimetrów.

Mammografię należy wykonywać między 8 a 10 dniem cyklu, wykonuje się zdjęcie obu piersi w płaszczynie czaszkowo-ogonowej i przyśrodkowo-bocznej.

W badaniu mammograficznym najważniejszymi objawami są:

- Zmiany asymetryczne
- Mikrozwapnienia
- Zacienienie kształtu gwiazdy z promienistymi wypustkami
- Zmiana obrazu w badaniu kontrolnym.

Po pięćdziesiątym roku życia badanie MGR powinno być wykonane raz w roku. W przypadku wycucia palpacyjnie zmiany w sutku należy pacjentkę skierować do onkologa, który zadecyduje czy zmianę tą należy usunąć, poddać badaniu histologicznemu, czy też wykonać mammografię.[13]

Objawy kliniczne Raka sutka

1. objawy pierwotne:

- guzek w dole pachowym
- guzek piersi (często bez towarzyszących dolegliwości)
- samoistny wyciek z brodawki sutkowej
- ból, uczucie ucisku lub napięcia w piersi
- owrzodzenie brodawki
- zmiana kształtu lub wciągnięcie brodawki
- zapadnięcie skóry nad guzkiem lub obszar skóry podobny do skórki pomarańczy.

2. objawy zaawansowanego raka piersi:

- naciekanie ściany klatki piersiowej
- duże rozmiary guza
- krwotoki septyczne
- owrzodzenie skóry
- masywne zmiany w węzłach chłonnych różnych pięt
- obecność przerzutów odległych.[11]

Badania diagnostyczne

- ultrasonografie piersi
- biopsja cienkoigłowa lub gruboigłowa
- badanie cytologiczne płynu pobranego z torbieli
- badanie poziomu receptorów estrogenowych i progesteronowych.[20]

Badania dodatkowe

- rtg klatki piersiowej
- badanie morfologiczne i biochemiczne krwi
- usg jamy brzusznej
- CT głowy
- Scyntygraf kości
- Badanie eeg
- Określenie markerów RS, tj:CEA CA-15,3.[21]

Leczenie raka piersi

W zależności od typu nowotworu oraz stadium jego rozwoju współczesna chirurgia, radioterapia, chemioterapia pozwalają na pełne wyleczenie z choroby nowotworowej lub zwolnienie jej postępu.

Wybór metody i rodzaju leczenia raka piersi jest uzależniony od:

- Od stopnia zaawansowania choroby
- Od stanu ogólnej sprawności chorych
- Chorób współistniejących
- Stanu hormonalnego
- Wiek chorych
- Przebytego uprzednio leczenia przeciwnowotworowego.

Ze względu na cel, jakim jest wyleczenie raka podstawowym zabiegiem w leczeniu raka sutka jest radykalna operacja chirurgiczna.[22]

Wskazania do mastektomii.

- Guzy większe niż 3-4 cm
- Podejrzane węzły pachowe
- Wieloogniskowość zmian w MGR
- Podeszły wiek chorej lub choroby towarzyszące

Pozostałe wskazania wynikają z niemożności prawidłowego przeprowadzenia leczenia oszczędzającego sutek(breast conserving treatment-BCT):

- Mikrozwapnienia poza planowanym do wycięcia kwadrantem(MGR)
- Sutek bardzo mały niegwarantujący efektu kosmetycznego chirurgii lub bardzo duży, uniemożliwiający prawidłowe napromienianie
- Obciążenia zmniejszające tolerancję radioterapii
- Brak zgody chorej na BCT.[9]

Celem mastektomii jest usunięcie guza nowotworowego. Możliwe to jest tylko wtedy, gdy nowotwór znajduje się we wczesnym okresie rozwoju- w fazie lokalnej lub tzw. lokalno-regionalnej. Oznacza to, że nie ma przerzutów do węzłów chłonnych i innych organów ciała.

Podstawowe znaczenie w tej sytuacji ma wczesne rozpoznanie i szybkie przystąpienie do operacji.[22]

Przez wiele lat uważano, iż rak sutka jest chorobą miejscową, ograniczoną do obszaru guza oraz do węzłów chłonnych, którymi szerzą się jego przerzuty. Okazało się, że radykalne usunięcie guza w jego początkowej fazie wzrostu, to jest o niewielkich rozmiarach i nieobecność komórek nowotworowych w węzłach chłonnych po operacji, nie jest pełną gwarancją uniknięcia przerzutów i wznowy choroby, gdyż guz nowotworowy szerzy się również drogą mikroprzerzutów, poprzez system krwionośny.

Radioterapia po mastektomii

Radioterapia jest leczeniem miejscowym i ma zastosowanie, gdy możliwa jest wznowa i kiedy ryzyko wznowy jest przynajmniej umiarkowany. Zalecana jest zazwyczaj wszystkim chorym po wycięciu gruczołu sutkowego-mastektomii, zarówno częściowej jak i radykalnej. Wtedy gdy cechy guza wskazują na dużą możliwość wznowy miejscowej. Napromieniowanie po mastektomii dotyczy ściany klatki piersiowej i regionalnych węzłów chłonnych. Działanie radioterapii zmniejsza odsetek wznów miejscowych. [18,23] Radioterapia pooperacyjna zmniejsza ryzyko wznowy w ciągu 5 lat i zgonu w ciągu 15 lat u kobiet chorych na niezaawansowanego raka sutka, pomimo zwiększenia ryzyka zgonu z przyczyn innych niż rak sutka u kobiet otrzymujących radioterapię. Zalecaną dawką napromieniowania pooperacyjnym usunięciu nacieku nowotworowego jest 45-50 Gy w dziennych frakcjach po 1,8-2Gy, zazwyczaj podawanych przez 5 dni w tygodniu przez około 6 tygodni. Pacjentki są napromieniane w pozycji na plecach, z ramieniem odwiedzionym i podpartym na specjalnej podpórcie. [4]

Chemioterapia uzupełniająca

Chemioterapię profilaktyczną stosuje się u pacjentek po zakończonym leczeniu chirurgicznym. Skuteczność chemioterapii maleje w raz z wiekiem leczonych pacjentek. Korzyść z leczenia chemicznego wzrasta u chorych przed menopauzą lub przed 50 rokiem życia. Spadek względnego rocznego ryzyka zgonu w tej grupie leczonych sięga 24%. [24] Rozpoczęcie leczenia chemioterapią uzupełniającą od czasu przeprowadzenia miejscowego radykalnego leczenia ma wpływ na jego skuteczność, zaleca się rozpoczęcie chemioterapii w czasie nie dłuższym niż 4 tygodnie po operacji. [19]

Badania kontrolne po leczeniu raka piersi

Leczenie chorej na raka piersi nie kończy się, w momencie usunięcia nowotworu i leczeniu uzupełniającym. Bardzo ważne są badania kontrolne, wizyty te planowane są co 3-6 miesięcy po pierwotnym leczeniu raka piersi. Pacjentka powinna umieć wykonywać samobadanie piersi. Technika jest taka sama jak w przypadku samobadania profilaktycznego.

Niektóre pacjentki z lęku przed wykryciem następnej zmiany niechętnie wykonują samobadanie, zadaniem pielęgniarki jest, więc poinformowanie o konieczności i celowości badania.

Kolejnym ważnym badaniem po leczeniu jest mammografia, która zalecana jest raz w roku natomiast, w sytuacji zabiegów oszczędzających po około 6 miesiącach. Jeżeli pacjentka była poddana radioterapii-mammografię zaleca się po około 6 miesiącach po zakończeniu leczenia.

Badanie ginekologiczne powinno być wykonywane raz w roku.

Zadania pielęgniarki w profilaktyce raka piersi:

- Kształtowanie postaw społeczeństwa w stosunku do chorób nowotworowych
- Zmiana poglądów z zakresu możliwości leczenia raka
- Uświadomienie znaczenia wczesnego wykrywania raka piersi
- Uświadomienie kobietom znaczenia samobadania
- Nauka samobadania piersi. [25]

Model opieki nad pacjentką z rakiem piersi

Diagnoza pielęgniarstwa:

1. Niepokój i lęk wynikający z rozpoznania choroby nowotworowej.

Cel opieki nad pacjentem:

- Zmniejszenie lęku i niepokoju.

Plan działania:

- Rozmowa z pacjentką na temat aktualnych możliwości oraz współczesnych metod leczenia
- Umożliwienie kontaktu z klubem Amazonek
- Poinformowanie chorej o możliwości rozmowy z psychologiem
- Zachęcenie do szczerzej rozmowy z lekarzem na temat obaw przed zabiegiem operacyjnym

2. Zaburzenie emocjonalne z powodu zabiegu okaleczającego.

Cel opieki

- Zmniejszenie zaburzeń

Plan działania:

- Poinformowanie o możliwości protezowania oraz zabiegów odtwórczych
- Ułatwienie kontaktu z osobą po amputacji piersi
- Rozmowa z lekarzem
- Umożliwienie kontaktu z rodziną i udzielenie wsparcia psychicznego
- Rozmowa z pacjentką dotycząca zmiany nastroju wynikającej z choroby
- Posługiwanie się przykładami znanych osób ze świata kultury, polityki, które publicznie mówią o swojej chorobie.

3. Możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego powodu usunięcia węzłów chłonnych

Cel opieki

- Umożliwienie odpływu chłonki oraz zapobieganie gromadzeniu się płynu w tkance podskórnej, zmniejszenie tendencji do rozciągania skóry pod wpływem ciśnienia śródwęzłowego.

Plan działania

- Wysokie ułożenie kończyny górnej po stronie operowanej z wykorzystaniem klina
- Obserwacja dobowej ilości oraz charakteru drenowanej treści
- Obserwacja miejsca założenia drenu
- Obserwacja drożności i skuteczności drenażu
- Przestrzeganie zasady niewykonywania iniekcji i mierzenia RR na kończynie po stronie operowanej
- Poinformowanie chorej by przebywając w domu, pracy pamiętała o wysokim układaniu kończyny górnej
- Poinformowanie pacjentki o konieczności rezygnacji z wykonywania niektórych czynności domowych np. mycie okien, noszenie ciężkich siatek, przesuwanie mebli. Ważne by kończyny używać rozsądnie
- Zapropozowanie noszenia luźnej odzieży
- Omówienie z pacjentką rodzaju aktywności, które preferuje, gdyż niektóre z nich, jak jazda rowerem mogą być powodem obrzęku limfatycznego
- Ćwiczenia rehabilitacyjne zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty
- Masaż kończyny wykonywany przy wysokim jej ułożeniu, wykonywany w kierunku serca przez około 10 min, nie masujemy blizny pooperacyjnej i okolicy która była napromieniowana
- Stosowanie ucisku zewnętrznego przy pomocy rękawa przeciwobrzękowego i pompy pneumatycznej

4. Ból w okolicy rany pooperacyjnej

Cel opieki

- Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Plan działania

- Wyjaśnienie przyczyny bólu
- Prowadzenie obserwacji rodzaju i natężenia bólu
- Podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza
- Delikatna zmiana opatrunku

5. Ryzyko nudności i wymiotów z powodu chemioterapii

Cel opieki

- Zmniejszenie dolegliwości

Plan działania

- Zapewnienie miski nerkowatej i ligniny
- Podawanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza
- Obserwacja charakteru treści
- Płukanie jamy ustnej roztworem rumianku

6. Możliwość wystąpienia infekcji z powodu spadku odporności po chemioterapii

Cel opieki

- Zmniejszenie ryzyka i wczesne wykrycie infekcji

Plan działania

- Obserwacja błony śluzowej jamy ustnej, gardła, objawów kaszlu
- Ograniczenie kontaktu z osobami chorymi
- Zalecenie płukania jamy ustnej środkami antyseptycznymi
- Pobieranie krwi do badania (morfologia, leukocytoza)
- Farmakoterapia na zlecenie lekarza
- Poinformowanie o prowadzeniu zdrowego stylu życia

7. Trudności w samoopiece z powodu ograniczenia ruchomości w stawach obręczy barkowej na skutek rozległej rany opatrunku oraz osłabienia siły mięśniowej po stronie operowanej

Cel opieki

- Zaspokojenie podstawowych potrzeb

Plan działania

- Ocena zakresu koniecznej pomocy
- Włączenie rodziny do pomocy wraz z poinstruowaniem zasad jej udzielania
- Pomoc w czynnościach dnia codziennego
- Nauczenie pacjentki ćwiczeń rehabilitacyjnych.[26]

Rehabilitacja po mastektomii

Usprawnienie szpitalne po zabiegu mastektomii jest często zbyt krótkie. Istotne jest by kobieta miała świadomość, że systematyczna fizjoterapia znacznie wpłynie zarówno na jej sprawność jak i samopoczucie. Większość ćwiczeń można samodzielnie wykonywać w warunkach domowych. Ważne jest by ćwiczenia przeprowadzać systematycznie, z delikatnym obciążeniem. Ćwiczenia należy przeplatać wysokim ułożeniem kończyny – jest to pozycja, umożliwiającą odpływ chłonki, zapobiega więc powstawaniu obrzęków. Po zabiegu mastektomii, typowe są ograniczenia ruchomości w obrębie kończyny górnej.

Przykładowy zestaw ćwiczeń :

1-3 doba po zabiegu:

- Zaciskanie dłoni w pięść
- Rozczapieranie i łączenie palców
- Zgięcie/wyprost kończyny górnej w stawie łokciowym (dłoń skierowana do barku)
- Chwyty rękami za łokcie (ręka po stronie operowanej spoczywa na zdrowej). Unoszenie kończyn w górę

- Kończyny górne wyprostowane w stawach łokciowych, palce rąk splecione, kończyna strony operowanej spoczywa na kończynie strony zdrowej. Unoszenie kończyn w górę
- Kończyny górne wyprostowane, ruch w bok i do góry, prowadząc go po łóżku.

Metodyka ćwiczeń:

Ćwiczenia należy przeprowadzać co najmniej 3x w ciągu dnia. Każde ćwiczenie powtórzyć 15-30 razy. Ruch prowadzony ma być do granicy bólu bez jej przekraczania. Po każdym ćwiczeniu należy wykonywać wstrząsania całą kończyną górną przez około 5 sekund oraz pogłębione oddychanie. W czasie ćwiczeń oddechowych ćwicząca trzyma ręce na biodrach.

4-6 doba po zabiegu:

Pozycja wyjściowa do ćwiczeń to siad na krześle, z oparciem stóp o podłogę.

- Unoszenie barków do góry
- Krążenia barków w tył
- chwyt rękami za łokcie (ręka po stronie operowanej spoczywa na zdrowej). Unoszenie kończyn w górę
- Kończyny górne wyprostowane w stawach łokciowych, palce rąk splecione, na kończynie zdrowej spoczywa ręka strony operowanej. Unoszenie kończyn w górę
- Kończyny na szerokość barków-równoczesne unoszenie w górę
- Unoszenie kończyn bokiem w górę

Metodyka ćwiczeń

Po każdym ćwiczeniu należy wykonywać wstrząsanie kończyną i ćwiczenia oddechowe.

7-9 doba po zabiegu

Ćwiczenia wykonywane są z laseczką, pozwala ona na kontrolowanie ruchu i odpowiednie jego dozowanie. Laseczkę trzymamy na szerokość barków.

1. Unoszenie laski w wyprostowanych kończynach górnych
 - Opuszczanie ramion z laską na kark (zgięcie w łokciach)
 - Wyprost w łokciach
 - Opuszczenie laski na kolana
2. Uniesienie laski nad głowę, następnie ruch w prawo i lewo. Opuszczenie laseczki na kolana.
3. Chwyt jedną ręką za koniec laski i podnoszenie jej w górę. Potem zmiana ręki.
4. Chwyt laski na szerokość barków. Krążenia do tyłu po torze „ósemki” w prawą, potem w lewą stronę
5. Stanie przodem do ściany – „wchodzenie „i „schodzenie” palcami po ścianie
6. Stanie bokiem do ściany- „wchodzenie „i „schodzenie” palcami po ścianie.

Zalecenia dla kobiet po mastektomii

Kobiety po mastektomii muszą unikać czynników sprzyjających rozwojowi obrzęków limfatycznych kończyny górnej, będących wynikiem amputacji piersi. Dlatego należy określić czynności jakich należy unikać, są to:

- Nadmierny wysiłek
- Podnoszenie, noszenie ciężkich przedmiotów
- Długotrwałe noszenie nawet lekkich przedmiotów, zwłaszcza gdy kończyna dolna jest opuszczona
- Gwałtownych ruchów i powtarzania ruchów przy opuszczonych kończynach górnych
- Noszenia uciskających przedmiotów na kończynie górnej (zegarek, biżuteria, ubranie)
- Sen w oparciu na kończynę górną strony operowanej
- Gorące kąpiele (temperatura optymalna 34-38°C)
- Gorących okładów i intensywnego opalania się

- Urazów kończyny górnej po stronie operowanej
- Stanów zapalnych kończyny górnej
- Mierzenie ciśnienia tętniczego krwi, robienia zastrzyków, wlewów kroplowych oraz pobierania krwi w obrębie kończyny po stronie operowanej
- Pchania i ciągnięcia
- Długiego moczenia kończyny
- Używania drażniących detergentów
- Nadmiernej wilgoci
- Bielizny uszytej z szorstkich materiałów
- Środków kosmetycznych i higienicznych powodujących uczulenia
- Ucisku strony operowanej podczas jazdy samochodem- osłona na pasy bezpieczeństwa
- Noszenia ciasnej bielizny i biustonosza z ciasnymi, wąskimi ramiączkami

Zaleca się:

- Bierne i czynne wysokie ułożenie kończyny w czasie snu, wypoczynku i pracy (z wykorzystaniem klinów, podkładek: ważne jest by cała kończyna była podparta)
- Noszenie protezy piersi, co wpływa korzystnie na lepsze zrównoważenie stron ciała i utrzymanie prawidłowej postawy
- Pomiar obwodów kończyny górnej po stronie zabiegu (kontrola obrzęku)
- 20-30 minutowych ćwiczeń- 1-2 razy dziennie.

Zakończenie

„Rak sutka. Opieka okołoperacyjna”. Temat mojej pracy licencjackiej obrałam nieprzypadkowo, gdyż problem występowania raka sutka jest duży w skali naszego kraju jak i świata. W Polsce choroba ta stanowi około 17% wszystkich nowotworów i jest najczęstszym nowotworem u kobiet powyżej 40 roku życia.

Mimo postępu medycyny i ogólnie dostępnej wiedzy na temat profilaktyki, śmiertelność na raka piersi jest duża około 25%. Przedstawione dane dotyczą Europy i USA.

Literatura poświęcona nowotworom piersi na pierwszym planie stawia profilaktykę. Jej elementami są:

- dostępność wiedzy na temat zapobiegania nowotworom,
- samobadanie piersi,
- wykonywanie badań profilaktycznych- usg, mammografia, biopsja cienkoigłowa.

W pracy rozpatrzyłam te elementy. Uwzględniłam także czynniki ryzyka, ich znajomość to informacja dla kobiety czy znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na raka sutka.

Istnieją różne metody leczenia raka piersi. Jedną z nich jest mastektomia, która jest zabiegiem okaleczający kobietę, lecz ratujący jej życie. Pielęgniarka otacza opieką pacjentki począwszy od wsparcia psychicznego w trudnym dla nich okresie, przygotowuje do zabiegu, sprawuje profesjonalną opiekę medyczną po operacji. W oddziale pielęgniarka reaguje na niepokojące objawy sfery fizycznej i psychicznej. Poprzez edukację dąży do osiągnięcia przez kobietę największego stopnia samoopieki oraz akceptacji siebie po mastektomii.

Literatura

1. Koszarawski T. (1981) Chirurgia onkologiczna, tom 3, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
2. Pardel M. (1997) Współczesne rozpoznawanie i leczenie guzów sutka u kobiet, Śląska Akademia Medyczna, Katowice.
3. Prof. dr.hab.med. Noszczyk W. (2005) Chirurgia, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
4. Jassema J. (1998) Rak sutka, Wydawnictwo Sprinter PWN, Warszawa.
5. Pertyński T. (2005) Znowu o sutku, „Ginekologia po dyplomie”, tom 7, nr 2, str.94.
6. Philips J. Disaia. (1989) Ginekologia onkologiczna, tom 2, Wydawnictwo Czelej.
7. Sylwanowicz W., Michajlik A., Romatowski W. (1985) Anatomia i fizjologia człowieka, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
8. Mała encyklopedia medyczna
9. Kołodziejcki L., Towpik E (2003) Podstawy chirurgii, tom 1, roz.20, chirurgia sutka. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Kraków.
10. Urbanowicz Z. (2000) Podstawy anatomii człowieka, tom 1, Wydawnictwo Czelej.
11. Frączka M. (2003) Chirurgia nowotworów, Wydawnictwo Alfa- media Press, Bielsko-Biała.
12. Pawlicki M. (1993) Rak sutka- diagnostyka i leczenie, Polski Tygodnik Lekarski, nr 23-24.
13. Siwki T. (1998) Rak sutka, diagnostyka zmian ogniskowych, Biuletyn, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, nr 26, str.39-51.
14. Psychyrembla W. (1994) Ginekologia Praktyczna, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
15. Kordka R., Jassem J., Krakowski M., Jeziorski A., (2003) Onkologia. Medical Press, Gdańsk.
16. Strum A., Largiader F., Wiczy O. (1995) Kompendium onkologii, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
17. Uzyskano 28.12.2008 z sieci [www:http// dr.n. med. R Makowski](http://dr.n.med.RMakowski).
18. Buckman R. (2002) Jak zwalczać raka?, Diogenes, Warszawa.
19. Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., (2000) Uniwersalny przewodnik po metodach leczenia nowotworów złośliwych u dorosłych w Polsce, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Warszawa.
20. Krzakowski M. (2004) Zlecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Polska Unia Onkologiczna, Warszawa.
21. Krzakowski M., Siedlecki P., (1999) Standardy leczenia systemowego nowotworów złośliwych u dorosłych w Polsce. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Warszawa.
22. Uzyskano 31.12.2008 z Internetu, <http://www.przychodnia.pl>.
23. Sherman C. D., Hossfeld D. K., (1994) Podręcznik onkologii klinicznej, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa- Kraków.
24. Madej G., (1999) Chemioterapia onkologiczna dorosłych i dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
25. Waliłko E.,(1995) Pielęgniarka i położna., Profilaktyka raka sutka. 6, 7-10.

26. Wawelska E.,(2006) Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Zasady pielęgnowania i rehabilitacja w raku piersi po mastektomii

Stanisława Kozioł - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Anna Bronowicz - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Rak sutka jest najczęściej występującą u kobiet postacią choroby nowotworowej, stanowi około 20 % wszystkich wykrywanych u nich nowotworów złośliwych. Jednocześnie śmiertelność na tą chorobę waha się w granicach 25 %. Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi są obciążenia rodzinne i dziedziczne.

Profilaktyka raka piersi obejmuje edukację zdrowotną, dotyczącą czynników ryzyka raka piersi oraz promowanie zachowań zdrowotnych. Objawy kliniczne w tej chorobie dotyczą objawów pierwotnych i zaawansowanego raka piersi. Kobiety z rozpoznaniem rakiem piersi poddawane są leczeniu chirurgicznemu, radioterapii, chemioterapii, hormonoterapii i leczeniu skojarzonemu.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Mimo ogromnego postępu, jaki dokonał się w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi z roku na rok wzrasta liczba zachorowań, a umieralność spowodowana tym nowotworem nie maleje.

Pacjentki stojące w obliczu rozpoznania tej choroby przeżywają mnóstwo sytuacji stresowych. Amputacja piersi dla każdej kobiety jest wielkim przeżyciem. Związane to jest z utratą atrybutu kobiecości i macierzyństwa. Ogromną rolę odgrywa pielęgniarka sprawująca opiekę nad tymi pacjentkami. Głównym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie chorej do akceptacji siebie po zabiegu operacyjnym usunięcia piersi oraz pomoc w osiągnięciu jak największego stopnia samoopieki. Jest to bardzo trudne i odpowiedzialne, wymaga od pielęgniarki profesjonalnego podejścia do pacjentki i dużej wiedzy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej w dziedzinie onkologii. Sprawowana opieka powinna mieć charakter holistyczny, obejmujący wszystkie sfery życia pacjentki i jej rodziny, zgodnie z zasadami indywidualnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania.

Profilaktyka

Wczesna profilaktyka raka piersi obejmuje edukację zdrowotną dotyczącą czynników ryzyka raka piersi oraz promowanie zachowań zdrowotnych. Każdej kobiecie wskazane jest udzielanie porad odnośnie diety, ćwiczeń fizycznych, radzenia sobie ze stresem. Ćwiczenia fizyczne i stres mają wpływ na masę ciała, poziom hormonów i występowanie regularnych miesiączek. Systematycznie uprawiane ćwiczenia fizyczne przez nastolatki zapobiegają otyłości oraz opóźniają wystąpienie pierwszej miesiączki, przez co zmniejsza to prawdopodobieństwo występowania raka piersi.

