

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych

PL ISSN 1508-2121

Polska Medycyna Rodzinna

Kwartalnik

2002

Tom 4

Zeszyt 2

WYDAWNICTWO
Continuo

II Zjazd Polskiego Towarzystwa
Medycyny Rodzinnej

Wyzwania i możliwości
medycyny rodzinnej w Polsce
u progu XXI wieku

Łódź, 9–11 maja 2002 r.

Komitet Naukowy

Dr hab. med. Jerzy Błaszczuk (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Jerzy Czernik (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Domosławski (Wrocław),
Prof. dr hab. Barbara Gąsior-Chrzan (Tromsø, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Jerzy Gerber (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Górski (Wrocław),
Dr n. med. Małgorzata Grzemska (WHO, Genewa, Szwajcaria),
Prof. dr hab. med. Antonina Harłodzińska-Szmyrka (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Marek Hebanowski (Gdańsk),
Dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska (Poznań),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Józef Kocemba (Kraków),
Prof. dr hab. med. Jerzy Kołodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Tadeusz Koziół (Szczecin),
Prof. dr hab. med. Waldemar Kozuszek (Bochum, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Piotr Kuna (Łódź),
Dr n. med. Krzysztof Kuszewski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Lange (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Maciej Latalski (Lublin),
Prof. dr hab. med. Bożydar Latkowski (Łódź),
Prof. dr hab. med. Jerzy Leppert (Uppsala, Szwecja),
Dr hab. med. Witold Lukas (Katowice),
Prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński (Lublin),
Prof. dr hab. med. Andrzej Mackiewicz (Poznań),
Prof. dr hab. med. Józef Małolepszy (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Zuzanna Morawska (Wrocław),
Prof. dr hab. med. John Noble (Boston, USA),
Prof. dr hab. med. Leszek Paradowski (Wrocław),
Sir Prof. Denis Pereira-Gray (Londyn, Wielka Brytania),
Dr n. med. Jacek Putz (Warszawa),
Prof. dr hab. Andrzej Rajewski (Poznań),
Prof. dr hab. med. Ewa Ratajczyk-Pakalska (Łódź),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik (Kraków),
Prof. dr hab. med. Zenon Szewczyk (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Piotr Szyber (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Barbara Świątek (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Kazimierz Wardyn (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Mieczysław Woźniak (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Irena Zimmermann-Górska (Poznań)

Komitet Redakcyjny

Redaktor Naczelny: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko
Zastępcy Redaktora Naczelnego: dr n. med. Andrzej Staniszewski,
dr n. med. Iwona Pirogowicz
Sekretarz Redakcji: lek. Bartosz J. Sapilak
Członkowie Redakcji: lek. Jarosław Drobnik, lek. Donata Kurpas,
lek. Agnieszka Mastalerz-Migas, mgr Waldemar Żukowski

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu,
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. 71 325 51 26, tel./fax 71 325 43 41

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Biuro i prenumerata: ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław
tel./fax 71 34 390 18 w. 223, tel. 71 791 20 30, 0 601 77 47 33

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment tego wydania, ani w całości,
ani w części, nie może być powielany lub zapisywany w formie odtwarzalnej
bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody Wydawcy.

Wydawca nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń

Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma

Projekt graficzny: Maciej Szłapka

Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF

Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

II Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Wyzwania i możliwości medycyny rodzinnej w Polsce u progu XXI wieku

Łódź, 9–11 maja 2002 r.

Patronat honorowy

Minister Zdrowia
Prof. dr hab. Mariusz Łapiński

Prezydent miasta Łodzi
Dr Krzysztof Panas

J.M. Rektor Akademii Medycznej w Łodzi
Prof. dr hab. Henryk Stępień

Komitet Naukowy

Prof. dr hab. Ewa Ratajczyk-Pakalska (Łódź) – Przewodnicząca
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko (Wrocław) – Wiceprzewodniczący
Prof. dr hab. Agnieszka Borzuchowska (Białystok),
Prof. dr hab. Marek Hebanowski (Gdańsk), Prof. dr hab. Tadeusz Koziolec (Szczecin),
Prof. dr hab. Jerzy Łopatyński (Lublin), Prof. dr hab. Tadeusz Robak (Łódź),
Prof. dr hab. Dariusz Brykalski (Łódź), Prof. dr hab. Andrzej Wardyn (Warszawa),
Dr hab Tomasz Grodzicki (Kraków), Dr hab. Wanda Horst-Sikorska (Poznań),
Dr Krzysztof Buczkowski (Bydgoszcz)

Komitet Organizacyjny

Przewodnicząca
Prof. dr hab. Ewa Ratajczyk-Pakalska (Łódź)

Wiceprzewodniczący
Dr n. med. Przemysław Kardas (Łódź)
Małgorzata Hein (Agora Intl.) (Poznań)

Członkowie
Dr n. med. Sylwia Kałucka (Łódź)
Dr Paweł Klink (Łódź)
Dr Agnieszka Kołacińska (Łódź)
Dr Agnieszka Mastalerz-Migas (Wrocław)
Dr Bartosz Sapilak (Wrocław)
Elżbieta Mazurowska (Łódź)

Miejsce obrad: Teatr Wielki, pl. H. Dąbrowskiego, Łódź



ul. Z. Nałkowskiej 3
60-573 Poznań,
tel./fax 061 847-12-80,
tel. 061 847-12-89,
e-mail: biuro@agorasc.com.pl

Złoty sponsor

POLPHARMA

Główni sponsorzyGRÜNENTHAL
IVAX PHARMA
KRKA
PLIVA KRAKÓW
YAMANOUCI**Sponsorzy**

Adamed	Lek Polska
Aspel SA	Medana Pharma
Aventis Pasteur	Medial
Biofarm Poznań	Medlab Products
Boehringer Ingelheim	Merck Sharp & Dohme
Byk Roland Polska	Miralex
Curtis Healthcare	Molteni Farmaceutici
Europlant Phytopharm	Novartis Consumer Health
Fischer	Orion Pharma
Galena	Pharmacia Polska
GlaxoSmithKline	Pharma International
Hasco-Lek	Polfa Grodzisk
Hedat	Polfa Kutno
Heel Polska	Polfa Pabianice
Herbapol Lublin	Polfa Warszawa
Herbapol Wrocław	Sankyo Pharma
Herba Studio	Schering Plough
Holbex	Schwarz Pharma
Humana	Synteza Poznań
Imed Poland	Tymofarm
Jelfa SA	Unia
Krotex Poland	US Pharmacia

