

Po Polsku Po Angielsku 3



wiadomości
położniczo-ginekologiczne



LibraMed®

Po Polsku Po Angielsku 3

zaawansowany angielski dla lekarzy

kaseta i tekst


LibraMed®

Po Polsku - Po Angielsku

Zaawansowany
Angielski
dla
Lekarzy

kaseta i tekst - część III

Po Polsku - Po Angielsku

zaawansowany język angielski dla lekarzy

Opracował

Robert Kulik

Spis treści

Practical guide to diagnosing and treating vaginitis	3
Zapalenia pochwy – praktyczny przewodnik diagnostyczno-terapeutyczny	
Effective patient and physician communication: the challenge posed by increasingly sophisticated techniques	13
Skuteczne komunikowanie się lekarza z pacjentem – wyzwanie stawiane przez coraz większy postęp techniczny	
Medical problems and oral contraceptives	19
Antykoncepcja doustna a zdrowie kobiety	
Pre-operative gonadotropin-releasing hormone analogue before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids	23
Stosowanie analogów GnRH przed wycięciem mięśniaków lub histerektoomią z powodu mięśniaków macicy	
Thromboembolism in surgery	28
Zatorowość żylna w chirurgii	
Intrauterine contraceptives: insertion and removal	32
Zakładanie i usuwanie wkładki wewnątrzmacicznej	
Cervical dilation for intrauterine procedures	37
Rozszerzanie kanału szyjki przed zabiegami w jamie macicy	

(C) Wydawnictwo Libramed 2000, ISBN 83-910920-4-6

Pozycja ta ukazała się przy wsparciu finansowym firm:
Pliva Kraków SA i Ferring Pharmaceuticals

Practical guide to diagnosing and treating vaginitis

Zapalenia pochwy – praktyczny przewodnik diagnostyczno-terapeutyczny

Author: David M. Plourd, MD, FACOG, Senior Faculty Physician, Department of Obstetrics & Gynecology, US Naval Medical Center.

Tłumaczyli Robert Kulik i Arnold Bartłomiejczyk

Abstract

Bacterial vaginosis (BV), candidiasis, and trichomoniasis account for more than 90% of vaginal infections. BV typically is associated with a decrease in commensal, protective lactobacilli and a proliferation of other flora. Mobiluncus is pathognomonic but found in only 20% of cases. Presence of 3 of 4 criteria indicates BV: a homogenous noninflammatory discharge (not many white blood cells); pH >4.5; clue cells (bacteria attached to borders of epithelial cells, > 20 % of epithelial cells); and a positive whiff test. New intravaginal BV preparations cause less-adverse systemic effects than oral regimens.

Trichomonas vaginalis, a protozoan, appears to be sexually transmitted and causes up to 25% of vaginitis cases. Diagnosis is made by observation of a foul, frothy discharge; pH >4.5 (present in

Streszczenie

Waginoza bakteryjna, kandydoza i rzęśistkowica są przyczyną ponad 90% wszystkich infekcji pochwy. Waginoza objawia się obniżeniem liczby ochronnych komensali - pałeczek kwasu mlekowego oraz namnażaniem się innej flory bakteryjnej. Mobiluncus, patognomoniczny dla tej jednostki chorobowej, obecny jest tylko w 20% przypadków. Na waginozę wskazują 3 z 4 objawów: jednorodna, niezapalne upławy (nieliczne leukocyty), pH > 4,5, charakterystyczne komórki (bakterie osadzone przy brzegach komórek nabłonka, >20% komórek nabłonkowych) oraz dodatnia próba woni. Nowe dopochwowe leki przeciwbakteryjne powodują mniej objawów niepożądanych niż środki podawane doustnie.

Trichomonas vaginalis - pierwotniak, jak się wydaje przenoszony drogą płciową, jest przyczyną 25% przypadków zapaleń pochwy. Rozpoznanie stawia się na podstawie stwierdzenia cuchnących, pienistych upławów,

70% of cases); punctate cervical micro-hemorrhages (25% of cases); and motile trichomonads on wet mount (50%-75% of cases). Recommended treatment is a single 2g dose of oral metronidazole. Treatment failure is usually due to nontreatment of the male partner.

Candidiasis typically presents as a thick, „curdled” white discharge or vulvar pruritus, with a hyperemic vagina and an erythematous and/or excoriated vulva. Vaginal pH is usually in the normal range of 3.8-4.2 in uncomplicated candidiasis. Microscopic examination of the discharge reveals hyphae or budding yeast in 50%-70% of cases.

While the most common offender is *Candida albicans*, *Candida tropicalis* and *Candida glabrata* have become increasingly prevalent. Approximately 15% of *C. albicans* organisms are resistant to clotrimazole and miconazole. Recurrent infections may be treated with fluconazole 150mg weekly for up to 12 consecutive weeks.

pH > 4,5 (obecne w 70% przypadków), punktowych ognisk krwawienia na szyjce macicy (w 25% przypadków) i ruchomych rzęsiestków w świeżym bezpośrednio oglądanym preparacie (50-75% przypadków). Zalecane leczenie to pojedyncza doustna dawka 2 g metronidazolu. Niepowodzenie leczenia jest zwykle spowodowane nieleczeniem partnera.

Kandydoza objawia się zwykle gęstymi, serowato-białymi upławami lub świądem sromu. Pochwa jest przekrwiona a srom zaczerwieniony, z otarciami naskórka. W przypadku niepowikłanej drożdżycy pH pochwy jest zwykle w granicach normy: 3,8 – 4,2. W badaniu mikroskopowym w 50-70% przypadków stwierdza się obecność strzępeków grzybni lub pączkujące komórki drożdży.

Chociaż najczęstszym patogenem jest *Candida albicans*, to coraz częściej spotyka się *Candida tropicalis* i *Candida glabrata*. Około 15% *Candida albicans* wykazuje oporność na klotrimazol i mikonazol. Nawracające zakażenia mogą być leczone flukonazolem, w dawce 150 mg tygodniowo, w okresie do 12 kolejnych tygodni.

Introduction

Vaginal discharge and the associated vulvar itching are the most common reasons for a woman to seek gynecological care. While these may seem minor complaints to the provider, the patient may feel intensely anxious over the possibility of an underlying sexually transmitted disease (STD) or even cancer. The initial episode provides the best opportunity for effective resolution of symptoms. Hence, appropriate treatment needs to be based upon correct and complete diagnosis, for which an understanding of the pathophysiology of the discharge is essential.

Not all vaginal discharges result from an infective etiology. Atrophic vaginitis, physiologic leukorrhea, and local irritants cause a number of cases. Of the infective etiologies, bacterial vaginosis (BV) and yeast (candidiasis) are by far the most common. Add the occasional case of trichomoniasis, and the list covers more than 90% of the cases of vaginal infections. Not infrequently, multiple etiologies exist. Diagnosis and elimination of the cause of the problem rely heavily on an accurate and thorough history and physi-

Wprowadzenie

Najczęstszymi przyczynami zgłaszania się kobiet do ginekologa są upławy oraz towarzyszący im świąd sromu. Choć dolegliwości te wydawać się mogą błahę, to pacjentki mogą czuć się bardzo zaniepokojone możliwością obecności choroby przenoszonej drogą płciową, czy nawet raka. Pierwszy epizod stwarza najlepsze warunki do skutecznego wyjaśnienia znaczenia objawów. Prawidłowe leczenie powinno opierać się na właściwej i pełnej diagnozie, dla której najważniejsze jest rozumienie patofizjologii upławów.

Nie wszystkie upławy pochwowe mają etiologię zakaźną. Znaczną grupę stanowią: zanikowe zapalenia pochwy, fizjologiczne obfite białe upławy czy miejscowe podrażnienia. Waginoza i drożdżycy (kandydoza) są najczęstszymi przyczynami upławów o etiologii zakaźnej. Razem z rzadszymi nieco przypadkami rzęsistkowicy, są one przyczyną 90% infekcji pochwy. Nierzadko zapalenie wywołane jest przez kilka czynników etiologicznych. Rozpoznanie i zlikwidowanie przyczyny dolegliwości w dużej mierze zależy od dokładnego, sumiennie przeprowadzonego

cal examination.

The history

The history should investigate the patient's duration of symptoms, her sexual activity, whether the discharge smells foul after intercourse, current medical conditions, medications, contraceptive methods, prior similar episodes, and a history of STDs. In the search for a noninfective cause of the vaginosis, ask the woman if she has changed detergents/fabric softeners or uses scented hygiene products or douches. Also ascertain whether the woman has any signs of complications or systemic infection: abdominal or pelvic pain suggesting pelvic inflammatory disease, dysuria suggesting urinary tract infection, and fever.

Physical exam

Using a good light source and a vaginal speculum, inspect the vulva, vaginal walls, and cervix for the presence of lesions, erythema, and excoriations. The discharge should be observed for color,

wywiadu i badania przedmiotowego.

Wywiad

W wywiadzie należy uwzględnić czas trwania objawów, aktywność seksualną, fakt, czy po stosunku występują upławy o nieprzyjemnej woni, ogólny stan zdrowia, przyjmowane leki, stosowane metody antykoncepcji, uprzednie dolegliwości o podobnym charakterze i przebyte choroby przenoszone drogą płciową. W poszukiwaniu możliwych, nie zakaźnych przyczyn zapalenia pochwy, należy zapytać o zmianę stosowanych detergentów, zmiękczających płynów do płukania tkanin a także o stosowanie perfumowanych środków higienicznych lub płynów do kąpieli. Należy się również upewnić, czy pacjentka nie ma objawów innych chorób oraz infekcji ogólnej: dolegliwości bólowych w obrębie jamy brzusznej lub miednicy sugerujących istnienie stanu zapalnego miednicy mniejszej, dysurii charakterystycznej dla zakażeń układu moczowego czy gorączki.

