

Anna Stefanowicz¹, Joanna Stefanowicz², Maria Krajewska¹

¹ Pracownia Pielęgniarstwa Pediatricznego, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Dziecko z powiększonym obwodem brzucha – podstawy badania podmiotowego i przedmiotowego brzucha w pielęgniarstwie pediatricznym

A child with an enlarged abdominal circumference – the basics of taking medical history and conducting physical examination of the abdomen in paediatric nursing

STRESZCZENIE

W ostatnich latach rola zawodowa pielęgniarki podlega istotnym i intensywnym przemianom. Zakres zadań podejmowanych przez współczesną pielęgniarkę wciąż się rozszerza, a niektóre z podejmowanych przez nią zadań wymagają wysokich kwalifikacji. Obecnie wykwalifikowana pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie badania fizykalnego umożliwiającego szybką ocenę stanu dziecka oraz wczesne rozpoznawanie różnych chorób. Takie kompetencje i możliwości w praktyce zawodowej stwarza uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego. Badanie podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe (badanie fizykalne) pacjenta jest dla pielęgniarki i lekarza podstawowym źródłem informacji o stanie zdrowia chorego. Badanie pediatriczne ma na celu ocenę stanu zdrowia, ocenę rozwoju fizycznego i psychoruchowego dziecka oraz ustalenie rozpoznania wstępnego. Celem pracy było przedstawienie właściwych etapów badania fizykalnego wykonywanego przez pielęgniarkę i lekarza u dziecka z powiększonym obwodem brzucha.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (2): 259–264

Słowa kluczowe: dziecko; brzuch; badanie fizykalne; pielęgniarka; pielęgniarstwo pediatriczne

ABSTRACT

In recent years, the professional role of the nurse has undergone significant and extensive changes. The scope of the tasks undertaken by the modern nurse is expanding. Some of the tasks undertaken by the nurse require high qualifications. Nowadays, a qualified nurse is entitled to conduct on their own a physical examination that enables quick assessment of the child's condition and early diagnosis of various diseases. Such competence and capabilities in the professional practice are created by obtaining the title of a specialist in paediatric nursing. The medical history and physical examination of the patient are the nurse's and doctor's primary sources of the information about the patient's health. The aim of the paediatric examination is to assess the state of health, the physical and psychomotor development, and determine the initial diagnosis. The aim of this work is to present the proper stages of the physical examination conducted by the nurse and doctor in a child with an enlarged abdominal circumference.

Nursing Topics 2015; 23 (2): 259–264

Key words: child; abdomen; physical examination; nurse; paediatric nursing

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Stefanowicz, Pracownia Pielęgniarstwa Pediatricznego, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk, Polska, tel.: 58 349 19 21, faks: 58 349 12 92, e-mail: ania-stefanowicz@gumed.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0043

Wstęp

Na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa [1, 2]. Zgodnie z wyżej wymienionymi aktami prawnymi przeprowadzenie badania podmiotowego (zebranie wywiadu) i badania przedmiotowego (badania fizykalnego) wchodzi w zakres kompetencji pielęgniarki posiadającej tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Powiększony obwód brzucha może być objawem wielu różnych schorzeń wieku dziecięcego. Biorąc pod uwagę uwarunkowania anatomiczne i patofizjologiczne, powiększony obwód brzucha u dziecka może być spowodowany: znacznym powiększeniem narządów — wątroby, śledziony i nerek, nagromadzeniem gazów i treści patologicznej w jelitach, płynem w jamie otrzewnej, obecnością powietrza w jamie brzusznej (odma otrzewnowa), obecnością nacieków zapalnych i nowotworowych oraz guzami jamy brzusznej. Diagnostyka różnicowa dotycząca przyczyn powiększenia obwodu brzucha w pediatrii jest niezwykle szeroka. Obejmuje: schorzenia przebiegające z wodobrzuszem, powiększenie wątroby, śledziony i nerek w przebiegu schorzeń infekcyjnych, układowych i nowotworowych, wzdęcie i zalegające masy kałowe w jelitach (np. w przebiegu choroby Hirschsprunga), w przewlekłych zaparciach, w chorobie trzewnej, niedrożności — porażenną i mechaniczną, wgłobienie, ropień okołokątniczy, wady przewodu pokarmowego (np. niedokonany zwrot jelit, guzy nienowotworowe i torbiele poszczególnych narządów jamy brzusznej oraz nowotwory złośliwe typowe dla wieku dziecięcego, takie jak: nerwiak zarodkowy współczulny, nerczak zarodkowy, wątrobiak płodowy oraz chłoniaki i mięsaki tkanek miękkich) [3–5].