WydawnictwaBorgis
Elamed
Continuo
Media-Press
Medicus
Medimedia,
Służba Zdrowia
Terapia**Inne firmy**Europejski Fundusz Leasingowy
Marwit
Poznańska Palarnia Kawy „Astra”

Spis treści

- 81 Słowo wstępne – Andrzej Steciwko
- 82 Słowo wstępne – Ewa Ratajczyk-Pakalska

ARTYKUŁY

- 83 Krzysztof Kuszewski: Wyzwania dla medycyny rodzinnej w zakresie niwelowania różnic w stanie zdrowia społeczeństwa polskiego
- 87 Peter Orton: Future of Continuing Medical Education for General Practitioners in the UK
- 91 Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak: Ocena potrzeb zdrowotnych populacji
- 105 Ewa Ratajczyk-Pakalska: Współpraca pomiędzy lekarzami rodzinnymi a Zakładem Medycyny Rodzinnej w zakresie badań naukowych
- 109 Kazimierz Szewczyk: Lekarz rodzinny wobec umierania i śmierci
- 115 Piotr Kuna: Dusznosc – częsty objaw kliniczny w praktyce lekarza rodzinnego
- 121 Krzysztof Kula, Jolanta Słowikowska-Hilczer: Współczesne poglądy na temat różnic płciowych
- 129 Urszula Tworowska, Andrzej Milewicz: Terapia transdermalna w praktyce lekarza rodzinnego
- 135 Maria Krzemińska-Pakuła, Małgorzata Kurpesa: Choroba wieńcowa w praktyce lekarza rodzinnego
- 137 Paweł Górski: Alergolog a lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – współdziałanie i współodpowiedzialność
- 141 Włodzimierz Otto, Aleksander Tulczyński: Problemy kształcenia podyplomowego w świetle Stanowiska Ogólnopolskiej Konferencji „Specjalizacje Lekarskie”
- 145 Lidia B. Brydak: Grypa
- 157 Andrzej Steciwko, Agnieszka Mastalerz-Migas, Iwona Pirogowicz: Powikłania pogrypowe ze szczególnym uwzględnieniem powikłań nefrologicznych
- 165 Halina Worach-Kardas: Zmiany demograficzne społeczeństwa polskiego i ich wpływ na sytuację medycyny rodzinnej
- 171 Barbara Bień: Lekarz rodzinny „geriatrą pierwszej linii”
- 177 Bolesław Rutkowski: Problemy nefrologiczne u pacjentów w podeszłym wieku
- 183 Kazimierz Ostrowski: Nerki w chorobach układowych
- 187 Andrzej Steciwko, Agnieszka Mastalerz-Migas: Przewlekła niewydolność nerek w praktyce lekarza rodzinnego
- 193 Andrzej Steciwko: Wielotorbielowate zwyrodnienie nerek (etiopatogeneza, obraz kliniczny, leczenie)
- 197 Sławomir Jędrzejczyk: Problemy diagnostyczne i terapeutyczne okresu menopauzalnego
- 201 Konstanty Radziwiłł: Zasady postępowania z pacjentem palącym
- 205 Beata Karakiewicz, Tadeusz Kozielec: Rehabilitacja pacjentów uzależnionych od narkotyków leczonych metadonem, objętych programem socjoterapii i readaptacji społecznej
- 211 Tadeusz Kozielec: Problemy diagnostyczno-terapeutyczne lekarzy pierwszego kontaktu w pracy z pacjentem młodocianym uzależnionym od narkotyków

- 213** Józefa Lorenc: Badania laboratoryjne w praktyce lekarza rodzinnego
- 219** Krystyna Wąsowska-Królikowska: Alergia przewodu pokarmowego u dzieci
- 223** Jerzy Czernik, Andrzej Szmda: Rola lekarza rodzinnego jako lekarza pierwszego kontaktu w procesie opieki nad dzieckiem z urazem
- 227** Mirosław Janiszewski, Katarzyna Sobańska, Anna Błaszczuk, Ewa Gaczkowska: Współczesne problemy w rehabilitacji w praktyce lekarza rodzinnego
- 231** Jerzy Błaszczuk, Marta Strutyńska-Karpińska: Program badań przesiewowych w profilaktyce raka jelita grubego – zadania lekarza rodzinnego
- 235** Jan Chojnacki, Krystyna Stec-Michalska: Gastroenterologiczne problemy chorób czynnościowych w praktyce lekarza rodzinnego
- 241** Halina Hańczyc, Tadeusz Sebzda, Robert Skowroński: Diagnostyka różnicowa krwawień z przewodu pokarmowego z punktu widzenia lekarza rodzinnego
- 247** Jerzy Błaszczuk, Marta Strutyńska-Karpińska: Korzystanie z badań endoskopowych przewodu pokarmowego przez lekarza rodzinnego – kiedy, który pacjent, czego oczekujemy od badania
- 251** Andrzej Steciwko, Iwona Pirogowicz, Agnieszka Mastalerz-Migas: *Chlamydia trachomatis* - znaczenie w klinice infekcji dróg moczowych
- 255** Andrzej Steciwko, Tomasz Chmielewski, Edyta Kuźmińska, Iwona Pirogowicz, Irena Choroszy-Król, Dorota Teryks-Wołyniec, Donata Kurpas: Badania w kierunku *Chlamydia trachomatis* w populacji ludzi w podeszłym wieku
- 259** Donata Kurpas, Andrzej Steciwko, Katarzyna Olszewska: Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych
- 261** Donata Kurpas, Urszula Grata-Borkowska, Andrzej Steciwko: Porady specjalistyczne w opinii lekarzy rodzinnych

STRESZCZENIA

- 267** Andrzej Emeryk: Chlamydie w chorobach układu oddechowego
- 268** Janusz Wasyluk, Andrzej Steciwko, Zbigniew Węgrzyn, Beata Mierkowska, Marzenna Kostka: Metody oceny umiejętności praktycznych lekarzy rodzinnych w wypowiedziach uczestników ankiety
- 269** Obrady Okrągłego Stołu „Menopauza”

