

się techniką PCR-SSCP i sekwencjonowaniem. Analizę niestabilności mikrosatelitarnej przeprowadzono w 60 rakach badając siedmiem markerów mikrosatelitarnych (D2S123, D3S966, D5S346, D17S250, D17S855, D17S1323 i D18S58) metodami: PCR z użyciem starterów znakowanych fluorescencyjnie i elektroforezy w żelu poliakrylamidowym (program Gene Scan/ABI 377). Statystyczną ocenę wyników wykonano testem  $\chi^2$ . Wśród badanych raków endometrium mutacje w genie PTEN wykryto w 57/125 (45,6%) przypadkach. W genie CTNNB1 mutacje znaleziono w 9/125 (7,2%) rakach. Niestabilność mikrosatelitarna (MI+) występowała w 31,6% (19/60) raków endometrium. W 15/19 przypadkach (25%) stwierdzono niestabilność wysokiego stopnia dotyczącą od 3 do 6 badanych markerów mikrosatelitarnych. Natomiast w 4 rakach była ona na niskim poziomie gdyż występowała w dwóch mikrosatelitarnych markerach. Pozostałe 68,4% (41/60) raków nie miało zmian w badanych mikrosatelitarnych markerach (MI-). Stwierdzono dodatnią korelację między występowaniem niestabilności mikrosatelitarnej i obecnością mutacji w genie PTEN. Mutacje w genie PTEN znamienne częściej występowały w rakach MI+ niż w rakach MI- (odpowiednio 73,7% i 39% ; $\chi^2=6,2388$ ,  $\alpha=0,0125$ ). Natomiast częstość występowania mutacji w genie CTNNB1 była podobna w rakach MI+ i MI- (odpowiednio 15,7% i 14,6%). Wyniki obecnej pracy przemawiają za istnieniem odmiennych mechanizmów karcinogenezy raka endometrium.

265.

## IUMPA-2: UWALNIANIE OCTANU MEDROKSYPROGESTERONU Z SYSTEMU WEWNĄTRZMACI-CZNEGO DO LECZENIA ROZROSTÓW ENDOMETRIUM W STOSUNKU DO WSPÓŁCZYNNIKA MASY CIAŁA CHORYCH

Kowalski A.J., Welfel J., Tuzin J.

I Klinika Ginekologii i Onkologii  
Ginekologicznej IGP  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wstęp:** Przedmiotem zainteresowania badaczy jest opracowanie systemu w postaci wkładki domacicznej zawierającej octan medroksyprogesteronu, którego czas uwalniania do środowiska jamy macicy wynosiłby 30 dni. Dawkę leku we wkładce na podstawie piśmiennictwa oraz w oparciu o doświadczenia własne i obliczenia podaży leku określono na 2 g/30 dób. Dawka ta pozwala uzyskać w obrębie jamy macicy podaż leku w wysokości 66 mg/dobę; przy parenteralnym podaniu octanu medroksyprogesteronu w dawce 1 g na dobę szacunkowa podaż w obrębie jamy macicy wynosi 20 mg/dobę, a więc jest o ok. 3-krotnie mniejsza. Należy podkreślić, że w przypadku terapii miejscowej całomiesięczne obciążenie ustroju lekiem wynosi 2 g, a w przypadku terapii parenteralnej skojarzonej z enteralną wynosi 30 g, tj. 15-krotnie większe.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 20 kobiet po menopauzie z rozpoznaniem histopatologicznym rozrostem prostym endometrium.

Protokół badawczy: 1. założenie wkładki IUMPA-2 do jamy macicy pod kontrolą hysteroskopu (z biopsją endometrium), 2. pomiar USG wymiarów wkładki co 7 dni, 3. po całkowitym uwolnieniu leku hysteroskopowa biopsja endometrium.

Na podstawie wymiarów ultrasonograficznych obliczano objętość wkładki jako średnią z trzech kolejnych pomiarów. Końcowy czas uwolnienia leku określano przez stwierdzenie oddzielenia Inianej nitki markującej oraz na podstawie badania USG. Współczynnik masy ciała (BMI) obliczano według standardowego wzoru.