Z ogólnej praktyki pediatrycznej wiadomo, że w przypadku guzów jamy brzusznej rozpoznanie jest najczęściej przypadkowe. Rodzice nagle zauważają u swojego dziecka powiększony obwód brzucha lub przy przypadkowym dotyku stwierdzają obecność masy patologicznej w brzuchu i z powodu tych objawów zgłaszają się do swojej pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, pediatrycznej pielęgniarki praktyki i lekarza pediatry. Powiększony obwód brzucha może być jedynym objawem choroby, ale mogą mu towarzyszyć również inne objawy — ogólne oraz ze strony

przewodu pokarmowego, takie jak: bóle brzucha, nudności i wymioty, żółtaczką, przewlekające się biegunki, zaparcia, utrata apetytu, ubytek masy ciała. Należy pamiętać, że objawy ze strony przewodu pokarmowego są u dzieci częste, a ocena dziecięcych dolegliwości może przysporzyć pielęgniarce i pediatrze wielu problemów i stanowić dla pielęgniarki i lekarza prawdziwe wyzwanie. Mali pacjenci nie potrafią lokalizować swoich objawów, czasami nie chcą bądź nie potrafią również przekazać informacji o swoich dolegliwościach. Rodzice ze zrozumiałych względów nie są w stanie w sposób obiektywny ocenić dziecięcych dolegliwości.

Wywiad

Badanie podmiotowe powinno być prowadzone systematycznie, tak aby nie pominąć ważnych elementów w sytuacji zdrowotnej chorego dziecka. Zbierając dane od rodziców chorego dziecka, pielęgniarka i lekarz powinni opierać się na schemacie OLD CARD [6].

O (*onset*) — kiedy rozpoczęły się dolegliwości?

L (*location*) — gdzie jest miejsce odczuwania dolegliwości?

D (*duration*) — jak długo pacjent odczuwa dane dolegliwości?

C (*characteristics*) — jak może opisać swoje dolegliwości?

A (*aggravating*) — jakie są czynniki, które pogarszają dane objawy?

R (*relieving factors*) — jakie są czynniki, które łagodzą dolegliwości?

T (*treatment*) — jakie leczenie dotychczas zastosowano? [6].

W trakcie badania podmiotowego pielęgniarka i lekarz powinni zebrać informacje na temat przebytych chorób, dolegliwości ze strony poszczególnych układów i narządów, przyzwyczajzeń dietetycznych, czynników ryzyka, przyjmowanych leków oraz sytuacji rodzinnej, socjalnej i środowiskowej małego pacjenta. Wywiad zebrany od dziecka i/lub jego rodzica powinien ukierunkować uwagę pielęgniarki i lekarza na odpowiednie etapy badania przedmiotowego. Ponadto ogólny wygląd i zachowanie dziecka mogą dostarczyć wielu ważnych informacji co do przyczyny występujących objawów. Ból, drażliwość, niechęć do jedzenia czy ubytek masy ciała są częstymi objawami ogólnymi towarzyszącymi powiększonemu obwodo- wi brzucha. Badanie brzucha stanowi część badania przedmiotowego i powinno odbywać się według klasycznej sekwencji: oglądanie, badanie palpacyjne, opukiwanie i osłuchiwanie. Podstawowa zasada brzmi: „najpierw oglądać, potem dotykać”. Niektóre pielęgniarki i niektórzy lekarze, zwłaszcza zajmujący się pacjentami dorosłymi zalecają, by osłuchiwanie

przeprowadzić przed palpacją i opukiwaniem. Wynika to z założenia, że wzmożona perystaltyka jelit wywołana przez badanie palpacyjne może zagłuszać szmer naczyniowe. Małe dzieci mogą przestraszyć się stetoskopu użytego na początku badania jamy brzusznej, dlatego warto rozważyć kolejność wspomnianą powyżej [7]. Aby dokładniej opisać lokalizację jakiegokolwiek nieprawidłowości w jamie brzusznej, można podzielić brzuch na cztery kwadranty, prowadząc linie: poziomą przez pępek oraz pionową od wyrostka mieczykowatego przez pępek do spojenia łonowego [7].