DONIESIENIA

- 271** Krzysztof Buczkowski, Marcin Ziółkowski, Sławomir Jeka, Katarzyna Klucz: Satysfakcja pacjentów korzystających z porad Praktyki Lekarza Rodzinnego
- 271** Irena Maniecka-Bryła: Najważniejsze elementy sytuacji epidemiologicznej w zakresie schorzeń nowotworowych ludności województwa łódzkiego
- 272** Lilia Kotkowiak, Iwona Hornowska, Anna Sałacka, Jolanta Późniak, Piotr Michoń: Założenia i wstępna ocena programu pilotażowego organizowania ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez POZ
- 273** Przemysław Płatkiewicz: Rola badań podstawowych w diagnostyce wad rozwojowych układu sercowo-naczyniowego
- 273** Agnieszka Mastalerz-Migas, Małgorzata Ingłot, Andrzej Steciwko: Analiza sytuacji epidemiologicznej wirusowych zapaleń wątroby typu B i C na Dolnym Śląsku w latach 1999–2001

- 274** Mariola Seń, Agnieszka Mastalerz-Migas, Anna Abramczyk, Andrzej Steciwko: Propagowanie zdrowego stylu życia przez lekarzy POZ w opinii pacjentów z terenu Dolnego Śląska
- 275** Tadeusz Sebzda, Wiesław Ksztoń, Robert Skowroński, Halina Hańczyc: Rozwój społeczny a polityka zdrowotna, w tym podstawowa opieka zdrowotna w odbiorze pacjentów
- 275** Alina Kowalska: Charakterystyka nadal palących tytoń uczestników konkursu „Rzuć palenie i wygraj”
- 276** Sylwia Kałucka, Ewa Ratajczyk-Pakalska: Rozpowszechnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u mieszkańców Łodzi
- 277** Marzenna Wosik-Erenbek, Jadwiga Szpotan: Opieka ambulatoryjna nad dziećmi z otyłością i nadwagą - własne doświadczenia
- 277** Zbigniew Deroń, Aneta Bartczak, Dorota Kazimierczak: Borelioza – nowe nietatwe problemy kliniczne
- 278** M. Wosik-Erenbek, A. Sierakowska-Fijałek, V. Sysa, Z. Krenc, W. Mazurowski, J. Baszczyński: Nadciśnienie tętnicze u młodzieży w świetle prewencji miażdżycy i chorób układu sercowo-naczyniowego
- 278** Maria Bujnowska-Fedak, Marta Wojtkiewicz, Dariusz Kryński, Andrzej Steciwko: Nietrzymanie moczu u kobiet – analiza rodzaju, częstości występowania problemu, czynników ryzyka oraz jakości życia pacjentek
- 279** Donata Kurpas, Andrzej Steciwko: Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych oceniana za pomocą europejskiego kwestionariusza EUROPEP
- 279** Daniel Herczyński, Przemysław Kardas: Samoleczenie infekcji dróg oddechowych przez pacjentów poradni podstawowej opieki zdrowotnej
- 280** Agnieszka Kołacińska: Wiedza na temat czerniaka jako element profilaktyki pierwotnej i wtórnej w praktyce lekarza rodzinnego – współpraca ze specjalistą – doniesienie wstępne
- 281** Barbara Jugowar: Kompetencje psychologiczne i ich rozwijanie dla potrzeb medycyny rodzinnej
- 282** Daniel Herczyński, Przemysław Kardas: Częstość porad lekarskich spowodowanych wybranymi jednostkami chorobowymi w zależności od wieku wśród podopiecznych poradni lekarzy rodzinnych

SESJA PLAKATOWA

- 283** Anna Abramczyk: Problemy rodziny w realizacji opieki nad chorym na cukrzycę
- 284** Anna Abramczyk: Zachowania zdrowotne pacjentów chorych na cukrzycę a zakres wspomaganie w praktyce lekarza rodzinnego
- 284** Anna Abramczyk: Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki ze strony lekarza rodzinnego (komunikat z badań KBN)
- 285** Andrzej Bystrowski, Jan Kowalski: Profilaktyka pierwotna i wtórna chorób alergicznych przy współdziałaniu podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej
- 285** Magda Dachtera-Frąckiewicz, Krzysztof Buczkowski, Ewa Ignaczak: Przyczyny wizyt domowych u pacjentów z chorobami układu krążenia
- 286** Magda Dachtera-Frąckiewicz, Krzysztof Buczkowski, Ewa Ignaczak: Związek między wizytą domową a wiekiem i miejscem zamieszkania pacjenta

- 287** Tomasz Gładysz, Tomasz Iskra, Janusz Gorczyca, Marek Sajewicz, Jarosław Zawiliński, Anna Niżnik-Kulka, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w stomatologii. Znieczulenia przewodowe nerwów twarzy
- 287** Tomasz Iskra, Robert Środek, Ewa Mizia, Agata Musiał, Krzysztof Kulka, Janusz Gorczyca, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w neurologii. Znieczulenie przewodowe nerwu międzyżebrowego i skórno-bocznego uda
- 287** Paweł Klink: Współpraca lekarza rodzinnego z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną
- 288** Krzysztof Kulka, Tomasz Iskra, Robert Środek, Ewa Mizia, Agata Musiał, Wiesława Klimek, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w reumatologii. Cz. I. Iniekcje do przyczepów mięśniowych i kaletek maziowych kończyny górnej
- 288** Krzysztof Kulka, Tomasz Korman, Robert Środek, Ewa Mizia, Agata Musiał, Jarosław Zawiliński, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w reumatologii. Cz. II. Iniekcje do przyczepów mięśniowych i kaletek maziowych kończyny dolnej
- 289** Krzysztof Kulka, Tomasz Iskra, Robert Środek, Ewa Mizia, Agata Musiał, Tomasz Korman, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w reumatologii. Cz. III. Iniekcje do przyczepów mięśniowych okolicy kręgosłupa i kanału nadgarstka
- 289** Ewa Lange, Agata Tarczyńska, Jan Zawadzki: Zalecenia dietetyczne w diagnostyce i terapii stanów zwiększonego wydalania wapnia z moczem
- 290** Małgorzata Lelonek, Agnieszka Przybyszewska: Test pochyleniowy w diagnostyce chorych z nawracającymi omdleniami o niejasnej etiologii
- 290** Ewa Mizia, Robert Środek, Wojciech Godowicz, Paweł Brzegowy, Dariusz Chmiel, Anna Niżnik-Kulka, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w ortopedii. Technika nakłucia jam stawów kończyny górnej i dolnej
- 291** Przemysław Płatkiewicz: Problem podwyższonego ciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży
- 292** Renata Rubinsztajn, Jolanta Wrońska, Ryszarda Chazan: Dodatnie testy skórne u pacjentów z astmą oskrzelową i nietolerancją niesterydowych leków przeciwzapalnych
- 292** Bożena Rutkowska, Agnieszka Piotrowska: Ograniczenia w leczeniu dietetycznym celiakii oraz fenylketonurii
- 293** Tadeusz Sebzda, Wiesław Ksztoń, Robert Skowroński, Halina Hańczyc: Znaczenie przemian w służbie zdrowia na kształtowanie się polityki zdrowotnej, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej w województwie dolnośląskim
- 293** Marek Sajewicz, Jerzy Walocha, Tomasz Bereza, Tomasz Iskra, Agata Musiał, Krzysztof Kulka, Andrzej Skawina: Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w ginekologii. Znieczulenie okołoporodowe drogą zewnątrzoponową i znieczulenie przewodowe nerwu sromowego
- 294** Mariola Seń, Andrzej Steciwko, Donata Kurpas: Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów
- 294** Mariola Seń, Urszula Grata-Borkowska, Agnieszka Mastalerz-Migas, Anna Abramczyk, Grażyna Krause, Andrzej Steciwko: Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia pacjentów a podejmowanymi przez nich zachowaniami prozdrowotnymi