Badanie przedmiotowe

Stosując odpowiednie źródło światła, należy obejrzeć krocze, a we wzierniku pochwowym ocenić szyjkę macicy i ściany pochwy poszukując ubytków, zaczerwienień czy otarć śluzówki. Należy zwrócić uwagę na kolor

consistency, odor, and whether it is vaginal or emanating from the cervix. Using either a dipstick or paper roll, measure the pH of secretions from the vaginal sidewall (not from the posterior fornix, which may be contaminated with cervical mucus). Separate slides of the discharge should then be made with 10% KOH (potassium hydroxide) and with normal saline, then secured with cover slips and examined for flagellated protozoa, hyphae or budding yeast, or other organisms under the microscope. Slides should be wafted for the release of volatile amines (a fishy or musty odor) upon adding the alkaline KOH solution, since this is a sign of bacterial vaginosis.

Candidiasis

Candida, a commensal organism, is found in small population densities in the vaginal ecosystems of nearly one third of healthy women. Symptomatic infection arises, however, when proliferation causes a shift from colonization to frank adherence and infection. The most common offender is *C. albicans*; however, other

wydzieliny pochwowej, jej konsystencję, zapach oraz stwierdzić, czy pochodzi ona z pochwy, czy z szyjki macicy. Używając wskaźnika pH lub papierka lakmusowego należy zmierzyć pH wydzieliny ze ścian bocznych pochwy (nie ze sklepienia tylnego, gdyż tam może być ona zmieszana z wydzieliną szyjkową). Z pobranych próbek wydzieliny należy osobno wykonać preparaty bezpośrednie z 10% KOH (wodorotlenek potasowy) i z solą fizjologiczną, przykryć je szkiełkami nakrywkowymi i zbadać pod mikroskopem w kierunku obecności pierwotniaków z witkami, strzępków grzybni i pączkujących drożdży oraz innych mikroorganizmów. Oba preparaty należy porównać węchowo sprawdzając czy nie czuć woni uwalniających się pod wpływem KOH lotnych amin (zapach ryb lub pleśni). Stwierdzenie takiego zapachu świadczy o waginozie.

Kandydoza

Candida – jako komensal, obecny jest w środowisku pochwy w niewielkich skupiskach u prawie jednej trzeciej zdrowych kobiet. Do objawowego zakażenia dochodzi jednak, gdy proliferacja powoduje przesunięcie od prostego zasiedlenia do ścisłego przylegania i inwazji. Najczęstszym patogenem jest *Candida albicans*, jednak coraz częściej spotyka się

species of *Candida*, such as *tropicalis* and *glabrata*, have become increasingly prevalent, currently representing one third of isolates. Vaginal candidiasis occurs more commonly after antibiotic treatment and among women taking oral contraceptives. Yet unless a patient has a history of antibiotic-associated candidiasis, it is not recommended to routinely prescribe antifungal therapy for every woman with candidiasis preceded by a course of antibiotics.

Diagnosis

The patient typically presents with a thick, „curdled” white discharge or vulvar pruritus. The vagina has no „itch” receptors, hence, pruritus ensues only after the fungus has spread distally onto the vulva. The discharge is usually neither malodorous nor off-white unless a mixed infection is present. The vagina often appears hyperemic; the vulva can be erythematous and/or excoriated. Vaginal pH is usually normal in cases of uncomplicated candidiasis. Microscopy of the discharge with 10% KOH will often reveal hyphae or budding yeast in 50%-70% of cases.

także inne gatunki *Candida* jak np. *tropicalis* i *glabrata*, które obecnie izoluje się w jednej trzeciej przypadków zakażeń drożdżakami. Grybica pochwy występuje częściej po leczeniu antybiotykami oraz u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne. Jednak o ile wywiad nie jest obciążony każdorazowym występowaniem grybicy po podaniu antybiotyków, to nie zaleca się rutynowego leczenia przeciwgrzybiczego każdej pacjentki z kandydozą po antybiotykoterapii.

Rozpoznanie

Pacjentki mają zwykle gęste, białawe, przypominające zsiadłe mleko upławy lub świąd sromu. W pochwie nie ma receptorów odbierających „swędzenie”, więc występuje ono gdy grzyby rozprzestrzenią się dystalnie na krocze. Upławy nie mają zwykle przykrej woni, ani nie są podbarwione, chyba, że jest to zakażenie mieszane. Pochwa często jest przekrwiona, krocze może być zaczerwienione, ze śladami otarć naskórka. W przypadkach izolowanego zakażenia drożdżakowego pH pochwy jest zwykle w normie. W badaniu preparatów mikroskopowych z zastosowaniem KOH w 50-70% przypadków można zobaczyć strzępki grzybni lub pączkujące komórki drożdży.

C albicans organisms are easiest to identify, as they have long hyphae with blastospores along their length and a terminal cluster of chlamydiaspores. The „atypical” species of yeast, however, may only have features of budding yeast (resembling small snowmen), which are easily obscured within surrounding cellular debris. Hence, if a patient presents with classic symptoms of candidiasis and her thorough evaluation is otherwise negative (normal pH, no motile trichomonads, no clue cells, no excessive leukocytes), it is not unreasonable to offer the patient an antifungal agent as a therapeutic trial. Fungal cultures are not recommended initially. The presence of fungal elements on Papanicolaou smear is not necessarily indicative of infection; because it could simply represent colonization, treatment is not recommended on the basis of this finding alone.

Patients often experience recurrent yeast infections. This complaint demands thorough attention. It is important to assess for underlying hygiene issues, such as frequent douching and constrictive synthetic undergarments that retain moisture

Candida albicans są najłatwiejsze do zidentyfikowania, gdyż mają bardzo długie strzępki z blastosporami na całej długości i skupiskami chlamydosporów na końcach. Nietypowe gatunki mogą mieć jednak postać przypominających śniegowego bałwanka pączkujących drożdży, które można łatwo przeoczyć wśród otaczających je szczątków komórek. Dlatego też, jeżeli zgłasza się pacjentka z typowymi objawami kandydozy, a dokładne badanie jakiegokolwiek innej przyczyny dolegliwości wypada negatywnie (normalne pH, brak poruszających się rzęsistków, brak charakterystycznych komórek, brak dużych ilości leukocytów), zaproponowanie pacjentce leczenia przeciwgrzybiczego na próbę wydaje się być rozsądne. Nie zaleca się zakładania hodowli grzybów na samym początku. Obecność elementów grzyba w rozmazie Papanicolaou nie świadczy od razu o infekcji, ponieważ może oznaczać zwykłą kolonizację; nie zaleca się więc wprowadzania leczenia na podstawie tego tylko pojedynczego objawu.

Nawroty drożdżycy zdarzają się u pacjentek bardzo często. Przypadki takie wymagają dużej uwagi. Ważne jest, aby właściwie ocenić zagadnienia higieny osobistej, takie jak częstotność kąpieli i noszenie ciasnej bielizny z włókien sztucznych, zatrzymującej

in vaginal secretions. Also rule out other conditions that have been closely associated with candidal infections (eg, diabetes and immunocompromise). Finally, rule out other pathogens and mixed infections. Culture, to confirm and speciate yeast, may play a role in this setting.

Treatment

In the treatment guidelines released in 1993 by the Centers for Disease Control and Prevention, myriad imidazoles and triazoles were endorsed for treatment of vaginal candidiasis. Notably, each regimen was an intravaginal preparation. In July 1994, the FDA approved oral fluconazole for vaginal candidiasis.

Most albicans species are susceptible to commonly prescribed imidazoles (eg, clotrimazole, miconazole). However, approximately 15% of albicans organisms are resistant; albicans strains are frequently more susceptible in vitro to triazoles (eg, fluconazole, terconazole) than to imidazoles. However, in comparing regimens, it must be noted that in vitro susceptibility testing does not correlate well with clinical efficacy, and study

wilgoć z wydzieliny pochwowej. Należy również wykluczyć inne stany, typowo związane z zakażeniem grzybami, jak cukrzyca czy stany obniżonej odporności. W końcu należy wykluczyć udział innych czynników i zakażenia mieszane. Założenie hodowli w celu określenia gatunku drożdży i ich wrażliwości na leki może być w tym wypadku bardzo korzystne.

Leczenie

W ogłoszonych w 1993 roku przez Centra Zapobiegania i Kontroli Chorób zalecanych schematach leczenia kandydozy pochwy znalazło się bardzo wiele metod opartych na stosowaniu imidazoli i triazoli. Godne uwagi jest, że w każdej z nich zalecane są preparaty dopochwowe. W lipcu 1994 Departament Kontroli Żywności i Leków dopuścił doustną postać flukonazolu do leczenia kandydozy pochwy.

Większość gatunków bielnika białego jest podatna na leczenie najczęściej stosowanymi imidazolami (np. klotrimazol, mikonazol). Jednak około 15% *C. albicans* jest oporna. Niektóre szczepy *C. albicans* hodowane in vitro są bardziej podatne na triazole (np. flukonazol, terkonazol) niż na imidazole. Jednak należy stwierdzić, że w przypadku obu porównywanych środowisk wrażliwość stwierdzana in vitro nie koreluje dobrze ze skutecznością kliniczną, a różnorodność metod badań powoduje, że

designs of various therapies are widely varied and hence not readily comparable. Another cause of treatment failures, besides resistance, relates to the reservoir of yeast which 15% of healthy women harbor in their gastrointestinal tract. Obviously, intravaginal therapies fail to target the source of infection in these individuals.

Of orally available agents (fluconazole, ketoconazole, and itraconazole), only fluconazole is currently approved by the FDA for this use. Fluconazole has much less hepatotoxicity than ketoconazole. Recurrent infections may be treated with weekly administration of fluconazole 150mg for up to 12 consecutive weeks. Alternatively, boric acid (600mg in #1 size gelatin capsules inserted bid per vagina for 10 days) is quite effective against most strains of *Candida*. While candidial vaginitis is not considered a sexually transmitted disease, women may infect the glans penis of their partners. Cotreatment of the male partner is usually not indicated, except in cases of fungal balanitis or in an uncircumcised male who harbors a penile reservoir.

ich wyniki są czasem bardzo różne i przez to nieporównywalne. Inną przyczyną niepowodzeń leczenia, oprócz oporności, jest fakt, że około 15% kobiet utrzymuje rezerwuwar drożdży w przewodzie pokarmowym. Oczywiście jest, że lek podany dopochwowo nie sięga źródła infekcji u tych pacjentek.