Metody badania przedmiotowego

Oglądanie

Oglądanie brzucha może dostarczyć wiele ważnych wskazówek dla zasadniczego rozpoznania. U dzieci zwraca się uwagę na symetrię brzucha i wypuklenie powłok brzusznych. Obserwuje się ruchy brzucha podczas oddychania oraz ogląda się okolice pępka i pępek. Pępek trzeba ocenić przed odpadnięciem kikuta pępowiny i po jego odpadnięciu. Ocenia się również sieć naczyń żylnych na skórze, zmiany skórne i obecność blin pooperacyjnych. Warto też obejrzeć odbyt, czyli ocenić wygląd zwieracza zewnętrznego odbytu [8].

Czy widoczne są powierzchowne, nadmierne poszerzone żyłne naczynia krwionośne na skórze brzucha? Nadmierny rysunek naczyniowy na skórze brzucha przy towarzyszącym powiększeniu wątroby i śledziony świadczy o zaburzeniach przepływu krwi w dorzeczu żyły wrotnej. Czy widoczne są blizny po zabiegach operacyjnych? Czy brzuch jest płaski, wzdęty, uniesiony powyżej poziomu klatki piersiowej czy zapadnięty? Uniesienie powłok brzucha powyżej poziomu klatki piersiowej może być wynikiem wzdęcia i rozdęcia jelit, obecności płynu w jamie brzusznej (*ascites*) lub powiększeniem któregoś z narządów mięsistych. Wzdęcie najczęściej jest spowodowane nadmierną ilością gazów obecnych w jelicie. Duże wzdęcie brzucha to ważna oznaka przeszkody jelitowej. Towarzyszyć mu mogą inne objawy, takie jak: wymioty, ból, tkliwość brzucha. U pacjentów z przeszkodą w obrębie jelit mogą być widoczne przez ścianę brzucha ruchy perystaltyczne jelit. Zapadnięty tak zwany łódkowaty brzuch u noworodka sugeruje przepuklinę przeponową, w której części narządów jamy brzusznej znajduje się w klatce piersiowej. Brzuch powinien być symetryczny i powinien normalnie poruszać się wraz z oddychaniem [3, 7].

Osluchiwanie

Brzuch osłuchuje się za pomocą membrany stetoskopu w celu stwierdzenia obecności lub braku

perystaltyki jelit oraz oceny czy perystaltyka jest prawidłowa, szybka bądź wolna. Najczęściej bardzo szybka perystaltyka występuje w przebiegu stanów infekcyjnych jelit, bardzo wolna bądź jej brak w przypadku niedrożności jelit [7, 8]. Osłuchuje się również naczynia tętnicze (tętnice nerkowe i biodrowe oraz aortę brzuszną) w celu stwierdzenia szmerów naczyniowych [8]. Stwierdzając powiększony obwód brzucha u dziecka pielęgniarka i lekarz powinni postawić sobie następujące pytania:

- Jakie są najczęstsze przyczyny powiększenia obwodu brzucha u dzieci?
- Czy jest wyczuwalna masa patologiczna w brzuchu u badanego dziecka? Czy stwierdza się inne nieprawidłowości w badaniu brzucha u dziecka?
- Jaka jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie w danym przypadku i dlaczego?
- Jakie badania wstępne powinno się wykonać, aby postawić rozpoznanie?
- Jakie powinno być dalsze postępowanie?
- O jakie badania należy pogłębić diagnostykę i dlaczego?
- Czy mogą rozwinąć się powikłania, jeżeli tak, to jakie [9]?