- 295** Anna Sierakowska-Eijałek, Marzenna Wosik-Erenbek: Otyłość jako czynnik ryzyka miażdżycy tętnic u dzieci i jej wpływ na peroksydację lipidów
- 295** Donata Kurpas, Urszula Grata-Borkowska, Andrzej Steciwko: Porady specjalistyczne w opinii lekarzy rodzinnych
- 296** E. Wiatr, D. Gawryluk, M. Płodziszewska, M. Korzeniewska, J. Kuś: Zmiany w układzie oddechowym w przebiegu pierwotnych systemowych zapaleń naczyń
- 296** Dariusz Włodarek, Waldemar Pakszys, Jacek Bujko: Stan odżywienia osób z chorobą Parkinsona
- 297** Joanna Kielar, Martyna Olesińska, Barbara Wiśniewska: Problem zaburzeń snu u studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu
- 298** Iwona Hełminiak, Andrzej Staniszewski, Krzysztof Świątlik, Jadwiga Staniszevska, Andrzej Steciwko: W jakim stopniu podstawowa opieka zdrowotna jest ukierunkowana na pacjenta i jego potrzeby?

KOMUNIKATY

na s. 104, 114, 120, 128, 144, 164

Słowo wstępne

Szanowni Państwo, drogie Koleżanki i Koledzy!

W imieniu Zespołu Redakcyjnego oddajemy Państwu kolejny numer kwartalnika POLSKA MEDYCYNA RODZINNA o specjalnej randze i wyjątkowo bogatej tematyce.

Zawartość niniejszego zeszytu stanowią wybrane wykłady programowe, streszczenia prezentacji ustnych, jak i plakatowych, odbywającego się w dniach 9-11 maja 2002 r. w Łodzi II Ogólnopolskiego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Tematyka niezmiernie ciekawa odzwierciedla główny temat Zjazdu: **Wyzwania stojące przed medycyną rodzinną u progu XXI wieku**. Odpowiedź na wyzwania zaprezentowana jest w większości materiałów zawartych w niniejszym zeszycie.

Z tej okazji chciałbym serdecznie podziękować wszystkim Autorom za przygotowanie szerokiego wachlarza tematycznego wykładów z różnych dyscyplin medycyny, od medycyny podstawowej po medycynę wysokospecjalistyczną, od uwag praktycznych poprzez prace pogładowe, oryginalne do kazuistycznych. Jestem przekonany, że również i ten zeszyt naszego kwartalnika znajdzie trwałe miejsce w podręcznej bibliotece każdego lekarza, nie tylko pracującego w podstawowej opiece zdrowotnej, lekarza medycyny rodzinnej, ale również specjalisty zajmującego się prezentowanymi zagadnieniami. Życzę odnalezienia wielu interesujących tematów i mam nadzieję, że tak jak w tym, tak również w kolejnych zeszytach naszego kwartalnika znajdą Państwo prace prezentujące szeroką tematykę dotyczącą medycyny rodzinnej.

Uczestniczymy w drugim już Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, organizowanym w tym roku przez Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi, kierowany przez Panią Profesor Ewę Ratajczyk-Pakalską, jedną z twórców medycyny rodzinnej w naszym kraju.

Tematyka Zjazdu jest niezmiernie ciekawa, i jak zwykle bardzo bogata. Jestem przekonany, że zainteresuje wszystkich uczestników.

Urozmaicony program imprez towarzyszących niewątpliwie uświetni program naukowy Zjazdu i umili Państwu pobyt w Łodzi. Sądzę, iż usatysfakcjonowani programem naukowym, nowymi doświadczeniami i nowymi kontaktami zawodowymi i towarzyskimi, wywiozą Państwo z Łodzi niezapomniane wrażenia.

Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
Redaktor Naczelny
Andrzej Steciwko

Słowo wstępne

Szanowni Państwo!

W imieniu Komitetu Naukowego i Redakcyjnego II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej pragnę złożyć podziękowanie, że zechcieli Państwo wziąć udział w tym dorocznym ogólnopolskim wydarzeniu medycznym. Cieszymy się z tego spotkania, zdając sobie sprawę, iż niełatwo było Państwu znaleźć czas i energię na wzięcie w nim udziału. Codzienna praca lekarzy rodzinnych, wypełniona wieloma obowiązkami lekarskimi, a także nierzadko i pozalekarskimi, jest bowiem bardzo absorbująca. Zmieniające się przepisy prawne i coraz nowe wymagania, stawiane przed lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, również nie sprzyjają znalezieniu wolnego czasu. Tym bardziej zatem jesteśmy radzi, że dziś możemy tu być razem, zdobywając nową wiedzę, doskonaląc swoje umiejętności, dzieląc się doświadczeniami i ciesząc się z przebywania w gronie dobrze rozumiejących się kolegów po fachu.