**Wyniki:** Objętość wkładki IUMPA-2 w chwili założenia wynosiła 6 cm<sup>3</sup>. W grupie o współczynniku masy ciała poniżej 29 w kolejnych pomiarach tygodniowych (7-14-21-28 dni) średnia objętość wkładki wynosiła 4,62 - 3,21 - 1,75 - 0,80 cm<sup>3</sup>, a czas pełnego uwolnienia 35 dni. W grupie o BMI 30-32 pomiary wykazały następujący spadek średniej objętości wkładki: 4,33 - 3,20 - 1,71 - 0,51 cm<sup>3</sup>; czas pełnego uwolnienia 34 dni. W grupie o BMI 33-34 uzyskano następujące wyniki: 3,98 - 2,93 - 1,14 - 0,32 cm<sup>3</sup>; czas pełnego uwolnienia 30 dni. U jednej chorej o masie ciała 126 kG (BMI 47) doszło do całkowitego uwolnienia leku po 14 dniach, założono drugą wkładkę również uzyskując pełne uwolnienie po 14 dniach. Odpowiednio dla każdej z tych dwóch wkładek po 7 dniach uzyskano objętość wkładki 9,19 - 3,22 cm<sup>3</sup>.

**Wnioski:**

1. Masa ciała chorej wpływa na szybkość uwalniania octanu medroksyproge-steronu z IUMPA-2.
2. W przypadkach chorych o ekstremalnie wysokiej masie ciała należy rozważyć 2-krotne, sekwencyjne założenie IUMPA-2.

266.

**STANDARD PRZYJĘCIA I ADAPTACJI PACJENTA W ODDZIALE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I WIELKOPOLSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII**

**Krajewski M.**

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Jako pracownicy Wielkopolskiego Centrum Onkologii dobrze rozumiemy, że przekroczenie progu szpitala onkologicznego jak i samo rozpoznanie choroby nowotworowej wiąże się z wystąpieniem u naszych pacjentów ogromnego stresu. Zdajemy sobie sprawę z tego, że niewłaściwe postępowanie personelu medycznego podczas dokonywania przyjęcia chorego do szpitala może nasilić negatywne emocje pacjentów oraz zaburzyć cały proces terapii. Dlatego, mając na celu podniesienie poziomu jakości świadczeń oraz ułatwienie procesu

adaptacji nowoprzyjętych pacjentów w środowisku szpitalnym, powołano do życia „Oddziałowe Izby Przyjęć”. Odtąd przyjęcia do szpitala odbywają się w dyżurkach pielęgniarskich docelowych oddziałów, z wykorzystaniem systemu informatycznego. Przyjęć pacjentów dokonuje odpowiednio przygotowany personel pielęgniarski, działający zgodnie z opracowaną przez siebie procedurą i standardem postępowania, kładąc szczególny nacisk na poszanowanie praw pacjenta m.in. do uzyskania rzetelnej informacji. Poprzez dobrze zorganizowane, fachowe, nacechowane życzliwością i troską działania, doceniając wagę znaczenia „pierwszego kontaktu”, pielęgniarki dążą do zapewnienia każdemu nowo przyjmowanemu pacjentowi atmosfery bezpieczeństwa oraz poczucia znalezienia się pod profesjonalną opieką medyczną. Aktywność zawodowa personelu pielęgniarskiego pozwala na szybkie rozpoczęcie procesu diagnostyczno-leczniczego oraz przeciwdziałania jego zakłóceniom, co znacznie usprawnia pracę i skraca pobyt pacjenta na oddziale. W trakcie przyjmowania pacjentów na oddział chirurgiczny, pielęgniarki zakładają pełną dokumentację pacjenta, dokonują rozpoznania jego potrzeb i problemów oraz zaplanowują swoje działania w ramach procesu pielęgnowania. Zgodnie z ideą standardu personel pielęgniarski stale podnosi swoje kwalifikacje, dokształcając się w zakresie umiejętności komunikacji interpersonalnej i asertywności; a także w zakresie rodzajów problemów występujących u chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej oraz sposobów ich rozwiązywania. Wdrażany standard przyjęcia i adaptacji pacjenta w oddziale chirurgicznym staje się tym samym drogą do uzyskania satysfakcji pacjentów i co za tym idzie satysfakcji zawodowej udzielającego im świadczeń personelu.