Zalecenia dietetyczne dla kobiet dotyczą:

- Unikanie otyłości.
- Ograniczyć ogólne spożycie tłuszczów.
- Spożywanie produktów z dużą zawartością błonnika, owoce i warzywa.
- W codziennym jadłospisie dołączyć produkty bogate w witaminę A i C.
- Ograniczyć spożycie produktów konserwowanych i wędzonych.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe (skrining) są najlepszą metodą wykrywania raka piersi. Metody wczesnego wykrywania raka piersi:

Samobadanie piersi dotyczy regularnego badania własnych piersi każdego miesiąca, przez kobiety po 20 roku życia w tym samym czasie, tj. 7 – 10 dni po rozpoczęciu miesiączki. Technika samobadania piersi odbywa się w dwóch częściach: oglądanie i badanie palpacyjne. Mammografia przesiewowa to zdjęcie radiologiczne piersi. Obecnej generacji mammografy wysyłają bardzo niskie dawki promieniowania. Jest to najlepsza metoda wykrywania nowotworów piersi w obecnym czasie. Dokładność tego badania określa się na 90% skuteczności. Jedynie u młodych kobiet może być zawodne ze względu na gęstość tkanki gruczołowej lub stosujących hormonalną terapię zastępczą. Największa wartość tego badania udowodniono u kobiet po 50 roku życia. Metoda ta ma na celu wykrycie raka piersi we wczesnym etapie rozwoju u kobiety, która nie ma jeszcze objawów. Stosuje się ją także w przypadku wyczuwalnych palpacyjnie zmian w celu wykluczenia lub potwierdzenia obecności ewentualnych ognisk nowotworowych.

Profesjonalne fizyczne badanie piersi, dotyczy kobiet od 20 roku życia, przedstawia to się następująco:

- co 3 lata dla kobiet między 20, a 40 rokiem życia,
- co 2 lata dla kobiet między 40, a 48 rokiem życia,
- co rok dla kobiet powyżej 50 roku życia (23).

Biopsja dotyczy wszystkich podejrzanych guzków, zaleca się wykonywanie biopsji cienko lub gruboigłowej, to daje 100% rozpoznanie histopatologiczne danej zmiany.

Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi

Rocznie na całym świecie odnotowuje się około 570 tys. nowych zachorowań na raka piersi u kobiet. Choroba ta stanowi główny problem onkologiczny pod względem zachorowalności i umieralności, stanowiąc około 17% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet.

Jednocześnie śmiertelność na tę chorobę waha się w granicach 25%, dotyczy to Europy i USA. Natomiast częstość zależna od wieku w ostatnich 20 – 30 latach nieznacznie wzrosła, a 10 – letnie przeżycie nie zwiększa się. Szczyt zachorowań dotyczy kobiet między 50 – 70 rż., rzadziej poniżej 30 rż. Rak piersi dotyczy także mężczyzn, ale jest rzadki i stanowi 1%.

Rocznie w Polsce stwierdza się 11 000 nowych zachorowań, a z powodu raka piersi umiera około 5 000 kobiet.

Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi.

Przyczyna powstania tego nowotworu jest nieznaną, ale jest wiele czynników ryzyka, które zwiększają jego wystąpienie. Stwierdza się ich obecność tylko w 20 – 25 przypadkach, należą do nich:

- rak piersi w wywiadzie,
- obciążenia rodzinne,
- czynniki dziedziczne,
- wiek,
- czynniki hormonalne,
- egzogenne hormony płciowe,
- promieniowanie jonizujące,
- czynniki dietetyczne (otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca),
- łagodne choroby piersi przebiegające z proliferacją,
- nadużywanie alkoholu

Klasyfikacja histopatologiczna nowotworów piersi

Klasyfikacja histopatologiczna nowotworów piersi.

1. Łagodne guzy nabłonkowe:
 - brodawczak wewnątrz przewodowy,

- gruczolak brodawki,
- gruczolak sutka.
- 2. Złośliwe guzy nabłonkowe:
 - a) rak przedinwazyjny:
 - wewnątrz przewodowy,
 - zrazikowy.
 - b) rak inwazyjny:
 - przewodowy naciekający,
 - zrazikowy naciekający,
 - śluzowy,
 - rdzeniasty,
 - brodawkowaty naciekający,
 - gruczolowo – torbielowaty.
- 3. Łagodne guzy mieszane:
 - gruczolakowłókniak,
 - łagodny guz liściasty.
- 4. Złośliwe guzy mieszane:
 - złośliwy guz liściasty.
- 5. Inne guzy piersi:
 - pochodzenia mezenchymalnego,
 - nowotwory układu limfatycznego i krwiotwórczego.
- 6. Choroba włóknisto – torbielowata.
- 7. Zmiany guzopodobne:
 - rozszerzenie przewodów,
 - guzowate zmiany zapalne,
 - hamartoma

Objawy kliniczne

Objawy pierwotne:

- guzek piersi (często bez towarzyszących dolegliwości),
- guzek w dole pachowym,
- ból, uczucie ucisku lub napięcia w piersi,
- samoistny wyciek z brodawki sutkowej,
- zmiana kształtu lub wyciągnięcia brodawki,
- owrzodzenie brodawki,
- zapadnięcie skóry nad guzkiem lub obszar skóry podobny do skórki pomarańczy (2, 3).

Objawy zaawansowanego raka piersi:

- duże rozmiary guza,
- naciekanie ściany klatki piersiowej,
- owrzodzenie skóry,
- krwotoki septyczne,
- masywne zmiany w węzłach chłonnych różnych pięter,
- obecność przerzutów odległych

Metody leczenia

Podstawową metodą postępowania terapeutycznego w raku piersi jest leczenie skojarzone. Pierwotnie stosowane jest leczenie chirurgiczne i radioterapia jako metody miejscowego leczenia oraz metody ogólnoustrojowe, czyli chemioterapia, hormonoterapia i metody biologiczne. Wybór metody leczenia zależy od: stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu, stanu regionalnych węzłów chłonnych, typu histopatologicznego i stopnia złośliwości raka, nieobecności lub obecności przerzutów odległych, stanu hormonalnego i wieku chorych oraz ekspresji receptorów steroidowych i receptora HER2. Pacjentki, u których nie uzyskano rozpoznania mikroskopowego, nie powinny być kwalifikowane do leczenia. Natomiast w przypadku rozbieżności między wykonanymi badaniami konieczne jest wykonanie uzupełniającej biopsji otwartej, jako potwierdzenia rozpoznania.

Doszczętnie leczenie chirurgiczne

Klasycznym sposobem doszczętnego leczenia operacyjnego w raku piersi jest mastektomia (amputacja). Polega na usunięciu całego gruczołu piersiowego z pokrywającą go skórą, brodawką i otoczką oraz leżącą poniżej powięzią i z pachowymi węzłami chłonnymi.

Podstawowymi metodami radykalnego leczenia chirurgicznego są: zmodyfikowane radykalne amputacje piersi według metody Maddera, operacje według metody Pateya oraz radykalna amputacja piersi metodą Malsteda .

Amputacja piersi metodą Maddena jest najczęściej stosowaną operacją w raku piersi. Polega na usunięciu piersi wraz z powięzią mięśnia piersiowego większego i z pachowymi węzłami chłonnymi w jednym bloku tkankowym .

Operacja według metody Pateya polega na usunięciu mięśnia piersiowego mniejszego. Stosuje się ją w I lub II stopniu zaawansowania raka piersi, który nie kwalifikuje się do leczenia oszczędzającego.

Mastektomia sposobem Malsteda obejmuje usunięcie całej piersi z węzłami chłonnymi oraz leżącego poniżej mięśnia piersiowego większego, który rozpięty jest pomiędzy mostkiem, żebrami, obojczykiem i ramieniem. Jest to operacja bardzo okaleczająca i przez to coraz rzadziej stosowana. Jedynym wskazaniem do jej zastosowania jest naciekanie mięśnia piersiowego większego przez guz nowotworowy.

Radioterapia

Radioterapia jest leczeniem miejscowym, a jej zastosowanie właściwe, gdy możliwa jest wznowa i kiedy ryzyko wznowy jest przynajmniej umiarkowane. Zalecana jest zazwyczaj wszystkim pacjentom po mastektomii częściowej oraz po mastektomii radykalnej, u których cechy guza wskazują na dużą możliwość wznowy miejscowej.

Chemioterapia

Chemioterapię uzupełniającą, czyli inaczej profilaktyczną stosuje się u wielu pacjentek po zakończeniu leczenia chirurgicznego. Ma ona na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się choroby w przyszłości. Roczne zmniejszenie względnego ryzyka nawrotu raka maleje o 28 %, a zgon z powodu raka o 16 %. Skuteczność chemioterapii maleje w raz z wiekiem leczonych pacjentek. Korzyść z leczenia chemicznego wzrasta u chorych przed menopauzą lub przed 50 rokiem życia.

Hormonoterapia

Lekiem z wyboru stosowanym w hormonoterapii uzupełniającej jest tamoksyfen. Badanie kliniczne przeprowadzane w ostatnich latach wykazały, że leczenie tamoksyfenem powoduje obniżenie względnego ryzyka nawrotu raka o 25 %, a zgonu z powodu raka o 16 %. Korzyści z leczenia odnoszą chore z dodatnimi receptorami estrogenowymi i po menopauzie.

Główne problemy pielęgnacyjne pacjentki po mastektomii

Rehabilitacja w czasie pobytu w szpitalu trwa od 6 do 14 dni, a w tym okresie wyróżnia się około 2 dni postępowania rehabilitacyjnego przed zabiegiem i około 4 do 12 dni postępowania pooperacyjnego.

W okresie przedoperacyjnym zasadnicze znaczenie ma:

nauka ćwiczeń oddechowych,
nauka układania kończyny górnej po stronie operowanej na specjalnym klinie,
nauka ćwiczeń ukierunkowanych na stawy ręki, łokcia i barku,
kształtowanie motywacji do współpracy z rehabilitantem w okresie pooperacyjnym.

Dla uzyskania dobrego odbioru i właściwego przyswojenia wiedzy przez pacjentkę w czasie rozmowy i nauki wykorzystuje się przezroczca i filmy przedstawiające zasady wczesnego postępowania rehabilitacyjnego.

W czasie pobytu w szpitalu korzystnym oddziaływaniem na psychikę kobiet są rozmowy przeprowadzone przez byłe pacjentki, są to ochotniczki specjalnie w tym celu przeszkolone w klubach kobiet po mastektomii „Amazonki”. Ochotniczka, która sama przeżyła tą chorobę, jest osobą wiarygodną i może wskazać sposoby rozwiązywania wielu problemów, które nurtują kobietę przed opuszczeniem szpitala.

Zalecania dla pacjentki przed wypisem do domu:

- ochrona kończyny po stronie operowanej przed skaleczeniami, urazami i zakażeniami,
- zakaz wykonywania iniekcji, szczepień i pobierania krwi oraz pomiaru ciśnienia krwi na rękę po stronie operowanej,
- unikanie ciasnych rękawów i ramiączek,
- ochrona ręki przed oparzeniami, obciążeniem pracą fizyczną, unikanie noszenia nawet niewielkich ciężarów, pchanie, ciągnięcie, często powoduje wystąpienie obrzęku limfatycznego

Po wypisaniu ze szpitala rana pooperacyjna jest zwykle już wygojona, a ilość gromadzącej się chłonki powinna się zmniejszać. Należy wówczas rozpocząć intensywną rehabilitację, która jest realizowana ambulatoryjnie, w zakładzie rehabilitacyjnym oraz w warunkach domowych.

Celem działań jest uzyskanie optymalnej akceptacji zmienionych po mastektomii warunków życia kobiet. Elementy składowe dotyczą: zrozumienia roli rehabilitacji po zabiegu, zwiększenie możliwości ruchów w stawie barkowym strony operowanej, zapobieganie zastojowi chłonki, oraz wspomaganie wytworzenia krążenia obocznego, zwalczanie obrzęku kończyny operowanej, korygowanie zmian postawy, uzyskanie wiedzy na temat zdrowego stylu życia, jak również motywowanie chorej do kontynuowania rehabilitacji w domu.

Kompleksowa rehabilitacja szpitalna obejmuje:

- leczenie dietetyczne,
- kinezyterapię (gimnastyka przyrządowa),
- masaż pneumatyczny BOA, rytmiczny, modulowany,

- masaże wirowe kończyn górnych (podwójny, wibracyjny),
- masaż klasyczny (drenaż limfatyczny wg Veddera),
- fluidoterapię,
- muzykoterapię,
- psychoterapię grupową,
- zajęcia edukacyjne w formie 2 – 3 spotkań (14).

Wczesna rehabilitacja pooperacyjna wykonywana w warunkach domowych powinna być kontynuowana przez okres 5 – 8 tygodni. W przypadku powikłań, jak obrzęk limfatyczny kończyny górnej, pacjentki powinny korzystać z zabiegów fizykoterapeutycznych przez całe swoje życie z częstotliwością uzależnioną od stopnia zaawansowania tej przewlekłej choroby. Należy również pamiętać, że osiągnięcie pełnej sprawności nie zwalnia od obowiązku przestrzegania zaleceń związanych z noszeniem protezy, wysokim układaniem kończyny, jej ochrony przed mechanicznymi uszkodzeniami, czy wykonywaniem masażu i gimnastyki.

Wnioski

1. Zachorowalność i umieralność w Polsce na raka piersi jest niepokojąco wysoka i stanowi poważny problem społeczny.
2. W celu wczesnego wykrycia zmiany w piersi, należy zalecać wszystkim kobietom po 20 roku życia samobadanie piersi raz w miesiącu, badanie piersi przez lekarza raz w roku oraz badanie mammograficzne – pierwsze w 35 roku życia.
3. Rozpoznanie raka piersi, a następnie podjęcie decyzji o leczeniu, należy potwierdzić badaniem podmiotowym i przedmiotowym pacjentki, badaniem mammograficznym, ultrasonograficznym i histopatologicznym.
4. Jedną z metod leczenia nowotworu złośliwego piersi jest radykalny zabieg chirurgiczny - mastektomia, polegający na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z węzłami chłonnyymi dołu pachowego po stronie amputowanej piersi.
5. Wysoka jakość życia kobiet po mastektomii w dużej mierze zależy od odpowiednio wcześniej wdrożonego programu rehabilitacji. Rehabilitacja pacjentek ma na celu przywrócenie sprawności psychofizycznej, wiary w siebie oraz poczucia własnej wartości.
6. Istotnym elementem ze strony personelu medycznego są działania edukacyjne. Mają one na celu zapoznanie pacjentki z przyczynami choroby i sposobami ich zwalczania, zrozumienie roli rehabilitacji po zabiegu usunięcia piersi oraz wyrobienie motywacji do kontynuowania ćwiczeń w domu. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń ruchowych i przestrzeganie zasad postępowania w czynnościach dnia stanowi podstawę do osiągnięcia pełnej sprawności fizycznej i równowagi psychicznej przez dalszy okres życia.

Literatura

1. Aleksandrowicz R.: Mały atlas anatomiczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 1994.
2. Buckman R.: Jak zwalczyć raka? Diogenes, Warszawa, 2002.
3. Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G. (red): Uniwersalny przewodnik po metodach leczenia nowotworów złośliwych u dorosłych w Polsce. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Warszawa, 2000.
4. Frączka M. (red): Chirurgia nowotworów. Alfa – medica Press, Bielsko-Biała, 2003.
5. Jassem J. (red): Rak sutka. Springer PZWL, Warszawa, 1998.
6. Koper A. Wrońska I. (red): Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003.

7. Kordka R., Jassem J., Krzakowski M., Jezierski A. (red): Onkologia. Medical Press, Gdańsk, 2003.
8. Kozakiewicz B. (red): Onkologia kliniczna. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa, 2004.
9. Krzakowski M. (red): Onkologia Kliniczna. Tom II. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa, 2001.
10. Krzakowski M. (red): Zlecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Polska Unia Onkologiczna, Warszawa, 2004.
11. Krzakowski M., Siedlecki P.: Standardy leczenia systemowego nowotworów złośliwych u dorosłych w Polsce. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Warszawa, 1999.
12. Lewera D.: Poradnik dla amazonki. Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 2005.
13. Madej G. (red): Chemioterapia onkologiczna dorosłych i dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999.
14. Mika K. A.: Po odjęciu piersi. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1991.
15. Nyka W., Hansdorfer – Korzon R., Skokowski J., Drucis K., Adamowicz K.: Leczenie raka piersi. Wydawnictwo TSI, Gdynia, 2004.
16. Pardel M. (red): Współczesne rozpoznawanie i leczenie guzów sutka u kobiet. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 1997.
17. Pawlicki M. (red): Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. Alfa – medica Press, Bielsko-Biała, 2002.
18. Sherman C. D., Hossfeld D. K. (red): Podręcznik onkologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Kraków, 1994.
19. Sturm A., Largiader F., Wichi O. (red): Kompendium onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995.
20. Sylwanowicz W., Michajlik A., Romatowski W.: Anatomia i fizjologia człowieka. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1985.
21. Urbanowicz Z.: Podstawy anatomii człowieka. Tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2000.
22. Zahradniczek K. (red): Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1994.
23. Medycyna praktyczna. Korzeniowski S.: Badania przesiewowe w kierunku raka sutka. 10 (140), 2002, 162-165.
24. Nowotwory. Głuszek S., Kot M., Matykiewicz J.: Wyniki leczenia raka oszczędzającego piersi. Wydanie polskie. Tom 1 Nr 53, 2003, 26.
25. Pielęgniarka i położna. Walińko E.: Profilaktyka raka sutka. 6, 1995, 7-10.
26. Współczesna onkologia. Jassem J., Kornafel J.: Postępy w leczeniu wczesnego raka piersi. 5 (72), 2006, 255-257.

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad chorymi z cukrzycą typu 2 powikłaną wystąpieniem zawału serca leczonego za pomocą przezskórnej angioplastyki

Ewa Damięcka – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Adam Parfieńczyk - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Rozwój współczesnej cywilizacji doprowadził do zwiększonej zachorowalności na choroby układu krążenia, z których najpopularniejszą jest choroba wieńcowa. Jej występowanie uzależnione jest w dużej mierze od modyfikowalnych czynników ryzyka. Społeczeństwo polskie nadal nie posiada dostatecznej wiedzy na temat metod zapobiegania wystąpienia w/w choroby.

Obecność cukrzycy typu 2 dodatkowo zwiększa ryzyko powstania zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych oraz następcza wielu trudności w rozpoznawaniu i leczeniu choroby niedokrwiennej serca. Cukrzyca w sposób bezpośredni zwiększa zapadalność na chorobę wieńcową oraz znacznie przyspiesza jej rozwój. Jest ona również istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia zawału serca oraz ma wpływ na jego przebieg i rokowanie pozawałowe. Wielokrotnie potwierdzono, że zawał serca u osób z cukrzycą jest trudniejszy do rozpoznania i leczenia niż w grupie bez cukrzycy.

Bardzo ważne jest zapobieganie wystąpieniu i leczenie cukrzycy oraz choroby niedokrwiennej serca. Każdy cukrzyk powinien być objęty kompleksową opieką kardi-diabetologiczną. Konieczne jest również okresowe wykonywanie badań glikemii i glikozurii oraz kontrola dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego.

Ważną rolę w profilaktyce cukrzycy i zawału serca odgrywa pielęgniarka, która jest osobą będącą zawsze blisko chorego. Jednym z głównych jej zadań jest prowadzenie edukacji prozdrowotnej, zarówno wśród chorych jak i członków ich rodzin. Ważnym zadaniem pielęgniarki jest propagowanie zdrowego stylu życia wspierającego zdrowie oraz działań ograniczających ryzyko występowania w/w chorób.

Wprowadzenie

Chorzy z cukrzycą rzadziej odczuwają typowe objawy choroby wieńcowej, co często jest przyczyną późnego rozpoznania niestabilnej dusznicy i/lub zawału serca. U takich chorych rokowanie co do dalszego życia jest gorsze niż u osób bez współistniejącej cukrzycy.

W grupie chorych z chorobą wieńcową i towarzyszącą cukrzycą bardzo ważne jest ich wczesne rozpoznawanie, szybkie wdrożenie leczenia oraz ich właściwa pielęgnacja. Wymaga to jednak ścisłej współpracy diabetologów i kardiologów.

Definicja zawału serca

Zawałem serca nazywamy martwicę komórek mięśnia sercowego spowodowaną przedłużającym się niedokrwieniem i nieodwracalnym uszkodzeniem mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału dokonuje się na podstawie: objawów klinicznych, zmian w zapisie elektrokardiograficznym w badaniu spoczynkowym, zwiększonej aktywności wskaźników biochemicznych martwicy mięśnia sercowego (troponin I lub T) oraz zaburzeń kurczliwości w: echokardiografii i/lub rezonansie magnetycznym.

Klasyfikacja zawałów serca

Na podstawie zapisu EKG spoczynkowego chorych zawały można podzielić na zawały z uniesieniem odcinka ST (zawał STEMI) oraz zawały bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI).

Dodatkowo aby potwierdzić u chorego dokonywanie się zawału serca - szczególnie NSTEMI, należy oznaczyć stężenie biochemiczne wskaźników martwicy mięśnia sercowego: troponin i/lub CK-MB. Oznaczenie tych markerów pozwala na odróżnienie zawału serca od niestabilnej choroby wieńcowej. Parametry te należy oznaczyć we krwi obwodowej dwukrotnie, w odstępie co najmniej 6 godz.

Obraz kliniczny zawału serca

Najczęstszym i najważniejszym objawem zawału serca jest ból w klatce piersiowej. Jest on zazwyczaj poprzedzony wysiłkiem fizycznym lub stresem psychicznym. Typowo ból ten występuje w okolicy zamostkowej lub przedsercowej. Czasami zlokalizowany jest w nadbrzuszu. Może obejmować żuchwę, ramiona oraz szyję. Ból zawałowy trwa powyżej 20 min, nie ustępuje po zażyciu nitrogliceryny. Innymi objawami zawału serca są: osłabienie, duszność, zwiększone pocenie oraz dolegliwości brzuszne nudności i wymioty.

Każdorazowo podejrzenie zawału wymaga różnicowania z innymi schorzeniami zagrażającymi życiu, takimi jak: zapalenie osierdzia, rozwarstwienie aorty, zator tętnicy płucnej czy też odma opłucnowa (23).

Diagnostyka zawału serca

Podstawową metodą w rozpoznawaniu zawału serca jest EKG spoczynkowe. Morfologia zapisu EKG stanowi podstawę podziału ostrych zespołów wieńcowych na OZW z uniesieniem lub bez uniesienia odcinka ST. Na jego podstawie możliwa jest również ocena prawdopodobnej lokalizacji niedokrwienia mięśnia sercowego. Pozytywny wynik badania determinuje dalszą diagnostykę i terapię. Typowe zmiany w EKG (odcinka ST) w połączeniu z objawami klinicznymi są podstawą do wdrożenia leczenia reperfuzyjnego.

Bardzo ważne w diagnostyce jest również oznaczenie stężeń markerów martwicy mięśnia sercowego w surowicy krwi.

Do innych badań pomocnych w różnicowaniu zawału serca z innymi chorobami należą:

- RTG klatki piersiowej - ujawnia cechy innych chorób wywołujących ból za mostkiem
- Echokardiografia spoczynkowa - pokazuje zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego wywołane niedokrwieniem oraz inne choroby powodujące ból dławicowy, np. kardiomiopatię przerostową
- Koronarografia - badanie obrazowe z kontrastem pokazujące zmiany w tętnicach wieńcowych.

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem przed i po zabiegu PCI

Specyfika oddziału do którego trafia pacjent z zawałem serca określa zadania pracujących tu pielęgniarek. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę przypisuje się różnym funkcjom: opiekuńczej, wychowawczej, promującej zdrowie, profilaktycznej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej. Realizacja tych zadań wymaga od pielęgniarki zarówno fachowej wiedzy jak i doświadczenia.

Po przyjęciu na oddział to pielęgniarka jest pierwszą osobą, z którą styka się na ogół pacjent. Jej pierwszą czynnością powinno być zaplanowanie działań i dobór odpowiednich metod pielęgnacyjnych i leczniczych. Pielęgniarka obejmując chorego swoją opieką powinna uwzględnić potrzeby pacjenta i problemy wynikające z jego pobytu w szpitalu.

Ze względu na często zmienny obraz kliniczny choroby wieńcowej i możliwość występowania różnych chorób współistniejących, każdy pacjent powinien być traktowany jako

inny przypadek medyczny. Wymaga to indywidualnego podejścia i zwrócenia uwagi na związane z możliwymi powikłaniami problemy somatyczno-psychiczne.

W oddziałach kardiologii inwazyjnej, ze względu na ciężki stan ogólny nowoprzyjętych osób do zadań pielęgniarki należy przygotowanie chorych do zabiegu PCI. W skład czynności przygotowawczych wchodzi:

- ogolenie owłosienia z miejsca nakłucia tętnicy
- pobranie krwi do badań laboratoryjnych
- wykonanie wkłucia dożylnego
- pomiar podstawowych czynności życiowych: tętna, ciśnienia tętniczego krwi.

Wielu pacjentów ciężko przeżywa konieczność wykonania PCI. Pielęgniarka w miarę możliwości powinna zatem dostarczać choremu wsparcia psychicznego tłumacząc w sposób przystępny, na czym polega zabieg oraz jak chory ma się zachowywać podczas wykonywania i po zakończeniu zabiegu. Powinna ona wyjaśnić pacjentowi zasadność udzielanych pacjentowi informacji.