Z dostępnych preparatów doustnych (flukonazol, ketokonazol, itraconazol) tylko flukonazol obecnie jest dopuszczony przez Departament Kontroli Żywności i Leków do stosowania z tych wskazań. Flukonazol jest znacznie mniej hepatotoksyczny niż ketokonazol. Nawracające zakażenia pochwy mogą być leczone flukonazolem w tygodniowych dawkach po 150 mg przez okres do 12 kolejnych tygodni. Alternatywą jest kwas borny (600 mg w żelatynowych kapsułkach rozmiaru 1 zakładanych dopochwowo przez 10 dni), który jest skuteczny przeciw większości szczepów *Candida*. Chociaż uważa się, że bielnikowe zapalenie pochwy nie jest chorobą weneryczną, to zakażenie może od kobiety przenieść się na żołądek partnera. Zazwyczaj leczenie partnera nie jest konieczne, nie dotyczy to jednak przypadków grzybiczego zapalenia żołądki czy nieobrzezanych mężczyzn, u których maszka pod napletkiem jest rezerwuarem zakażenia.

Effective patient and physician communication: the challenge posed by increasingly sophisticated techniques

Skuteczne komunikowanie się lekarza z pacjentem – wyzwanie stawiane przez coraz większy postęp techniczny

Jonathan S. Berek, MD, MMSc

Tłumaczył Mariusz Górnicz

One of the most essential of all techniques is that of creating and maintaining communication between patient and physician. As we become more technologically inclined and operationally centered, physicians must strive to improve our focus on issues of personal interaction with our patients. The demand for more effective communication is greater than ever.

During a time of increased scientific complexity, there are enhanced requirements to clarify and explain the impact of our new technologies to the public. Issues of genetic testing, screening techniques for cancer and other diseases, and the use of sophisticated tests for follow-up monitoring of disease mandate that our ability to interpret and evaluate

Jedną z najbardziej podstawowych umiejętności lekarza jest nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z pacjentem. Ponieważ chętnie korzystamy z nowych rozwiązań technicznych i jednocześnie coraz bardziej koncentrujemy się na samej operacji, powinniśmy, jako lekarze, przykładać większą wagę do wzajemnego kontaktu z naszymi pacjentami. Potrzeba skutecznej komunikacji jest obecnie większa niż kiedykolwiek przedtem.

W czasach wzrastającej złożoności wiedzy, zwiększa się potrzeba wyjaśniania i tłumaczenia społeczeństwu skutków wprowadzania nowych rozwiązań technicznych. Stosowanie skomplikowanych badań genetycznych, badań przesiewowych w kierunku nowotworów czy innych chorób, skomplikowanych testów diagnostycznych do monitorowania choroby wymaga, aby nasza zdolność właściwego

these modalities be as sophisticated and effective as the tests themselves. Our goal must be to enhance and preserve the one-to-one interaction with our patients and broaden the scope of that productive interaction to benefit the public.

Patients need us to be able to explain why we do or do not recommend certain tests that they learn about from the media. The public is often bombarded with information that is confusing and inaccurate. We physicians have occasionally contributed to these miscommunications.

Managed care strategies tend to decrease the time spent per patient, and this trend could discourage communication and potentially limit effective interaction. If our profession is not vigilant, we will find that our patients' understanding of needed diagnostic and therapeutic interventions will diminish. We must discover techniques that enhance and foster more effective communication even as the duration of contact per patient decreases. Physician "extenders", such as physician assistants, nurses, and the use of audiovisual materi-

ich interpretowania i oceny była równie precyzyjna i dokładna jak same te badania. Naszym celem musi stać się utrzymanie i poprawa jakości kontaktów indywidualnych z naszymi pacjentami i poszerzenie zakresu tego wzajemnie korzystnego oddziaływania dla dobra ogółu.

Pacjenci chcą, aby lekarz był w stanie wyjaśnić, dlaczego zaleca bądź nie, wykonywanie określonych badań, o których pacjenci dowiadują się ze środków masowego przekazu. Media często zalewają społeczeństwo informacjami, które są niedokładne i w których można się pogubić. My, lekarze, też niekiedy przyczyniamy się do takiej dezinformacji.

Polityka ekonomiczna lecznictwa rynkowego wymusza skracanie czasu poświęcanego jednemu pacjentowi, co może utrudniać właściwy kontakt lekarza z pacjentem i ograniczać skuteczną wymianę informacji. Jeżeli przestaniemy zwracać na to uwagę, pewnego dnia okaże się, że poziom wiedzy pacjentów na temat koniecznych badań i zabiegów leczniczych zmniejszył się. Musimy wypracować sposoby pozwalające na usprawnienie komunikacji nawet w sytuacji, gdy czas kontaktu lekarza z pacjentem coraz bardziej się skraca. Pomocni dla lekarzy są

als, may help; but nothing can substitute for thoughtful, careful, and compassionate person-to-person, patient-to-physician contact.

The challenge created by the public's inadequate perception of medical issues is exacerbated by our inability to make important medical information readily accessible to them. This is paradoxical given the proliferation of mass media outlets available around the globe. However, many of these technologies are dominated by organizations whose priorities do not include accurate dissemination of medical information. Our profession is only now getting into the act, largely through the Internet. At the same time, the dizzying array of information sources, many of them contradictory, prevents the average reader from conveniently sorting data and making a reasonable interpretation.

An obvious example is the use of CA 125 as a blood test for ovarian cancer. Although the scientific evidence for its use as a screening test so far has been negative, the medical profession promulgated

w tej materii asystenci, pielęgniarki, a także używanie materiałów audiowizualnych; nie jednak nie zastąpi przemyślanego, starannie zaplanowanego i pełnego zrozumienia kontaktu człowieka z człowiekiem, lekarza z pacjentem.

Wyzwanie, jakie stanowi niedostateczne społeczne rozumienie spraw związanych z medycyną dodatkowo potęguje nasza – jako lekarzy - nieumiejętność szybkiego upowszechniania ważnych medycznych informacji. Brzmi to paradoksalnie, jeżeli wziąć pod uwagę ogromną liczbę środków masowego przekazu na całym świecie. Jednak wiele z nich jest zdominowanych przez organizacje, dla których rzetelność rozpowszechnianych informacji medycznych nie jest priorytetem. Lekarze dopiero zaczynają reagować na to wyzwanie, głównie za pośrednictwem Internetu. Jednocześnie ogromna liczba źródeł, które podają często sprzeczne informacje uniemożliwia przeciętnemu odbiorcy wybór potrzebnych danych i ich właściwą interpretację.

Jednym z najdobitniejszych tego przykładów jest stosowanie testu na obecność CA125 we krwi w celu wykrywania raka jajnika. Chociaż jak dotąd nie istnieją dowody naukowe przemawiające za stosowaniem tego

the notion that it might be useful. This “legitimized” the concept that all women should undergo these tests to detect ovarian cancer before the disease metastasized. The positive predictive value of the CA 125 in a screening situation is only about 2%, and there are many false-positive results, especially in premenopausal women. Nevertheless, the use of the CA 125 test for this purpose has escalated dramatically over the last decade.

Another result of the new technology is the discovery of the BRCA1 and BRCA2 genes responsible for a small portion of both breast and ovarian cancers. Documented mutations in these genetic loci are associated with a 85% lifetime risk of developing breast cancer and a 50% risk of ovarian cancer, but probably only 1-2% of these conditions is associated with either one of the mutations. The public perception is that many, if not most, of these diseases are associated with an inherited mutation and that any family history of either disease means that their offspring are destined to develop the disease. Such

markera w badaniach przesiewowych, lekarze rozpowszechnili przekonanie, że CA125 może być przydatny do tego celu. Ugruntowali tym samym koncepcję poddawania temu badaniu wszystkich kobiet w celu wykrycia nowotworu jajnika przed wystąpieniem przerzutów. Odsetek wyników prawdziwie dodatnich w badaniach przesiewowych z wykorzystaniem CA125 wynosi jedynie ok. 2%, przy wysokim odsetku wyników fałszywie dodatnich, zwłaszcza u kobiet przed menopauzą. Pomimo to wykorzystywanie CA125 do tego celu znacznie wzrosło w ciągu ostatnich 10 lat.

Innym efektem stosowania osiągnięć techniki jest wykrycie genów BRCA1 i BRCA2 odpowiedzialnych za niewielki odsetek przypadków raka sutka i jajnika. Potwierdzone mutacje w tych loci genetycznych wiążą się z 85% prawdopodobieństwem wystąpienia raka sutka w ciągu życia kobiety i 50% prawdopodobieństwem wystąpienia raka jajnika. Jednak najprawdopodobniej jedynie 1-2% wszystkich przypadków tych chorób wiąże się z mutacją w którymś z tych genów. Pomimo to ugruntowało się w społeczeństwie przekonanie, że dużo, jeżeli nie większość, przypadków nowotworów sutka i jajnika związanych jest z dziedziczną mutacją i że fakt wystąpienia jednego z tych nowotworów w danej rodzinie w przeszłości oznacza,

perceptions are not only incorrect and traumatic, but can lead to the unnecessary and inappropriate “prophylactic” removal of organs.

As a profession we must be mindful that there are numerous unanswered ethical and social questions. There are privacy and insurance issues, as well as those of the reliability and predictive value of the new tests. We must all be careful not to place undue confidence in tests before they have been appropriately evaluated and reviewed and before we have had the chance to determine how best to offer them to our patients and which patients could actually benefit from them.

Women in our society generally believe that exposure to exogenous hormones will increase the risk of cancer. Although the data regarding breast cancer are controversial, the use of a cyclic administration of the combination of synthetic estrogen and progesterone appears to decrease the risks of ovarian and endometrial cancer. Indeed, other

że następne pokolenia są skazane na tę chorobę. Podobne przekonania są nie tylko nieprawidłowe i powodują stresy i urazy psychiczne, lecz także mogą prowadzić do nieuzasadnionego “profilaktycznego” usuwania narządów.