Stwierdzenie nieprawidłowości w zakresie badania przedmiotowego brzucha polegających na obecności powiększonego obwodu brzucha i/lub oporu patologicznego skutkuje wykonaniem określonych badań obrazowych i laboratoryjnych celem przeprowadzenia dalszej diagnostyki różnicowej i postawienia właściwego rozpoznania. Guzy jamy brzusznej u dzieci wymagają uporządkowanego podejścia diagnostycznego uwzględniającego wiele różnych czynników, takich jak: wiek chorego, położenie guza i jego cechy. W rzadkich przypadkach pierwszym objawem guza bywa niedrożność przewodu pokarmowego lub dróg moczowych. W typowych sytuacjach badanie przedmiotowe i wstępne badania obrazowe są podstawą opracowania planu ukierunkowanej diagnostyki różnicowej. Najważniejszym czynnikiem pozwalającym ustalić pochodzenie tkankowe guza jamy brzusznej jest jego położenie. Guzy przestrzeni zaotrzewnowej są zwykle lite i zróżnicowane z sąsiednimi narządami. Guzy wewnątrzotrzewnowe wywodzące się z jelita, krezki lub sieci mają zwykle charakter torbieli i są ruchome. Drugim co do ważności czynnikiem determinującym diagnostykę różnicową guzów brzucha u dzieci jest wiek dziecka [4, 11]. Należy podkreślić, że palpacyjnie wyczuwalna masa patologiczna w brzuchu jest najczęstszą prezentacją kliniczną guzów litych u dzieci [4]. W przypadku guzów litych jamy brzusznej konieczna jest również diagnostyka histologiczna umożliwiająca postawienie właściwego rozpoznania, a zatem wdrożenie odpowiedniego leczenia [4, 12, 13]. Wyjątkiem jest rozpoznanie guza nerki u dziecka po-

wyżej 6. miesiąca życia stawiane zgodnie z zaleceniami SIOP (*International Society of Paediatric Oncology*) na podstawie charakterystycznego obrazu zmiany w badaniach USG, CT i/lub MR oraz negatywnego wyniku wydalania kwasu wanilinomigdałowego w moczu [13].

Opukiwanie

Brzuch opukuje się metodą pośrednią w celu zidentyfikowania wypuku na jego powierzchni. Ocenia się granice ewentualnego stłumienia wypuku, opukując w kierunku stłumienia odgłosu opukowego [8].

Opukiwanie brzucha pomaga wykryć obecność wolnego płynu i określić czy wzdęcie jest spowodowane przez gazy, lity guz czy wodobrzusze. Gazy powodują odgłos bębnowy, w przypadku guza litego lub przy powiększeniu narządów mięsaszowych stwierdza się odgłos opukowy stłumiony. Warto pamiętać, że przy masywnym wodobrzuszu obecny jest objaw chełbotania. Wodobrzusze najczęściej występuje u pacjentów z marskością wątroby, może pojawić się u pacjentów z prawokomorową niewydolnością serca, hipoalbuminemią na przykład w przebiegu zespołu nerczycowego, przeszkodą w naczyniach limfatycznych lub u dzieci z pierwotnymi guzami wątroby [3, 7].

Badanie palpacyjne

Aby można było zbadać brzuch palpacyjnie, musi on być rozluźniony. Dłonie pielęgniarki lub lekarza powinny być ciepłe, a dotyk delikatny. Dziecko nie powinno płakać, śmiać się, powinno leżeć spokojnie. Spokojne dziecko musi leżeć na wznak, natomiast płaczące niemowlę powinno być ułożone na kolanach matki [8].

Powłoki brzuszne dziecka bada się podczas wdechu, aby uniknąć napięcia powłok brzusznych. Jeśli dziecko skarży się na bolesność, badanie należy rozpocząć od okolicy oddalonej od wskazywanego bólu [8]. Warto odwrócić uwagę dziecka przez rozmowę. Najpierw należy obmacać brzuch dziecka powierzchownie, aby ocenić napięcie mięśniowe i wykryć obszary tkliwości czy też obronę mięśniową. Następnie zbadać objaw Blumberga oraz przeprowadzić palpację głęboką w celu oceny wielkości i innych cech narządów mięsaszowych oraz wykrycia jakichkolwiek oporów patologicznych [7]. U dzieci najpowszechniej wykrywanym oporem patologicznym w obrębie jamy brzusznej są masy kałowe [8, 9]. Czasami można wyczuć powiększony pęcherz moczowy. Badając wątrobę i śledzionę należy określić ich wielkość oraz strukturę. Struktura wątroby może dawać wskazówki co do przyczyn jej powiększenia. Powiększona, miękka wątroba jest najczęściej wynikiem stanu zapalnego lub przekrwienia [3]. Twarda wątroba może świadczyć o zwłóknieniu, chorobie metabolicznej lub pierwotnym bądź wtórnym procesie nowotworowym. Znaczne