Na pielęgniarkę spoczywa obowiązek upewnienia się, czy sprzęt do monitorowania parametrów życiowych: pracy serca, ciśnienia tętniczego, oddechów, saturacji jest sprawny. Aparatura do resuscytacji w tym defibrylator i zestaw do intubacji powinny być w pełni sprawne.

Równie ważną sprawą jest opieka pielęgniarska sprawowana po zabiegu. W jej trakcie pielęgniarka powinna prowadzić stałą obserwację swoich podopiecznych.

W okresie obserwacji należy monitorować częstość i rytm serca, zmian odc. ST w zapisie EKG, ciśnienie tętnicze krwi, wysycenie krwi tętniczej tlenem za pomocą pulsoksymetru, diurezę, miejsce nakłucia, temperaturę oraz tętno na tętnicach obwodowych.

Realizując zadania opiekuńcze pielęgniarka powinna wykonywać czynności związane z zaspakajaniem czynności fizjologicznych pacjenta tj. odżywianiem i wydalaniem.

Po zabiegu pacjent pozostaje unieruchomiony w łóżku, nie może zginać kończyn z nakłutą tętnicą, siadać, wstawać czy podnosić głowy.

Dolegliwości zgłaszane przez pacjenta lub nieprawidłowości zaobserwowane w trakcie monitorowania, pielęgniarka powinna niezwłocznie zgłosić lekarzowi.

W przypadku wystąpienia u pacjenta bólu w klatce piersiowej wykonuje ona również badanie elektrokardiograficzne i dokonuje wstępnej oceny zapisu.

Pielęgniarka odgrywa zatem jedną z kluczowych ról w opiece nad chorym. Pierwsza zauważa wszelkie nieprawidłowości i jako jedyna towarzyszy pacjentowi na każdym etapie jego pobytu w oddziale. Warunkiem uzyskania dobrych efektów jej działań jest niewątpliwie profesjonalizm i holistyczne działanie.

Definicja cukrzycy

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych, która charakteryzuje się hiperglikemią, której powstanie spowodowane jest defektem wydzielania bądź niewłaściwym działaniem insuliny. Przewlekła hiperglikemia powoduje w konsekwencji uszkodzenie oraz zaburzenie czynności a w konsekwencji niewydolność różnych narządów. Dotyczy to w pierwszej kolejności nerek, oczu, serca i włókien nerwowych.

Cukrzyca należy do chorób społecznych. Liczba osób na cukrzycę stale wzrasta we wszystkich grupach wiekowych, najwięcej jednak u osób w wieku 45-64 lat. Przyczyną gwałtownie rosnącej ilości osób z cukrzycą jest otyłość spowodowana niewłaściwym trybem życia, wysokokaloryczną dietą i małą aktywnością fizyczną.

Choroba ta i jej następstwa często decydują o dalszym trybie życia, wyborze zawodu, życiu rodzinnym a nawet o sposobie spędzania wolnego czasu.

Zasadniczą rolę w etiopatogenezie tego typu cukrzycy odgrywają:

- wzajemne oddziaływanie na siebie czynników genetycznych i środowiskowych. Otyłość jest najistotniejszym nabytym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2. Kolejnym jest mała aktywność fizyczna.
- różnego stopnia upośledzenie wydzielania insuliny a także insulinooporność tkanek.

Objawy cukrzycy

Objawy choroby są zróżnicowane i wysoce nieswoiste. W większość przypadków cukrzyca może przebiegać bezobjawowo. Do objawów choroby należą: wielomocz, zwiększone pragnienie, senność i osłabienie, rzadko spadek masy ciała.

Istotne znaczenie w rozpoznawaniu ma wywiad rodzinny. Za wystąpieniem cukrzycy typu 2 przemawia obecność w rodzinie tej choroby a także nadciśnienia tętniczego lub otyłości.

Leczenie cukrzycy typu 2

Leczenie cukrzycy typu 2 ma charakter kompleksowy i wymaga stosowania różnych metod. Ma na celu ograniczenie zjawiska insulinooporności oraz jak najdłuższe podtrzymanie czynności komórek B trzustki. Postępowanie obejmuje stosowanie odpowiedniej diety i wysiłku fizycznego. Elementem leczenia jest także edukacja. Zasadą również jest leczenie wszystkich zaburzeń towarzyszących chorobie, gdyż cukrzyca ta występuje często łącznie z nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami lipidowymi oraz innymi chorobami układu krążenia. W przypadku występowania nadwagi lub otyłości konieczne jest zmniejszenie masy ciała. Takie wielokierunkowe postępowanie zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu powikłań. Dobre wyrównanie metaboliczne cukrzycy powinno być osiągane stopniowo. Istotnym elementem terapii cukrzycy typu 2 jest monitorowanie czynników ryzyka powikłań oraz wczesne ich leczenie. W terapii cukrzycy coraz większe znaczenie zyskuje model terapii własnej, czyli „samokontrola”, gdzie pacjent bierze czynny udział w leczeniu.

Zawał serca u chorych na cukrzycę

Należy nadmienić, że u cukrzyków ponowny zawał występuje znacznie częściej i w krótszym odstępie czasu niż u chorych po przebytych zawałach bez cukrzycy. W przebiegu cukrzycy zawał serca znacznie częściej jest powikłany, dlatego częściej kończy się zgonem.

Zawał serca u pacjentów z cukrzycą dokonuje się głównie nocą, czego bezpośrednią przyczyną wydaje się być zmniejszenie przepływu wieńcowego. W przeciwieństwie do ludzi bez cukrzycy, objawy zawału serca są mniej wyraźne i niespecyficzne. Pojawienie się objawów atypowych jest często przyczyną późnego rozpoznawania i wdrożenia leczenia.

Nietypowy ból w czasie spoczynku ogranicza się często jedynie do nadbrzusza i towarzyszy mu narastająca duszność i niepokój. Zawał serca u chorych z cukrzycą jest również bardziej rozległy niż u pacjentów bez cukrzycy.

Cukrzyca jest jednym z głównych czynników powstawania choroby wieńcowej. Ok. 1/3 hospitalizowanych pacjentów z OZW to pacjenci z cukrzycą typu 2. Chorzy ci mają 3-krotnie zwiększone ryzyko wystąpienia zawału serca niż osoby bez cukrzycy. Najprawdopodobniej wiąże się to z faktem, że do niestabilności blaszki miażdżycowej dochodzi znacznie częściej u pacjentów właśnie z współistniejącą cukrzycą.

Literatura

1. Aleksandrowicz Ryszard: Mały atlas anatomiczny, wyd. PZWL, 2005
2. Borodulin-Nadzieja Ludmiła (red): Fizjologia człowieka, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005
3. Ciećwierz Dariusz: Wybrane pojęcia z kardiologii „Encyklopedia badań medycznych”, wyd. MAKmed, Gdańsk, 1996
4. Czech Anna, Tatoń Jan :Cukrzyca a choroby serca, wyd. α-medica Press Warszawa 2000
5. Diabetologia Praktyczna-Pismo Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego : Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2008, tom 9, suplement A/2008
6. Grabowski Marcin :Nowa uniwersalna definicja zawału serca, Kardiologia na co Dzień, wyd. Termedia, Nr 3/2008, strona 42-43

7. Janeczko Danuta : Epidemiologia chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę, Kardiologia na co Dzień, wyd. Termedia, Nr 1/2007, strona 12-16
8. Janeczko Danuta, Janeczko-Sosnowska Ewa : Leczenie chorych na cukrzycę typu 2, TERAPIA, NR 4 (106), KWIECIEŃ 2001, strona 3-19
9. Kosicka Bogumiła : Działania edukacyjne pielęgniarki wobec pacjentów z cukrzycą, Pielęgniarstwo XXI wieku, wyd. Czelej, Nr 2(19)/2007, strona 23-26
10. Kozek Elżbieta : Choroba niedokrwienna serca u chorych z cukrzycą, Terapia, nr 2 (117), luty 2002
11. Krzemińska Sylwia : Edukacja chorego na cukrzycę, Magazyn Pielęgniarki i położnej, Nr 1-2/2006, strona 30-31
12. Kurpesa Małgorzata : Ostre zespoły wieńcowe-obraz EKG a postępowanie współczesnego lekarza, Kardiologia po Dyplomie, Nr4(7), październik 2005
13. Łagoda Katarzyna, Sierżantowicz Regina : Zmiany skórne w cukrzycy, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Nr 4/2005, strona 31-32
14. OSTRY ZESPÓŁ WIĘŃCOWY: Rekomendacje dotyczące postępowania w ostrym zespole wieńcowym u osób z cukrzycą, Przegląd Kardiologiczny, wyd. Termedia, Nr 2/2008
15. Pączek Leszek, Mucha Krzysztof, Foroniewicz Bartosz (red): Choroby wewnętrzne, wyd. PZWL, Warszawa 2006
16. Sokołowska-Pituchowa Janina (red): Anatomia człowieka, wyd. PZWL, Warszawa 2005
17. Sulewska M, Mikulska A: Pielęgniarka w oddziale internistycznym, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Nr 6/2003
19. Sylwanowicz Witold: Mały atlas anatomiczny, wyd. PZWL, Warszawa 1987
20. Szczeklik Andrzej (red): Choroby wewnętrzne, wyd. Medycyna Praktyczna Kraków 2005
21. Tatoń Jan, Czech Anna, Bernas Małgorzata : Kardiodiabetologia, wyd. VIA MEDICA, Gdańsk 2002
22. Tatoń Jan, Czech Anna, Opolski Grzegorz i inni (red) : Cukrzycowe choroby serca. Nowa wiedza-nowe leczenie, Gdańsk 2005, wyd. VIA MEDICA
23. Tracz Mariusz : Samokontrola w cukrzycy, KLINIKA I SZKOŁA INTERNY KLINIKI NOWEJ 1998, numer specjalny, Vol. 5, No 13, strona 14-16
24. Tuchacz Szymon, Targoński Radosław, Ciećwierz Dariusz i inni : Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI)-diagnostyka i leczenie, TERAPIA, NR 2, z. 2 (206), LUTY 2008, Strona 04-11
25. Wyrzykowski Bogdan : Badanie FIELD-prewencja powikłań cukrzycy typu 2, Kardioprofil, Vol.4/Nr5(14)/2006

Współczesne zasady diagnostyki i leczenia chorób tarczycy na przykładzie pacjentów objętych opieką Poradni Chorób Tarczycy w Łomży

Agnieszka Szlajter – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Anna Bronowicz – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Choroby tarczycy należą do najczęściej występujących schorzeń współczesnej cywilizacji. Częstość występowania chorób gruczołu tarczycowego ciągle wzrasta i tak naprawdę nadal nie wiadomo co uruchamia cały łańcuch patologii, wraz z którym niosą ze sobą choroby tarczycy.

Medycyna w dzisiejszych czasach ujawnia nam coraz to nowsze możliwości leczenia chorób tarczycy, jednakże w dużej mierze na stan zdrowia ma wpływ styl życia oraz sposób odżywiania się.

Celem pracy było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat chorób tarczycy. Badania przeprowadzono w 2008 roku, w Poradni Chorób Tarczycy Wojewódzkiego Szpitala w Łomży, do której zgłaszały się osoby które leczyły się z powodu dolegliwości tarczycowych. Badaniem objęto grupę 30 osób dorosłych w wieku od 18 do > 80 lat, z pośród której największą grupą byli pacjenci w wieku 51-60 lat. W większości ankietowanych stanowiły kobiety. Większa połowa ankietowanych zamieszkuje tereny miejskie co może mieć wpływ na objęcie ich opieką specjalistyczną.

Wykształcenie podstawowe było dominującym w badanej grupie, to także może się przyczynić do poszerzenia i chęci zdobycia wiedzy na temat schorzeń tarczycowych. Najczęstszymi objawami chorobowymi poprzedzającymi chorobę tarczycy była : nerwowość, utrata masy ciała. Na podstawie przeprowadzonej analizy zebranego materiału wykazano, że większość pacjentów leczyła się z powodu nadczynności tarczycy. Poddając analizie czas leczenia chorób tarczycy, zauważyć można że jest to proces ciągły. Większość pacjentów przestrzega wskazówek lekarza odnośnie przyjmowania środków farmakologicznych, co ma istotny wpływ na proces leczenia.

W badaniach potwierdził się fakt, że bardzo mała część osób uzyskała znaczące informacje na temat sposobu odżywiania się w chorobach tarczycy co może mieć istotny wpływ na zachorowalność.

W związku z tym, że w większości chorób które się rozwijają we współczesnym świecie, istotnym czynnikiem prowadzącym do nich, jest niewiedza ludzka, konieczne jest zwiększenie świadomości zdrowotnej tych osób, poprzez ich edukację. Konieczne jest aby nauczyli się oni całościowo patrzeć na choroby tarczycy, jako choroby reaktywne, zależne od wpływu otoczenia, i na które oni sami (pacjenci) mogą mieć dość znaczny wpływ.

Wprowadzenie

Gruczoł tarczowy (tarczyca) jest jednym z największych, nieparzystym gruczołem wydzielania wewnętrznego, bogato unaczynionym i unerwionym [9].

Przylega do tchawicy tuż poniżej krtani i zbudowana jest z dwóch płatów oraz łączącej je wężyny, zwanej też cieśnią tarczycy.

Komórki tarczycy (komórki pęcherzykowe) wypełnione koloidem, są podstawową jednostką strukturalną i czynnościową gruczołu.

Tyreoglobulina (Tg) jest głównym białkiem koloidu stanowiącym zarówno rusztowanie, na którym atomy jodu wprowadzane są do cząsteczek tyrozyny wchodzących w skład Tg, jak i magazyn gotowych hormonów tarczycy.

Komórki C produkujące kalcytoninę, które znajdują się pomiędzy pęcherzykami lub w ich ścianie mają niewielki udział w ogólnej masie tarczycy. Tarczycą jest miejscem syntezy trzech hormonów: trijodotyroniny (T_3), tyroksyny (T_4) w pęcherzykach tarczycy oraz kalcytoniny (w komórkach „C”). Tetrajodotyronina (T_4) i trijodotyronina (T_3), to jodowane pochodne tyrozyny. Do produkcji hormonów tarczycy niezbędny jest prawidłowy dowóz jodu, którego dzienne zapotrzebowanie zależne jest do wieku i sytuacji fizjologicznej. Wewnątrztrzęzycowa pula jodu wynosi 8-10 mg.

Jedną z najczęstszych chorób gruczołów dokrewnych wymagających wnikliwej diagnostyki i konsekwentnego leczenia, są choroby tarczycy.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia u ponad 200 mln ludzi występuje wole czyli powiększenie gruczołu tarczowego.

Wole jest najczęstszą chorobą tarczycy i występuje 2-3 razy częściej u kobiet. O wolu sporadycznym mówi się, gdy występuje u mniej niż 5% populacji w wieku 6-14 lat. Jeżeli ten odsetek przekracza 5%, to wtedy mówi się o wolu endemicznym. Dane te dotyczą populacji o wystarczającym zaopatrzeniu w jod, w sytuacji występowania substancji wolotwórczych.

Szacuje się, że spośród 100 osób, u 2 stwierdza się nadczynność tarczycy, a u dalszych 2 objawy jej niedoczynności.

Niedoczynność gruczołu tarczowego (hipotyreoza) powstaje na skutek niedoboru hormonów tarczycy. Rzadko zdarza się, że powodem jest brak reaktywności tkanek obwodowych na hormony tarczycy.

Występowanie niedoczynności tarczycy zwiększa się wraz z wiekiem i dotyczy ponad 5% populacji powyżej 60 rż. Kobiety chorują 5 razy częściej niż mężczyźni.

Wrodzona hipotyreoza występuje z częstością 1:4000 żywych urodzeń i najczęściej jej przyczyną na świecie jest niedobór jodu.

W krajach, w których podaż jodu jest główną przyczyną niedoczynności tarczycy, częste są zaburzenia rozwojowe tarczycy (dysgeneza).

Najczęstszą niejatrogenną przyczyną niedoczynności tarczycy jest choroba Hashimoto. Klinicznie jawna postać choroby Hashimoto występuje u 1% populacji.

U około 20% osób dorosłych bez objawów i u 30% kobiet powyżej 70 rż stwierdza się przeciwciała przeciwperoksydazowe. Największa zapadalność na tę chorobę przypada na 20-50 rż i częściej, bo aż 5-krotnie chorują kobiety.

Nadczynność tarczycy, czyli hipertyreozę występuje u około 2% populacji osób dorosłych, w tym 9-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Zachorowalność przypada na 4.-6. dekadę życia. Subkliniczna nadczynność tarczycy jest stanem, w którym obniżonemu stężeniu hormonu tyreotropowego (TSH) we krwi towarzyszą mieszczące się w granicach normy stężenia tyroksyny i trijodotyroniny. Występowanie subklinicznej nadczynności zdarza się często, a jej występowanie w populacji ogólnej szacuje się na 0.6-16%. Subkliniczna nadczynność tarczycy częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, u osób rasy czarnej niż białej, u osób cechujących się niskim spożyciem jodu oraz u osób w podeszłym wieku.

Odrębne zagrożenie stanowią nowotwory tarczycy. Wole guzkowe nietoksyczne jest chorobą gruczołu tarczycowego, z dominacją ogniskowych zaburzeń jej budowy, najczęściej wynikających z rozrostu, ale też ze zmian zwyrodnieniowych lub zwiłknienia, bez zaburzeń czynności tarczycy.

W krajach o dość dobrej podaży jodu np. Wielka Brytania guzki tarczycy stwierdzono u 0.8% mężczyzn i u 5.3% kobiet.

Na podstawie dużych badań przeprowadzonych w Polsce w latach 90. XX w, można sądzić, że nawet do miliona kobiet może mieć obecnie cechy wola guzkowego, co jest konsekwencją niedoboru jodu w latach 80. XX w.

Wole guzkowe nie poddające się leczeniu hormonami, to potencjalne źródło metaplastji nowotworowej. Wczesne rozpoznanie raka tarczycy, prawidłowe leczenie oraz kontrola tych chorych przedłuża im życie o wiele lat i zwiększa jego komfort.

Nieustannie zwiększa się liczba chorych zapadających na raka tarczycy. Według danych Centrum Onkologii, w ostatnich latach w Polsce rocznie rejestruje się prawie 2000 nowych

zachorowań. Zarejestrowano w 2003 roku 1686 nowych przypadków zachorowań - 1372 u kobiet i 314 u mężczyzn.

Raki tarczycy to najczęstsze nowotwory złośliwe układu endokrynnego stanowiące zaledwie 1% wszystkich nowotworów. Zachorowalność na nowotwory tarczycy jest większa w krajach z niedoborem jodu. Kobiety chorują 2-3 razy częściej niż mężczyźni. Szczyt zapadalności na nowotwory tarczycy stwierdza się w 4-5 dekadzie życia.

Metody diagnostyczne

Przez wiele stuleci zaburzenia gruczołu tarczowego oznaczały to samo, co wyrok śmierci. Przełomowego odkrycia dokonał Wilhelm Konrad Roentgen, w dniu 8 listopada 1895 roku odkrywając promienie, które miały zdolność przenikania przez ciała nie przezroczyste, nazwano je promieniami X lub promieniowaniem rentgenowskim od nazwiska uczonego.

Tak wielkie odkrycie zapoczątkowało dalszy rozwój nauk lekarskich, oraz kolejne etapy odkryć:

- **Rok 1895** - K. Roentgen odkrywa promieniowanie X (pierwsze zdjęcie ręki żony uczonego),
- **Rok 1913** - W. E. Coolidge opracowuje próżniową lampę rtg.
- **Rok 1934** - Joliot i Curie wytworzyli po raz pierwszy promieniotwórczy izotop jodu, jod-128,
- **Rok 1934** - leczenie przypadków raka tarczycy hormonem tarczycy wychodząc z założenia o jego możliwej zależności od TSH,
- **Rok 1946** - zastosowanie jodu radioaktywnego do leczenia raka tarczycy oraz sformułowanie zasad stosowania jodu promieniotwórczego do tego celu,
- **Rok 1951** - Cassen wprowadza scyntygraf z ruchomym detektorem,
- **Rok 1958** - Anger prezentuje pierwszą scyntykamerę gamma,
- **Rok 1973** - wprowadzenie scyntykamery pozytonowej (PET).

Badanie podmiotowe

Diagnostyka podstawowa ma na celu wykluczenie zaburzeń funkcji tarczycy, a w sytuacjach wątpliwych, ustala się czy występują zaburzenia czynności gruczołu tarczowego, a zarazem czy tarczycza jest powiększona i czy w miąższu wyczuć można guzki w badaniu podmiotowym lub widoczne w obrazie USG.

Na wstępie bardzo ważne jest zebranie dokładnego wywiadu od pacjenta w badaniu podmiotowym w kierunku występowania takich objawów jak:

- uczucie osłabienia,
- utrata masy ciała pomimo dobrego łaknienia,
- zwiększona pobudliwość nerwowa,
- kołatanie serca,
- biegunki,
- nietolerancja ciepła,
- nadmierne poty,
- obfite krwawienia miesięczkowe,
- łzawienie i obrzęk powiek,
- światłowstręt,
- drżenie rąk itd.

Na ogół w nadczynności i niedoczynności objawy te są przeciwstawne.

Badanie przedmiotowe

Badanie przedmiotowe musi obejmować wszystkie narządy chorego, nie może się ono ograniczać tylko do szyi lub narządu wzroku.

Szczególną uwagę należy zwrócić na masę ciała w odniesieniu do wzrostu, zabarwienia powłok skórnych, obecność drżenia rąk, wysokość a w szczególności amplitudę ciśnienia tętniczego, szybkość i charakter tętna oraz zachowanie odruchów ścięgniastych.

W badaniu gruczołu tarczowego ocenia się:

- umiejscowienie,
- kształt,
- konsystencję tarczycy,
- obecność guzka lub guzków,
- tkliwość uciskową i przesuwalność gruczołu w czasie połykania,
- słyszalność szmerów naczyniowych nad tarczycą i jego okolic,
- obecność powiększonych węzłów chłonnych, poszerzonych naczyń żylnych,
- przemieszczenie krtani,
- tchawicy lub nawet przełyku, czy występuje obrzęk twarzy.

Ponadto sprawdzić należy stan strun głosowych, czy nie wystąpiło porażenie nerwu zwrotnego oraz stan narządu wzroku w kierunku obecności objawu Hornera, obrzęku powiek, poszerzenia szpary powiekowej i wytrzeszcz, miastonii lub porażenia mięśni ocznych, owrzodzenia spojówki. W przypadku stwierdzenia świstu krtani zachodzi potrzeba określenia stanu tchawicy, a przy trudnościach połykowych- przeprowadzenia badania kontrastowego przełyku. Tak skrupulatnie zebrane wyniki badania przedmiotowego i podmiotowego stanowią punkt wyjścia do ustalenia wstępnej koncepcji diagnostycznej, determinującej zakres badań pracownianych, mających potwierdzić lub wykluczyć istnienie choroby gruczołu tarczowego.

Badanie pracowniane i ich podział

Badania pracowniane mają za zadanie określić:

- stan czynności gruczołu tarczycowego, tj. czy mamy do czynienia z hiper -, -eu, czy hipotyreozą,
- przyczyny zmienionego stanu czynnościowego tarczycy u chorych z hiper - lub hipotyreozą
- morfologicznego stanu tarczycy niezależnie od jej stanu czynnościowego.

Do określenia stanu czynnościowego tarczycy mogą być wykorzystane:

- objawy kliniczne lub działanie metaboliczne hormonów gruczołu tarczycowego na poziomie tkanek;
- stężenie we krwi hormonów tarczycy (T_3 , T_4 , rT_3) oraz białek nośnikowych tych hormonów (TBG) i tyreotropiny (TSH);
- wynik testów określających funkcjonowanie układu sprzężenia zwrotnego pomiędzy przysadką gruczołową (w zakresie TSH) a gruczołem tarczycowym (do tego celu, obecnie wykorzystuje się przeważnie test pobudzania przysadki gruczołowej tyreoliberyną-TSH);
- wychwytywanie radioaktywnego jodu lub technetu przez tarczycę, tarczycowy klirens oraz scyntygrafia tarczycy wykonywane są w warunkach podstawowych, pobudzenia, lub supresji.

Do określenia stanu morfologicznego tarczycy oprócz wyników badania palpacyjnego należy posłużyć się wynikami badania:

- sonograficznego,
- scyntygraficznego oraz
- bioptycznego tego narządu.

Bardzo rzadko do tego celu stosowana jest tomografia komputerowa lub MRI śródpiersia i szyi oraz kontrastowe badanie przełyku.

Do określenia zmian chorobowych toczących się w tarczycy pomocne są:

- badania przeciwciał pobudzających gruczoł tarczowy (TSI),
- przeciwciał antytyreoglobulinowych,
- tyreoglobuliny,
- kalcytoniny,
- gonadotropiny kosmówkowej,
- alfa-fetoproteiny lub innych nieswoistych markerów.