Mamy nadzieję, że przygotowany na to spotkanie program naukowy i towarzyski spełni Państwa oczekiwania. Dołożyliśmy starań, aby wykłady mogły być dla Państwa źródłem nowoczesnej i wiarygodnej wiedzy medycznej, abyście mieli Państwo okazję zaprezentowania swoich dokonań badawczych na sesjach prac naukowych i wreszcie, aby nie zabrakło okazji do spotkań kulturalowych i dobrej zabawy. Mamy również nadzieję, że skorzystacie Państwo z okazji do poznania naszego interesującego miasta.

Życząc Państwu owocnego spędzenia czasu podczas II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, wyrażamy nadzieję, że za rok wspomnienia z Łodzi skłonią Państwa do uczestnictwa w kolejnym, III Zjeździe PTMR.

Przewodnicząca Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
Prof. dr hab. med. Ewa Ratajczyk-Pakalska

Wyzwania dla medycyny rodzinnej w zakresie niwelowania różnic w stanie zdrowia społeczeństwa polskiego

The challenges for family medicine in the framework of the Polish population health inequalities minimisation

KRZYSZTOF KUSZEWSKI

Z Zakładu Epidemiologii i Biura Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia
Państwowy Zakład Higieny
Kierownik: prof. dr hab. Wiesław Magdzik

Streszczenie W końcu lat 80. stan zdrowia populacji polskiej znacznie odbiegał od poziomu krajów w Europie Zachodniej. Od roku 1992 zarysowały się zjawiska wskazujące na zahamowanie narastania tendencji negatywnych i stopniową poprawę w większości wskaźników zdrowotnych. Nastąpiło wydłużenie średniego prognozowanego trwania życia, szczególnie mężczyzn, niemal o 3 lata, zmniejszenie współczynnika umieralności niemowląt do 8/1000 żywych urodzeń, ograniczenie chorób zakaźnych, przykładowo 8-krotne zmniejszenie zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Jednak równolegle w końcu lat 90. zaznaczył się spadek liczby urodzeń oraz gwałtowny wzrost bezrobocia, które osiągnęło obecnie poziom około 20%. Zmieniła się więc struktura wiekowa populacji, powstały znaczne różnice zdrowotne między miastem a wsią, i w poszczególnych warstwach społecznych. Powoduje to konieczność zmian w programach zdrowotnych realizowanych przez lekarzy rodzinnych, tak aby mogły one zapobiegać patologiom w najbardziej zagrożonych grupach wiekowych i społecznych, do których należy młodzież z ubogich rodzin dotkniętych bezrobociem, sami bezrobotni oraz osoby starsze.

Słowa kluczowe: klasowość zdrowia, ubóstwo, bezrobocie, starość, styl życia, promocja zdrowia, programy zdrowotne.

Summary At the end of the 80ies health status of the Polish population was significantly differ in comparison to western countries level. Starting from 1992 the new tendencies has been appeared, showing that negative trends in some health status indicators were reversed or almost reversed. The life expectancy began to increase (in comparison to previous years) almost 3 years in man in the year 2000. The infant mortality decreased steadily reaching 8 per 1000 live birth. In infectious diseases positive changes has been noticed, for example hepatitis B incidence decreased 8 times. But on the other hand at the end of the 90ies rapid increase of unemployment was observed which reach now the level of 20% in some regions. Moreover the age structure of the population is changing (ageing process) mainly because of the decreasing trend of reproduction. Significant differences in health status between rural and urban areas and between different social classes are observed. All this required changes in health and health promotion programmes performed by the family doctors. It should be strengthen to be able prevent pathology in the most risk social and age groups where can be account youth from poor unemployed families, unemployed and elderly peoples.

Key words: poverty, inequalities in health, unemployment, elderly, life style, health promotion, health programs.

Kierunki rozwoju i reformowania systemu ochrony zdrowia zostały kompleksowo zapisane w dokumentach tzw. „podstolika zdrowia” podczas obrad Okrągłego Stołu wiosną 1998 r. W listopadzie tego samego roku rząd przyjął dwa kierunkowe dokumenty, pierwszy z nich dotyczył poprawy stanu zdrowia populacji, zaś drugi zmian w organizacji i finansowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej.

Polska w tym czasie charakteryzowała się złym i pogarszającym się stanem zdrowia populacji, czego dowodem była wyższa dwukrotnie

od krajów rozwiniętych umieralność niemowląt (ok. 20/1000), znaczna nadumieralność mężczyzn z tendencją do skracania przewidywanej długości trwania życia, zagrożenia chorobami zakaźnymi, w tym gruźlicą i wirusowym zapaleniem wątroby, które wykazywały najwyższe wskaźniki zapadalności w Europie. Odpowiedzią na powyższe problemy miał być długofalowy program poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Został on przygotowany zgodnie z założeniami i po kilku zmianach obowiązuje do chwili obecnej jako Narodowy Program Zdrowia na lata

1996–2005. Jest on monitorowany i wykazuje znaczne zmiany w stanie zdrowia populacji.

Należy tu wymienić przedłużenie średniego przewidywanego trwania życia o niemal 3 lata, obniżenie współczynnika umieralności niemowląt do poziomu ok. 8/1000 żywych urodzeń, spadek liczby zachorowań na gruźlicę z ok. 17 000 do 12 000 i liczby zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby z ok. 16 000 do ok. 2000 przypadków rocznie. Jednak stan zdrowia populacji polskiej odbiega nadal od średnich dla Unii Europejskiej. Zob. tab. 1 (wg B. Wojtyniaka).

W zakresie organizacji i zarządzania zapisano przy Okrągłym Stole decentralizację i równość podmiotów państwowych, spółdzielczych oraz prywatnych. Pozwoliło to na późniejsze zmiany systemowe w zakresie zaopatrzenia w leki, utworzenie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, praktyk prywatnych, w tym lekarzy rodzinnych, wreszcie przekazanie państwowych placówek (85% szpitali) w ręce samorządów powiatowych.