Lekarz powinien mieć świadomość, że wiele kwestii etycznych i społecznych pozostaje nadal nie rozwiązanych. Należą do nich problemy prywatności i ubezpieczenia, jak również kwestie wiarygodności i wartości prognostycznej nowych testów diagnostycznych. Musimy uważać, by nie ufać zbyt wiele testom przed przeprowadzeniem odpowiedniej oceny ich przydatności i zanim będziemy mieli możliwość ustalenia optymalnych sposobów ich wykorzystania. Ważna jest także ocena, którym z naszych pacjentów takie badania rzeczywiście przyniosą korzyść.

Większość kobiet w naszym społeczeństwie uważa, że pod wpływem preparatów hormonalnych wzrasta ryzyko wystąpienia raka. Chociaż dane dotyczące występowania raka sutka są pod tym względem niejednoznaczne, wydaje się, że regularne przyjmowanie kombinacji syntetycznego estrogeny i progesteronu zmniejsza ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych jajnika

than oophorectomy, the use of the oral contraceptive is the only means by which the risk of ovarian cancer can be reduced. This method of chemoprevention is not well known by the lay public, and as a profession we have not done a very good job educating them.

These information shortfalls result from our limited ability to share current scientific knowledge with the public, especially when confronted by entrenched conflicting conventional “wisdom”. Our profession must pursue better methods of presenting new information, perhaps through multimedia public service materials. We need to emphasize communication abilities in the medical profession. We need to support the creation and study of approaches that allow the development of more effective techniques to enhance patient - physician communication and to promote more effective mass communication. We need to learn to provide interpretations of often conflicting data to a public that is eager to understand.

i endometrium. Istotnie, nie licząc zabiegu wycięcia jajników, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych jest jedynym sposobem obniżenia ryzyka wystąpienia raka jajnika. Ta metoda farmakoprofilaktyki nie jest dostatecznie znana i my, jako lekarze, niezbyt dobrze wywiązywaliśmy się z obowiązku edukacji społeczeństwa w tej dziedzinie.

Przyczyną takich zaniedbań informacyjnych jest niedostateczna umiejętność przekazywania bieżącej wiedzy naukowej społeczeństwu, zwłaszcza w konfrontacji z utrwalonymi tradycyjnymi przekonaniami. Jako lekarze powinniśmy wypracować lepsze metody przedstawiania nowych informacji, na przykład poprzez multimedialne materiały przeznaczone do rozpowszechniania. Musimy podkreślać znaczenie umiejętności przekazywania informacji w pracy lekarza. Powinniśmy popierać tworzenie i badanie metod pozwalających na opracowanie bardziej skutecznych sposobów komunikowania się lekarza z pacjentem i rozpowszechniania informacji w skali masowej. Musimy nauczyć się tłumaczyć znaczenie niejednokrotnie sprzecznych wyników badań ludziom, którzy bardzo chcą je zrozumieć.

Medical problems and oral contraceptives

Antykoncepcja doustna a zdrowie kobiety

Christine Robinson MA, MFFP, MRCOG
Tłumaczył Mariusz Górnicz

Introduction

The enduring popularity of oral hormonal contraception over the past three decades is a testimony to its appeal to users as a convenient and effective modality of birth control. The combined oral contraceptive pill (COC) became available in the USA in 1960 and in the UK during 1961. Worldwide there are currently over 70 million women using the pill. In the UK there are over 3 million users of the COC with nearly 4 out of 5 women having used it at some time during their reproductive years.

The COC is very effective with a method failure rate of 0,27 per a hundred women years. User failure could be up to 10 times higher and underlines the importance of user education and instruction.

The mechanism of action of the COC is multi-focal, with the primary action being

Wstęp

Niesłabnąca w ciągu ostatnich 30 lat popularność doustnych środków antykoncepcyjnych dowodzi, że pacjentki traktują je jako wygodną i skuteczną formę kontroli urodzeń. Pierwszy doustny złożony preparat antykoncepcyjny (TZ – Tabletki Złożone) został wprowadzony w Stanach Zjednoczonych w roku 1960, a w Wlk. Brytanii w rok później. Szacuje się, że na całym świecie doustną antykoncepcję stosuje regularnie ponad 70 milionów kobiet. W Wlk. Brytanii liczba ta sięga obecnie 3 milionów, i aż 80% kobiet przynajmniej raz stosowało TZ w okresie swej płodności.

Stosowanie TZ jest skuteczną metodą antykoncepcji. Odsetek niepowodzeń wynosi 0,27 na sto kobieto-lat. U niektórych pacjentek wskaźnik ten może wzrosnąć nawet 10-krotnie, co odzwierciedla znaczenie edukacji w tym zakresie.

TZ wykazują wielorakie działanie. Główny skutek przyjmowania TZ to supresja

ovarian suppression mediated through inhibition of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis. Complimentary modes of action include the reduction in sperm penetrability by the thickened cervical mucus and the reduced receptivity of the suppressed endometrium.

Progestogen only pill (POP) usage is much less than the COC accounting for no more than 8% of the UK hormonal contraceptive market. The overall method failure rate is 1.2 per hundred women years. However, unlike the COC, the age of the user has a much greater influence on the failure rate of the POP, the failure rate being higher the younger the user.

The most consistent mechanism of action of the POP is thought to be the alteration in cervical mucus, with a consequent decline in sperm penetrability. The POP also has important effects on ovarian activity and the endometrium. Ten per cent of POP users experience amenorrhoea subsequent to ovarian suppression.

Neither the COC nor the POP satisfy all the criteria for the ideal contraceptive

jajników poprzez zahamowanie aktywności osi podwzgórze-przysadka-jajnik. Oprócz tego występuje zmniejszenie ruchliwości plemników w zagęszczonym śluzie szyjkowym i hamowanie rozwoju endometrium uniemożliwiające implantację.

Preparaty zawierające jedynie progestageny (PP = Preparaty Progestagenowe) są o wiele mniej popularne niż TZ. W Wlk. Brytanii preparaty te stanowią nie więcej niż 8% rynku hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Całkowity odsetek niepowodzeń przy stosowaniu PP wynosi 1,2 na sto kobieto-lat. Jednak, inaczej niż w przypadku TZ, wiek kobiety ma o wiele większy wpływ na skuteczność PP – im młodsza jest pacjentka, tym wyższe ryzyko zajścia w ciążę.

Najbardziej prawdopodobnym mechanizmem działania PP jest wywołanie zmian w śluzie szyjkowym prowadzące do ograniczenia możliwości penetracji przez plemniki. PP wywierają również znaczący wpływ na czynność jajników i endometrium. U 10% kobiet stosujących PP zanika miesiączka, co jest związane z supresją czynności jajników.

Ani preparaty złożone, ani tabletki zawierające jedynie progestageny nie

(100% effective, 100% safe, 100% acceptable). While the COC is highly convenient, it is perceived as associated with a number of adverse effects. The POP is definitely safer, but it is linked with cycle disturbance side effects that are not acceptable to some users. Illustrated in Box 1 are the medical problems associated with oral contraception. The association is 'established' for some, but only presumed for many.

As usage of oral contraceptives is so widespread (over 80% of women have been exposed to the COC) any medical problem, however infrequent, once publicized is likely to be a major concern for many women. Moreover, many of the cardiovascular events associated with the pill may have rare but serious consequences. The clinician is, therefore, duty-bound to raise user's awareness of such issues, but to discuss them in the context of the overall extreme safety of the COC. Risks would have to be balanced against the non-contraceptive benefits of the COC, many of which fall under the heading of prevention of gynaecological morbidity.

spełniają wszystkich wymagań stawianych idealnej tabletki antykoncepcyjnej (100% skuteczności, 100% bezpieczeństwa stosowania, 100% tolerancji). Pomimo dużej wygody stosowania TZ panuje opinia, że ten rodzaj antykoncepcji ma wiele działań niepożądanych. Antykoncepcja przy użyciu PP jest bezpieczniejsza, lecz występujące w trakcie jej stosowania zaburzenia cyklu są źle tolerowane przez niektóre kobiety. W tabeli 1 przedstawiono listę problemów zdrowotnych, dobrze udokumentowanych, jak i tych pozostających w sferze przypuszczeń, związanych z doustną antykoncepcją.

Powszechność stosowania antykoncepcji doustnej (aż 80% kobiet stosowało TZ przynajmniej raz w życiu) powoduje, że wszelkie, nawet rzadko występujące dolegliwości, jeżeli zostaną odpowiednio nagłośnione, mogą niepokoić pacjentki. Z drugiej strony istnieje wiele objawów ze strony serca i układu krążenia związanych ze stosowaniem antykoncepcji doustnej, które mogą, choć w rzadkich przypadkach, rozwinąć się do poważnych powikłań. Dlatego lekarz ma obowiązek informować pacjentkę o możliwych działaniach niepożądanych, przedstawiając je jednak w kontekście znacznego ogólnego bezpieczeństwa stosowania TZ. Obok informacji o zagrożeniach należy przedstawić

When addressing the issue of risks and benefits of the COC, it is important to indicate what the weighting of the evidence is, as it tends to be definite or established for some conditions and not established for many others. It may be helpful to make use of the eligibility criteria set out by the World Health Organization (WHO). We have applied aspects of this model to the discussion of the suitability of oral contraception for women with particular medical conditions.

inne, nie związane z antykoncepcją korzystne skutki stosowania TZ, z których wiele dotyczy zapobiegania chorobom narządów kobiecych. Omawiając korzyści i zagrożenia antykoncepcji doustnej, należy pamiętać, że dostępne dowody mają różną wagę, gdyż niektóre działania niepożądane nie są do końca udokumentowane. Opracowane przez WHO kryteria kwalifikacji do stosowania antykoncepcji hormonalnej mogą okazać się bardzo pomocne. Niektóre aspekty tego modelu wykorzystaliśmy w naszych rozważaniach na temat stosowania antykoncepcji doustnej u kobiet, u których występują określone schorzenia.