Spośród nieswoistych testów czynnościowych gruczołu tarczowego należy wymienić:

1. podstawową przemianę materii - test stosowany w rutynowej diagnostyce tarczycy ze względu na dużą nieswoistość i niewielką czułość. Oznaczany w zupełnym spoczynku i określonym czasie na podstawie wdychanego tlenu i wydychanego dwutlenku węgla (wzrasta w stanie nadczynności, w niedoczynności maleje).
2. stężenie cholesterolu lub lipidów w surowicy krwi - ulega wzrostowi w niedoczynności tarczycy, a zatem monitorowanie cholesterolemii wykorzystuje się w ocenie terapii substytucyjnej u chorych z niedoczynnością tego gruczołu.
3. czas trwania odruchu rejestrowanego ze ścięgna Achillesa - prawidłowy czas trwania tego odruchu wynosi 250-350 ms. i ulega skróceniu u chorych z nadczynnością tarczycy, a wydłużeniu zaś w niedoczynności.

Stałe monitorowanie czasu trwania odruchu ze ścięgna Achillesa pozwala uzyskać wartościową informację co do skuteczności leczenia substytucyjnego u chorych z niedoczynnością tarczycy.

Inne metody pracowniane, które wykorzystywane są w diagnostyce tarczycy można podzielić na dwie grupy:

1. Testy in vitro:
 - całkowite stężenie tyroksyny (TT₄) w surowicy krwi
 - stężenie wolnej tyroksyny (fT₄)
 - ogólne stężenie (TT₃) w surowicy
 - stężenie wolnej nie związanej z białkami nośnikowymi trijodotyroniny (fT₃)
 - stężenie odwrotnej trijodotyroniny (rT₃)
 - wskaźnik wolnej tyroksyny FT₄I
 - Hormon tyreotropowy TSH
 - test stymulacji TSH tyreoliberyną (TRH)
 - przeciwciała pobudzające receptory TSH tarczycy (TSI)
 - Markery nowotworów tarczycy
2. Testy In vivo:
 - Ultrasonografia (USG)
 - Scyntygrafia tarczycy
 - Test supresji
 - Biopsja gruczołu tarczowego
 - Badania radiologiczne tchawicy, przelyku i klatki piersiowej
 - rezonans magnetyczny (MRI)

Sposoby leczenia chorób tarczycy

W przypadku nadczynności i niedoczynności gruczołu tarczowego istnieją 3 możliwości leczenia :

- leczenie farmakologiczne
- leczenie jodem promieniotwórczym
- leczenie operacyjne

Dwie ostatnie metody uznawane są jako leczenie radykalne, które również stosuje się w leczeniu wola guzowatego.

Postęp w diagnostyce cytologicznej natomiast, pozwala chorym zaproponować także inną metodę leczenia oprócz tych, które zostały wymienione powyżej, od 1990 roku stosuje się przeszskórne wstrzyknięcia etanolu.

Metodę wstrzyknąć etanolu stosowano uprzednio w leczeniu pierwotnych raków wątroby, przerzutów nowotworowych do wątroby, gruczolaków przytarczyc itd.

Przed 14 laty Livraghi zastosował te metodę w leczeniu autonomicznych nadczynnych guzów tarczycy.

Obecnie przeszskórne wstrzyknięcia etanolu stosowane są zarówno w przypadkach guzów litych nietoksycznych, nadczynnych jak i zmian torbielowatych tarczycy. Leczenie prowadzi do zmniejszenia rozmiarów guza a także ustępowania nadczynności tarczycy. Jest metodą bezpieczną i dobrze tolerowaną. Wybór metody leczenia zaburzeń gruczołu tarczycy zależy od rodzaju jego dysfunkcji jak i decyzji chorego.

Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne najczęściej rozpoczyna się przed ukończeniem diagnostyki różnicowej i dzięki temu chory może przygotować się do dalszej strategii terapeutycznej. Leki przeciw-tarczycowe, to proste cząstki chemiczne z grupy tiomocznika.

Bardzo popularnym i najczęściej stosowanym lekiem jest tiamazol, natomiast rzadziej stosuje się propylotiouracyl, głównie wtedy jeśli wystąpią objawy uczuleniowe na tiamazol (jest on lekiem drugiego wyboru).

Leczenie jodem promieniotwórczym

Leczenie za pomocą jodu promieniotwórczego, jest najczęściej stosowaną formą leczenia z uwagi na to, że jest podawany w dawkach leczniczych, jest dobrze tolerowany przez pacjentów i dlatego też jest uważany za bezpieczny.

Zabieg natomiast polega na usunięciu tkanki tarczycowej w celu zmniejszenia nadczynności oraz doprowadzeniu pacjenta do stanu eutyrozy. Do tego celu niezbędna jest odpowiednio dobrana dawka jodu promieniotwórczego.

Terapia uzupełniająca I-131 stanowi, obok leczenia operacyjnego i stosowania L- tyroksyny, rutynową metodę leczenia zróżnicowanych raków tarczycy.

Leczenie uzupełniające I-131 ma na celu zniszczenie resztkowego miększu tarczycy pozostałego po operacji całkowitego wycięcia tarczycy oraz leczenie ewentualnych mikroprzerzutów w zróżnicowanym raku tarczycy.

Umożliwia również prawidłowe monitorowanie przebiegu choroby poprzez poprawę swoistości badania tyreoglobuliny oraz czułości i swoistości scyntygrafii całego ciała wykonywanych w czasie badań kontrolnych.

Przeciwwskazaniem do tego typu leczenia jest ciąża i karmienie piersią.

Leczenie operacyjne

Zabieg chirurgiczny może oznaczać usunięcie całego lub części gruczołu tarczowego.

Wskazaniem bezwzględnym, do operacji jest stwierdzenie lub podejrzenie złośliwego nowotworu tarczycy towarzyszącego nadczynności.

Przed operacją należy przywrócić stan eutyrozy za pomocą tionamidów oraz beta - adrenolityków. Zapobiega to wystąpieniu przełomu tarczycowego, który zagraża życiu.

Względny wskazaniem, jest natomiast w pozostałych przypadkach gdy leczenie operacyjne stanowi alternatywę dla leczenia I. Za operacją przemawia też obecność guzków nieczynnych, które dają objawy uciskowe.

Profilaktyka w chorobach tarczycy

Termin profilaktyka (zapobieganie), odnosi się zarówno do technik przeciwdziałających wystąpieniu niedomagania, prowadzenia wczesnego wykrywania oraz diagnozowania chorób, jak i do przerywania i zahamowania dalszego rozwoju choroby. W kontekście celów ochrony zdrowia, działalność zapobiegawcza obejmuje promocje zdrowia, jego utrzymanie albo odbudowę wówczas gdy jest ono naruszone.

Ważną rolę w tym procesie odgrywa pielęgniarka, bowiem w istocie wykonywania tego zawodu, jak wynika z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej leży, jak czytamy w art. 4 ust. 1. udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, [...], oraz z zakresu promocji zdrowia. W myśl założeń współczesnego pielęgniarstwa, opartego na światowym modelu Doroty Orem, to właśnie pielęgniarka w swojej opiece holistycznej nad pacjentem pełni rolę nauczyciela i przewodnika.

Według tych założeń, to ona przygotowuje pacjenta oraz członków jego rodziny do samoopieki, w skład której wchodzi zapobieganie chorobie oraz jej niepożądanym skutkom. Funkcja profilaktyczna pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki, nie ogranicza się wyłącznie do osoby chorej, ale dotyczy również osób zdrowych.

Udzielanie świadczeń, [...], pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- realizację zaleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia, [...],
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, [...],
- edukację zdrowotną.

W celu zapobiegania i leczenia chorób tarczycy z niedoboru jodu należy, oprócz postępowania lekarskiego, zmienić sposób odżywiania. Należy zwracać uwagę na dietę bogatą w substancje resztkowe i jod.

Milionowa część grama jodu (150-300 mikrogramów), wystarcza do utrzymania prawidłowej czynności tarczycy. Odpowiednia podaż jodu powinna zostać zapewniona w pierwszym rzędzie poprzez spożywanie produktów bogatych w ten pierwiastek, np. ryb morskich, mleka i przetworów mlecznych, soli jodowanej oraz artykułów spożywczych wytwarzanych z użyciem soli jodowanej.

Ze względu na niedobór jodu w glebie i wodzie pitnej prowadzi się w Polsce profilaktykę jodowania soli poprzez dodanie ok. 30 mg. jodku potasu do 1 kg soli kuchennej. Osobom w okresie zwiększonego zapotrzebowania m.in. kobietom w ciąży i w okresie laktacji ta profilaktyka może nie zapewniać zalecanej ilości jodu, dlatego zaleca się im przyjmowanie preparatów jodu w postaci tabletek.

Interwencje w schemat odżywiania zarówno w przypadku nadczynności, jak i niedoczynności tarczycy mogą być korzystne, gdy:

- pokarm działa jako stresogenny czynnik środowiskowy, który wywołuje chorobę tarczycy (na przykład nietolerancja glutenu),
- brak równowagi estrogenowej/ progesteronowej powoduje zaburzenie pracy tarczycy,
- zaburzenia wchłaniania obniżają dostępność związków mineralnych i pierwiastków śladowych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania tarczycy,
- metale ciężkie (jak rtęć) lub nadwyżka minerałów (na przykład wapnia), które może wywołać choroby tarczycy, są obecne w diecie lub organizmie.

W podanych wyżej przypadkach zmiany w odżywianiu mogą przywrócić prawidłową czynność gruczołu tarczycowego. Zmiana diety z uzupełnieniem dodatkami witamin i minerałów

odgrywa istotną rolę w zapobieganiu chorobom tarczycy u ludzi z predyspozycjami genetycznymi. Takie metody leczenia mogą zahamować działanie czynników chorobotwórczych (takich jak stres, obniżona wydajność systemu odpornościowego i toksyczne związki chemiczne) wywołujących zaburzenia funkcji tarczycy.

Jak wynika z założeń współczesnego pielęgniarstwa, pielęgniarki powinny także aktywnie uczestniczyć w różnorodnych, szeroko zakrojonych kampaniach społecznych na rzecz profilaktyki, w tym przypadku chorób tarczycy.

Z opinii jednego ze specjalistów wynika, iż: "Problem z zapobieganiem chorobom cywilizacyjnym polega między innymi na tym, że nie ma jednej prostej recepty, potrzebne są działania wielokierunkowe, czyli dieta, sposób spędzania wolnego czasu. Pociąga to za sobą konieczność ingerencji w przyzwyczajenia nabywane przez lata życia.

Pielęgniarskie działania profilaktyczne ściśle są powiązane z pełnioną przez pielęgniarkę funkcją wychowawczą, dzięki której wpływa na:

- kształtowanie prawidłowych postaw sprzyjających zdrowiu,
- stwarzanie wiedzy o czynnikach sprzyjających zdrowiu,
- pomoc ludziom w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu i doskonaleniu zdrowia,
- kształtowanie postawy umożliwiającej skuteczną profilaktykę, pielęgnowanie i leczenie w sytuacji wystąpienia choroby.

W wychowaniu zdrowotnym nie chodzi tylko o dostarczenie informacji na temat zdrowia, ale raczej o to, żeby podmiot opieki chciał z tych informacji skorzystać, odczuwał potrzebę dbania o stan swojego zdrowia.

Wnioski

Choroby tarczycy to obecnie najczęstsze choroby wymagające wnikliwej diagnostyki i konsekwentnego leczenia.

Na stan chorobowości tarczycy w populacji polskiej w ciągu ostatnich dwudziestu lat wpłynęły trzy istotne wydarzenia, zaprzestanie jodowania soli kuchennej od 1980 do 1986 roku, awaria elektrowni atomowej w Czarnobylu w 1986 roku oraz wprowadzenie modelu profilaktyki jodowej w 1997 roku.

Analizowana grupa pacjentów nie jest reprezentatywna dla populacji ogólnej, dlatego też uzyskane wyniki, nieznacznie różnią się od wyników dużych badań populacyjnych.

Przykładowo w amerykańskim badaniu (The Colorado Thyroid Disease Prevalence Study), przeprowadzonym na losowo wybranej grupie blisko 26000 osób, udowodniono im, że 10% badanych nie zdawało sobie sprawy z problemów jakie mieli z tarczycą.

W grupie osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami pracy tarczycy, u 8,9% stwierdzono niedoczynność, a u 11% nadczynność tarczycy.

Z badań własnych wynika iż najczęściej bo 36,67% osób miało nadczynność tarczycy, niedoczynność miało 26,67% badanych osób. Większość w grupie badanych respondentów stanowiły kobiety bo aż 86,87%, mężczyźni zaś 13,33%.

Walsh i wsp. badając liczącą 2108 osób populację Busselton udokumentowali, że subkliniczna niedoczynność tarczycy jest niezależnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

Cappolla i wsp. natomiast badali grupę liczącą 3233 osób powyżej 65. rż., i nie wykazali żadnego związku między utajoną niedoczynnością tarczycy a występowaniem migotania przedsionków, choroby niedokrwiennej serca, incydentów mózgowych i ogólnej śmiertelności.

Guseklo i wsp. na podstawie danych dotyczących 599 starszych osób obserwowanych od 85 do 89 rż., stwierdzili że zarówno utajona jak i jawna niedoczynność tarczycy mogą wręcz korzystnie wpływać na długość życia i nie wywierają uchwytnych następstw zdrowotnych.

Dotychczas przeprowadzone badania kliniczne zgodnie z zaleceniem American Association of Clinical Endocrinology leczenie endogennej subklinicznej nadczynności tarczycy

należy podjąć w przypadku występowania u chorego objawów klinicznych nadczynności tarczycy, migotania przedsionków, utraty masy ciała o nieustalonym podłożu oraz w przypadku osteopenii i osteoporozy u kobiet.

Z badań własnych wynika, iż największą grupę - 33.33% stanowili pacjenci w wieku 51-60 lat, najmniej było badanych w wieku 71-80 lat - 6.67%.

W pytaniu otwartym, badań własnych, na temat chorób współwystępujących pacjenci najczęściej wymieniali nadciśnienie (36.66%), zwyrodnienie kręgosłupa (23.33%), na trzecim miejscu reumatyzm (16.67%), cukrzyca (13.33%), choroby serca (10%). Zapytani o objawy początkowe, analizowana grupa na pierwszym miejscu wymieniła nerwowość (86.67%), następnie utrata masy ciała (66.67%), i na trzecim miejscu zlewnę poty (70%).

W Stanach Zjednoczonych, American Thyroid Association zaleca rutynowe testy czynności tarczycy w 35. roku życia, a następnie co 5 lat. W przypadkach osób z objawami sugerującymi chorobę tarczycy badania wykonywane są wcześniej.

Z badań własnych wynika iż głównym badaniem (90% osób) w ankietowanej grupie respondentów było badanie oznaczające poziom TSH, najmniej osób (3.33%) udzieliło odpowiedzi „morfologia z rozmazem”. Naukowcy zajmujący się obecnie zagadnieniami zdrowia zdają sobie sprawę z narastania problemów zdrowotnych, w szczególności ze zwiększonej częstości chorób nowotworowych, chorób serca czy tarczycy i popierają powrót do zasobów żywności bez użycia środków konserwujących.

Z badań przeprowadzonych wynika, iż w kategorii pytania na temat diety i jej stosowania w chorobach tarczycy znaczna większość - (76.67%) nie uzyskała istotnych wiadomości na temat sposobu odżywiania się w chorobach tarczycy, co potwierdzać może, że niewiedza o sposobie odżywiania się może mieć wpływ na zachorowalność, nieliczna (23.33%) grupa uzyskała wskazówki o sposobie odżywiania się w chorobach tarczycy i stosuje się do zaleceń.

Na podstawie przeprowadzonej analizy zebranego materiału wykazano że:

- Większość osób chorujących na schorzenia gruczołu tarczycowego, to kobiety.
- W badanej grupie najwięcej osób było z nadczynnością tarczycy.
- Najczęstszym schorzeniem współwystępującym z chorobami tarczycy, było nadciśnienie.
- Jednym z objawów prodromalnych chorób tarczycy, najczęściej wymienianym przez badanych była nerwowość oraz utrata masy ciała z nieokreślonych przyczyn.
- Dieta spełnia kluczową rolę w chorobach tarczycy, znaczna część pacjentów w analizowanej grupie nie otrzymała istotnych wskazówek dotyczących odżywiania się w chorobach tarczycy. Należy więc położyć większy nacisk na edukację zdrowotną w zakresie diety w chorobach tarczycy.

Literatura

1. Daniluk J., Jurkowska G.: *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
2. Endokrynologia Polska: *VIII Zjazd Towarzystwa Endokrynologicznego*, Kraków 22-25, 09 2005.
3. Fater-Dębska A., Gworys P., Brzeziński J., i wsp.: *Zaburzenia tyreometaboliczne a niewydolność serca*, Endokrynologia Polska J, 2007, 58(3), 228-235.
4. Gietka-Czernel M.: Jastrzębska H., *Norma TSH- czy należy ją zmienić?*, Endokrynologia Polska, 2007,5, 454-460.
5. Hartwig W.: *Choroby gruczołów wewnętrznych wydzielania*, w: *Nauka o chorobach wewnętrznych*, tom III pod red. Orłowskiego W., PZWL, Warszawa, 1988.
6. http://www.geoland.pl/dodatki/zdrowie_x/gaciong.html, godz. 16.21, 9.V.2008.
7. Jasiński W.: *Kliniczne zastosowania izotopów radioaktywnych*, PZWL, Warszawa, 1965.
8. Kokot F.: *Choroby wewnętrzne*, wydanie VIII zmienione i unowocześnione, Tom II, PZWL, Warszawa, 2006.

9. Kokot F.: *Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych*, wydanie II Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005.
10. Krysiak R., Marek B., Okopień B.: *Subkliniczna nadczynność tarczycy*, Endokrynologia Polska, 2007, 6, 536-541.
11. Kukulska A., Krajewska J., Roskosz J., i współ.: *Optymalizacja leczenia uzupełniającego jodem promieniotwórczym u chorych na zróżnicowanego raka tarczycy: porównanie wczesnych wyników leczenia aktywnością 100mCi i 60mCi*, Endokrynologia Polska, 2006, 4(57), 374-379.
12. Lampka M., Junik R., Nowicka A., i wsp.: *Ocena oksydacji lipoprotein małej gęstości w przebiegu niedoczynności*, Endokrynologia Polska, 2006, 2 (57), 116-121.
13. Liwińska L., Kowalska A., *Przezskórne wstrzyknięcia etanolu w leczeniu guzkowej choroby tarczycy, 14 lat doświadczeń*, Endokrynologia Polska, 2005, 1 (56), 83-89.
14. Łącka K.: *Choroby tarczycy diagnostyka i leczenie*, wydanie II poprawione i uzupełnione Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2001.
15. Michajlik A., Ramotowski W.: *Anatomia i fizjologia człowieka*, PZWL, Warszawa 1994.
16. Müller S.D., Pfeuffer Ch.: *Właściwe i smaczne żywienie korzystne dla tarczycy*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
17. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.: *Choroby wewnętrzne podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
18. Pisarek M., Bączyk M., Gryczyńska M., i wsp.: *Leczenie wola guzowatego olbrzymiego nietoksycznego powtarzanymi dawkami jodu promieniotwórczego 131-I (doniesienie wstępne)*, Endokrynologia Polska, 2007, 1, 18-26.
19. Pomorski L.: *Zakres operacji w zróżnicowanym raku tarczycy*, Chirurgia po dyplomie 2006, 3, 18-19.
20. Scharf W.: *Akceleratory Biomedyczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1994.
21. Sean Boger M., MD, Nancy D. i współ.: *Wady i zalety chirurgicznego leczenia nadczynności tarczycy oraz optymalny zakres usunięcia narządu*, Chirurgia po dyplomie, 2006, Tom 1, Nr1, 69- 81.
22. Słowińska- Klenecka D., Sporny S., Klencki M., Popowicz B., i współ.: *Przewlekłe zapalenie tarczycy - aktualny problem w diagnostyce cytologicznej tarczycy* Endokrynologia Polska/Polish Journal of Endocrinology, 2006,4 (54) 299-306.
23. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne*, podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM, wydanie I dodruk II, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005.
24. Szybiński Z.: *Założenia nowego modelu profilaktyki jodowej w Polsce i rekomendowane postępowanie lecznicze w wolu endemicznym*, Endokrynologia Polska, Materiały referencyjne, Wydanie sponsorowane przez Firmę „MERCCK” Polska, Warszawa, 1997.
25. Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa. ałożenia teoretyczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*, Tom I, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
26. Tatoń J., Czech A.: *Diagnostyka internistyczna. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, wydanie III, PZWL, Warszawa, 2005.
27. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r o zawodach pielęgniarki i położnej.
28. Vaughan L.: *Choroby tarczycy objawy, diagnoza. Najnowsze metody leczenia* Klub Dla Ciebie, KDC Warszawa, 2007.

29. Warmutz- Stangierska I., Czarnywojtek A., Sowiński J.: *Przydatność wybranych technik psychoterapii w leczeniu chorób tarczycy*, Endokrynologia Polska, 2002, 53 (1), 35-38.
30. Wetherell E.: *Tarczyca. Jak rozpoznać objawy choroby*, Poradnik Bellona, Warszawa, 2007.
31. Wojnowicz- Wojdak J.: *Badanie tarczycy- jak dotrzeć do prawdy*, część II, Twoja Zdrowa Medycyna, styczeń 2006, 81, 12-13.
32. Zahradniczek K.,: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, Wydanie III, unowocześnione i rozszerzone, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
33. Zonenberg A., Zarzycki W., Leoniak M.: *Wpływ awarii w Czarnobylu na występowanie nowotworów tarczycy - stan po 20 latach*, Endokrynologia Polska, 2006, 3, 244-252.

Badanie stężeń TNF- α , sFasL and Bcl-2 w surowicy krwi chorych z wolem wieloguzkowym normocynnym przed i w trakcie leczenia ^{131}I jako potencjalny parametr wystąpienia niedoczynności

Adam Parfieńczyk - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Franciszek Rogowski - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Ewa Jaroszewicz - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Efekt leczniczy ^{131}I u chorych z wolem wieloguzkowym obojętnym opiera się na fakcie, że izotop ten emituje promieniowanie beta, które indukuje śmierć komórki na drodze nekrozy i prawdopodobnie apoptozy. Celem pracy było badanie zmian stężeń w surowicy krwi TNF- α i sFasL – stymulatorów, oraz białka Bcl-2 – inhibitora apoptozy u pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym w trakcie leczenia ^{131}I . Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 20 chorych (kobiet w wieku 45-78) z wolem wieloguzkowym obojętnym skierowanych do Zakładu w celu zmniejszenia rozmiarów wola. Grupę kontrolną stanowiło 10 zdrowych ochotników – pracowników Zakładu Medycyny Nuklearnej. Stężenia TNF- α , sFasL i Bcl-2 były oznaczane przy użyciu zestawów ELISA Bender MedSystems (Austria). Pacjenci byli kwalifikowani do radiojodoterapii na podstawie: badania lekarskiego, stężenia hormonów (fT3, fT4, TSH), USG tarczycy, biopsji wszystkich guzków biopsy (w celu wykluczenia procesu nowotworowego), wychywu ^{131}I , badania scyntygraficznego oraz odmowy leczenia chirurgicznego. U wszystkich pacjentów wykluczono wcześniej występowanie chorób pozataarczycowych i mieli prawidłowe stężenia TSH i fT4. Aktywność lecznicza ^{131}I była wyliczana przy użyciu wzoru Marinello. Dawka pochłonięta oscylowała pomiędzy 200 i 260 Gy. Stężenia TNF- α , sFasL and Bcl-2 oraz hormonów (fT3, fT4 and TSH) były oznaczane: przed, 2 tygodnie, 1, 2, 3, 4 i 5 miesięcy po podaniu ^{131}I . Badania zostały zaakceptowane przez komisję bioetyczną UMB. Rezultaty: Stężenia TNF- α stwierdzone u pacjentów różniły się przed i w trakcie leczenia ^{131}I . W trakcie 2 tygodnia po podaniu średnie stężenia TNF- α zwiększały się o około 60%, zmniejszając się systematycznie w kolejnych miesiącach obserwacji. Średnie stężenia sFasL były najniższe przed i 5 miesięcy po podaniu radiojodu zwiększając się po 2 tygodniach, 2 oraz 3 miesiącach leczenia i następnie zmniejszając w końcu 4 miesiąca obserwacji. Stężenia Bcl-2 były niewykrywalne w grupie kontrolnej. Wartości Bcl-2 u pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym wyazywały zwiększenie w końcowych miesiącach leczenia. Średnie zmniejszenie objętości wola wyniosło około 32%. Stężenia Thyroid fT3, fT4 zmniejszały się a TSH zwiększały utrzymując się jednak w granicach normy.

Wnioski: Oznaczanie markerów apoptozy tarczycy we krwi obwodowej może być użytecznym parametrem prognostycznym co do wystąpienia niedoczynności w przebiegu leczenia ^{131}I pacjentów z wolem wieloguzkowym normocynnym. Konieczne jest jednak wykonanie dodatkowych oraz poszerzenie grupy oznaczanych markerów.