Przy Okrągłym Stole zdecydowano też o uspołecznieniu środków finansowych na ochronę zdrowia poprzez tworzenie funduszu ubezpieczeniowego. Znalazło to swój wyraz w ustawie ubezpieczeniowej z lutego 1997 r. Niestety podlegała ona wielu zmianom niezgodnym z duchem decentralizacji i współodpowiedzialności. Wyeliminowano między innymi udział izb lekarskich i pielęgniarskich oraz kolegium lekarzy rodzinnych w kontraktowaniu, co doprowadziło do dyktatu kas i kompromitacji idei uspołecznienia systemu.

Nie zrealizowano zapisu o stopniowym zwiększaniu nakładów publicznych na ochronę zdrowia, które pozostały nadal na najniższym poziomie, nie tylko w stosunku do krajów wysoko rozwiniętych, ale również naszych sąsiadów aspirujących do Wspólnoty Europejskiej.

Na tym tle rozpoczęły się nasilać różnice w szansach na promocję i utrzymanie zdrowia w coraz bardziej odmiennych grupach społecznych. Wynikało to z różnic zamożności, wykształcenia, związanych z tym zmian w stylu życia. Programy zdrowotne adresowane do całego społeczeństwa największy rezonans znajdowały

w grupach zamożnych lub najlepiej wykształconych. Zarysowało się nieobserwowane dotychczas w Polsce zjawisko klasowości zdrowia dzięki zdecydowanej poprawie sytuacji w jednych grupach, zaś zagrożeń głęboką patologią społeczną i zdrowotną w innych. Szczególnie istotne znaczenie zaczęło odgrywać narastające bezrobocie, które od czasu „wielkiego kryzysu” lat 30. ubiegłego stulecia jest uznanym czynnikiem sprzyjającym patologiom i chorobom. Pojawia się zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia socjalne i zdrowotne. Znajdowało to odbicie w zwiększonej liczbie zgonów, w tym samobójstw, szczególnie wśród mężczyzn w wieku produkcyjnym, patologiom rodzinnym i ich odległych skutkach, oraz zwiększonych wydatkach na opiekę zdrowotną. Jeśli dodać do tego występujący w Polsce spadek liczby urodzeń, przy równoczesnym starzeniu się społeczeństwa i najwyższym w Europie przyroście do roku 2005 liczby rąk do pracy, bez możliwości ich wykorzystania, przy szczupłości środków z ubezpieczeń i ubóstwie około 30% społeczeństwa, konieczne jest przestawienie priorytetów w polityce zdrowotnej. Niezbędne jest też skierowanie części działań i środków pomocy społecznej na profilaktykę zdrowotną, szczególnie dzieci i młodzieży w rejonach dotkniętych bezrobociem. Wydaje się to być najlepszą inwestycją w przyszły rozwój ekonomiczny kraju. Połączone środki na promocję zdrowia i profilaktykę powinny być podstawą lokalnych programów zapobiegania patologiom społecznym i zdrowotnym. Ma to również znaczenie dla zdobywania wykształcenia i kwalifikacji, bez których nie ma możliwości zdobycia pracy. Bez kompleksowego działania w tej dziedzinie powstają obecnie „obszary biedy i bezrobocia dziedzicznego”, co powoduje ponadto kryminalizację i utratę poczucia bezpieczeństwa przez inne grupy społeczne.

Zadania są zróżnicowane w poszczególnych regionach kraju, co więcej różnice dotyczą często sąsiednich powiatów. Najbliżej swych pacjentów jest lekarz rodzinny, który z definicji powinien być najlepiej zorientowany w ich problemach socjalnych i wynikających z nich zagrożeniach zdrowia. Często już obecnie pełni on wraz z pie-

Tabela 1. Przeciętne roczne tempo (w %) spadku współczynników zgonów w wieku 25–64 lata z powodu wybranych przyczyn w UE i w Polsce i okres potrzebny do osiągnięcia w Polsce obecnego poziomu umieralności w UE

Przyczyna zgonu	Δ 1991–1998	Δ 1991–2000	Lata do UE teraz
Ch. układu krążenia		4,67%	17 lat
Nowotwory złośliwe	1,47%		29 lat
Rak płuc – mężczyźni		2,56%	23 lata
Rak szyjki macicy	2,68%		55 lat
Przyczyny zewnętrzne		3,07%	22 lata

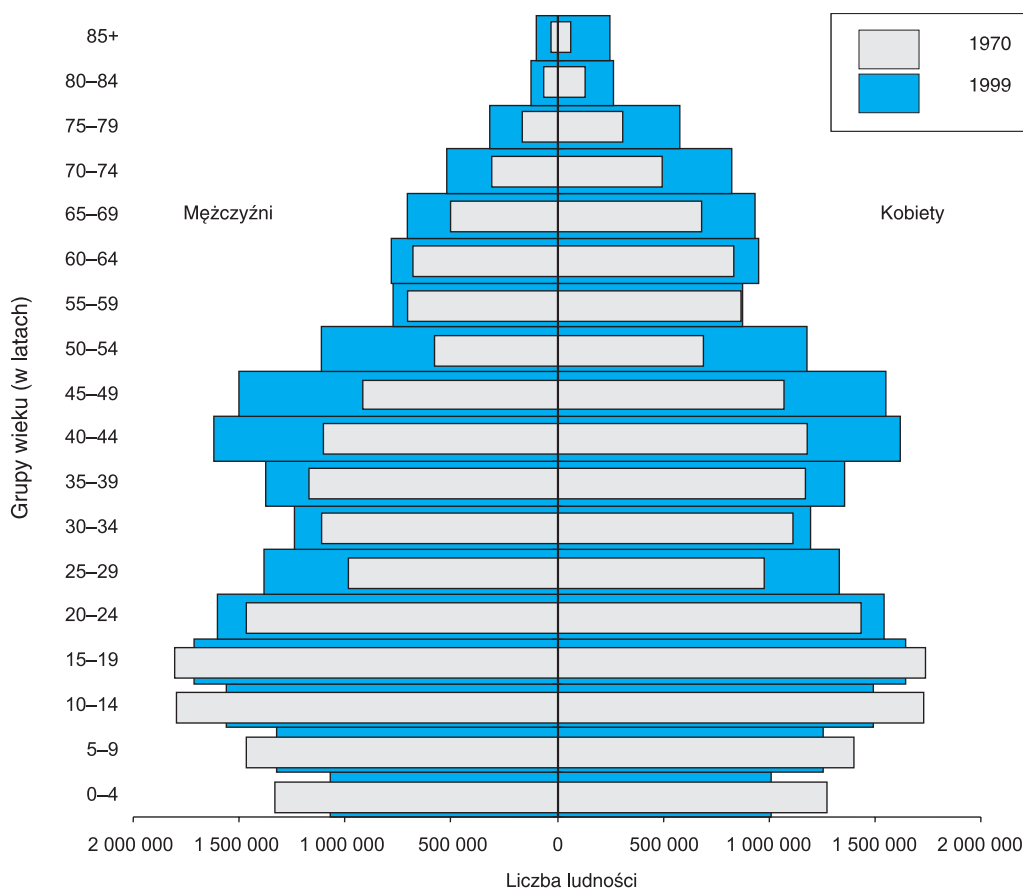
łęgniarkami środowiskowymi rolę inicjatora programów pomocy dla najuboższych.