powiększenie wątroby jest spotykane w białaczkach, w przebiegu nerwiaka zarodkowego współczulnego (mnogie przerzuty) oraz w układowej postaci histiocytozy komórek Langerhansa [4, 10]. Dolny biegun śledziony wyczuwalny jest u około 10% zdrowych dzieci, często można wyczuć jej dolny brzeg położony tuż pod łukiem żebrowym u zdrowych noworodków. Obmacywanie śledziony należy rozpocząć w prawym dole biodrowym, aby nie przeoczyć bardzo dużej śledziony. Trzeba być delikatnym, ponieważ śledziona jest narządem kruchym i przy bardzo dużym nacisku powiększona śledziona może pęknąć. W rzadkich przypadkach może być trudne odróżnienie powiększonej śledziony od bardzo powiększonej nerki [7]. Śledziona ulega znacznemu powiększeniu w wielu różnych schorzeniach hematologicznych, infekcyjnych, nowotworowych oraz w nadciśnieniu wrotnym. Diagnostyka różnicowa jest trudna i opiera się na wynikach wykonanych badań diagnostycznych [4, 10]. W czasie badania palpacyjnego brzucha można stwierdzić również obecność nowotworów łagodnych i złośliwych wywodzących się z poszczególnych narządów i tkanek [3, 4].

Dokumentacja wyników badania

Jama brzuszna jest symetryczna i wysklepiona odpowiednio do wieku dziecka. U niemowląt brzuch jest uwypuklony powyżej łuków żebrowych, u dzieci w wieku poniemowlęcym — na poziomie łuków żebrowych.

W zależności od toru oddychania obserwuje się prawidłowe ruchy powłok brzusznych. W okolicy nadbrzusza obserwuje się tętnienie pochodzące z aorty brzusznej. W okolicy pępka nie stwierdza się poszerzenia naczyń żylnych na powierzchni powłok skórnych jamy brzusznej. Szmer jelitowy są interpretowane jako przelewania, kurczenia, bulgotanie. Prawidłowo nie wysłuchuje się szmerów naczyniowych na dużych tętnicach jamy brzusznej. Nad jamą brzuszną prawidłowo stwierdza się odgłos opukowy bębnowy. Śledziony i trzustki nie można zbadać palpacyjnie, jeśli nie są powiększone. Prawidłowo u noworodków brzeg wątroby znajduje się około 2 cm poniżej łuku żebrowego prawego, u dzieci do 1. roku życia około 1 cm. W 2.–3. roku życia brzeg wątroby może się znajdować na wysokości łuku żebrowego. U starszych dzieci brzeg wątroby podobnie jak u dorosłego jest schowany pod łukiem żebrowym prawym. Powierzchnia wątroby jest gładka, a jej brzeg powinien być równy [8].

Podsumowanie

Zmiany w kształceniu pielęgniarek i położnych oraz zmiany w standardach kształcenia na tych kierunkach studiów (Rozporządzenie Ministra Edukacji

Narodowej i Sportu z dnia 18 kwietnia 2002 roku, Dz. U. Nr 116, poz. 1004 w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia oraz Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku, Dz. U. z dnia 5.06.2012 r, poz. 631 w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa) spowodowały wprowadzenie obowiązkowych zajęć przygotowujących absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do badania fizykalnego [14, 15]. Standardy kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo narzucają efekty kształcenia, które powinny być realizowane w ramach badania fizykalnego przez absolwentów studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Absolwent studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo powinien umieć:

- omówić badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania,
- scharakteryzować techniki badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
- określić znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
- przeprowadzać badanie podmiotowe pacjenta, analizować i interpretować wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania,
- gromadzić informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej,
- rozpoznawać i interpretować podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i chorych w wieku podeszłym,
- wykorzystywać techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego i układu nerwowego,
- dokumentować wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta,
- wykonywać badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczyć pacjentów samobadania piersi,
- ocenić stan odżywienia organizmu z wykorzystaniem metod antropometrycznych, biochemicznych i badania podmiotowego [15].