Słowa kluczowe: wole wieloguzkowe obojętne, radiojodoterapia, apoptoza

Wprowadzenie

Wole guzowate obojętne jest jedną z najczęściej występujących chorób tarczycy w regionach, w których odnotowano niedobór jodu. Od wielu lat utrzymuje się pogląd o konieczności leczenia operacyjnego pacjentów z wolem obojętnym, u których występują: duszność spoczynkowa, uczucie ucisku, trudności w połykaniu i zawroty głowy. Nie u wszystkich jednak da się zastosować takie leczenie. Istnieje duża grupa chorych dyskwalifikowana z zabiegu z powodu: braku zgody na zabieg, złego ogólnego stanu zdrowia,

współistniejących chorób kardiologicznych i/lub zaburzeń hematologicznych. Oprócz wymienionej kolejną grupę stanowią pacjenci, u których powyższe objawy są niewielkie, lub w ogóle nie występują, a którzy odczuwają jedynie dyskomfort przy pochyłaniu się lub ruchach głową. Wielu z nich zgłasza się do zakładów medycyny nuklearnej w celu „kosmetycznego” zmniejszenia wola lub zapobieżenia jego dalszemu powiększeniu. Dla tej grupy pacjentów terapia ^{131}I stała się zatem metodą z wyboru (6).

Według niektórych autorów częściej obserwuje się odrastanie tkanki tarczycowej po leczeniu chirurgicznym niż po leczeniu ^{131}I (6,7). W leczeniu zarówno obojętnego wola wieloguzkowego jak również rozlanego wola obojętnego zaobserwowano redukcję tarczycy o około 30-62% w ciągu 12 miesięcy od podania radiojodu. Kolejne dawki pozwalają na dalsze zmniejszenie objętości tarczycy.

Dobór odpowiedniej aktywności ^{131}I pomimo zastosowania dokładnego wzoru matematycznego (Marinello) jest bardzo trudny (9). Przyczyną trudności w doborze odpowiedniej dawki radiojodu jest brak możliwości indywidualnej oceny radiowrażliwości tarczycy konkretnego pacjenta. Badania wstępne potwierdziły, że wrażliwość tkanki guzowatej na działanie promieniowania beta ^{131}I w przebiegu wola obojętnego jest mniejsza niż w wolu naczynnym zarówno guzowatym jak i mięszzowym (praca). Efekt leczniczy ^{131}I powstaje najprawdopodobniej na skutek zarówno bezpośredniego, fizycznego działania na tyreocyty promieniowania beta jak i działania pośredniego poprzez wywoływanie w nich apoptozy (3,5). Dotychczas ukazało się niewiele doniesień literaturowych dotyczy badania markerów apoptozy w przebiegu radiojodoterapii (2,8,10).

Wielkość proliferacji jak i apoptozy tyreocytów zależy od stosunku funkcji białek zarówno stymulujących jak i hamujących apoptozę. Badania prowadzone w roku ubiegłym wykazały zmiany stężeń FasL i tumor necrosis factor- α – (TNF- α) w przebiegu leczenia ^{131}I w stosunku do ich stężeń przed wdrożeniem leczenia ^{131}I (10). Oba te białka należą do najsilniejszych stymulatorów apoptozy (1,2). W celu uzupełnienia obrazu procesów zachodzących w tyreocytach po podaniu leczniczej dawki ^{131}I niezbędna jest również ocena zachowania się stężeń przynajmniej „głównych” białek hamujących apoptozę takich jak np. Bcl-2. Dlatego celem kontynuowanej pracy było oznaczenie w surowicy krwi pacjentów z wolem obojętnym wieloguzkowym leczonych radiojodem stężeń TNF- α i FasL i proteiny Bcl-2 oraz hormonu tyreotropowego i hormonów tarczycy.

Material i metody

Badania wykonano u 20 pacjentów (20 kobiet w wieku 45-78 lat) z wolem wieloguzkowym obojętnym w tym: z objawami uciskowymi i trudnością połykania (16 chorych) oraz 4 chorych z jedynie niewielkim dyskomfortem w obrębie szyi skierowanych do Poradni Medycyny Nuklearnej naszego Zakładu po uprzedniej ich dyskwalifikacji z leczenia operacyjnego. Przed podaniem aktywności leczniczej ^{131}I wszyscy pacjenci zostali poddani badaniom kwalifikacyjnym obejmującym w szczególności: badanie podmiotowe i przedmiotowe oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4 w surowicy, w miarę możliwości biopsję cienkoigłową wszystkich guzków (w celu wykluczenia nowotworu), ultrasonografię tarczycy, testy jodochwytności 24 i 48-godzinne oraz scyntygram tarczycy [27]. Wszyscy badani byli w stanie klinicznej i biochemicznej eutyreozy tj. przy TSH = 0,5-5,0 mU/L, fT3 = 3,1-6,5 pmol/L, fT4 = 9,3-23,2 pmol/L. Efektywny okres półtrwania jodu w tarczycy (Tef) był odczytywany z krzywej (prostej w skali półlogarytmicznej) spadku radioaktywności nad tarczycą, wyznaczonej pomiarami po 24 i 48 godzinach. Należna aktywność lecznicza [A w megabekerelach (MBq)] ^{131}I była wyliczana ze wzoru Marinello [15].

$$A \text{ (MBq)} = \frac{\text{Masa tarczycy (g)} \times \text{pożądana dawka pochłonięta w grejach (Gy)} \times 24,946}{\text{Max. wychwyty } ^{131}\text{I (T24) w \%} \times \text{półokres efektywny } ^{131}\text{I (Tef) w dniach}}$$

Preparat ^{131}I (Na^{131}I) podawano doustnie w postaci kapsułek żelatynowych (Polatom, Świerk). Wielkość założonej dawki pochłoniętej promieniowania w tarczycy od podanego izotopu wahała się od 200 do 280 Gy. Masa gruczołu tarczowego przed radiojodoterapią wahała się w granicach 60-100g. Podana aktywność terapeutyczna oscylowała w granicach 400 – 800 MBq.

USG tarczycy, T_{24} i scyntygram były wykonywane powtórnie po 6 miesiącach od podania aktywności leczniczej w celu oceny zmniejszenia rozmiarów wola i zmiany regionalnej funkcji gruczołu w zakresie gromadzenia ^{131}I [13]. Przed rozpoczęciem leczenia oraz w trakcie badań kontrolnych: po 2 tygodniach, po miesiącu i następnie 4-krotnie w odstępach miesięcznych zostały wykonane oznaczenia w surowicy stężeń białek TNF- α , FasL i Bcl-2 przy użyciu zestawów immunoenzymatycznych typu ELISA, hormonów tarczycy fT3, fT4 oraz TSH za pomocą zestawów radioimmunologicznych i immunoradiometrycznych. Grupę kontrolną stanowiło: a) w przypadku pacjentów przed leczeniem - 20 krwiodawców w podobnej płci oraz wieku, b) po podaniu aktywności leczniczej ^{131}I , ci sami pacjenci przed wdrożeniem leczenia radioizotopowego. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej za pomocą testów t-Studenta dla prób powiązanych i niepowiązanych.

Protokół badania został zatwierdzony przez komisję bioetyczną d.s. badań naukowych Akademii Medycznej w Białymstoku i zawierał wcześniejszą pisemną, świadomą zgodę wszystkich pacjentów uczestniczących w badaniu.

Rezultaty

Wyniki przedstawione na rycinie 1 wykazały niemal trzykrotne wyższe stężenia TNF- α w surowicy chorych w dwa tygodnie (2 tyg) po podaniu aktywności terapeutycznej ^{131}I i tylko nieznacznie podwyższone wartości tego markera apoptozy w pierwszym (1m), drugim (2m), trzecim (3m) i czwartym miesiącu (4m) po podaniu radiojodu. Zaobserwowano również zmniejszenie stężeń TNF- α w surowicy krwi chorych w piątym miesiącu terapii (5m), w porównaniu do wartości otrzymanych u osób zdrowych.

Badania stężeń FasL, przedstawione na rycinie 2 wykazały zwiększenie wartości tego ligandu w surowicy dwukrotne w 2 tyg i 2m oraz prawie trzykrotne w 3m po podaniu radiojodu. Wartości FasL podobne do wyjściowych, utrzymywały się w 1m i 4m po podaniu ^{131}I .

Wyniki przedstawione na rycinie 3 ujawniły zmniejszenie stężeń białka Bcl-2 w 2 tygodniu, pierwszym i trzecim miesiącu po podaniu ^{131}I w porównaniu do wartości stwierdzanych przed leczeniem. Najwyższe wartości Bcl-2 utrzymywały się w drugim i piątym miesiącu po podaniu ^{131}I i były one wyższe od stwierdzonych w grupie kontrolnej.

Zaobserwowano również (Ryc. 4) prawie dwukrotne zwiększenie stężeń fT4 w 2 tygodnie od rozpoczęcia leczenia oraz tylko nieznacznie podwyższone wartości w 4m i 5m w porównaniu do wartości uzyskanych u tych samych pacjentów przed leczeniem.

Stężenia fT3 były najniższe w 2 tyg a najwyższe w 1m po podaniu kapsułki terapeutycznej. Nie stwierdzono jednak znamienych statystycznie różnic w porównaniu do wartości fT3 przed leczeniem.

Stężenia TSH w surowicy krwi chorych z wolem wieloguzkowym obojętnym były istotnie zmniejszone w 2 tygodnie i 1 miesiąc ($p < 0,01$), a najwyższe w 3 miesiące po podaniu radiojodu ($p < 0,001$) w porównaniu do wartości TSH przed leczeniem.

Wyniki badań USG oraz scyntygrafia jodowa gruczołów tarczowych w sześć miesięcy po podaniu chorem ^{131}I wykazywały zmniejszenie masy gruczołu tarczowego średnio o około 32 %.

Wyniki te korelowały ze zgłaszanymi przez 16 chorych poprawą samopoczucia oraz zmniejszeniem objawów uciskowych. Z powodu utrzymywania się objawów uciskowych cztery pacjentki zdecydowały się na przyjęcie drugiej dawki radioizotopu (Tabela I).

W grupie 16 pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym 6 pacjentów (14%) wymagało doustnej substytucji hormonalnej. Pozostałych 10 nie wykazywało klinicznych ani biochemicznych objawów niedoczynności.

Dyskusja

Jod promieniotwórczy (^{131}I) należy do grupy radioizotopów emitujących dwa rodzaje promieniowania β i γ . Dzięki tej właściwości może być wykorzystywany zarówno do diagnostyki jak i terapii. Promieniowanie γ jest wysoce przenikliwe (zasięg od około 1,5 m). Przy użyciu detektorów wchodzących w skład scyntygrafu czy gamma kamery jesteśmy w stanie ustalić związek przyczynowy pomiędzy strukturą tarczycy a jej funkcją. Pozwala to między innymi na ocenę i lokalizację guzków i innych macalnych zmian gruczołu, lokalizację ektopowej tkanki tarczycowej, różnicowanie zapaleń i nadczynności spowodowanej podawaniem hormonów tarczycy od różnych postaci nadczynności oraz na kontrolę kształty i wielkości gruczołu po radiojodoterapii lub leczeniu chirurgicznym.

W leczeniu z pomocą ^{131}I główną rolę odgrywa promieniowanie β o średnim zasięgu w tkankach wynoszącym 0,5mm. Po podaniu doustnym ^{131}I przedostaje się z przewodu pokarmowego do układu krążenia, a następnie wraz z krwią do gruczołu tarczowego, gdzie dzięki symporterowi sodowo-jodowemu przenoszony jest do wnętrza tyreocytów [1,3,12,14].

Promieniowanie β indukuje śmierć komórki poprzez bezpośrednie, działanie fizyczne oraz najprawdopodobniej poprzez apoptozę popromienną [16, 18].

Po podaniu doustnym ^{131}I przedostaje się z przewodu pokarmowego do układu krążenia, a następnie wraz z krwią do gruczołu tarczowego, gdzie dzięki symporterowi sodowo-jodowemu przenoszony jest do wnętrza tyreocytów [1,3,12,14].

Tyreocyty ulegają masowej nekrozie w wyniku uszkodzenie białek strukturalnych oraz kwasów nukleinowych. Duża liczba komórek uszkodzonych sprawia, że komórkowe mechanizmy naprawcze w tarczycy, w krótkim czasie stają się niewydolne. Dodatkowo przerwanie ciągłości błony powoduje uwolnienie zawartości komórek do otoczenia powodując powstawanie odczynów tkankowych o charakterze zapalenia wysiękowego [14,16,18]. Badania własne wykazały pojawienie się w ciągu pierwszego tygodnia obserwacji niewielkiego stopnia zwiększenia objętości tarczycy u chorych poddanych radiojodoterapii. Pacjenci z dużym wolem obojętnym zgłaszali w tym czasie uczucie obrzmienia szyi oraz suchość w jamie ustnej. Obrzęk ten nasilał się od około 3 dnia po podaniu radiojodu, ustępując całkowicie po dwóch tygodniach od przyjęcia ^{131}I . Chorzy z tylko niewielkim dyskomfort w obrębie szyi poddani terapii nie zgłaszali żadnych dolegliwości.

Analiza surowicy krwi wykazała niemal trzykrotne zwiększenie stężeń TNF- α uważanego za jeden z głównych markerów procesów zapalnych w dwa tygodnie po padaniu ^{131}I oraz prawie dwukrotne zwiększenie wartości białka proapoptotycznego sFasL, w porównaniu do wartości stwierdzonych u osób zdrowych. Stężenia proteiny Bcl-2 nie zmieniły się znacząco w obu grupach chorych.

Otrzymane rezultaty wydają się wskazywać na współistnienie procesów nekrozy i apoptozy. Biorąc pod uwagę wartości stężeń badanych parametrów (TNF- α = 32,16 pg/ml i sFasL = 1,28 pg/ml) należy domniemywać, że główną rolę w tym okresie po podaniu ^{131}I odgrywa TNF- α a zatem nekroza tkanek. Potwierdzeniem takiego rozumowanie mogą być również zmiany stężeń fT4. Stwierdzono mianowicie prawie dwukrotne zwiększenie stężeń fT4 w porównaniu do wartości stwierdzonych u tych samych chorych przed leczeniem. Najprawdopodobniej zwiększenie to powstaje na skutek uszkodzeń pęcherzyków gruczołu, w wyniku którego hormony tarczycy przedostały się do krwiobiegu [13]. Powstały nadmiar fT4 blokuje przysadkę mózgową, co objawia się zmniejszeniem stężeń TSH w surowicy badanych chorych w 2 tygodnie i 1 miesiąc po podaniu ^{131}I . Interesującym wydaje się również fakt,

że w tym samym czasie stężenia fT3 były najwyższe. Otrzymane wyniki zdają się potwierdzać opisaną przez wielu autorów przejściową nadczynność tarczycy występującą u około 5% chorych z wolem wieloguzkowym obojętnym we wczesnym okresie leczenia [4,8,11,24].

W miesiąc po podaniu izotopu w organizmie chorego pozostaje bardzo niewiele ¹³¹I. Bezpośrednie oddziaływanie promieniowania beta na tkankę tarczycową traci więc swoje znaczenie. Do głosu dochodzą mechanizmy komórkowe wyzwolone przez wcześniejsze podanie izotopu. Należą do nich mechanizmy regulujące procesy apoptozy i proliferację tyreocytów. W badaniach własnych zaobserwowano znaczne zmniejszenie stężeń TNF- α , FasL oraz Bcl-2 w porównaniu do wartości otrzymanych dwa tygodnie wcześniej. Nadal jednak wartości TNF- α były podwyższone w porównaniu do wartości otrzymanych u osób zdrowych. W kolejnych miesiącach obserwacji stężenia TNF- α zmniejszały się do wartości znajdujących się poniżej wartości stwierdzonych w grupie kontrolnej. Nasuwa się zatem wniosek, że proces nekrozy całkowicie wygasa w miarę upływu czasu od podania ¹³¹I.

W miesiąc po aplikacji ¹³¹I odnotowano złagodzenie zgłaszanych przez chorych dolegliwości oraz poprawę ich stanu ogólnego. Zmianom tym towarzyszyła normalizacja stężeń hormonów tarczycy u około 96% chorych.

Uruchomienie procesu apoptozy uwarunkowane jest połączeniem ligandu FasL z odpowiednim receptorem błonowym Fas. Połączenie to aktywację kaskady kaspaz co prowadzi w konsekwencji do apoptozy [4,19,24,25]. Zwiększenie stężeń FasL może przemawiać zatem za nasileniem sygnału do rozpoczęcia apoptozy. Najprawdopodobniej ma ono na celu pozbycie się uszkodzonych wcześniej przez promieniowanie tyreocytów. Możemy zatem domniemywać, że od 2 miesiąca apoptoza uzyskuje zdecydowaną przewagę nad nekrozą. W drugim miesiącu kuracji zaobserwowano prawie dwukrotne zwiększenie stężeń sFasL i tylko niewielki wzrost wartości Bcl-2 oraz dalsze, systematyczne zmniejszanie się stężeń TNF- α w porównaniu do wartości uzyskanych przed miesiącem. Zwiększenie stężeń Bcl-2 świadczy o włączeniu mechanizmów cytoprotekcyjnych chroniącym przed nadmierną utratą komórek. Stężenia badanych hormonów nie różniły się w tym okresie od wartości w pierwszym miesiącu leczenia.

Badania przeprowadzone miesiąc później wykazały dalsze zwiększenie w surowicy stężeń sFasL. Należy nadmienić, że wartości sFasL były prawie trzykrotnie wyższe od stwierdzonych u osób zdrowych. Zmianom tym towarzyszyło zmniejszenie stężeń Bcl-2 i TNF- α . Poczynione obserwacje mogą stanowić kolejny dowód na nasilenie sygnału proapoptotycznego. Zmniejszenie wartości Bcl-2 może dowodzić osłabieniu komórkowych mechanizmów ochronnych. Zmiany stężeń zarówno sFasL jak i Bcl-2 były w tym okresie największe. Analiza stężeń hormonów wykazała zmniejszenie wartości fT4 oraz zwiększenie stężeń TSH w porównaniu zarówno do grupy kontrolnej jak i wartości uzyskanych w dwa miesiące po podaniu ¹³¹I. Prawdopodobnie trzeci miesiąc po aplikacji ¹³¹I jest okresem, w którym tarczyca osiąga stan „ogłuszenia”. Objawia się ono zmniejszeniem syntezy i/lub wydzielania hormonów tarczycy, co powoduje na zasadzie sprzężenia zwrotnego zwiększenie wydzielania z przysadkowego TSH. Podwyższone wartości TSH hamują procesy apoptozy [7,15,28,29]. Otrzymane wyniki zdają się zatem sugerować znaczną przewagę apoptozy nad nekrozą co z kolei powoduje uruchomienie kolejnego mechanizmu obronnego objawiającego się zwiększeniem stężenia TSH we krwi obwodowej.

U wszystkich chorych zaobserwowano w tym okresie zmniejszenie się objętości wola. U czterech pacjentów wystąpiły objawy klinicznej i hormonalnej niedoczynności tarczycy. Wśród tych chorych dwie osoby należały do grupy z dużym wolem. Chorzy ci wymagali substytucji hormonalnej. Według danych z piśmiennictwa niedoczynność jest dosyć częstym (u 8-45% chorych) wynikiem radiojodoterapii wola normoczynnego [4,8,10,11].

W czwartym i piątym miesiącu po podaniu ¹³¹I zaobserwowano zmniejszenie stężeń zarówno TNF- α i sFasL oraz zwiększenie wartości Bcl-2 z towarzyszącą normalizacją stężeń badanych hormonów. Otrzymane rezultaty mogą zatem sugerować osłabienie procesów apoptozy. Czternasty chorych osiągnęło w tym okresie stan eutyreozy klinicznej i hormonalnej. Spośród tej grupy trzech chorych zdecydowało się na przyjęcie drugiej dawki leczniczej

z powodu niezadowalającego ich zdaniem zmniejszenia rozmiarów wola. Pozostałych sześciu chorych stosowało wspomagającą substytucję hormonalną.

Pomiary objętości wola dokonane za pomocą USG i scyntygrafii pozwoliły stwierdzić, że w trakcie pięciomiesięcznej obserwacji rozmiary wola zmniejszyły się średnio o około 32%.

Wyniki przeprowadzonych badań wydają się zachęcać do dalszych obserwacji zarówno w aspektach poznawczych jak i praktycznych. Szczególnie interesujący wydaje się trzeci miesiąc po podaniu ¹³¹I. Trudno jest jednak na podstawie niewielkiej liczby zebranych danych przeprowadzić dokładniejszą analizę procesów zachodzących w tarczycy w tym okresie. W celu lepszego zrozumienia mechanizmów zachodzących w tyreocytach po podaniu dawki leczniczej ¹³¹I niezbędne wydaje się wykonanie oznaczeń stężeń w surowicy jak największej ilości markerów apoptozy zarówno stymulujących jak i hamujących. Niezbędne wydaje się również wykonanie aspiracyjnej biopsji cienkoigłowej (ocena apoptozy in situ) oraz oznaczenie przeciwciał przeciwko receptorom TSH – w celu wykluczenia wystąpienia autonomii tkanki tarczycowej po leczeniu. Pomocne w ocenie stopnia nekrozy byłoby również oznaczenie tyreoglobuliny (Tg).

Jeśli przyjąć coraz szerzej upowszechniony pogląd, że stopień nasilenia apoptozy popromiennej jest proporcjonalny do radiowrażliwości tkanek, to pośrednia (stężenia markerów w surowicy) i bezpośrednia (indeks apoptotyczny i stężenia markerów apoptozy w tkankach) ocena podanych parametrów będzie mogła przybliżyć możliwość oceny radiowrażliwości tarczycy na radiojodoterapię. W konsekwencji tego określenie optymalnej dawki ¹³¹I.

Wnioski

1. Zwiększenie stężeń TNF- α w drugim tygodniu leczenia może świadczyć o nasileniu procesów nekrozy z towarzyszącym odczynem zapalnym.
2. Nasilenie apoptozy popromiennej w tarczycy objawia się zwiększonymi stężeniami sFasL i obniżeniem FT₄, co na drodze ujemnego sprzężenia zwrotnego powoduje zwiększenie stężenia TSH, które przeciwdziała apoptozie i stymuluje biosyntezę hormonów tarczycy w tyreocytach.
3. Monitorowanie stopnia nasilenia apoptozy w trakcie radiojodoterapii może być użytecznym wskaźnikiem w prognozowaniu efektywności leczenia.
4. Dokładna analiza wpływu radiojodoterapii na procesy apoptozy w tarczycy wymaga zwiększenia liczebności badanej grupy chorych, wydłużenie czasu obserwacji i dodatkowego oznaczenia markerów apoptozy w tkance tarczycowej.

Literatura

1. Bhagat M.C., Dhaliwal S.S., Bonnema S.J., Hegedus L., Walsh J.P. Differences between endocrine surgeons and endocrinologists in the management of non-toxic multinodular goiter. *Br J Surg* 2003; 90: 1103-1112.
2. Giordano C., Richius P., Bagnasco M. Differential regulation of Fas-mediated apoptosis in both thyrocyte and lymphocyte cellular compartments correlated with opposite phenotypic manifestations of autoimmune thyroid disease. *Thyroid* 2001; 11: 245-248.
3. Bonnema S.J., Bennedback F.N., Ladenson P.W., Hegedus L. Management of the non-toxic multinodular goiter: a North American Survey. *J Clin Endocrinol. Metab* 2002; 87: 112-117.

4. Bonnema S.J., Bertelsen H., Mortensen J. et al. The feasibility of high-dose ^{131}I -treatment as an alternative to surgery in patients with a monstrous goitre: effect on thyroid function and size and pulmonary function. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 3636-3641.
5. Manders J.M.B., Corsten F.H.M. Radioiodine therapy of euthyroid multinodular goitres. *Eur J Nucl Med* 2002; 19: 466-470.
6. Maurer A.H., Charkes N.D. Radioiodine treatment for nontoxic multinodular goiter. *J Nucl Med* 1999; 40: 1313-1316.
7. Nygaard B., Faber J., Hegedus L., Hansen J.M. ^{131}I treatment of nodular non-toxic goitre. *Eur J Endocrinol* 1996; 134: 15-20.
8. Hegedus L., Hansen B.K., Knudsen N., Hansen J.M. Reduction of size of thyroid with radioactive iodine in multinodular non-toxic goitre. *BMJ* 1988; 297: 661-662.
9. Huysmans D.A., Hermus A., Edelbroek M., Barentsz J., Corstens F., Kloppenborg P. Radioiodine for nontoxic multinodular goiter. *Thyroid* 1997; 7: 235-239.
10. Le Moli R., Wesche M.F., Tiel-van Buul M.M., Wiersing W.M. Determinants of longterm outcome of radioiodine therapy of sporadic non-toxic goitre. *Clin Endocrinol* 1999; 50: 783-789.
11. Nygaard B., Hegedus L., Gervil M., Hajalgrim H., Soe-Jensen P., Hansen J.M. Radioiodine treatment of multinodular non-toxic goitre. *BMJ* 1993; 307: 828-832.
12. Verelst J., Bonnyns M., Glinoeer D. Radioiodine therapy in voluminous multinodular non-toxic goitre. *Acta Endocrinol* 1990; 122: 417-421.
13. Wesche M.F., Buul M.M., Smits N.J., Wiersing W.M. Reduction in goiter size by ^{131}I therapy in patients with non-toxic multinodular goiter. *Eur J Endocrinol* 1995; 132: 86-87.
14. Nygaard B., Faber J., Veje A., Hansen J.E.M. Thyroid volume and function after ^{131}I treatment of diffuse non-toxic goitre. *Clin Endocrinol* 1997; 47: 493-496.
15. Marinelli L.D., Quimby E.H., Heine G.J. Doseage determination with radioactive isotopes. Practical considerations in therapy and protection. *Am J Roentgenol* 1948; 59: 260-281.
16. Janiak M.K., Wrembel-Wargocka J., Cheda A. Apoptoza popromienna – mechanizmy, rola biologiczna i możliwości wykorzystania w terapii nowotworów. *Post Biol Kom* 1999; 26: 285-290.
17. Lamachi F., Basso S. Apoptosis: Life through planned cellular death regulating mechanisms control systems and relations with thyroid disease. *Thyroid* 2002; 12: 27-34.
18. Mettler F.A., Voelz G. Major radiation exposure – what to expect and how to respond. *New Engl J Med* 2002; 346: 1554-1561.
19. Andrikoula M., Tsaoulis A. The role of Fas-mediated in thyroid disease. *Eur J Endocrinol* 2001; 144: 561-568.
20. Feldkamp J., Pascher E., Schott M., Goretzki P., Seissler J., Scherbaum W.A. Soluble Fas is increased in hyperthyroidism independent of underlying thyroid disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 4250-4253.
21. Sedgwick J.D., Riminton D.S., Cyster J.G., Korner H. Tumor necrosis factor: a master – regulator of leukocyte movement. *Trends Immunol Today* 2000; 21: 110-113.
22. Ashkenazi A., Dixit V.M. Death receptors: signaling and modulation. *Science* 1998; 281: 1305-1308.
23. Mack A., Hacker G. Inhibition of caspase or FADD function blocks proliferation but not MAP kinase-activation and interleukin-2-production during primary stimulation of T cells. *Eur J Immunol* 2002; 32: 1986-1992.
24. Fal A.M., Nowak A., Nowak M.T., Małolepszy J. Programowana śmierć komórki i jej rola w patogenezie procesów chorobowych. *Pol Arch Med Wewn* 2003; CIX 1: 71-77.
25. Smolewski P. Rola kaspaz w procesie apoptozy. *Post Hig Med Dośw* 2003; 57: 335-254.
26. Parfieńczyk A., Rogowski F., Budlewski T. Effect of I-131 therapy on concentration of apoptotic markers in the blood of patients with toxic multinodular goiter (TMG). Preliminary report. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2003; 30: 163.