Innym obszarem jest wzrastająca populacja ludzi starych. Problemy zdrowotne ujawniają się już w wieku 45–65 lat i w tym czasie wczesna diagnostyka, profilaktyka swoista i zmiana stylu życia przynoszą ewidentne rezultaty. W efekcie ludzie ci mogą żyć dłużej samodzielnie i nie powodują konieczności pełnej opieki przez rodzinę oraz opieki socjalnej i medycznej. Jest to więc następna inwestycja w zdrowie populacji, dająca wymierne efekty społeczne i ekonomiczne. Ryc. 1. (wg WHO, Biuro Regionalne Kopenhaga).

Wreszcie to co najbardziej oczywiste – programy opieki profilaktycznej nakierowane na dzieci i młodzież. Tu szczególnie potrzebny jest jednolity standard postępowania oraz konkretne

środki na jego realizację, gdyż pojęcie równości w zdrowiu, które jest fundamentem cywilizowanej polityki zdrowotnej, musi dotyczyć tej grupy. Przykładem krótkowzroczności w tej dziedzinie jest eliminacja 4. godziny wychowania fizycznego z programu szkolnego. Rodzi to patologie społeczne i zdrowotne, tym bardziej że wraz z pojawieniem się Internetu zaobserwowano, w całym korzystającym z niego świecie, pogorszenie parametrów sprawności ruchowej dzieci i młodzieży.

Reasumując należy pilnie przygotować i wdrożyć schematy (zalecane standardy) profilaktycznych programów zdrowotnych dla działających lokalnie samorządów, lekarzy rodzinnych i pozostałych partnerów społecznych, aby nie doprowadzić do utraty osiągniętych wcześniej pozytywnych efektów.



Ryc. 1. Struktura wieku ludności Polski w 1970 i 1999 r.

Piśmiennictwo

1. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk WC (red.). *Zdrowie publiczne*. Kraków: Vesalius; 2000.
2. Szymborski J., Szamotulska K., Sito A. *Zdrowie naszych dzieci – zróżnicowanie szans*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2000.
3. Kirschner H., Kopczyński J. *Aktualne problemy zdrowotne, zagrożenia i szanse*. Warszawa: IGNIS; 2000.
4. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Tłum. Warszawa-Kraków: Vesalius; 2001.
5. International center for studies and research in biomedicine. *Health System in Industrialised Countries*. Pavia: Centro di Economia Sanitaria; 2000.

Adres Autora:

Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa

Future of Continuing Medical Education for General Practitioners in the UK

Przyszłość kształcenia ustawicznego lekarzy rodzinnych w Wielkiej Brytanii

PETER ORTON

Dr Peter Orton, MMedSci, FRCGP Senior Lecturer and Medical Adviser, University of Bath, UK
Sally Jefferies, Head of New Programme Development, University of Bath, UK

Summary Changes in continuing medical education. Need for evidence-based, audit directed educational material. Portfolio-based personal and practice development plans. A series of educational packages published by the University of Bath uses open learning techniques to update General Practitioners in major health areas and to meet the requirements of a rapidly changing market.

Key words: continuing medical education, learning techniques, GP.

Introduction

Medical education in the UK is changing rapidly, both in the development of an education market and the format of delivery. The traditional model of lectures and passive learning is changing to an interactive model which engages doctors actively with their learning. The UK medical professional bodies encourage:

- Participative and self-directed activities in education (*Royal College of Physicians, 1994, 1998*)
- Distance education /open learning ('a very valuable form of education, requiring high motivation and evidence of completion' (*A Consumer's Guide to CME, Royal Society of Medicine, 1995*)).
- A reflective approach
- The application of knowledge through audit.

The GP market is geared up to take advantage of new forms of education (82% of General Practitioners have access to the internet (*Royal Society of Medicine, June 2000*)). There is a preference in the health sector for mixed media (electronic and paper-based) and distance education / open learning (*University of Bath, Market Research 1995–2001*).

These methods of education are poorly reflected in the previous postgraduate education system of accreditation which was largely based on traditional lecture-based modes of teaching and which required no evidence of learning.

Personal and Practice Development Plans

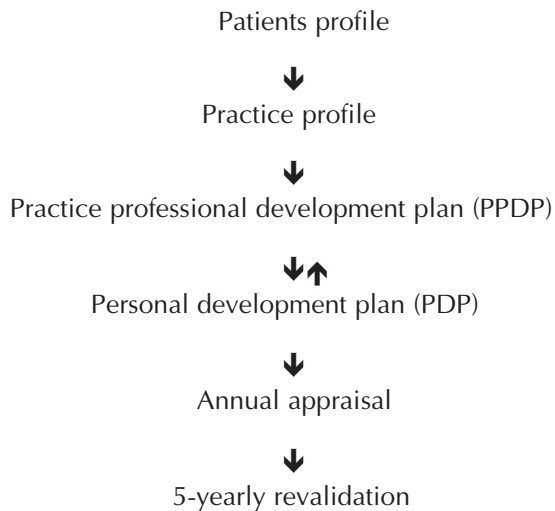
In future, General Practitioners will need to keep a logbook of learning activities they have agreed with a local educational tutor as meeting their personal needs. GPs can also work in teams to put forward a learning plan that meets the needs of their practice.

- Personal development plan (**PDP**) which specifies individual educational needs
- Practice professional development plan (**PPDP**) which specifies the needs of the practice, reflects individual GP needs and local and national priorities.

