

Natalia Pieniążek¹, Joanna Ługowska¹, Anna B. Pilewska-Kozak², Grażyna Stadnicka³, Celina Łepecka-Klusek²

¹Studentka Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

S tandard opieki okołoperacyjnej nad pacjentką leczoną z powodu nowotworu jajnika

Standard of peri-operative care of patient treated for ovarian cancer

STRESZCZENIE

Stworzenie aktualnych krajowych norm postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego w dziedzinie ginekologii onkologicznej jest koniecznością chwili. Coraz wyższa jakość opieki w medycynie, łącząca się w nierozzerwalny sposób z podnoszeniem jakości opieki pielęgniarstwa, wymusza istnienie potrzeby systematyzowania, aktualizacji i określenia standardów w codziennej praktyce położniczej. Celem pracy było przedstawienie projektu standardu opieki nad pacjentką leczoną z powodu nowotworu jajnika opartego na przeglądzie piśmiennictwa i doświadczeniu praktycznym.

W wyniku realizacji działań zgodnie z niniejszym standardem pacjentka chora na raka jajnika ma mieć zapewnioną profesjonalną, okołoperacyjną opiekę pielęgniarstwa. Proces pielęgnowania uwzględnia rzeczywiste, indywidualne problemy pielęgnacyjne. Położna zapewnia opiekę adekwatną do stanu fizycznego i psychicznego chorej. Zwiększa także motywację kobiety do przestrzegania zaleceń lekarskich związanych z koniecznością dalszego leczenia i wykonywania badań kontrolnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 255–259

Słowa kluczowe: kobieta, opieka okołoperacyjna, rak jajnika, standard

ABSTRACT

Establishing standards of nursing-caring management in oncological gynecology has become a must at present. Higher and higher quality of medical care necessitates better quality of nursing care and the need to systematize, update and define standards of everyday obstetric care. The purpose of study was to present a project describing care standards provided for patients treated for ovarian cancer based on literature review and practical experience.

According to the presented standards, patient treated for ovarian cancer should be provided with professional peri-operative nursing care. Nursing process should account for real individual nursing needs. Midwife should provide care adjusted to patient's physical and mental condition. Moreover, midwife is to motivate patient to comply with medical recommendations associated with further treatment and regular check-ups.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 255–259

Key words: woman, peri-operative care, ovarian cancer, standard

Wstęp

Stworzenie aktualnych krajowych norm postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego w dziedzinie ginekologii onkologicznej jest koniecznością chwili. Coraz wyższa jakość opieki w medycynie, łącząca się

w nierozzerwalny sposób z podnoszeniem jakości opieki pielęgniarstwa, wymusza istnienie stałej potrzeby systematyzowania, aktualizacji i określenia miejsca dla nowo odkrytych standardów opieki w codziennej praktyce położniczej. Ważnym narzę-

dziem służącym unifikacji schematu postępowania pielęgniacyjnego jest standaryzacja opieki [1–4].

Standardem wykonywania praktyki pielęgniarskiej jest zbiór norm i wymagań uznanych w danym środowisku za optymalne z punktu widzenia spodziewanych efektów, które zostały ustalone w celu podnoszenia jakości świadczonych usług, zapewnienia podstaw kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek, a także inspirowania kierunków rozwoju naukowego [5–6]. Warunkiem, który decyduje o uznaniu wybranej procedury za standard opieki jest najkorzystniejszy wpływ określonego postępowania na wydłużenie czasu przeżycia chorego lub poprawy jakości jego życia [7–8].

Standard

Jednym z najtrudniejszych problemów w ginekologii onkologicznej są nowotwory złośliwe jajnika, które wbrew dynamicznemu rozwojowi medycyny nieustannie przyczyniają się do zwiększenia zachorowalności i umieralności kobiet. Rak jajnika jest piątym pod kątem zapadalności nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Cechuje go wyższa śmiertelność niż raka szyjki macicy — pod tym względem zajmuje 4. miejsce. Co roku na raka jajnika umiera około 2,5 tys. Polek. Największe zagrożenie rakiem jajnika występuje u kobiet po 45. roku życia, w okresie około- i pomenopauzalnym [9–11].