Pre-operative gonadotropin-releasing hormone analogue before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids

Stosowanie analogów GnRH przed wycięciem mięśniaków lub histerektomią z powodu mięśniaków macicy

Lethaby A., Vollenhoven B., Sowter M. Ze Streszczeń Recenzji Cochrana

Tłumaczył Robert Kulik

A substantive amendment to this systematic review was last made on the 20th. of August 1998. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Data collection and analysis: Nineteen RCTs were identified that fulfilled the inclusion criteria for this review. The reviewers extracted the data independently and odds ratios for dichotomous outcomes and weighted mean differences for continuous outcomes were estimated from the data of twelve trials where GnRH analogue treatment was compared with no pre-treatment and five trials where GnRH analogue treatment was compared with placebo (two trials are awaiting assessment). No RCTs of GnRH analogue treatment versus

Ostatnie istotne poprawki do tego systematycznego przeglądu wprowadzono 20 sierpnia 1998 roku. Recenzje Cochrana są regularnie sprawdzane i w razie konieczności uaktualniane.

Gromadzenie danych i analiza: Znalezione dziesięć prac z randomizowaną grupą kontrolną, które spełniały kryteria włączenia do przeglądu. Recenzenci wyszukiwali dane niezależnie, szacując iloraz szans wyników dychotomicznych i średnich ważonych rozbieżności wyników ciągłych dwunastu prac porównujących przedoperacyjne stosowanie analogów GnRH z ich niestosowaniem oraz pięciu prac porównujących premedykację analogami GnRH z placebo (dwie prace oczekują na ocenę). Nie znaleziono żadnej pracy z randomizowaną grupą kontrolną

other medical therapy were identified. Results from pre-operative outcomes were combined for both types of surgery but results from intra- and post-operative outcomes were reported separately for myomectomy and hysterectomy. Subgroup analysis was performed according to type of control group, no pre-treatment or placebo, and for some outcomes there were additional subgroup analyses according to size of the uterus in gestational weeks.

Citation: Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative gonadotropin-releasing hormone analogue before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.

Background and objectives: The objective of this review is to evaluate the role of pre-treatment with gonadotropin releasing hormone (GnRH) analogues prior to a major surgical procedure, either hysterectomy or myomectomy, for uterine fibroids.

Reviewers' conclusions: The use of GnRH analogues for 3 to 4 months prior to

porównującej stosowanie analogów GnRH z innym leczeniem farmakologicznym. Przedoperacyjne wyniki obu typów operacji połączone, zaś wyniki śród- i pooperacyjne wycięcia mięśniaków i histerekтомii przedstawiono oddzielnie. Przeprowadzono analizę podgrup według typu grupy kontrolnej (nie leczona, placebo), a w przypadku niektórych wyników także dodatkową analizę podgrup według wielkości macicy określanej w tygodniach ciąży.

Sposób cytowania: Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative gonadotropin-releasing hormone analogue before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.

Cele i otoczenie: Celem tego przeglądu jest ocena roli premedykacji analogami GnRH przed dużymi zabiegami chirurgicznymi, jak wycięcie mięśniaków czy histerekтомia z powodu mięśniaków macicy.

Wnioski recenzentów: Zastosowanie analogów GnRH w okresie 3-4 miesięcy

fibroid surgery reduce both uterine volume and fibroid size. They are beneficial in the correction of pre-operative iron deficiency anaemia, if present, and reduce intra-operative blood loss. If uterine size is such that a mid-line incision is planned, this can be avoided in many women with the use of GnRH analogues. For patients undergoing hysterectomy, a vaginal procedure is more likely following the use of these agents.

Search strategy: Electronic searches for relevant randomised controlled trials of the Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group Register of Trials, MEDLINE, EMBASE, PsychLIT, Current Contents, Biological Abstracts, Social Sciences Index and CINAHL were performed. Attempts were also made to identify trials from citation lists of review articles. In most cases, the first author of each included trial was contacted for additional information.

Selection criteria: The inclusion criteria were randomised comparisons of GnRH

poprzedzających operacyjne leczenie mięśniaków zmniejsza zarówno objętość macicy, jak i wielkość mięśniaków. Działa korzystnie korygując ewentualną przedoperacyjną niedokrwistość spowodowaną niedoborem żelaza, a także zmniejsza utratę krwi podczas operacji. W przypadku bardzo dużej macicy, dzięki zastosowaniu analogów GnRH możliwe jest uniknięcie planowanego nacięcia pośrodkowego. U pacjentek poddawanych histerektomii zastosowanie tych środków często umożliwia wykonanie zabiegu drogą pochwową.

Sposób wyszukiwania danych: Stosownych randomizowanych badań kontrolowanych szukano w elektronicznych bazach: Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group Register of Trials, MEDLINE, EMBASE, PsychLIT, Current Contents, Biological Abstracts, Social Sciences Index, and CINAHL. Próbowano także zidentyfikować badania przeszukując piśmiennictwo, na które powoływały się prace przeglądowe. W większości przypadków dla uzyskania dodatkowych informacji kontaktowano się z pierwszym autorem zakwalifikowanej pracy.

Kryteria doboru: Do przeglądu miały być włączane randomizowane badania porównujące stosowanie analogów GnRH z niestosowaniem

analogue treatment versus placebo, no treatment, or other medical therapy prior to surgery, either myomectomy or hysterectomy, for uterine fibroids.

Main results: Pre- and post-operative haemoglobin (Hb) and haematocrit (HCT) were significantly improved by GnRH analogue therapy prior to surgery, and uterine volume, uterine gestational size and fibroid volume were all reduced. Pelvic symptoms were also reduced but some adverse events were more likely during GnRH analogue therapy. Hysterectomy appeared to be easier after pre-treatment with GnRH analogue therapy; there was reduced operating time and a greater proportion of hysterectomy patients were able to have a vaginal rather than an abdominal procedure. Duration of hospital stay was also reduced. Blood loss and rate of vertical incisions were reduced for both myomectomy and hysterectomy. Evidence of increased risk of fibroid recurrence after GnRH analogue pre-treatment in myomectomy patients was equivocal and no data were available to assess change

żadnego leczenia, zastosowaniem placebo lub innego leczenia farmakologicznego jako premedykacji przed operacją wycięcia mięśniaków lub histerektomią z powodu mięśniaków macicy.

Główne wyniki badań: Przedoperacyjne zastosowanie analogów GnRH wpłynęło na wyraźną poprawę przed- i pooperacyjnych poziomów hemoglobiny i hematokrytu a także zmniejszenie zarówno objętości macicy określonej w tygodniach wieku ciążowego, jak i objętości mięśniaków. Redukcji uległy także dolegliwości miedniczne, jednak podczas leczenia analogami GnRH występowały niektóre działania niepożądane. Po premedykacji analogami GnRH histerektomia stawała się łatwiejsza; skróceniu uległ czas operacji i u większej liczby pacjentek można było wykonać zabieg drogą pochwową a nie brzusznią. Krótszy był także czas hospitalizacji. Zarówno w przypadku operacji wycięcia mięśniaków jak i histerektomii zmniejszyła się utrata krwi a także liczba cięć pośrodkowych. Dowody na wzrost ryzyka wystąpienia nawrotów mięśniaków po premedykacji analogami GnRH u pacjentek, którym wycięto mięśniaki były niejednoznaczne. Brak było

in post-operative fertility. The increased costs associated with GnRH analogue therapy were not assessed.

także danych na temat zmian płodności po operacji w tej grupie. Wyższy koszt leczenia wiązany ze stosowaniem analogów GnRH nie był szacowany.

Thromboembolism in surgery

Zatorowość żylna w chirurgii

J.E. Brennan MB, ChB, MRCOG
Tłumaczył Sławomir Kaczorowski

Venous thromboembolism (VTE), comprising deep venous thrombosis (DVT) and pulmonary thromboembolism (PTE), remains a significant cause of postoperative mortality and morbidity.

It is well recognized that clinicians are universally poor at diagnosing DVT and PTE, and it is, therefore, logical to address the issue of prevention in an attempt to reduce the incidence and complications of this condition.

It is established that various prophylactic measures are successful in reducing the incidence of postoperative VTE. However, the key to implementing thromboprophylactic policies with success relies not only on awareness of the frequency of the problem, but also the recognition and accurate identification of risk factors so that an individual's risk can be assessed and appropriate measures taken.

Zatorowość żylna (VTE = Venous Thromboembolism), do której zalicza się zakrzepicę żył głębokich (DVT = Deep Venous Thrombosis) i zatorowość płucną (PTE = Pulmonary Thromboembolism), stanowi istotną przyczynę chorobowości i umieralności pooperacyjnej.

Powszechnie wiadomo, że rozpoznanie DVT i PTE jest bardzo trudne. Dlatego należy skoncentrować się na profilaktyce w nadziei zmniejszenia częstości występowania tej patologii oraz związanych z nią powikłań.

Wiadomo, że różnego rodzaju profilaktyka skutecznie obniża zachorowalność na pooperacyjną zatorowość żylną. Jednak kluczem do skutecznej profilaktyki przeciwzakrzepowej jest nie tylko świadomość skali problemu, lecz także rozpoznanie i precyzyjne określenie czynników ryzyka, co pozwoli przyporządkować pacjenta do określonej grupy ryzyka i wdrożyć właściwe leczenie.

This article discusses such issues, and

the available treatment options, in relation to general surgery.

Introduction

Venous thrombosis affects 1 in 1000 individuals annually and constitutes a major health problem. Of those patients who die following admission to a general hospital, 10% are the result of pulmonary embolism, which represents approximately 1% of all admissions.

Not only is thromboembolism an important cause of mortality, but it is also associated with significant morbidity as a result of deep venous insufficiency, which is estimated to occur in up to 49% of cases. In addition, a previous venous thromboembolic event carries a recurrence risk in the order of 50%.