27. Jurgilewicz D.H., Rogowski F. Współczesna rola badań scyntygraficznych w diagnostyce i ocenie skuteczności radioizotopowego leczenia chorób tarczycy. *Wiad Lek* 2002; 55: 88-93.
28. Hegedus L., Nygaard B., Hansen J.M. Is routine thyroxine treatment to hinder postoperative recurrence of non-toxic goiter justified? *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 756-60.
29. Rogowski F., Jurgilewicz D.H. Praktyczne aspekty radioizotopowego leczenia nadczynności tarczycy. *Pol Merk Lek* 1999; 6: 347-351.
30. Parfieńczyk A., Rogowski F., Myśliwiec J., Kiersnowska-Rogowska B. Stężenia markerów proapoptotycznych w surowicy krwi u chorych z wolem wieloguzkowym obojętnym (SNE) w trakcie i po terapii ¹³¹I. *Probl Med Nukl* 2004; 18: 52.
31. Parfieńczyk A., Rogowski F., Sopotyk A., Kiersnowska-Rogowska B., Myśliwiec J. Concentrations of TNF- α , FasL and Bcl-2 in blood of patients with non-toxic goitre before and during ¹³¹I therapy as potential prognostic indicators of hypothyroidism. *Eur J Nucl Med Mol Imag* 2004; 31: suppl.2, P863.
32. Sopotyk A., Rogowski F., Parfieńczyk A. Apoptosis: its pathophysiology and monitoring. The role of apoptosis in the radioiodine therapy of hyperthyroidism. *Nucl Med Rev* 2004; 7: 1, 53-58.

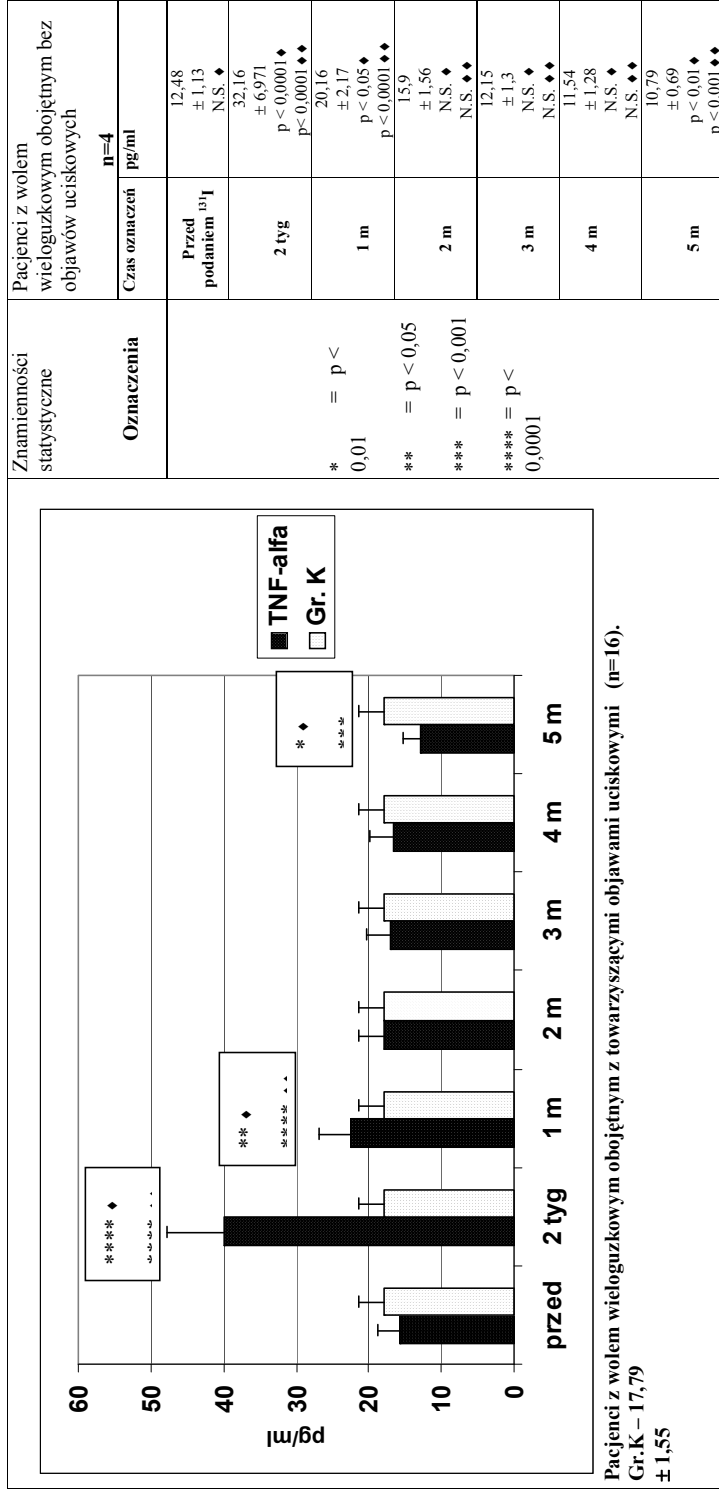
Abstract

Determination of concentrations of TNF- α , sFasL and Bcl-2 in blood of patients with non-toxic goiter before and during ¹³¹I therapy as potential prognostic indicators of hypothyroidism.

Aim: ¹³¹I therapy of non-toxic goiter relies on the fact that this isotope emits beta radiation, which induces cell death by necrosis and probably by apoptosis. The aim of our study was to investigate the changes in serum concentrations of TNF- α and sFasL as stimulators and protein Bcl-2 as an inhibitor of apoptosis in patients with non-toxic goiter during the course of ¹³¹I therapy. **Materials and Methods:** The study was performed on 20 patients (female aged 45-78) with non-toxic goiter referred to our Department for goiter reduction. Ten healthy volunteers from our Nuclear Medicine Department served as a reference group. Serum concentrations of TNF- α , sFasL and Bcl-2 were determined using ELISA kits from Bender MedSystems (Austria). Patients were qualified for radioiodine therapy based on: clinical presentation, hormone concentrations (fT3, fT4, TSH), thyroid ultrasound examination, biopsy of all nodules (to exclude malignant processes), radioiodine uptake, scintigraphy, and refusal to undertake surgery. All patients had normal serum TSH and fT4 concentrations. Non-thyroidal illnesses were excluded in all patients. The therapeutic activity of ¹³¹I was calculated using Marinelli's formula. The absorbed dose was between 200 and 260 Gy. The concentrations of TNF- α , sFasL and Bcl-2 and thyroid hormones (fT3, fT4 and TSH) were assessed: pre therapy, two weeks, 1, 2, 3, 4 and 5 months post therapy. The local ethics committee for human studies approved the study. **Results:** TNF- α serum concentrations in our patients differed significantly before and during ¹³¹I therapy. During the two weeks post therapy, the mean concentration of TNF- α rose by 60%, systematically decreasing during next months. The mean concentrations of sFasL were low pre therapy and directly post therapy, showing an increase after two weeks, 2 months and 3 months post therapy, decreasing by the end of the 4th month of observation. Serum concentrations of Bcl-2 were undetectable in the control group. Bcl-2 concentrations in the sera of patients showed a slight increase post therapy, but remained low by the end of our observations. The mean reduction in goiter volume was 32%. Thyroid function tests in all treated patients showed decreases in serum fT3, fT4 and rises in TSH concentrations, keeping within the normal range.

Conclusions: Peripheral venous sampling of the markers of apoptosis can be useful as a prognostic indicator for goiter reduction and hypothyroidism following ¹³¹I therapy. Further evaluation extending to one year post therapy is necessary.

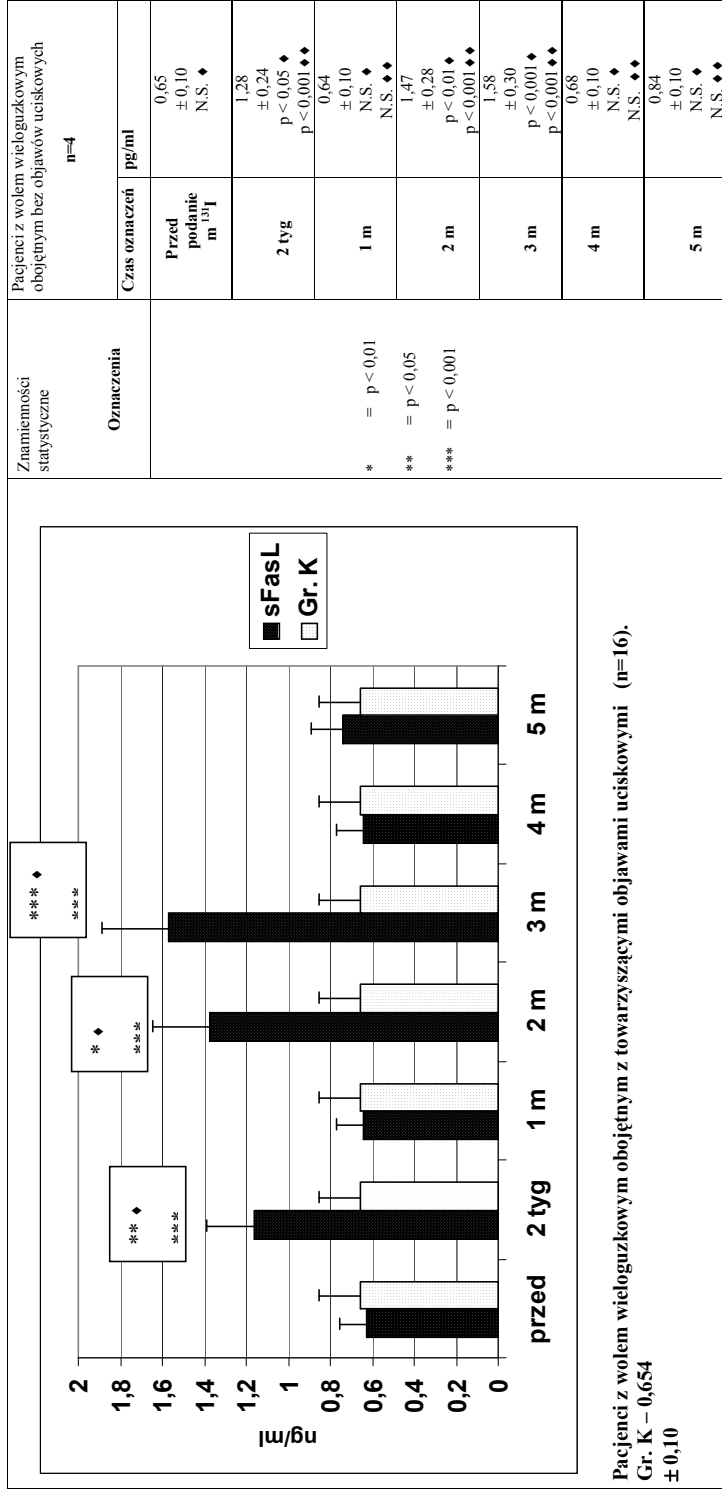
Key words: non-toxic goiter, ¹³¹I-therapy, apoptosis.



Rycina 1. Średnie stężenia TNF-α w surowicy pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym: kontrola (Gr. K), przed, dwa tygodnie (2 tyg), jeden (1 m), trzy (3 m), cztery (4 m) i pięć miesięcy (5 m) po podaniu ¹³¹I. N.S. – nie istotne statystycznie.

♦ - znamienności statystyczne w stosunku do grupy kontrolnej.

♦♦ - znamienności statystyczne w stosunku do stężeń badanego parametru przed leczeniem.



Pacjenci z wolem wieloguzkowym obojętnym z towarzyszącymi objawami uciskowymi (n=16).

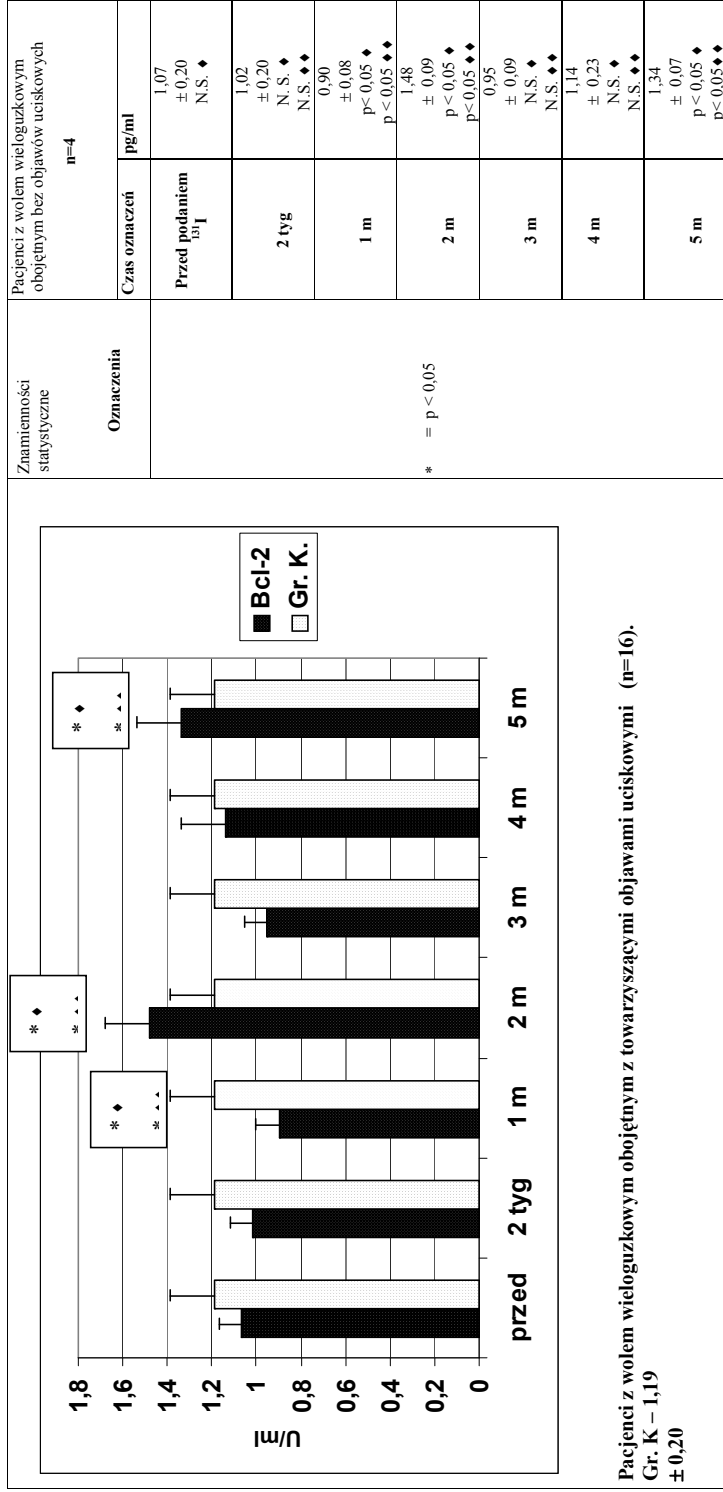
Gr. K – 0,654

± 0,10

Rycina 2. Średnie stężenia sFasL w surowicy pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym: kontrola (Gr. K), przed, dwa tygodnie (2 tyg), jeden (1 m), dwa (2 m), trzy (3 m), cztery (4 m) i pięć miesięcy (5 m) po podaniu ¹³I. N.S. – nie istotne statystycznie.

♦ - znamienności statystyczne w stosunku do grupy kontrolnej.

♦♦ - znamienności statystyczne w stosunku do stężeń badanego parametru przed leczeniem.

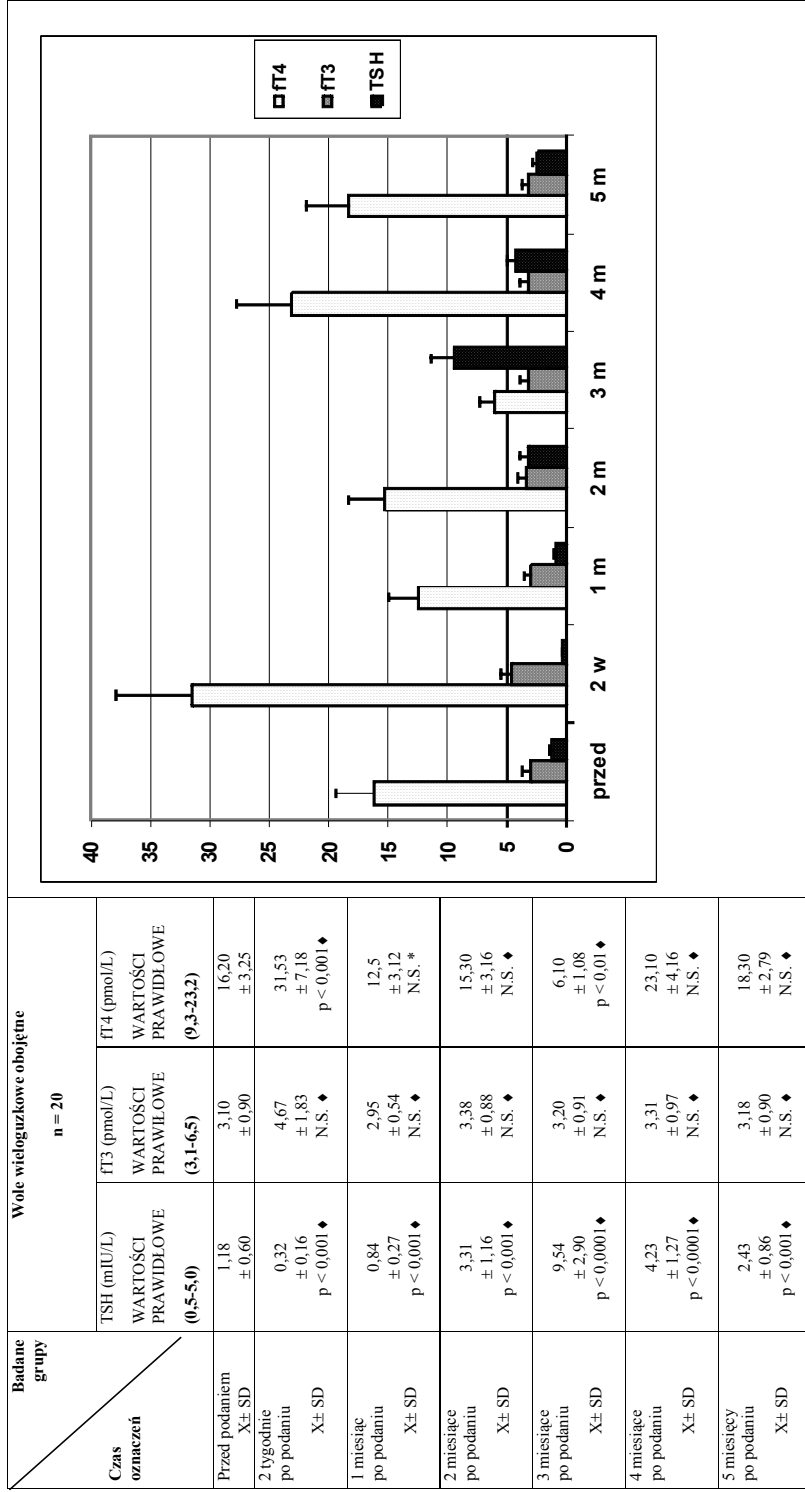


Rycina 3. Średnie stężenia Bcl-2 w surowicy pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym z towarzyszącymi objawami uciskowymi (n=16). Gr. K – 1,19 ± 0,20

Rycina 3. Średnie stężenia Bcl-2 w surowicy pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym: kontrola (Gr. K), przed, dwa tygodnie (2 tyg), jeden (1 m), trzy (3 m), cztery (4 m) i pięć miesięcy (5 m) po podaniu ¹³¹I. N.S. – nie istotne statystycznie.

♦ - znamienności statystyczne w stosunku do grupy kontrolnej.

♦♦ - znamienności statystyczne w stosunku do stężeń badanego parametru przed leczeniem.



Rycina 4. Średnie stężenia fT3, fT4 i TSH w surowicy pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym: przed, 2 tygodnie (2 tyg.), jedno (1 m), dwa (2 m), trzy (3 m), cztery (4 m) i pięć miesięcy (5 m) po podaniu ¹³¹I. ♦ - Grupa badana w porównaniu do wyniku przed podaniem ¹³¹I.

Tabela 1. Wyniki pięcioletniego leczenia ^{131}I pacjentów z wolem wieloguzkowym obojętnym.

<i>Grupy Badane</i>	<i>Wole wieloguzkowe obojętne (n= 20)</i>		
	<i>Liczba pacjentów w hipotyreozy</i>	<i>Liczba pacjentów w eutyreozy</i>	<i>Rozmiary wola</i>
<i>Czas oznaczenia</i>			
<i>Before ingestion n= 12</i>	0	20	60 – 100 cm ³
<i>5 months after n = 12</i>	6	14	40-70 cm ³

Jakość życia pacjentów z chorobą wieńcową w świetle badań własnych

Beata Grzegorzczuk – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Anna Bronowicz – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Kwestia jakości życia człowieka stała się obszarem szczególnego zainteresowania w naukach w drugiej połowie XX wieku. Rozkwit badań przypada w krajach Europy Zachodniej na lata siedemdziesiąte, natomiast w Polsce ożywienie wokół tej problematyki nastąpiło w latach osiemdziesiątych. Nurt związany z oceną jakości życia uwarunkowany stanem zdrowia, przynosi wymierne korzyści dla dobra chorego i znalazł swoje stałe miejsce w medycynie. Jakość życia jest istotnym kryterium oceny stanu zdrowia zgodnie z definicją WHO, jako nie tylko braku choroby, ale obecności także stanu pełnego psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia.

Mimo pozornie szerokiej wiedzy na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych zapadalność oraz śmiertelność z powodu chorób układu krążenia pozostaje nadal wysoka. Największy problem w Polsce stanowi słaba prewencja, niski poziom wczesnej wykrywalności i eliminowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia. Nadziei na poprawę złej sytuacji zdrowotnej można upatrywać w zorganizowanych akcjach prewencyjnych, które stopniowo doprowadzą do poprawy stanu świadomości społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka, jak i wzrostu skuteczności w ich zapobieganiu oraz leczeniu.

W 2004 r. opublikowano badania kliniczno-kontrolne INTERHEART, przeprowadzonego w 52 wybranych krajach świata. W powyższym badaniu wykazano, że obecność sześciu głównych czynników ryzyka i brak trzech czynników kardioprotekcyjnych (konsumpcja warzyw i owoców, umiarkowane spożycie alkoholu oraz aktywność ruchowa) odpowiada za 90% zawałów serca u mężczyzn i 94% u kobiet.

Wprowadzenie

Edukacja pacjentów, przez poprawę ich świadomości w zakresie właściwego postępowania w chorobie, jak również zmniejszenie ryzyka zaostrzeń lub przynajmniej częstotści ich występowania, ma się przyczynić do poprawy jakości życia. Zakres oceny jakości życia obejmuje: stan fizyczny, psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, religię, przystosowanie do środowiska. W badaniach medycznych oceniających jakość życia pacjentów najczęściej uwzględnia się stan fizyczny i psychiczny, obecność dolegliwości i ich wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym, stopień niezależności, samopoczucie ogólne oraz warunki społeczno-ekonomiczne.