Wobec braku programów profilaktyki pierwszorzędowej, polegającej na zapobieganiu powstaniu raka oraz profilaktyki wtórnej, czyli wykrywaniu stanów przedinwazyjnych, za jedyną w miarę skuteczną można uznać profilaktykę trzeciorzędową, polegającą na stosowaniu standardowych metod terapeutycznych, między innymi leczenie chirurgiczne raka jajnika [12–14].

Profilaktyka trzeciorzędowa jest procesem wieloetapowym, a najważniejszym punktem leczenia raka jajnika jest chirurgia. U kobiet chorych będących w okresie przekwitania z rakiem ograniczonym do miednicy mniejszej postępowaniem z wyboru jest wycięcie macicy z obustronnym usunięciem przydatków, wycięcie częściowe sieci większej, nawet jeśli nie jest zmieniona nowotworowo [12–14].

Cel standardu

Celem standardu było określenie działań położnej zmierzających do ciągłej poprawy jakości opieki ginekologiczno-pielęgniarskiej, sprawowanej nad kobietą przygotowywaną do operacji ginekologicznej z powodu nowotworu złośliwego jajnika oraz postępowania pielęgniacyjnego po operacji. Procedury okołoperacyjne mają za zadanie uzyskanie dobrego stanu ogólnego fizycznego i psychicznego pacjentki, poprzez ciągłą i profesjonalną opiekę, na tyle na ile jest to możliwe w konkretnej sytuacji chorobowej.

Istotą tego postępowania jest fakt, że ma ono decydujące znaczenie dla końcowego wyniku leczenia.

Oświadczenie standardowe

Każda pacjentka z nowotworem złośliwym jajnika przebywająca na oddziale ginekologicznym będzie miała zapewnioną profesjonalną opieką ginekologiczno-pielęgniarską, edukację w celu zdobycia odpowiedniej wiedzy i nabycia umiejętności praktycznych, niezbędnych do sprawowania samoopieki po zabiegu operacyjnym w warunkach domowych oraz wsparcie psychiczne, które zmniejszy poczucie zagrożenia i pomoże odnaleźć się w nowej sytuacji życiowej oraz zmotywuje pacjentkę do regularnych badań kontrolnych oraz zachowań prozdrowotnych.

Położne swoją pracę wykonają w pełni kompetentnie, ściśle z obowiązującymi wymaganiami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Sprawnie, precyzyjnie i sumiennie udzielą świadczeń wysokiej jakości, wykazując się przy tym empatią i racjonalnością.

Kryterium struktury

Położna sprawująca opiekę nad kobietą przygotowywaną do operacji ginekologicznej z powodu raka jajnika powinna posiadać kwalifikację i wiedzę w zakresie:

- istoty choroby;
- znaczenia badań diagnostycznych służących wykryciu raka jajnika, w tym oznaczenia stężenia markera nowotworowego;
- zasad kompleksowego postępowania terapeutycznego w nowotworach jajnika (leczenie operacyjne, chemioterapia, radioterapia oraz leczenie paliatywne);
- zasad przygotowania pacjentki do zabiegu operacyjnego (przygotowanie do operacji psychiczne dalsze i bliższe oraz fizyczne dalsze i bliższe);
- postępowania diagnostyczno-terapeutycznego bezpośrednio po zabiegu operacyjnym oraz kolejnych dobach;
- rehabilitacji fizycznej, psychicznej i społecznej pacjentki po operacji z powodu raka jajnika;
- pielęgnacji rany pooperacyjnej;
- monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego;
- oceny ryzyka okołoperacyjnego;
- profilaktyki powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym;
- udzielania pacjentce wskazówek przy wypisie do domu w zależności od ogólnego stanu zdrowia, wieku, zaawansowania procesu nowotworowego, planów co do następnego etapu leczenia.