Zgodnie z opinią dr hab. Marii Kózki, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa, na temat

samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce, pielęgniarki absolwenci kierunku pielęgniarstwo, którzy ukończyli studia pierwszego stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tego kierunku studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony w przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia nowej wersji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego [16].

Warto podkreślić, że od 1 stycznia 2016 roku w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe), środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie recepty albo zlecenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie [17].

W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie [17].

Ponadto, pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta [17].

Pielęgniarki i położne będą mogły ordynować ściśle określone leki zawierające substancje czynne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wystawiać na nie recepty, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta [17].

Dodatkowo, od 1 stycznia 2016 roku, pielęgniarki i położne będą mogły, bez dokonania

osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej [17].

Specjalistyczne świadczenia diagnostyczne powinny być realizowane przez pielęgniarki lub położne po ukończeniu różnych form kształcenia podyplomowego. Ich rodzaj i zakres powinien być uwzględniony w nowych programach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych [16].

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz.1039).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007 r., Nr 210, poz. 1540).
3. Hertl M. Diagnostyka różnicowa w pediatrii. Warszawski Dom Wydawniczy, Wydawnictwo Medyczne Sp. z o.o., Warszawa 1993; 416–447.
4. Vietti T.J., Steuber C.P. Clinical Assessment and Differential Diagnosis of the Child with Suspected Cancer. W: Pizzo P.A., Poplack D.G. (red.). Principles and Practice of Pediatric Oncology. 4 e, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2002; 149–159.
5. Węclawek-Tompol J., Kazanowska B., Niedzielska E., Szmyd K. Dziecko z guzem jamy brzusznej: objawy kliniczne, rozpoznanie, rokowanie i leczenie. *Pediatrics* po dyplomie 2013; 17: 6–22.
6. Dyk D., Cudak E.K. Badanie podmiotowe W: Dyk D. (red.). Badanie fizykalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 19-28.
7. Rashid M. Ocena objawów ze strony przewodu pokarmowego. W: Goldbloom R.B. (red.) wydanie I polskie Dobrzańska A. (red.). Wywiad i badanie w pediatrii. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 157–172.
8. Cudak E.K. Badanie dziecka z uwzględnieniem odrębności fizycznych i psychomotorycznych związanych z wiekiem W: Dyk D. (red.). Badanie fizykalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 263–289.
9. Raine J.E., Cunnington A.J., Walker J.M. 100 Cases in Paediatrics. Hodder Arnold, London 2009; 155–56.
10. Chybicka A. Powiększenie wątroby i śledziona. W: Chybicka A. (red.). Od objawu do nowotworu. Wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych u dzieci. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009; 95–98.
11. Tersak J.M., Cooper J.D., Ritchey A.K. Hematologia i Onkologia. W: Zitelli B.J., McIntire S.C., Nowalk A.J. (red.). wyd. pol. Dobrzańska A. (red.). Atlas i podręcznik. Badanie kliniczne w pediatrii. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014 ; 487–529.
12. Berthold F., Simon T. Clinical presentation. W: Cheung N-K. V., Cohn S. L. (red.). Neuroblastoma. *Pediatric Oncology*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005; 63–85.
13. SIOP (International Society of Paediatric Oncology) Protocol 2001.
14. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 kwietnia 2002 roku w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (Dz. U. Nr 116, poz. 1004).
15. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012 r., poz. 631).
16. <http://www.nipip.pl/index.php/prawo/opiniekk/w-dz-pielęgniarstwa/konsultant-krajowy-dr-hab-n-hum-maria-kozka/2271-opinia-na-temat-samodzielnego-wykonywania-badania-fizykalnego-w-praktyce-pielęgniarki-polozonej-w-tym-ustosunkowania-sie-do-uprawnien-uzyskiwanych-przez-absolwentow-szkol-licencjackich-oraz-magisterskich-w-powyzszym-zakresie>
17. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014r., poz. 1136).