W Polsce zostało przeprowadzonych kilka dużych badań kliniczno-kontrolnych: NATPOL PLUS, POLCARD, POL-MONICA, PP400M, SOPKARD, w których oceniano rozpowszechnienie klasycznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i globalne ryzyko sercowo-naczyniowe.

Wyniki dużych badań obserwacyjnych jednocześnie potwierdziły powszechnie znaną prawdę, że w ponad 90 % przypadków za rozwój chorób sercowo-naczyniowych odpowiedzialne są czynniki ryzyka, głównie związane ze stylem życia: palenie tytoniu, otyłość typu brzuszego, stres, nieodpowiednia dieta oraz brak aktywności fizycznej, a także zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca.

Z punktu widzenia jakości życia w chorobie wieńcowej konieczne jest holistyczne podejście do pacjenta, zatem obejmujące nie tylko farmakoterapię, ale również rehabilitację ruchową i edukację. Na jakość życia ma wpływ zarówno prawidłowe leczenie choroby, jak również skuteczność działań prewencyjnych ukierunkowanych na osoby z grupy ryzyka. Potrzeba rozwoju działalności edukacyjnej skierowanej do pacjentów z chorobą wieńcową

wynika z wymiernych korzyści edukacji, takich jak: zwiększenie skuteczności leczenia, zmniejszenie częstości zaostżeń choroby wieńcowej, dolegliwości bólowych, poprawa jakości życia pacjenta.

Pojęcie jakości życia człowieka

Według WHO jakość życia to „postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”.

W świetle literatury jakość rozumiana jest jako cecha dynamiczna. Podnoszenie jakości jest wyzwaniem ciągłym, ustawicznym i nie zamyka się wraz z rozwiązaniem danego problemu czy osiągnięciem konkretnego celu związanego z jakością.

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i wymienia się co najmniej cztery wymiary (dziedziny) QOL, do których należą:

- zdrowie fizyczne (ogólny stan zdrowia, sprawność radzenia sobie z codziennymi czynnościami, częstość i ciężkość zaostżeń stanu chorobowego, odczuwanie ubocznych skutków leków);
- stan psychiczny (ocena samopoczucia, własnej sprawności, problemy w funkcjonowaniu poznawczym);
- funkcjonowanie społeczne (stosunki z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi);
- położenie ekonomiczne (niezależność finansowa, dochody własne);

Jakość życia nie jest bytem statecznym, zmienia się ona z upływem czasu, jest podatna na oddziaływanie wielu czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

Podział definicji jakości życia wg Farquhar:

1) globalne- odnoszą się do subiektywnej, całościowej oceny życia jednostki.

Ich wyznaczniki to:

- poziom zadowolenia lub niezadowolenia z życia (Abrams)
- stopień satysfakcji z ludzkiej egzystencji (Andrews)
- poczucie dobrostanu, satysfakcji i szczęścia (Dalkey i Rourke).

2) złożone- mają charakter obiektywny (warunki dobrego życia) i subiektywny (przeżyciowy), ich wyznaczniki to :

- poczucie satysfakcji lub niezadowolenia z tych dziedzin życia, które są dla jednostki ważne (Ferrans i Powers)
- odnoszą się do czterech dziedzin życia : obiektywnych jak stanu zdrowia i statusu społeczno-ekonomicznego oraz subiektywnych jak satysfakcji z życia i samooceny.

3) specyficzne- są skupione na wybranych obszarach życia, takich jak zdrowie lub funkcjonowanie. Ich wyznacznik to:

- funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta (Shipper i wsp.)

4) mieszane- zawierają elementy definicji typu globalnego i złożonego oraz obejmują takie wymiary jak: środowisko zewnętrzne, warunki ekonomiczne, organizacja życia społecznego, indywidualne oczekiwania. Ich wyznaczniki to :

- postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości i w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań. Na jakość życia jednostki wpływa jej zdrowie fizyczne, stan psychiczny, poziom niezależności, interakcje społeczne i interakcje ze środowiskiem.

5) potoczne- sformułowane przez laików w celu określenia jakości życia należy zapytać badanego, jak ocenia swoją jakość życia, a odpowiedź zaznaczyć na jednej z wielu różnorodnego typu skal analogowych.

Sposoby pomiaru jakości

Do pomiaru jakości życia służą różnego rodzaju skale. Możemy zaliczyć do nich:

1) skale globalne

Są to pytania umożliwiające pomiar jakości w sposób najbardziej ogólny. Odpowiedzi definiowane są słownie albo graficznie np. pierwowzór Indeksu Jakości Życia Ferrans i Powers.

2) skale niespecyficzne

Charakteryzują się złożoną strukturą, uwzględniającą kilka wymiarów jakości życia. Umożliwiają one dokonywanie porównań między populacjami chorych na różne choroby, ale ze względu na specyficzne dla danej jednostki chorobowe zmiany nie pozwalają na precyzyjną ocenę ewolucji jakości życia w czasie.

3) skale specyficzne

Służą do oceny jakości życia z określonym rozpoznaniem klinicznym, uwzględniając objawy i przebieg choroby.

Najczęściej stosowane testy oceny jakości to:

- **ADL**- The Activites of Daily Living (Aktywność życia codziennego). Test ten opisuje trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Pomija on problemy psychologiczne i społeczne.
- **PGWB**- Psychological General Well-Being Index (Test ogólnego samopoczucia służy do określenia kategorii psychologicznych)
- **SIP**- Sickness Impast Profile (Profil oddziaływania choroby). Bada wpływ choroby na zachowanie pacjenta.
- **MMHJ**- Mc Master Health Indeks Questionnaire (Test zdrowia wg Mc Mastera). Pozwala ocenić fizyczne objawy choroby.
- **NHP**- Nottingham Heath Profile (Profil zdrowia/Nottingham). Ocenia on objawy subiektywne choroby.
- **RTM**- Reitain Trail Making (Test szybkości kojarzenia w Reitaina). Pozwala ocenić sprawność wzrokowo-motoryczną.
- **PQOL**- The Perceived Quality of Life (Odczuwana jakość życia). Ocenia różne aspekty życia codziennego przy jednoczesnej rejestracji poziomu satysfakcji.
- **Profile of Mood State** (Profil stanu nastroju). Służy do określenia ogólnego samopoczucia.
- **QL**- Index (Indeks jakości życia). Krótka skala jakościowa służąca do mierzenia jakości życia tylko u osób chorych.
- **General Health Rating Index** (Test ogólnego stanu zdrowia). Jest miarą subiektywną bez odniesienia do wskaźników obiektywnych stanu zdrowia.

Zainteresowanie oceną jakości życia w opiece zdrowotnej wzrosło w ostatnich latach. Uznanie dokonanej przez pacjenta oceny własnego zdrowia za ważny element w procesie leczenia i pielęgnowania pozwala na aktywne włączenie chorego w realizację tych procesów.

Te obiektywne i subiektywne parametry odzwierciedlają zmiany stanu chorego, ale w niewielkim stopniu określają samopoczucie pacjenta i jego funkcjonowanie w życiu codziennym.

Choroba wieńcowa- pojęcie ogólne

Choroba niedokrwienna serca zwana chorobą wieńcową to zespół charakteryzujący się niedostatecznym lub nieprawidłowym ukrwieniem i zaopatrzeniem serca w tlen i w substancje odżywcze, spowodowane zamknięciem lub zwężeniem światła tętnic wieńcowych.

Główną przyczyną choroby wieńcowej jest miażdżycy. Wraz z wiekiem rośnie ryzyko rozwoju miażdżycy. Wiadomo powszechnie, że choroba wieńcowa częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet. Większym ryzykiem obarczone są również osoby, u których choroba serca wystąpiła wśród najbliższej rodziny.

W nielicznych przypadkach przyczyną choroby wieńcowej mogą być zmiany w naczyniach wieńcowych innego pochodzenia np. zapalne, wrodzone wady tętnic lub czynniki poza wieńcowe np. niedokrwistość, zatrucie tlenkiem węgla .

Wśród postaci choroby wieńcowej możemy wyróżnić:

- 1) stabilne zespoły wieńcowe (choroba wieńcowa przewlekła)
 - a) dławica piersiowa stabilna
 - b) dławica naczynioskurczowa (Prinzmetal)
 - c) sercowy zespół X
- 2) ostre zespoły wieńcowe (OZW)
 - a) bez uniesienia ST
 - b) z uniesieniem ST.

Przebieg choroby niedokrwiennej serca może być przewlekły, gdy zwężenie światła tętnicy następuje stopniowo lub ostry- gdy niedokrwienie ujawnia się nagle w następstwie szybkiego zmniejszenia światła naczynia.

Do niedokrwienia mięśnia sercowego dochodzi, gdy zapotrzebowanie na tlen przewyższa jego podaż. Podaż może być zmniejszona w wyniku:

- zwężenia miażdżycowego tętnic wieńcowych
- skurczu prawidłowych tętnic wieńcowych
- zakrzepicy
- procesu zapalnego

Zapotrzebowanie może być zwiększone:

- w stanach wymagających zwiększonego rzutu serca (wysiłek fizyczny, emocje, nadczynność tarczycy)
- w stanach wymagających większej pracy serca w celu podtrzymania odpowiedniego rzutu serca (zwężenie aorty) przy zwiększonym oporze naczyń obwodowych (nadciśnienie tętnicze)

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka są to stany wiążące się z wyższą zachorowalnością. Do najważniejszych należą: palenie tytoniu, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość.

Czynniki ryzyka choroby tętnic wieńcowych możemy podzielić na:

- 1) czynniki podlegające modyfikacji: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, palenie tytoniu, hipercholesterolemia, brak regularnej aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość;
- 2) czynniki nie podlegające modyfikacji: wiek- ryzyko wzrasta wraz z wiekiem, płeć- u mężczyzn ryzyko jest większe niż u kobiet (zachorowalność u kobiet gwałtownie wzrasta po menopauzie), czynniki dziedziczne.

Czynniki związane ze stylem życia, takie jak nadwaga i otyłość, niska aktywność fizyczna, przewlekły stres odgrywają również istotną rolę w rozwoju chorób układu sercowo - naczyniowego. Wymagają również uwzględnienia czynniki socjoekonomiczne: brak wsparcia społecznego, depresja, izolacja społeczna, zła sytuacja materialna. Ich rozpoznanie może ułatwić całościową ocenę ryzyka chorób układu krążenia w indywidualnych przypadkach i wdrożenia dalszego postępowania.

Wiedza pacjentów na temat prawidłowych wartości czynników ryzyka podlegających modyfikacji jest zróżnicowana, dlatego należy przybliżyć ich prawidłowe wartości:

Palenie tytoniu- zagrożenie zawałem serca wzrasta proporcjonalnie do liczby wypalonych papierosów w ciągu dnia

Hiperlipidemia- u większości osób zastosowanie odpowiedniej diety i zwiększenie aktywności fizycznej obniża poziom lipidów, u innych konieczne jest zastosowanie farmakoterapii (Statyn), właściwe wartości: poziom cholesterolu <180mg%, frakcji LDL<100mg%, trójglicerydów<150mg%

Nadciśnienie tętnicze- należy dążyć do osiągnięcia prawidłowych wartości ciśnienia tj. skurczowego<135mmHg, a rozkurczowego <85mmHg

Nadwaga i otyłość- łączy się z zaburzeniami lipidowymi i węglowodanowymi. Właściwa masa ciała BMI 18,5- 25 kg/m²

Cukrzyca typ II- często występuje jako element zespołu metabolicznego(cukrzyca otyłość, nadciśnienie). Skuteczne leczenie cukrzycy wyraża się glikemią na czczo<110mg%, 2 godz. po posiłku <135mg%, stężeniem hemoglobiny glikowanej<6,5% .

Najbardziej typowym objawem zgłaszanym przez chorych w zespole niedokrwienia mięśnia sercowego jest ból w klatce piersiowej (zwany popularnie bólem wieńcowym), którego najbardziej charakterystycznymi cechami są:

- lokalizacja
- promieniowanie
- charakter
- okoliczności powstania
- czas trwania
- sposób ustępowania .

Ból wieńcowy zwykle jest umiejscowiony za mostkiem, jest rozpierający, piekący, gniotący lub ścisnący. Chorzy często używają określeń: „uczucie ciężaru”, „ciasnoty”, „zaciśkanie obręczy wokół klatki piersiowej”.

Wyzwalają go najczęściej: wysiłek fizyczny, zimno, wiatr, obfity posiłek, emocje. Ból może promieniować do lewego barku i lewej ręki, żuchwy, szyi czasem do łopatki, kręgosłupa może być też zlokalizowany w nadbrzuszu.

W dusznicy bolesnej wysiłkowej ból pojawia się podczas wysiłku i ustępuje po jego zaprzestaniu lub w ciągu 1-2 minut po podaniu podjęzykowo Nitrogliceryny lub azotanu sorbitolu (Sorbonit). W dusznicy samoistnej bóle pojawiają się w spoczynku, często o tej samej porze np. w nocy lub po przebudzeniu. Mogą towarzyszyć im niepokój, duszność, zawroty głowy, nudności, kołatania serca. Ból trwa kilka minut (2-10) i nie zmienia się w zależności od pozycji ciała ani cyklu oddechowego.

U niektórych chorych głównie cukrzyków i osób starszych zdarzają się niedokrwienia serca tzw. „nieme”. Towarzysząca cukrzycy neuropatia i degeneracja włókien nerwowych predysponuje do zmniejszonego progu bólowego. „Nieme niedokrwienie” można wykryć jedynie w badaniu elektrokardiograficznym (EKG).

Nasilenie bólu wieńcowego uzależnionego od wysiłku fizycznego określa się zgodnie z klasyfikacją Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego(CCS) w cztero-stopniowej klasyfikacji:

Klasa I – zwyczajna aktywność fizyczna nie wywołuje dławicy piersiowej; dławica występuje przy większym, gwałtowniejszym lub dłużej trwającym wysiłku fizycznym

Klasa II – niewielkie ograniczenie zwyczajnej aktywności fizycznej; dławica występuje przy: szybkim chodzeniu po płaskim terenie lub szybkim wchodzeniu po schodach, wchodzeniu pod górę lub wysiłku po posiłkach, gdy jest zimno, pod wpływem stresu emocjonalnego lub tylko w ciągu kilku godzin po przebudzeniu.

Klasa III – znaczne ograniczenie zwykłej aktywności fizycznej; dławica piersiowa występuje przy przejściu 1-2 przecznicy po terenie płaskim lub przy wchodzeniu po schodach na pierwsze piętro w normalnym tempie i w normalnych warunkach.

Klasa IV – niemożność wykonywania jakiegokolwiek aktywności fizycznej bez objawów dławicowych; objawy dławicowe mogą występować w spoczynku.

Za istotne hemodynamicznie uważa się zwężenie 70% światła naczynia, które zazwyczaj jest związane z występowaniem bólów dławicowych przy umiarkowanych lub małych wysiłkach. Natomiast zwężenia większe (90% i więcej) są najczęściej związane z bólami spoczynkowymi. Okres nasilenia objawów choroby wieńcowej nazywa się niestabilną chorobą wieńcową, stanowi ona bezpośrednie zagrożenie zawałem serca oraz nagłym zgonem.

Profilaktyka prozdrowotna i edukacja zdrowotna

Istnieją niezbita dowody na to, że wczesne rozpoznanie i zmiana stylu życia może zwolnić tempo rozwoju chorób układu krążenia. Coraz częściej edukacja zdrowotna uznawana jest również jako istotny element opieki i leczenia odgrywający kluczową rolę w kontrolowaniu przebiegu chorób przewlekłych przyczyniając się do poprawy jakości życia pacjentów.

Edukacja zdrowotna- jest procesem długotrwałym. Zdaniem specjalisty w dziedzinie kardiologii prof. T. Widomskiej- Czekajskiej „potrzeba całego pokolenia, ... by edukacja zdrowotna czy zmiana stylu życia społeczeństwa dały widoczną w statystyce poprawę”.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na profilaktykę odgrywa szczególną rolę w grupie pacjentów z chorobami układu krążenia, u których wymaga się zmiany dotychczasowych zachowań zdrowotnych. Jej bezpośrednim celem jest świadome komunikowanie się z pacjentem, pomaganie mu w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem, rozwijanie pozytywnych postaw wobec zdrowia oraz inicjowanie i utrzymanie pożądanych zachowań zdrowotnych.

Propagowanie zachowań prozdrowotnych, takich jak: zaprzestanie palenia, aktywność fizyczna, zmniejszenie nadwagi, kontrola ciśnienia tętniczego, regularne leczenie nadciśnienia, właściwe rozpoznanie i skuteczne leczenie cukrzycy, to podstawowe zasady postępowania nefarmakologicznego. Niezwykle istotna dla samopoczucia i zdrowia chorych jest regularna aktywność fizyczna, dostosowana do stopnia nasilenia choroby. Należy zachęcać pacjentów do umiarkowanych, ale regularnych wysiłków dynamicznych, które nie powodują nadmiernego zmęczenia.

Wnioski

Mimo pozornie szerokiej wiedzy na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych zapadalność oraz śmiertelność z powodu tych chorób jest nadal wysoka. Współczesna medycyna kładzie duży nacisk na edukację prozdrowotną poprzez różne formy edukacji zdrowotnej i programy profilaktyczne, jednak świadomość polskiego społeczeństwa odnośnie czynników ryzyka chorób układu krążenia jest wciąż niedostateczna.

Potwierdziło się to również w moich badaniach. Zwraca uwagę duży odsetek, bo aż 40% ankietowanych nie zna czynników ryzyka, 70% nie przestrzega zasad diety nisko tłuszczowej. Tylko 3 osoby słyszały o diecie śródziemnomorskiej. Połowa respondentów nie zna wartości swojego ciśnienia tętniczego, 20% bada je rzadziej niż raz w tygodniu, a 30% nie przestrzega systematyczności w przyjmowaniu leków p/nadciśnieniowych. Wśród badanych 30% pali papierosy zdając sobie sprawę z ich szkodliwości. Średnio palący wypalają po 20 sztuk papierosów dziennie. Również aktywność fizyczna ma dużo do życzenia. Większość respondentów najchętniej swój wolny czas spędza przed telewizorem. Mała aktywność fizyczna i złe nawyki żywieniowe mają odzwierciedlenie w nadwadze pacjentów, która występuje u 60% ankietowanych.

Jakość życia pacjentów z chorobą wieńcową jest zróżnicowana w zależności od płci, wieku, miejsca zamieszkania, środków materialnych oraz czasu trwania choroby. W większości

respondenci określali jakość swojego życia na poziomie średnim 50% i dobrym 40%, na poziomie złym jakość była oceniana przez 10% ankietowanych.

Poprawa dostępności, jakości i skuteczności profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji kardiologicznej, kardiochirurgicznej w naszym kraju powinna stopniowo doprowadzić do zmniejszenia śmiertelności z powodu chorób układu krążenia.

Na pielęgniarkę spoczywa obowiązek znajomości i wykorzystania aktualnej wiedzy i metod pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Szczególnie duża odpowiedzialność wiąże się z planowaniem i realizacją programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia. Istotą edukacji zdrowotnej jest kształtowanie codziennych zachowań człowieka, tak aby on mógł utrzymywać na odpowiednim poziomie swoje zdrowie. Uważa się, że chory przebywający w szpitalu ma poczucie mniejszej odpowiedzialności za swoje zdrowie, możliwość decydowania o własnej aktywności.

1. Z przeglądu fachowej literatury wynika, że choroby serca są najczęstszą przyczyną wszystkich zgonów, a wśród nich najczęstszą chorobą jest choroba niedokrwienna serca.
2. Zebrane dane wskazują, że zachorowalność na chorobę wieńcową wzrasta wraz z wiekiem. Najwięcej zachorowań przypada po 60 roku życia, w niewielkim stopniu schorzenie to bardziej dotyczy mężczyzn.
3. Jak wskazują wyniki ankiety i własne obserwacje znajomość czynników ryzyka chorób serca jest zróżnicowana. Istnieje konieczność prowadzenia ciągłej edukacji zdrowotnej zarówno wśród chorych, jak i zdrowych oraz ich rodzin.
4. Jakość życia z chorobą wieńcową kształtuje się na poziomie średnim, powiązana jest z czasem trwania choroby, źródłem utrzymania, chorobami towarzyszącymi i wsparciem ze strony rodziny.

Literatura

1. Anjana Siva, Mark Noble, Henryk Wysocki (red.); *Dławica piersiowa*, Kardiologia rozdz.13; wyd. Urban & Partner; Wrocław 2004 r.
2. Cichocka A.; *Jak zapobiegać miażdżycy*; Magazyn Pielęgniarki i Położnej (4); 2001 r.
3. Cudnoch-Jędrzejewska A. i inni; *Ocena czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego*, Kardio-Profil (5) str. 269-270; 2006 r.
4. Cybulska B. i inni; *Profilaktyka choroby niedokrewnej serca*; wyd. Medycyna Profilaktyczna nr 12 (118); 2000 r.
5. Daniluk J., Jurkowska G. (red.); *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*; Widomska – Czekajaska T.; *Choroba niedokrwienna serca- choroba wieńcowa*; wyd. Czelej; Lublin 2005 r.
6. de Walden, Gałuszko K.; *Jakość życia- rozważania ogólne*; wyd. Gdańsk 1994 r.
7. Dubiel J. S., Korewicki J., Grodzicki T.; *Niewydolność serca*; wyd. Via Medica; Gdańsk 2004 r.
8. Grey H., Dawkins D., Morgan J., Simpson J.; *Kardiologia*, wyd. Via Medica; Gdańsk 2003 r.
9. Januszkiewicz W., Kokot F.; (red): *Choroby serca i naczyń krwionośnych*, Choroby wewnętrzne; tom I, wyd. PZWL; Warszawa 2004 r.
10. Jaracz K.; *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*; Pielęgniarstwo Polskie (2) str.219; 2001 r.
11. Jędrusik P.; *Podręcznik kardiologii*; wyd. LWW; Warszawa 2006 r.
12. Jędrusik P. (red); *Podręcznik kardiologii*; wyd. Medipage; Warszawa 2006 r.

13. Kępiński A.; *Lęk*; wyd. PZWL; Warszawa 1987 r.
14. Kokot F. (red); *Terapia Internistyczna*; wyd. Urban & Partner; Wrocław 2002 r.; *Choroba niedokrwienna serca*, Choroby Wewnętrzne; tom I, wyd. PZWL; wyd. VIII; Warszawa 2006 r.
15. Kopaliniński W.; *Słownik wyrazów obcych ...* op.cit s. 38
16. Kopczyński J. (red); *Aktualne problemy Zdrowotne*; str.113; wyd. IGNIS; Warszawa 1999 r.
17. Koper A., Siwik J.; *Mierniki jakości opieki pielęgniarskiej*; Magazyn Pielęgniarki i Położnej (5) str.12-13; 2001 r.
18. Kośmicki M.; *Choroba wieńcowa w praktyce lekarza rodzinnego*; wyd. Tor Media; Poznań 2005 r.
19. Kurkowski J. L.; *Jakość życia i niewidoczny pacjent*; Gazeta Lekarska; 1999 r.
20. Muszalik M.; *Profilaktyka chorób układu krążenia*; Magazyn Pielęgniarki i Położnej (5); 2005 r.
21. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.; *Jakość życia a stan zdrowia*; Magazyn Pielęgniarki i Położnej (5) str.24; 2007 r.
22. Pawalczyk B., Drożdż Z.; *Jakość zdrowia i promocja zdrowia*; PZWL; Warszawa 2006 r.
23. Pączek L., Mucha K., Foronczewicz B.; *Choroba niedokrwienna serca*; rozdz. 1.5 Choroby Wewnętrzne; wyd. PZWL; Warszawa 2006 r.
24. Piątek A. (red.); *Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce*; Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; Warszawa 1999 r.
25. Podolec P., Pająk A.; *Czynniki chorób układu krążenia. Dlaczego zapadamy na choroby serca i naczyń?*; wyd. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia; Kraków 2006 r.
26. Quality of Life Specjal Raport 1992 r.
27. Szczeklik A. (red); *Choroba niedokrwienna serca*; rozdz. F; Choroby Wewnętrzne; wyd. Medycyna Praktyczna; Kraków 2005 r.
28. Szule W.; *Jakość życia, a kulturoterapia, ujęcie modelowe*; Pielęgniarstwo 2000; 1999 r.
29. Tobiasz Adamczyk B.; *Wybrane elementy zdrowia i choroby*; str. 235; wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 2000 r.
30. Wierzbicka E. (red); *Choroba wieńcowa*; Rodzinna Encyklopedia Zdrowia; wyd. Readers Digest Przegląd; Warszawa 1999 r.
31. Widomska - Czekajska T.; *Choroba niedokrwienna serca*, Ambulatoryjna opieka kardiologiczna; rozdz. IX ; wyd. PZWL; Warszawa 1994 r.
32. Wolff H. P., Weihrauch T. R.; *Terapia internistyczna*; Kokot F. (red.); wyd. II; *Choroba wieńcowa i dławica piersiowa*; rozdz. IV; wyd. Urban & Partner; Wrocław 2002 r.
33. Wrońska J., Stepien R., Wiraszka G.; *Jakość życia w naukach medycznych*; Pielęgniarstwo XXI (1); str.6; 2004 r.
34. www.wszystkodlzdrowia.pl
35. Wysocki H. (red); *Kardiologia*; wyd. Urban & Partner; Wrocław 2004 r.
36. Zaczyński W.; *Praca badawcza nauczyciela*; s. 146; wyd. Warszawa 1997 r.