Położne mają możliwość pogłębiania wiedzy i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych przez:

- samokształcenie;
- doskonalenie wewnątrzoddziałowe;

- udział w sympozjach i konferencjach;
- uczestnictwo w kursach;
- specjalizację.

Metodą pracy z pacjentką jest proces pielęgnowania w okresie okołoperacyjnym, uwzględniający aktualnie występujące problemy pielęgnacyjne i zastosowanie skutecznych metod ich rozwiązania.

Zakład opieki zdrowotnej zapewnia optymalną obsadę położnych, stosownie do zapotrzebowania pacjentek na opiekę.

Stanowisko pracy położnej wyposażone jest w zasoby rzeczowe niezbędne do realizacji zadań:

- diagnostycznych — wykonywanych przez położną w celu rozpoznania problemów psychosomatycznych pacjentki, mających wpływ na jego powrót do zdrowia lub utrzymania pożądanego poziomu zdrowia;
- leczniczo-rehabilitacyjnych — mających na celu realizację zleconego leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego;
- opiekuńczych — mających na celu bezpośrednią pomoc fizyczną i psychiczną w wykonywaniu czynności dnia codziennego, ułatwianie realizacji programu leczenia, rehabilitacji oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa chorej;
- organizacyjnych — zapewniających optymalne warunki organizacyjne, niezbędne do wykonywania zadań, dokumentowania działalności, umożliwiających obieg informacji oraz zabezpieczenie całości opieki;
- edukacyjnych — informowanie i promowanie zdrowego stylu życia, uczenie pacjentek racjonalnych zachowań, aby umożliwić powrót do zdrowia lub podtrzymać je na odpowiednim poziomie oraz nauczanie zdolności do samoopieki (konspekty tematów określonych w kartach edukacyjnych, poradniki i broszury).

Baza lokalowa oddziału, jego wyposażenie w sprzęt i materiały zapewniają optymalne warunki do sprawowania opieki nad pacjentką.

Praca położnej jest udokumentowana.

Istnieje możliwość współpracy położnej z innymi członkami zespołu terapeutycznego (m.in. lekarzem ginekologiem, anestezjologiem, chirurgiem, onkologiem oraz psychologiem).

Kryterium procesu

Położna gromadzi informacje dotyczące pacjentki w celu oceny stanu jej zdrowia, rozpoznania problemów pielęgnacyjnych oraz ustalenia celów opieki. Uwzględnia przy tym informacje dotyczące:

- ogólnego stanu zdrowia pacjentki;
- stanu psychicznego pacjentki, ze szczególnym uwzględnieniem stanów emocjonalnych towarzyszących chorobom nowotworowym, takich jak: lęk,

gniew, apatia, przygnębienie, niepokój psychiczny i ruchowy, depresja, załamanie, myśli o śmierci;

- wiedzy pacjentki na temat choroby, istoty i przygotowania do zabiegu operacyjnego, postępowania po operacji oraz współuczestnictwa w procesie terapii;
- stosunku chorej do diagnozy i samego zabiegu operacyjnego;
- możliwości udzielania wsparcia przez rodzinę.

Położna w sposób ciągły obserwuje i dokumentuje stan fizyczny i psychiczny pacjentki.

Położna zgodnie z przyjętymi na oddziale procedurami:

Dzień przed operacją:

- przeprowadza wywiad z pacjentką na podstawie obowiązujących na oddziale kwestionariuszy;
- gromadzi dokumentację medyczną;
- przygotowuje pacjentkę do badań diagnostycznych, asystuje podczas niektórych badań lub samodzielnie je wykonuje;
- uczestniczy w procesie uzyskania świadomej zgody na operację;
- uzgadnia i towarzyszy pacjentce podczas zleconych konsultacji specjalistycznych;
- uczestniczy w zabezpieczeniu krwi dla pacjentki;
- przygotowuje przewód pokarmowy pacjentki: środki przeczyszczające — zgodnie z przyjętym na danym oddziale zwyczajem — zazwyczaj na obiad pacjentka spożywa tylko supę, do wieczora pije płyny, czyli wodę niegazowaną lub przegotowaną, słabą, gorzką herbatę lub herbatę owocową;
- zapewnia wsparcie pacjentce poprzez rozmowę i umożliwienie nawiązania kontaktu z innymi pacjentkami;
- zapewnia wsparcie rodziny, a na życzenie pacjentki także księdza, psychologa;
- dba o dobry sen, czystość bielizny osobistej i pościelowej, wywietrzenie sali, wieczorną kąpiel, ciszę nocną, a na zlecenie lekarza podaje środek nasenny.