Clinical diagnosis of venous thrombosis is notoriously inaccurate, with only 50% of cases being detected on the basis of signs and symptoms alone. Screening for asymptomatic thrombosis is not cost effective in the majority of patients and,

Poniższy artykuł omawia te kwestie i dostępne możliwości leczenia w odniesieniu do chirurgii ogólnej.

Wprowadzenie

Zakrzepica żylna dotyka jedną na 1000 osób rocznie i stanowi ważny problem zdrowotny. Spośród pacjentów, którzy umierają wkrótce po przyjęciu do szpitala, 10% umiera w następstwie zatorowości płucnej, która stanowi przyczynę około 1% wszystkich hospitalizacji.

Zatorowość żylna jest nie tylko ważną przyczyną umieralności, lecz również wiąże się z wysoką chorobowością związaną z niewydolnością żył głębokich, częstość której oceniana jest na 49% przypadków. Ponadto przebyty epizod zakrzepicy niesie ze sobą 50% ryzyko nawrotu.

Rozpoznanie kliniczne zakrzepicy żylniej wciąż sprawia ogromne trudności. Na podstawie samych tylko objawów podmiotowych i przedmiotowych rozpoznaje się zaledwie połowę przypadków. Wykonywanie badań przesiewowych w kierunku bezobjawowej zakrzepicy żylniej u większości pacjentów byłoby zbyt kosztowne, dlatego

therefore, prevention of this condition is better than cure.

The use of routine prophylaxis for moderate to high-risk hospital patients reduces the incidence of both nonfatal and fatal venous thromboembolism (VTE), and is also cost effective.

In order to implement such a policy successfully, it is important that risk factors in the aetiology of the condition are identified.

Risk factors

A number of studies have been performed investigating the incidence of VTE in various patient groups, and the association with risk factors. These have focused on postoperative patients undergoing general, orthopaedic, urological and gynaecological surgery, and the findings are based on the results of radio-labelled leg scanning or venography. Table 1 illustrates risk factors for venous thromboembolism and it can be seen that the risk can be

też lepiej jest zapobiegać występowaniu tego schorzenia niż je leczyć.

Stosowanie rutynowej profilaktyki przeciwzakrzepowej u pacjentów szpitalnych ze średnim i wysokim ryzykiem VTE zmniejsza zarówno liczbę przypadków zakończonych zgonem, jak i przypadków o łagodniejszym przebiegu. Stosowanie profilaktyki jest także korzystne ze względów ekonomicznych.

W celu wprowadzenia skutecznego postępowania należy poznać istniejące czynniki ryzyka i ich wpływ na powstawanie zakrzepicy żyłnej.

Czynniki ryzyka

W wielu badaniach analizowano zachorowalność na zatorowość żylną w różnych grupach pacjentów oraz wpływ różnych czynników ryzyka. Obejmowały one głównie pacjentów po operacjach chirurgicznych, ortopedycznych, urologicznych i ginekologicznych. Rozpoznanie ustalano w oparciu o wyniki flebografii i scyntygrafii. W tabeli 1 przedstawiono czynniki ryzyka ze strony pacjenta, typu choroby i rodzaju zabiegu chirurgicznego, które wiążą się

related to factors pertaining to the patient, z występowaniem zatorowości żyłnej.
and factors relating to the disease or
surgical procedure itself.

Intrauterine contraceptives: insertion and removal

Zakładanie i usuwanie wkładki wewnątrzmacicznej

Philip D. Darney
Tłumaczył Robert Kulik

Intrauterine contraceptives (IUC) are among the most widely used methods of family planning (more than 50 million users in China, for example) despite their requirement for insertion and removal by a trained clinician. It is not these minor surgical procedures that have discouraged IUC use in the United States. Instead, misinformation about IUCs has kept from the wider use their high efficacy, long duration of action – 1.5 pregnancies per 100 users over 5 years and 10-year activity for the Copper T380A and safety warrant. The facts are:

1. An increased risk of infection with the modern IUC is related only to the insertion.
2. IUCs do not increase the risk of ectopic pregnancy.
3. IUCs are not abortifacients.
4. The modern IUC has not exposed clinicians to litigation.

Wewnątrzmaciczna wkładka antykoncepcyjna (WW) należy do najpopularniejszych metod planowania rodziny (np. w Chinach stosuje ją ponad 50 mln pacjentek), pomimo konieczności jej zakładania i usuwania przez wyszkolonych lekarzy. Jednak to nie ten drobny zabieg zniechęca do stosowania jej w Stanach Zjednoczonych. Na drodze szerszego wykorzystania tej wysoce skutecznej, długotrwałej i bezpiecznej metody (1,5 ciąży na 100 kobiet w ciągu 5 lat i 10 lat aktywności w przypadku CopperT380A) – stoi głównie dezinformacja.

Faktem jest, że:

1. Zwiększone ryzyko infekcji w przypadku nowoczesnych WW wiąże się jedynie z ich zakładaniem.
2. WW nie zwiększa ryzyka wystąpienia ciąży pozamacicznej.
3. WW nie jest środkiem poronnym.
4. Nowoczesne WW nie są przyczyną konfliktów między lekarzami.

Patient selection

Patient selection for successful IUC use requires attention to menstrual history and the risk for sexually transmitted diseases (STDs). Women who are bothered by heavy or prolonged menses may find their symptoms aggravated by a copper IUC and relieved by a hormonal IUC (Progestasert progesterone – containing T).

Copper IUCs do not increase menstrual bleeding as much as old – style inert plastic IUCs, but women with heavy menses are likely to be happier with a hormonal IUC or birth control pills which reduce menstrual blood loss. The progesterone IUC lasts for only 1 year, compared to 10 for the Copper T380A, and is not as effective as the Copper T (2.0 pregnancies per 100 women per year compared to less than 1.0 for the Copper T). Since insertion is the source of infection with IUCs, the need for yearly removal and reinsertion could be a problem with the Progestasert. A levonorgestrel – containing device that lasts for up to 10 years, and reduces pelvic infection rates and menstrual

Dobór pacjentek

Powodzenie stosowania WW wymaga odpowiedniego doboru pacjentek uwzględniającego wywiad miesięczkowy oraz ryzyko występowania chorób przenoszonych drogą płciową. Kłopotliwe dla niektórych pacjentek obfite lub przedłużające się krwawienia mogą się nasilić po założeniu wkładki zawierającej miedź lub zmniejszyć po zastosowaniu wkładki uwalniającej hormony (Progestasert - T-kształtna wkładka zawierająca progesteron).

Wkładki domaciczne zawierające miedź nie nasilają krwawienia w takim stopniu jak to czyniły stare wkładki plastikowe, jednak kobiety, które mają obfite miesiączki będą bardziej zadowolone z wkładek hormonalnych lub tabletek antykoncepcyjnych, które zmniejszają utratę krwi miesięczkowej. Progesteronowe WW działają zaledwie 1 rok (Copper T380A – 10 lat) i nie są tak skuteczne jak CopperT (2 ciąży na rok na 100 kobiet w porównaniu do mniej niż 1 w przypadku CopperT). Ponieważ podczas zakładania może dojść do infekcji, coroczna – w przypadku Progestasert – potrzeba usuwania i zakładania nowej wkładki staje się problematyczna. Wkładka uwalniająca levonorgestrel zmniejszająca utratę krwi miesięczkowej i ryzyko infekcji, o 10-letniej

blood loss, is in clinical trial. It will provide a better hormonal alternative to the Copper T380A than the progesterone IUC.

Younger, nulliparous women are more likely to have heavy, painful menses, but age and parity are not the critical factors in selection; the patient's risk factors for STDs are the most important consideration. Women who have multiple sexual partners, whose partners have multiple partners, who are drug or alcohol dependent, and who are not in a stable sexual relationship are at greater risk of pelvic infection at the time of IUC insertion and at greater risk of acquiring a sexually transmitted disease after their IUC is inserted. Although the IUC does not increase the later risk, neither does it protect against pelvic infection, as do hormonal and barrier methods. These are a better choice for the woman at high risk of contracting pelvic infection through sexually transmitted diseases. An IUC user who believes she may be exposed to an STD should always use condoms as well. If her risk is chronic or she has difficulty getting her

aktywności jest obecnie w fazie badań klinicznych. Stanie się ona lepszą hormonalną alternatywą dla Copper T380A niż wkładka zawierająca progesteron.

Chociaż młode nieródki częściej mają obfite i bolesne miesiączki, nie wiek czy rodność stanowią najistotniejszy czynnik selekcji – a ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową (CPDP). Kobiety bez stałego związku seksualnego, mające wielu partnerów lub mające wiele partnerek, nadużywające alkoholu i używające narkotyków są w grupie podwyższonego ryzyka wstępującego zakażenia narządów miednicy podczas zakładania WW oraz ryzyka zarażenia się CPDP po założeniu WW. Chociaż WW nie zwiększa tego ryzyka w okresie późniejszym, to jednak również nie chroni przed zakażeniem, tak jak czynią to metody mechaniczne czy hormonalne. Zatem metody te stanowią lepszy wybór w przypadku pacjentek, u których występuje ryzyko zakażenia narządów miednicy mniejszej drobnoustrojami przenoszonymi drogą płciową. Pacjentki stosujące wkładkę domaciczną, które uważają, że mogą być narażone na choroby przenoszone drogą płciową powinny dodatkowo stosować prezerwatywę. Jeżeli narażenie jest ciągłe lub

risky partners to use condoms, she should consider having her IUC removed and relying on a method that would help protect her against STDs.

In addition to STDs, there are other conditions that make successful IUC use less likely. Women who have abnormalities of uterine anatomy (bicornuate uterus, submucous myoma, cervical stenosis) may not accommodate an IUC. The few individuals who have allergies to copper or have Wilson's disease (a prevalence of about 1 in 200,000) should not use copper IUCs. Immunosuppressed patients and patients at risk for endocarditis should not use IUCs because they can cause bacteremia at the time of insertion.