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca na podstawie analizy dokumentacji Pracowni Angiograficznej Oddziału Kardiologii w Łomży

*Ewa Klej – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Anna Bronowicz – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

Streszczenie

Choroby układu krążenia stanowią istotny problem społeczny. Ich powstawanie może być uzależnione od wystąpienia czynników ryzyka takich jak między innymi płeć, palenie tytoniu oraz otyłość.

Współczesne metody wykrywania i leczenia tej choroby pozwalają na prowadzenie skutecznej walki z najcięższymi jej postaciami. Pozwala to obniżyć śmiertelność pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi.

Badanie danych statystycznych dowiodło z całą pewnością, iż znaczny odsetek pacjentów cierpiących z powodu tej choroby to mężczyźni. Dostępne w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży metody diagnostyki i leczenia pozwoliły na złagodzenie objawów choroby u dużej części chorych.

W celu poprawy stanu pacjentów z chorobą wieńcową poza metodami inwazyjnymi konieczne jest prowadzenie programu edukacyjnego. Program taki powinien edukować chorych na temat istnienia i oddziaływania czynników ryzyka choroby, wskazywać metody zwalczania tych czynników, a także motywować do podejmowania wysiłku mającego na celu złagodzenie przebiegu choroby.

Wprowadzenie

Choroby serca są w Polsce jedną z głównych przyczyn umieralności. Chorobę niedokrwinną serca zalicza się do grupy chorób cywilizacyjnych. Oznacza to, iż wiąże się ona z następstwami cywilizacji, do których należą:

- zmiana trybu życia,
- zmiana sposobu żywienia,
- obecność stresu.

Tryb życia dzisiejszego człowieka różni się znacznie od trybu życia naszych przodków. Istnieją urządzenia ułatwiające poruszanie się w terenie – takie jak samochody, autobusy, pociągi. Wędrowanie jako metoda pokonywania odległości przybrała formę spacerów. Podróż rowerem odeszła w niepamięć - stała się formą rekreacji. Coraz mniej wykorzystujemy siłę naszych mięśni, polegając na urządzeniach elektrycznych – pralce, zmywarce.

Zmienił się również schemat odżywiania się. Dostępność gotowych posiłków rozwiązała problem konieczności samodzielnego ich przygotowywania. Wygodniej jest kupić jedzenie niż je samodzielnie przyrządzić. Wiele z osób nie zastanawia się nad metodą przyrządzania „fast – food’ów” ani ich składem.

Zmianie uległ charakter pracy. Duży odsetek społeczeństwa pracuje - siedząc. Ponadto pracując – ulega wzmożonemu napięciu nerwowemu – stresowi.

Podsumowując więc: siedzimy jadąc do i z pracy - pracując – jedząc – sprzątając – odpoczywając. „Dzięki temu” choroby układu sercowo – naczyniowego stały się przyczyną 50% wszystkich zgonów w Polsce. Ustalono, że ok. 20% zgonów nastąpiło u osób, które nie przekroczyły 65 roku życia.

Cele i założenia pracy

1. Przedstawienie czynników ryzyka powstawania choroby niedokrwiennej serca i możliwości ich zwalczania.
2. Opracowanie zaleceń edukacyjnych dla pacjentów obejmujących:
 - a. umiejętność określania czynników wywołujących chorobę i uświadomienie sobie ich szkodliwości,
 - b. podejmowanie zachowań sprzyjających zmniejszaniu ryzyka zachorowania na chorobę niedokrwinną serca.
 - odpowiednie nawyki żywieniowe,
 - aktywność ruchowa,
 - systematyczne badania lekarskie,
 - inne nawyki prozdrowotne (zwalczanie nałogów: np. palenia papierosów)
3. Analiza dokumentacji Pracowni Angiograficznej Oddziału Kardiologii w Łomży dotyczącej zabiegów z zakresu kardiologii inwazyjnej (koronarografia, koronaroplastyka).

Material i metoda badań

Material badawczy wykorzystany w pracy dotyczy danych zgromadzonych przez:

- Pracownię Angiograficzną funkcjonującą przy Oddziale Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej w Łomży – w ramach rejestru dla potrzeb Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- Szpital Wojewódzki w Łomży – w ramach programu „Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowych”.

Szpital w Łomży to największa placówka opieki zdrowotnej funkcjonująca na terenie byłego województwa łomżyńskiego. Ma status szpitala wojewódzkiego. Chorobę niedokrwinną serca diagnozuje się w warunkach Oddziału Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej i w ramach działania Pracowni Angiograficznej.

Do zabiegów diagnostycznych – terapeutycznych wykonywanych w szpitalu, a dotyczących bezpośrednio choroby niedokrwiennej serca, należą:

- koronarografia,
- plastyka naczyń wieńcowych, w tym: plastyka balonowa i stentowanie.

Szpital uczestniczy w programie monitorującym stan zdrowia pacjentów. W ramach tego programu zbiera się między innymi dane dotyczące:

- czynników ryzyka (w tym palenie tytoniu oraz otyłość),
- powikłań ostrego zespołu wieńcowych.

Analiza danych z tych dwóch źródeł, a także porównanie ich między sobą stanowi ciekawy material badawczy.

Czynniki ryzyka i ich zwalczanie

Czynniki ryzyka nazywamy takie sytuacje, co do których ustalono z całą pewnością że zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby wieńcowej. Innymi słowami: za czynnik ryzyka danej choroby, czyli czynnik jej zagrożenia, uważa się określony stan kliniczny lub element stylu życia, który wiąże się z zachorowalnością w danym roku bądź w ciągu lat obserwacji i badań epidemiologicznych.

Czynniki ryzyka choroby wieńcowej można zaliczyć do trzech podstawowych grup:

Uznane czynniki, czyli klasyczne czynniki ryzyka choroby wieńcowej – I. Ustalone - niepodlegające zmianie,

- Zaawansowany wiek – prawdopodobieństwo występowania choroby rośnie wraz z wiekiem.

- Uwarunkowania rodzinne – predyspozycje genetyczne.

Uznane czynniki, czyli klasyczne czynniki ryzyka choroby wieńcowej – II. Potencjalnie poddające się zmianie pod wpływem zmiany stylu życia i/lub leczenia, o silnym powiązaniu z chorobą wieńcową.

- Cukrzyca.
- Nadciśnienie.
- Podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i jego frakcji LDL w surowicy krwi.
- Palenie papierosów.

Uznane czynniki ryzyka choroby wieńcowej – III.

Potencjalnie poddające się zmianie pod wpływem zmiany stylu życia i/lub leczenia, o słabszym i słabym powiązaniu z chorobą wieńcową.

- Podwyższone stężenie trójglicerydów w surowicy krwi.
- Obniżone stężenie frakcji HDL-cholesterolu w surowicy krwi.
- Nadużywanie alkoholu.
- Pigułka antykoncepcyjna.
- Brak ruchu.
- Picie miękkiej wody.
- Podwyższone stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi.
- Otyłość.
- Status socjoekonomiczny.
- Osobowość, depresja i stres psychospołeczny.

Walka z czynnikami ryzyka powinna polegać w pierwszej kolejności na podjęciu działań edukacyjnych. Działania te mają za zadanie uświadomienie osobie chorej lub zagrożonemu chorobą skutków oddziaływania tych czynników.

Niemodyfikowalne czynniki ryzyka

Istnieje grupa czynników ryzyka choroby wieńcowej, które nie mogą ulec zmianie. Należą do nich między innymi:

- płeć,
- zaawansowany wiek,
- przekazane genetycznie predyspozycje do wystąpienia choroby wieńcowej.

Takich czynników jak dziedziczność oraz cukrzyca nie można wyeliminować. Ich oddziaływanie na organizm może zostać zminimalizowane poprzez dostosowanie stylu życia do zaleceń medycznych. Choroba niedokrwienności serca czasami objawia się w sposób nagły, niezależnie od istnienia i oddziaływania czynników ryzyka.

Postacie choroby niedokrwiennej serca

Choroba niedokrwienności serca prowadzi do upośledzenia czynności tego mięśnia, a co za tym idzie – do ograniczenia możliwości dostawy tlenu do niego w stosunku do potrzeb metabolicznych. Zaburzenia w dopływie krwi do serca mogą wywoływać różne objawy. Pojawić się może ból w klatce piersiowej – określany jako ból wieńcowy.

Brak dopływu krwi do tętnicy wieńcowej powoduje obumarcie mięśnia i wówczas mamy do czynienia z zawałem mięśnia sercowego. W zawałe istnieje groźba całkowitego nieodwracalnego uszkodzenia mięśnia serca.

Czasami jednak objawów nie ma – jak w przypadku tzw „niemego niedokrwienia”. Charakteryzuje się ono tym, iż ma *przebieg bezobjawowy, w krótszych i dłuższych okresach lub stale, aż do wystąpienia ciężkich powikłań i groźnych następstw.*

Rozpoznanie choroby wieńcowej następuje po zaobserwowaniu takich zwiastunów jak:

- bóle serca o charakterze ściskania, gniecenia, dławienia, promieniujące do ramion lub tułowia (czasami mylone z niestrawnością)
- ograniczenie tolerancji wysiłku,
- duszność,
- zaburzenia rytmu serca – kołatanie serca, czyli *uczucie nieregularnego lub przyspieszonego bicia serca* - związane jest ono z reguły z współlistniejącymi zaburzeniami rytmu,
- obrzęki sercowopochodne, przesięki, sinica
- omdlenia – *krótkotrwałe utraty świadomości i napięcia mięśniowego.*

Do postaci klinicznych choroby wieńcowej zaliczyć można:

- *dławicę piersiową,*
- *zawał serca-* występuje, gdy z powodu miażdżycy dochodzi do zamknięcia tętnicy i przerwania dopływu krwi do jednego z segmentów serca,
- *nagłą śmierć sercową.*

Metody diagnostyczne

Diagnozowanie choroby wieńcowej, ze względu na różnorodność jej postaci, powinno być wielokierunkowe i wnikliwe. Do najbardziej rozpowszechnionych metod używanych w diagnostyce choroby wieńcowej należą metody podstawowe i metody specjalistyczne. Ich podział wynika również ze stopnia inwazyjności.

Metody podstawowe

- Badanie podmiotowe (wywiad). Jest to przeprowadzenie z chorym rozmowy mającej na celu ustalenie objawów choroby.
- Badanie przedmiotowe. Badanie fizyczne polegające na obserwacji, osłuchaniu, opukaniu i ocenie stanu pacjenta.
- Badania laboratoryjne. Wykonanie badań takich jak: CK-MB (frakcja sercowa kinazy kreatyninowej), troponina, oznaczenia mioglobiny, CRP, proBNP i inne.
- Pomiar ciśnienia.
Pacjenci z rozpoznąną chorobą wieńcową mają powiększone serca i podwyższone ciśnienie końcoworozkurczowe. Można u nich zaobserwować również zwiększenie objętości rozkurczowej jam serca. Ponieważ zapotrzebowanie serca na tlen jest większe, zwiększa się również napięcie jego ścian.
- Elektrokardiogram – EKG. Metoda granicznej rejestracji elektrycznej czynności serca. Badanie to ma wysoką wartość diagnostyczną. Nietypowa zmiana zapisu elektrokardiograficznego może być podstawą do stwierdzenia wystąpienia choroby. Badanie może być wykonywane choremu jednorazowo lub stanowić metodę stałego monitorowania.

- Monitorowanie rytmu serca metodą Holtera. Całodobowy zapis EKG wykonywany pacjentowi w czasie jego normalnego funkcjonowania, w czasie codziennych czynności.
- Radiogram klatki piersiowej. Pozwala na dokonanie oceny wielkości i kształtu serca i przebiegu dużych naczyń.

Metody specjalistyczne - nieinwazyjne

- Próba wysiłkowa.
Metoda ta ma za zadanie określenie tolerancji wysiłku jaki może znieść organizm pacjenta. Podczas badania pacjent porusza się po bieżni lub pedałuje na rowerze stacjonarnym. Równocześnie aparatura pomiarowa dokonuje zapisu EKG. *Koncepcja elektrokardiograficznej próby wysiłkowej wynika z obserwacji, iż niedokrwienie wywołane wysiłkiem fizycznym powoduje obniżenie odcinka ST.*
- Echokardiografia.
Metoda badania serca za pomocą ultradźwięków. Pozwala na ocenę grubości mięśnia sercowego, jego struktury, stan zastawek i dużych naczyń.
- Echokardiografia obciążeniowa.
Bardziej zaawansowana forma diagnostyki, niż opisana powyżej, gdyż podczas badania organizm pacjenta poddaje się obciążeniom. *Do stosowanych obciążeń należą wysiłek fizyczny, środki farmakologiczne oraz stymulacja. Metoda ta może ułatwić identyfikację tętnic wieńcowych, w których występują istotne zmiany.*
- Rezonans magnetyczny układu sercowo - naczyniowego.
Rezonans magnetyczny (MRI) jest metodą obrazową (...) umożliwiającą ocenę budowy i czynności serca. Techniki oceny właściwości tkanek pozwalają również na identyfikację obszarów martwicy, niedokrwienia i żywotności mięśnia sercowego.
- Radioizotopowe badanie serca.
Metoda umożliwiająca ocenę ukrwienia serca na podstawie rozmieszczenia podanego dożylnie radiofarmaceutyku (zwykle izotop technetu). Niewielkie ilości substancji radioaktywnej są podawane do krwi, następnie specjalne kamery dokonują rejestracji promieniowania krwi wędrującej przez serce i płuca.
- Wielorzędowa tomografia komputerowa.
Podanie środka cieniującego i obserwacja jego rozprzestrzeniania się po tętnicach umożliwi obserwację ich rozmieszczenia, ich strukturę oraz ujawnianie anomalii związanych z funkcjonowaniem mięśnia sercowego.

Metody specjalistyczne – inwazyjne

- Koronarografia.
Aktualnie jest to jedno z najbardziej precyzyjnych źródeł informacji o stanie tętnic wieńcowych. Metoda ta umożliwia (z dużą dokładnością) ustalenie miejsca i zakresu zwężenia lub zamknięcia tętnicy. *Jest badaniem niezbędnym przed jakąkolwiek próbą koronaroplastyki (PTCA) lub pomostowania (bypassów) tętnic wieńcowych.*
Koronarografia rozpoczyna się nakłuciem tętnicy w okolicy pachwiny (czasami tętnicy ramiennej). Przez nakłucie wprowadza się cewnik – a przy jego pomocy podaje się do

tętnicy serca kontrast (barwnik). Obserwacja jego ruchów w naczyniu na monitorze aparatu angiograficznego pozwala na ustalenie stopnia zaawansowania choroby. Zapis badania może być zapisany na taśmie wideo lub płycie CD.

- o Cewnikowanie serca.

Inwazyjne badanie diagnostyczne oceniające ciśnienie w poszczególnych jamach serca i naczyniach oraz inne parametry, charakteryzujące pracę serca. Badanie ma na celu rozpoznanie między innymi nieprawidłowości anatomicznych serca i dużych naczyń.

- o Inwazyjne badanie elektrofizjologiczne.

Badanie wykonuje się poprzez *wprowadzenie przez żyłę do serca specjalnego cewnika z elektrodą w celu zlokalizowania miejsca będącego źródłem arytmii zagrażających życiu.*

Metody leczenia

Metody leczenia choroby wieńcowej można sklasyfikować jako inwazyjne i nieinwazyjne. Ich dobór zależy od stopnia zaawansowania choroby oraz dostępnych w danym czasie środków medycznych.

Diagnozowanie choroby i ustalenie jej charakteru na podstawie objawów jest etapem koniecznym przed podjęciem leczenia. Leczenie chorego uzależnione jest od:

- dostępności metod leczenia,
- stanu pacjenta.

W zależności od stopnia interwencji w ciało pacjenta metody leczenia można podzielić również na:

- nieinwazyjne,
- inwazyjne.

Nieinwazyjne metody leczenia

Nieinwazyjne metody leczenia polegają w szczególności na:

- dążeniu do przerwania wpływu czynników niepożądanych,
- leczeniu farmakologicznym.

U chorych z niestabilną dławicą piersiową stosuje się leczenie przeciwdławicowe, leczenie reperfuzyjne – dążące do udrożnienia naczynia (tromboliza lub PTCA), leczenie wspomagające i leczenie powikłań.

W ramach tych działań chorym zaleca się: podawanie tlenu przez cewnik donosowy, aspirynę (kwas acetylosalicylowy) – lek o działaniu przeciwzkrzepowym, heparynę (pod kontrolą wskaźników krzepnięcia krwi), nitroglicerynę, morfinę, leki beta – adrenolityczne, leki blokujące kanały wapniowe. O wskazaniach do podania leków decyduje lekarz.

Inwazyjne metody leczenia

Zabiegi inwazyjne wykonuje się u pacjentów u których stwierdzono chorobę wieńcową, ale również u osób, u których wystąpiły jej poważne powikłania. Dotyczy to z reguły sytuacji, gdzie na stosowanie zmiany stylu życia lub podawanie leków jest już zbyt późno. Inwazyjne leczenie łączone jest z leczeniem farmakologicznym.

Do zabiegów przywracających dopływ krwi do mięśnia sercowego należy zaliczyć:

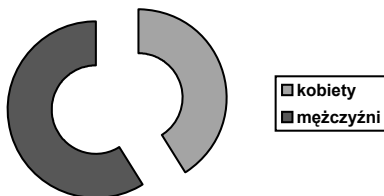
- Aterektomie,
- Angioplastykę wieńcową (balonizację),
- Angioplastykę laserową,
- Stentowanie,

- Pomostowanie aortalno – wieńcowe.

Wyniki badań

Wśród pacjentów skierowanych do diagnostyki koronarograficznej w Poradni Angiografii w roku 2006:

- 41% stanowiły kobiety
- 59% pacjentów to mężczyźni

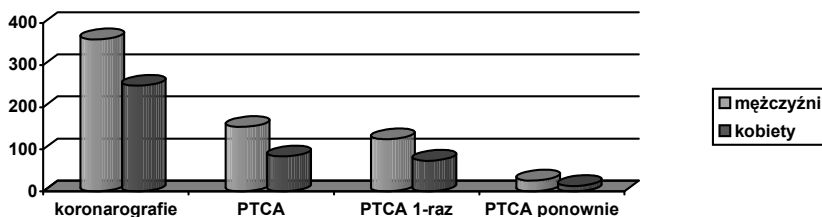


Wśród chorych z ostrym zespołem wieńcowym leczonych w szpitalu w Łomży odnotowano następującą zależność:

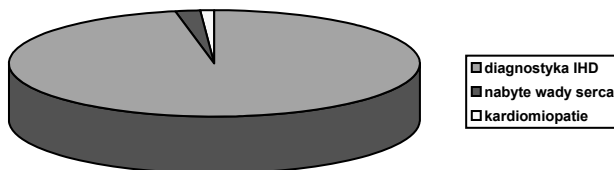
	KOBIETY	MĘZCZYŹNI	RAZEM
IŁOŚĆ	75 osób	117 osób	193
WARTOŚĆ PROCENTOWA	39 %	61 %	100 %

Ponad 117 chorych z powodu zaostrzenia choroby wieńcowej stanowili mężczyźni, a tylko kobiet hospitalizowano jedynie 75. To porównanie wskazuje, że kobiety stanowią jedynie 2/5 przypadków chorobowych zakwalifikowanych jako ostre postaci choroby wieńcowej w roku 2006.

Porównanie dotyczące płci wykonane na podstawie danych z Pracowni Angiografii wykazało następującą zależność pomiędzy pacjentami.



Pracownia Angiograficzna Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w roku 2006 wykonała 612 badań koronarograficznych, z czego 97% badań związanych było z diagnostyką choroby wieńcowej. Pozostałe badania wykonane w Szpitalu w Łomży posłużyły diagnozowaniu kardiomiopatii i nabytych wad serca.



Spośród wszystkich chorych z OZW 67,8 % z nich diagnozowano z użyciem techniki koronarograficznej (131 osób). Dotyczyło to 58,6 % ogółu kobiet z tą dolegliwością oraz 74,4 % mężczyzn ze stwierdzonym OZW.

Analiza wyników wskazuje, iż metodę tę użyto dwukrotnie częściej w odniesieniu do mężczyzn niż do kobiet (44 kobiety i 87 mężczyzn).

Wyniki 39% ogółu badań koronarograficznych były powodem do zastosowania PTCA. W odniesieniu do 61% pacjentów po koronarografii zastosowano takie działania jak:

- kwalifikacja do leczenia zachowawczego,
- skierowanie do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności (np. celem wykonania by-passów),
- kwalifikacja do wszczepienia rozrusznika mięśnia sercowego (w przypadkach, w których konieczne było wykonanie koronarografii przed zabiegiem wszczepienia).

Plastyce balonowej poddano 11% pacjentów, pozostałym chorym wszczepiono od 1 do 3 stentów udrażniając jedno lub dwa zmienione chorobowo naczynia. Cześć z chorych otrzymała w trakcie zabiegu PTCA bloker płytkowy IIb/IIIa. W roku 2006 nie wszczepiano stentów zawierających lek.

Pośród pacjentów poddanych inwazyjnej metodzie leczenia – PTCA – jedynie 35% stanowiły kobiety, pozostałe 153 osoby to mężczyźni.

Wnioski

1. Badaniu poddano grupę pacjentów Pracowni Angiografii (612 osób) oraz 193 osoby ze stwierdzonym ostrym zespołem wieńcowym leczonych w szpitalu w Łomży.
2. Pośród tych chorych przeważają mężczyźni i obserwuje się to zarówno w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania dotyczące zachorowań na OZW, jak i przy analizie informacji o diagnostyce i leczeniu inwazyjnym.
3. Czynniki ryzyka takie jak palenie tytoniu oraz otyłość są bardzo wyraźnie zaznaczone wśród chorych na OZW. Palenie papierosów dotyczy grupy 21% ogółu badanych, z tym że w przypadku kobiet odsetek palących jest znikomy. Z kolei otyłość dotyka 29% badanych i obejmuje większy odsetek kobiet niż mężczyzn.
4. W diagnozowaniu choroby wieńcowej wykorzystuje się koronarografię, której wyniki służą do wdrożenia inwazyjnych metod leczenia. W 38% przypadków stosowano plastykę naczyń wieńcowych. PTCA okazała się również konieczna w odniesieniu do 45 % chorych ze stwierdzonym ostrym zespołem wieńcowym.

Literatura

1. Beske F., Cranz H., Jork C.: "Choroba. Jak sobie radzić?", Wyd Świat Książki, Warszawa 1994
2. Cekiera Cz.: „Tytoń”, Wyd. Gaudium, Lublin 2005
3. Chlebus H., Januszewicz W.: "Zarys kardiologii", Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992
4. Chung E.: „100 pytań i odpowiedzi. Zawał serca i problemy kardiologiczne” Wydawnictwo INTERWEST, Warszawa 2004, wydanie I
5. (red.) Daniluk J., Jurkowska G.: „Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa”, Wyd.CZELEJ, wyd.I, Lublin 2005
6. (red.) Dłużniewski M.: „Postępowanie w chorobie niedokrwiennej serca. Program edukacyjny” Wyd. CZELEJ, Lublin 2004
7. (red.) Dudek D., Żmudka K.: „Nowa strategia leczenia zawału serca”, Wyd. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2001
8. (red.) Giec Z.: „Leczenie choroby niedokrwiennej serca”, Wyd. Via medica, Gdańsk 2000
9. (red.) Gomułka W.S., Renerski W.: „Encyklopedia zdrowia”, Wyd PWN 1992r
10. Griffin B.P., Topol E.J.: „Podręcznik kardiologii Cleveland Clinic”, Wydawnictwo MEDIPAGE, Warszawa 2006
11. Gray H.H., Dawkins K.D: „Kardiologia”, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2003
12. Haiat R., Leroy G.: "Leczenie chorób sercowo – naczyniowych. Przegląd najważniejszych badań klinicznych", Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2000
13. Kośmicki M.: „Choroba wieńcowa w praktyce lekarza rodzinnego”, TERMEDIA Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2003
14. Kucha J., Śródka A.: „Dzieje kardiologii w Polsce na tle kardiologii światowej”, Wyd. PWN, Warszawa 2004
15. (red.) Opolski G.: „Ostre zespoły wieńcowe”, Wyd. Urban i Partner, Wrocław 2002
16. Plantz S.H., Adler J.N.: „Medycyna ratunkowa”, wydanie I polskie pod red. Jakubaszki J., Wyd. Urban & partner, Wrocław 2000
17. (red.)Szyszka A.: „Przebudowa serca”, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2002
18. Taboń J., Czech A.: „Diagnostyka internistyczna”, Wydawnictwo PZWL 2002
19. Włodarczyk M.: „Poradnik Zdrowia Serca”, Wyd. Skarbnica Wiedzy, Warszawa 2005