W dniu operacji

Przed operacją położna:

- kontroluje podstawowe parametry życiowe — ciepłotę ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech;
- obserwuje pacjentkę w kierunku wystąpienia zmian stanu zdrowia, uniemożliwiających wykonanie zabiegu, na przykład: biegunka, kaszel, katar;
- dba o przestrzeganie zasad kontynuacji przygotowania przewodu pokarmowego — pacjentka jest na czczo;
- zaleca pacjentce:
 - zmycie makijażu, lakieru z paznokci;
 - zdjęcie biżuterii, protez zębowych, soczewek, aparatu słuchowego;
- ciepłą kąpiel, wykorzystując w ten sposób relaksujące znaczenie wody;

- zdjęcia bielizny osobistej i założenie czystej koszuli chirurgicznej;
 - stosuje profilaktykę przeciwzakrzepową (podanie leku przeciwzakrzepowego na zlecenie lekarza anestezjologa);
 - sprawdza przygotowanie pola operacyjnego;
 - zapewnia pacjentce ciszę i spokój, umożliwia kontakt z rodziną;
 - zakłada cewnik do pęcherza moczowego;
 - na zlecenie lekarza podaje premedykację;
 - jeszcze raz sprawdza kompletność dokumentacji pacjentki;
 - przekazuje pacjentkę wraz z kompletną dokumentacją medyczną na salę operacyjną — ta sama położna, która przygotowywała chorą odwozi ją i towarzyszy aż do momentu uśpienia oraz przewozi po operacji na salę chorych.
- W dobie operacji położna:
- konsultuje się z zespołem lekarzy na temat przebiegu operacji oraz bieżących zaleceń, rodzaju zastosowanego znieczulenia, założonych cewników i drenów, ilość utraconej krwi, stanu ogólnego pacjentki;
 - ocenia stan świadomości;
 - dokonuje pomiaru i interpretacji ciśnienia krwi i tętna co 15min przez pierwsze 2 godz., a następnie co 30 min przez 4 godz., i później co 1 godzinę do upływu pierwszych 12 godz.; w kolejnych 12 godzinach co 2 godziny.
 - nieprawidłowe wartości ciśnienia krwi i tętna mogą świadczyć o: zwiększeniu dolegliwości bólowych, krwawieniu oraz rozpoczynającym się wstrząsie;
 - bradykardia i wzrost ciepłoty ciała może być przyczyną utrzymującego się działania środków anestetycznych;
 - dokonuje pomiaru ciepłoty ciała 2-krotnie w ciągu doby, a jeśli pacjentka gorączkuje czyni to co 3 godziny, odnotowując wartości w karcie obserwacji;
 - kontroluje liczbę oddechów na minutę i ich rytmiczność. Pomiarów dokonuje przez pierwsze 2 godz. co 15min, a później co godzinę;
 - obserwuje zabarwienie powłok skórnych, napięcie, wilgotność, ewentualne pojawienie się zmian oraz analizuje rysy twarzy pacjentki. Zaostrzenie rysów twarzy może świadczyć o wysokim poziomie bólu, a nawet o stanie zagrożenia życia;
 - wykonuje i nadzoruje podaż zleconych przez lekarza płynów infuzyjnych;
 - kontroluje diurezę: ilość i barwę wydalanego moczu;
 - w karcie obserwacji prowadzi bilans płynów;
 - zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich podaje leki;
 - ocenia stan opatrunku na ranie pooperacyjnej — przez pierwszą godzinę co 15min, przez kolejne 2 godz. co 30 min, a następnie co godzinę, aż do upływu pierwszych 12 godz.;
 - jeśli zostały założone dreny do rany, kontroluje ich drożność oraz ilość i charakter wydzieliny;
 - umożliwia zwilżanie błon śluzowych jamy ustnej, proponując wodę przegotowaną, wodę mineralną niegazowaną lub napar z rumianku;