Except for women with these conditions, few patients cannot use modern IUCs. There is no evidence that diabetics have higher rates of infection with IUCs than do other women. In fact, for women whose glucose tolerance is affected by hormonal contraceptives and whose diabetes may make pregnancy dangerous, the IUC can be an ideal choice. Young

pacjentka nie może skłonić swego partnera do używania kondomów, to powinna rozważyć usunięcie wkładki i oparcie się na metodzie, która będzie ją chronić przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (CPDP).

Oprócz CPDP istnieją inne sytuacje, które czynią skuteczność stosowania WW mniej prawdopodobną. U kobiet ze zmianami anatomicznymi macicy (macica dwurożna, mięśniak podśluzówkowy, zwężenie szyjki) wkładka może się nie zmieścić. Pacjentki mające alergię na miedź lub z chorobą Wilsona (występuje u 1 na 200 000 osób) nie powinny stosować wkładek zawierających miedź. Pacjentki otrzymujące leczenie immunosupresyjne lub z ryzykiem zapalenia wsierdza także nie powinny stosować wkładek z powodu możliwej bakteriemii związanej z ich zakładaniem.

Z wyjątkiem tych nielicznych kobiet niewiele pacjentek nie może stosować nowoczesnych WW. Nie ma dowodów na to, że w przypadku cukrzycy ryzyko infekcji związanej z WW jest wyższe niż u innych kobiet. Co więcej, hormonalne leki antykoncepcyjne mogą dodatkowo upośledzić tolerancję glukozy w przypadku cukrzycy, kiedy ciąża jest niebezpieczna – dlatego

women with sickle cell disease will benefit from the high use effectiveness of IUCs.

u tych pacjentek właśnie WW może okazać się najlepszą metodą. Młode kobiety z anemią sierpowatą odniosą korzyść ze stosowania wysoce skutecznych domacicznych wkładek antykoncepcyjnych.

Cervical dilation for intrauterine procedures

Rozszerzanie kanału szyjki przed zabiegami w jamie macicy

Philip D. Darney

Tłumaczył Robert Kulik

In addition to forceful surgical dilation using steel instruments, several alternatives are available for opening the cervical canal before intrauterine procedures such as first- or second-trimester abortion, colposcopy, hysteroscopy, endometrial biopsy, and intrauterine device (IUD) insertion or removal. Laminaria tents are an old and effective method, but improved knowledge of the physiology of cervical dilation has encouraged the development of hydrophilic and hormonal dilators, which in many clinical circumstances have proved superior to metal dilators and to Laminaria.

Cervical tissue consists not of muscle fibers but of long, complex proteoglycan molecules stretched on a core of hyaluronic acid. Side chains of the hyaluronic acid core are charged, and, because the charges are unequal, the molecule is coiled into a helix. Water molecules

Oprócz mechanicznego, chirurgicznego rozszerzania przy użyciu stalowych narzędzi, znanych jest kilka alternatywnych sposobów otwierania szyjki przed takimi zabiegami, jak: ukończenie ciąży w pierwszym lub drugim trymestrze, kolposkopia, histeroskopia, biopsja endometrium czy zakładanie lub usuwanie wkładek wewnątrzmacicznych. Skuteczne i od dawna znane są rozszerzadła z blaszeczniczy morskiej. Jednak poznanie fizjologii rozszerzania się szyjki macicy umożliwiło rozwój metod opartych na rozszerzadłach hydrofilowych oraz wykorzystaniu leków hormonalnych, które w wielu sytuacjach klinicznych mają przewagę nad rozszerzadłami metalowymi czy blaszecznicą.

Tkanka szyjki nie jest zbudowana z włókien mięśniowych, ale z długich łańcuchów proteoglikanów przyczepionych do rdzenia zbudowanego z kwasu hialuronowego. Łańcuchy boczne hialuronowego rdzenia posiadają ładunki, których rozkład jest nierówny, co powoduje, że łańcuchy zwinęte

are retained within the helix; the process of cervical dilation presumably involves removing water molecules from the coils of the helix. Release of water may be facilitated biochemically by prostaglandins. When surgical cervical specimens are forcefully opened using metal dilators, pre- and postdilation assays show that water is literally squeezed out of the cervical stroma.

Radial or longitudinal tears of the endocervix can occur if dilation is too forceful or acute, and such dilation is painful and time consuming during surgery. Hydrophilic (Laminaria, hypan, and magnesium sulfate) and hormonal (prostaglandin and progesterone antagonist) methods of dilating the cervix have clear advantages over traditional metal dilators when considerable dilation (> 2 cm) must be obtained or when cervical trauma must be avoided. Insertion of hydrophilic dilators before first- or second-trimester abortion and other procedures decreases the incidence of cervical trauma and uterine perforations. In addition, dilators shorten the duration of transcervical procedures, thereby decreasing pain and blood loss.

In this chapter we introduce the

są w helisę. Zwoje tej helisy utrzymują cząsteczki wody, których usunięcie wiąże się prawdopodobnie z rozszerzeniem szyjki. Przy użyciu prostaglandyn możliwe jest biochemiczne uwolnienie wody. Badania świeżo wyciętych preparatów szyjek pokazują, że woda dosłownie wycieka ze zrębu po ich siłowym rozszerzaniu za pomocą metalowych rozszerzadeł.

Zbyt szybkie lub nadmiernie silne rozszerzanie może doprowadzić do powstania poprzecznych lub podłużnych pęknięć błony śluzowej szyjki. Rozszerzanie takie jest także bolesne i przyczynia się do wydłużenia czasu zabiegu. W sytuacjach, gdy chcemy uniknąć uszkodzenia szyjki lub w przypadku konieczności znacznego jej rozszerzenia (>2 cm) metody hydrofilowe (blaszecznicza, hypan, siarczan magnezu) lub hormonalne (prostaglandyny, antagoniści progesteronu) mają wyraźną przewagę nad tradycyjnymi rozszerzadłami metalowymi. Założenie rozszerzadeł hydrofilowych przed zabiegiem ukończenia ciąży w pierwszym lub drugim trymestrze zmniejsza częstość występowania uszkodzeń szyjki i perforacji macicy. Dodatkowo zastosowanie tych rozszerzadeł skracza czas zabiegów w jamie macicy oraz zmniejsza ból i utratę krwi.

various methods of cervical dilation. Those that are necessary for particular procedures are further described in the appropriate chapters.

Laminaria tents

Plants have been used as cervical dilators for centuries. Slippery elm, tupelo, and Laminaria were most popular in traditional medicine for achieving cervical dilation. American gynecologists used them until early in the twentieth century, when they fell into disfavor because the unsterilized dilators were said to cause infection. This was likely true of the land plants, slippery elm and tupelo, but not of the cold-water, intertidal seaweed, Laminaria.

The slender stems of the seaweed are useful medically. When fully saturated with water, they swell to three or four times their dry diameter without changing length - an important quality because lengthened Laminaria might rupture membranes and shortened ones could withdraw from the internal cervical os. The Laminaria applies moderate radial force to the walls of the cervical canal, which helps dilate the cer-

W rozdziale tym przedstawimy różne metody rozszerzania szyjki macicy. Takie, które są konieczne w konkretnych przypadkach zostaną omówione we właściwych rozdziałach.

Rozszerzadła z blaszecznicy morskiej

W tradycyjnej medycynie przez stulecia do rozszerzania szyjki macicy używano roślin. Najbardziej popularne były blaszecznicza, śliskiego wiąz oraz tupelo. Amerykańscy ginekolodzy używali ich do początku dwudziestego wieku, kiedy to popadły w niełaskę, ponieważ, jak się uważało, niesterylizowane rozszerzadła mogły powodować infekcje. Obawy te były prawdziwe w odniesieniu do roślin lądowych – śliskiego wiąz oraz tupelo, jednak w przypadku blaszecznicy – wodorostu rosnącego przybrzeżnie w strefie przyływów i odpływów zimnych wód – były niesłuszne.

Smukłe łodygi tego wodorostu są bardzo przydatne z medycznego punktu widzenia. Nasączone w pełni wodą powiększają swoją średnicę 3-4-krotnie w stosunku do stanu suchego nie zmieniając przy tym swej długości, co jest ważną cechą, ponieważ wydłużone łodygi mogłyby przebić błony płodowe, zaś skrócone - wycofać się z ujścia wewnętrznego szyjki. Blaszcznica wywiera na ściany szyjki umiarkowany, promieniście skierowany nacisk,

vix but also causes pain. The Laminaria stem is rigid and slightly tapered, can be harvested in sizes ranging from 2 to 10 mm, does not fragment easily, and is abundant and relatively inexpensive.

A theoretical disadvantage of Laminaria is that it cannot be completely sterilized; bacterial spores may still remain after treatment with ethylene oxide. Concern about increasing the risk of infection made many physicians reluctant to use Laminaria, but postabortion infection rates with Laminaria are no greater than when they are not used. Laminaria have been used successfully for more than 20 years as adjuncts to both first- and second-trimester abortion.

Newer methods of cervical dilation

Laminaria is not an ideal cervical dilator. As the stem of sea plants, it cannot be manufactured to specifications, cannot be sterilized completely enough to kill all bacterial spores, works slowly, and requires intracervical insertion by a clinician 6 to 48 hours before an intrauterine procedure. New methods of cervical dilation are attempts to overcome some or all of

co pomagają rozszerzyć kanał lecz jednocześnie powoduje ból. Łodyga blaszeczniczy zwęża się lekko i jest sztywna, może być zbierana w różnych rozmiarach od 2 do 10 mm, nie ulega łatwo rozkawałkowaniu, występuje obficie i jest stosunkowo niedroga.

Teoretyczną wadą blaszeczniczy jest to, że nie może być całkowicie wysterylizowana – przetrwalniki bakterii mogą wciąż pozostać po zastosowaniu tlenu etylenu. Obawa przed zwiększonym ryzykiem infekcji spowodowała niechęć wielu lekarzy do stosowania blaszeczniczy, jednak częstość występowania infekcji po zabiegach z wykorzystaniem blaszeczniczy nie jest większa niż kiedy się jej nie używa. Blaszecznicza od przeszło dwudziestu lat używana jest z powodzeniem przy zabiegach ukończenia ciąży w pierwszym i drugim trymestrze.