 - zapewnia ciszę, spokój i warunki do odpoczynku;
 - wykonuje toaletę ciała, krocza, zmienia bieliznę osobistą i pościelową;
 - zapewnia wygodne ułożenie w łóżku, dba o zmianę pozycji ciała. Jeśli operację wykonano w znieczuleniu podpajęczynówkowym, pacjentka musi leżeć płasko przez 12 godzin, gdyż w przeciwnym wypadku mogą wystąpić powikłania w postaci silnych bólów głowy;
 - w zależności od rodzaju znieczulenia zapewnia wczesne uruchomienie po operacji, poprzez wykonywanie ćwiczeń oddechowych oraz ruchowych;
 - w zależności od potrzeb psychoemocjonalnych pacjentki udziela wsparcia, w razie konieczności zapewnia opiekę psychologiczną.
 - umożliwia pacjentce kontakt z mężem i najbliższą rodziną.
- Pierwsza doba po zabiegu
- ocenia stan pacjentki:
 - ogólny,
 - ginekologiczny,
 - poziom odczuwania bólu,
 - postępowanie pielęgnacyjne:
 - rano i wieczorem wykonanie toalety ciała, zmiana bielizny osobistej, pościelowej, prześcielenie łóżka, wietrzenie sali;
 - zapewnienie warunków do wypoczynku (cisza);
 - żywienie pozajelitowe zgodnie ze zleceniem lekarskim;
 - zalecenia dietetyczne — zachęcanie pacjentki do picia wody przegotowanej, słabej gorzkiej herbaty;
 - usunięcie cewnika Foleya z pęcherza moczowego po przetoczeniu płynów, jeśli diureza jest prawidłowa;
 - podaje leki przeciwbólowe (w zakresie własnych kompetencji) i inne leki zgodnie z kartą zleceń lekarskich;
 - pionizuje pacjentkę;
 - dokumentuje stan chorej.
 - W kolejnych dobach położna:
 - kontroluje parametry stanu ogólnego według następującego schematu: ciśnienie tętnicze krwi, tętno i oddech — 3 razy dziennie;
 - kontroluje ciepłotę ciała 2 razy dziennie. W sytuacji, gdy ciepłota ciała wzrosnie powyżej 38°C, dokonuje pomiaru co 3–4 godz.;
 - podaje leki zgodnie z zleceniem lekarskim;

- ocenia stan rany pooperacyjnej oraz opatrunku na ranie pooperacyjnej (jeśli jest nadal opatrunek) 2 razy dziennie;
- pielęgnuje ranę pooperacyjną;
- prowadzi bilans wodny;
- przestrzega stosowania właściwej diety: podaż płynów (woda przegotowana, rumianek, herbata), następnie podaje kleik, sucharki, bułkę z mlekiem. Po uzyskaniu wypróżnienia (ok. 3. doby) stosuje dietę lekkostrawną;
- monitoruje ból pooperacyjny;
- podaje leki przeciwbólowe (w zakresie swoich kompetencji);
- pielęgnuje ranę pooperacyjną;
- pomaga w pielęgnacji ciała i czynnościach samoobsługowych (niektóre chore próbują samodzielnie wykonać toaletę);
- usprawnia chorą;
- dokonuje kontroli wypróżnień — pierwsze wypróżnienie powinno odbyć się najpóźniej w 3. dobie po operacji, jeśli wypróżnienie nie nastąpi podaje czopki glicerynowe lub wykonuje enemę na zlecenie lekarza;
- ocenia stan emocjonalny pacjentki: nastrój, pogodzenie się z zaistniałą sytuacją, motywację do walki z chorobą;
- rozpoznaje problemy pielęgnacyjne pacjentki, ustala cele, planuje opiekę, realizuje zaplanowane działania i dokonuje oceny ich efektów;
- wyciąga wnioski dotyczące dalszej pielęgnacji;
- na zlecenie lekarza zdejmuje szwy z rany pooperacyjnej;
- przez cały okres pobytu pacjentki w szpitalu położna przygotowuje kobietę i jej rodzinę do opieki w domu.

W planie opieki położna określa zadania służące realizacji celów, metody i techniki służące realizacji zadań oraz zasoby materialne niezbędne do realizacji zadań. W procesie realizacji zadań położna współpracuje z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Dokumentuje wykonane zadania. Systematycznie ocenia stopień osiągnięcia ustalonych celów opieki, a w sytuacji braku satysfakcjonujących efektów modyfikuje działania opiekuńcze. Ponadto kształtuje u pacjentki postawę akceptacji choroby, współpracy z zespołem terapeutycznym, odpowiedzialności za własne zdrowie i dążenia do podnoszenia jakości swojego życia.

W zależności od stanu zdrowia pacjentki położna stosuje odpowiedni model pielęgnowania, czyli kompensacyjny, częściowo kompensacyjny lub wspierająco-edukacyjny. Udziela wsparcia informacyjnego i emocjonalnego chorej oraz jej rodzinie.

Kryterium wyniku

Pacjentce chorej na raka zapewniono profesjonalną, okołoperacyjną opiekę pielęgniarską. Plan pielęgnowania uwzględnia rzeczywiste, indywidualne problemy pielęgnacyjne. Położna zapewnia opiekę adekwatną do stanu fizycznego i psychicznego chorej. Zwiększa także motywację pacjentki do przestrzegania zaleceń lekarskich związanych z koniecznością dalszego leczenia i wykonywania badań kontrolnych. Pacjentka zaakceptowała chorobę, konieczność operacji i ewentualnej chemioterapii oraz stosuje się do zaleceń. Pacjentka została przygotowana do samokontroli i samopielęgnacji w warunkach domowych. Rodzina pacjentki posiada wiedzę na temat raka jajnika, konieczności i istoty leczenia operacyjnego, ewentualnej chemioterapii oraz badań kontrolnych po zabiegu. Rodzina została również przygotowana do udzielania pomocy i wsparcia emocjonalnego pacjentki.

Piśmiennictwo

1. Ksykiewicz-Dorota A. Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
2. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Biblioteka położnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
3. Pandeva I., Shafi M.I. Perioperative care in gynecology. *Obstet. Gynecol. Reprod. Med.* 2011; 22 (2): 38–43.
4. Sioma-Markowska U., Sipiński A., Selwet M. i wsp. Standard opieki pooperacyjnej po ciąży cesarskim. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006; 60: 5–8.
5. Piątek A. Proces tworzenia standardów. W: Piątek A. (red.). Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
6. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dn. 15 VII 2011 (Dz. U. 2011.174.1039).
7. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
8. Krygowska K. Przygotowanie kobiet do planowych operacji ginekologicznych. Maszynopis pracy magisterskiej WPiNoZ, UM w Lublinie, Lublin 2002.
9. Berek J.S., Novak E., Kotarski J. (red.). Ginekologia. Tom 4. Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2008.
10. Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
11. Meder J. (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.
12. Płużańska A., Czernek U., Dyczka J. Wyniki odległe skojarzonego leczenia uwzględniającego radykalny zabieg operacyjny i chemioterapię uzupełniającą w chorych z wczesnym rakiem jajnika. *Onkol. Pol.* 1999; 2, 3: 151–156.
13. Rekomendacje PTG dotyczące postępowania w guzach niezłośliwych i raku jajnika z dn. 9 VI 2006, Poznań 2006.
14. Serrano D., Perego E., Costa A. i wsp. Progress in chemoprevention of breast cancer. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2004; 49 (2): 109–117.