Nowsze metody rozszerzania szyjki

Blaszecznicza nie jest idealnym rozszerzaczem szyjki macicy. Jako łodyga rośliny wodnej nie może być precyzyjnie produkowana zgodnie ze specyfikacją, nie może być całkowicie wysterylizowana, tak aby zabić wszystkie formy przetrwalnikowe bakterii, działa wolno i musi być założona do kanału szyjki przez lekarza na 6–48 godzin przed zabiegiem. Rozwój nowych metod

these disadvantages of Laminaria and still open the cervix gently and safely prior to surgery.

Hydrophilic dilators

Hypan (Dilapan)

A hydrogel polymer (hypan) dilator has had considerable clinical use in abortion, colposcopy, and induction of labor. This substance has appeal as a cervical dilator because, like natural dilators, it is hydrophilic and expands to apply radial force to the cervical canal walls, but it acts more rapidly, swells to a greater diameter, and is more visible sonographically than Laminaria. In addition it is completely sterile and can be manufactured to specifications.

Disadvantages compared to Laminaria include a greater propensity to fragment at the time of removal, no sizes smaller than 3-mm diameter, shortening as water is absorbed, and higher cost per piece. Controlled clinical comparison with Laminaria shows that hypan works faster and achieves greater dilation, and that hypan

rozszerzania idzie w kierunku wyeliminowania części czy nawet wszystkich wad blaszeczniczy z zachowaniem właściwości delikatnego i bezpiecznego otwierania szyjki przed zabiegami.

Rozszerzadła hydrofilowe

Hypan (Dilapan)

Polimer hydrożelu (hypan) znalazł częste zastosowanie kliniczne jako rozszerzadło podczas zabiegów ukończenia ciąży, w kolposkopii czy indukcji porodu. Zaletą tej substancji jest to, że podobnie jak rozszerzadła naturalne ma właściwości higroskopijne i pęczniąc działa od środka na ścianki kanału promieniście rozłożoną siłą. Hypan działa jednak szybciej, powiększa się do większej średnicy i jest lepiej niż blaszecznicza widoczny w USG. Dodatkowo jest całkowicie jałowy i może być precyzyjnie produkowany zgodnie ze specyfikacją.

Wadą tego rozszerzadła w stosunku do blaszeczniczy jest to, że łatwiej ulega fragmentacji podczas usuwania, najmniejsza jego średnica wynosi 3 mm, ulega skróceniu podczas absorbowania wody i jest droższy. W kontrolowanych badaniach porównawczych wykazano, że hypan ma mniej działań niepożądanych niż blaszecznicza oraz,

has fewer side effects with more dilation than the prostaglandins to which it has been compared.

że umożliwia większe rozszerzenie niż prostaglandyny.

The omental J-flap: an innovative technique for prevention of intestinal complications after radical abdominal hysterectomy

Uszypułowany płat sieci – nowatorska technika zapobiegania powikłaniom jelitowym po radykalnej histerektomii brzusznej

Bruce Patsner, MD
Tłumaczył Robert Kulik

Abstract

Objective: To describe the technique for omental J-flap placement at the time of type III radical abdominal hysterectomy and review attendant enteric morbidity prevented in a series of 140 patients who underwent J-flap placement.

Methods: A total of 140 consecutive patients who had undergone surgery for stage IB cervical cancer underwent placement of an omental J-flap at the conclusion of radical abdominal hysterectomy.

Results: No patient developed a small bowel obstruction or ileus after radical abdominal hysterectomy, even in patients who had postoperative whole pelvic radiation therapy. In addition, the postoperative pelvic infection rate was negligible and the

Streszczenie

Cel: Opisanie sposobu wytworzenia uszypułowanego płata sieci podczas radykalnej histerektomii brzusznej. Opisanie typowych powikłań towarzyszących histerektomii tego typu, którym udało się zapobiec w grupie 140 pacjentek, u których wytworzono wędrujący płat sieci.

Metody: U 140 kolejnych pacjentek, leczonych chirurgicznie z powodu raka szyjki w stopniu Ib pod koniec radykalnej brzusznej histerektomii transponowano do miednicy mniejszej wędrujący płat sieci.

Wyniki: Zaparcia i niedrożność jelit nie wystąpiły u żadnej z pacjentek po radykalnej brzusznej histerektomii, nawet u tych, które poddano następowej radioterapii całej miednicy. Co więcej, współczynnik pooperacyjnych zakażeń był nieistotny zaś współczynnik

fistula rate was zero.

Conclusion: The omental J-flap is a fast, effective surgical adjunct for minimizing intestinal morbidity after radical abdominal hysterectomy, with or without postoperative pelvic radiation therapy.

Surgical complications that occur after type III radical abdominal hysterectomy include pelvic infection, urinary tract fistula, lymphocyst formation, and small bowel obstruction. The incidence of infectious morbidity decreases if perioperative intravenous antibiotic therapy is administered. Even so, the incidence of pelvic infectious morbidity after type III hysterectomy has been 10% or more. The incidence of urinary fistula should be in the 1-2% range for experienced gynecologic cancer surgeons, and lymphocyst formation may be prevented by judicious use of hemoclips and the avoidance of Jackson-Pratt drains. Intestinal morbidity, particularly small bowel obstruction, remains a significant problem with an expected postoperative incidence of 5%, and up to 25% or more if postoperative whole pelvic radiation therapy is given

pooperacyjnych przetok wynosił zero.

Wnioski: Wędrujący płat sieci jest prostym i skutecznym uzupełnieniem chirurgicznym minimalizującym ryzyko powikłań jelitowych związanych z radykalną histerektomią brzuszną, której towarzyszy lub nie radioterapia.

Do powikłań chirurgicznych radykalnej brzusznej histerektomii typu III zaliczamy zakażenia w obrębie miednicy, przetoki moczowe, tworzenie się torbieli limfatycznych oraz niedrożność jelit. Częstość występowania infekcji miednicy zmniejsza się wraz z zastosowaniem dożylnych profilaktyki antybiotykowej. Jednak pomimo to infekcje występują w ponad 10% przypadków histerektomii typu III. Częstość występowania przetok moczowych, w przypadku doświadczonego operatora, powinna mieścić się w zakresie 1-2%, zaś tworzenie torbieli limfatycznej ograniczyć można przez rozsądne stosowanie zacisków naczyniowych i unikanie nieuzasadnionych drenaży. Powikłania jelitowe, a szczególnie niedrożność jelita cienkiego, pozostają nadal ważnym problemem, którego pooperacyjna częstość występowania wynosi 5% i wzrasta do 25% w przypadku następowej radioterapii całej miednicy.

after surgery.

This report describes a simple technique that may be used to dramatically reduce the incidence of enteric complications after radical abdominal hysterectomy, particularly in patients receiving whole pelvic radiation therapy.

Methods

From 1989 to 1996, 140 patients with clinical stage IB cervical cancer underwent type III radical abdominal hysterectomy, bilateral pelvic and common iliac lymphadenectomy, para-aortic node sampling, and selective salpingo-oophorectomy.

Virtually all surgeries were done through a Maylard incision unless a prior vertical or paramedian incision was present. The ENDO-GIA stapler was used for procedures since 1990 for the cardinal and uterosacral ligaments, 2-0 Vicryl suture was used for major pedicles, and hemoclips were used to secure lymphatic and vascular bundles. No patient had re-peritonealization of the pelvic peritoneum or insertion of Jackson-Pratt drains. Cefotetan antibiotic prophylaxis (2 g i.v. 20

Praca ta opisuje prostą technikę, której zastosowanie może bardzo wyraźnie zmniejszyć częstość występowania powikłań brzusznych po całkowitej histerektomii brzusznej, szczególnie u pacjentek leczonych skojarzoną radioterapią całej miednicy.

Metody

W latach 1989-1996 – 140 kolejnych pacjentek z rakiem szyjki macicy w stopniu Ib poddano radykalnej brzusznej histerektomii z towarzyszącym obustronnym usunięciem węzłów chłonnych miednicznych i biodrowych wspólnych, biopsją węzłów chłonnych okołoaortalnych oraz obustronnym usunięciem jajników i jajowodów.

Wszystkie zabiegi, z wyjątkiem tych przypadków, w których występowały już blizny po poprzednio wykonanych cięciach pośrodkowych lub w linii przyśrodkowej, wykonano cięciem Maylarda. Od 1990 roku używano staplera ENDO-GIA dla zaopatrzenia więzadeł podstawowych i krzyżowo-macicznych. Do zaopatrzenia głównych pęczków naczyniowych stosowano Vicryl 2-0. Naczynia chłonne i krwionośne zaopatrywano zaciskami naczyniowymi. U żadnej pacjentki nie wykonywano peritonizacji otrzewnej miednicy

minutes before the incision was made and then every 12 hours for two doses) was administered to all patients.

ani nie zastosowano drenażu. Profilaktycznie u wszystkich pacjentek zastosowano Cefotetan 2 g i.v. na 20 min. przed operacją i następnie dwie dawki co 12 godzin.

Po Polsku - Po Angielsku

Zaawansowany angielski dla lekarzy - część III

zawartość kasyty:

STRONA A

1. Practical guide to diagnosing and treating vaginitis 11:04
2. Effective patient and physician communication:
the challenge posed by increasingly sophisticated techniques 6:32
3. Medical problems and oral contraceptives 3:55

STRONA B

1. Pre-operative gonadotropin-releasing hormone analogue
before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids 4:40
2. Thromboembolism in surgery 3:00
3. Intrauterine contraceptives: insertion and removal 4:37
4. Cervical dilation for intrauterine procedures 5:55
5. The omental J-flap: an innovative technique
for prevention of intestinal complications after radical abdominal hysterectomy 3:37

(C) Wydawnictwo Libramed 2000