Both kinds of plans are generally simply referred to as **PDP**.

Appraisal and Revalidation

Underpinning PDP is the requirement for annual appraisal to review progress towards revalidation (a 5-yearly requirement from 2004). GPs will submit their completed logbook to local assessors, along with any other evidence, e.g. coursework, articles they have written, details of changes made in practice, audits undertaken, and so on. This collection of evidence is usually referred to as the **portfolio**.



The portfolio

Over the years GPs will build up a record of the learning they have undertaken. The portfolio of learning should be:

- Evidence-based
- Audit-directed
- Encompass the quality standards defined in local clinical governance
- Be in line with key government health areas.

Evidence-based: Where can I find best evidence? How should things be done? How do we measure up? What can I learn and apply to my practice? Do local hospital guidelines match available evidence? Should I adapt my management of this disease?

Audit-based: Audits must be relevant to the practice and have potential for change, which leads to improved patient outcomes.

Performing self-audit is a critical part of clinical governance.

Clinical governance: A system through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which clinical excellence will flourish. (Department of Health (1998) A First Class Service: Quality in the New NHS)

There are 2 main components to clinical governance:

- an explicit means of setting clinical policy
- an equally explicit means of monitoring compliance with such policy.

These will come from the local primary care trust (PCT) and the practice itself.

Key government areas:

- Improving health: Smoking, drugs, teenage pregnancy
- Saving lives: Cancer, coronary heart disease, Cerebrovascular accident
- Treating disease: Diabetes, asthma, mental health, arthritis, skin, eyes and ears.

PDP and Revalidation

The learning portfolio will be assessed during the annual appraisal. It will need to include evidence of personal education and personal development, such as:

- Evidence of audit and review of clinical practice, clinical records, patient access to the GP;
- Evidence of assessment of communication skills, team working, competency in equipment use, prescribing data and accounts of any complaint, etc.

2 updates for GPs and open learning

Open learning uses educational techniques that engage learners with their learning, such as

- **Self-directed:** Learning objectives and outcomes
- **Interactive:** Questions that require responses, with informative feedback
- **Participative:** Real life cases, audit
- **Clear:** Concise explanations and graphics
- **Varied:** Mixed media (paper, video, audio, web).

Advantages for GPs are that they can study:

- In their **own time**, avoiding the constraints of specific times for face-to-face teaching
- At their **own pace**, fitting in with the busy GP's lifestyle
- In their **own home or surgery**, and therefore without the expense of locums and travel.

The medical professional bodies (RCGP, RSM, RCP) all encourage open learning because it requires:

- High **motivation**
- A **reflective** approach
- The **application** of knowledge
- **Evidence** of learning

Updates for GPs meet all these criteria and more.

Open learning techniques	Features of Updates for GPs
Targeted Participative	Written for GPs by GPs and specialist consultants. Case-based with real patients on video so that GPs can simulate consultations in practice.
Interactive Reflective	Self-assessment questions relating to cases, with informative feedback. Checklists for reflecting on learning. Audit assignment to reflect on recommendations for changes to protocols and their implementation.
Objectives	Learning objectives reinforced by summaries of outcomes and learning points.
Clear Formative Summative Mixed media	Practical guidelines, bullet points, tables, diagrams. Questions, links, resources to aid the learning process. Marked assignments. Information paperback, interactive CD, web-enabled access to professional relevant websites.

3 updates for GPs and requirements of PDP

PDP requirements	Contents of updates for GPs
Learning needs: knowledge	Health areas already covered and proposed are in line with the requirement to update knowledge in key areas: rheumatology, neurology, cardiovascular disease, women's health, men's health, dermatology, endocrinology, ophthalmology, ENT
Clinical practice: skills	1-day clinical meetings for each topic area and held at venues around the country. Practical sessions conducted by GP and Consultant and with the help of real patients.
Audit: performance	The marked assignments include audits of personal and/or practice protocols in the recorded diagnosis, investigation and management in key disease areas, e.g. osteoarthritis, rheumatoid arthritis, osteoporosis, shoulder pain, lumbar pain, migraine, carpal tunnel syndrome, epilepsy, stroke, Parkinson's disease.
Focused	Concentrate on common and 'red flag' conditions at the interface between doctor and patient and between primary and secondary care. Aims: to improve diagnosis, investigations and management and to make appropriate referrals.
Evidence-based	References to best clinical evidence, drawn from <i>Clinical Evidence (BMJ)</i> , <i>Prodigy</i> , <i>Bandolier</i> and other recognised sources.
Recorded evidence	Marked assignments with tutor feedback. Data collection audit forms and record of proposed changes to practice protocols and method of implementing such changes.
Checklist of learning	Learning points at the end of each section. Checklist for GPs to assess confidence level of learning from each section. This document can be print-ed out and added to PDP portfolio as evidence for end of year PDP appraisal.
Identify future learning needs	A proforma for GPs to identify their further learning activities and how these could be met in the current or future PDP.

Summary

Medical education in the United Kingdom is changing rapidly, as the system moves from a traditional passive process to an active and reflective process. The new process of personal and practice development plans will link educa-

tion to doctor's performance. New formats of educational material are required and the "Updates in Rheumatology and Neurology" are examples of such material. Electronic learning systems provide the opportunity to deliver education in new ways, to new groups and in different languages.

Bibliography

1. Chambers R., Boath E. *Clinical Effectiveness and Clinical Governance made easy 2nd edition Clinical Evidence*. BMJ Publishing group.
2. Gallen D. & Buckle G. *Personal and Practice Development Plans in Primary Care*. Update and Butterworth Heinemann.
3. Haslam D. "Not another guide to stress in General Practice...".
4. Pietroni R. *The toolbox for portfolio development a practical guide for the primary health care team*.
5. Rughani A. *The GP's Guide To Personal Development Plans*. Silverman, Kurtz & Draper *Skills for communicating with patients*.
6. Wakely G., Chambers R., Field S. *Continuing Professional Development in Primary care: making it happen*.
7. Zwanenberg T. *Clinical Governance in General Practice*.

Notes:

Dr Peter Orton and Sally Jefferies devise and develop multimedia medical educational courses for General Practitioners and other health professionals.

s.jefferies@bath.ac.uk

Peter-Orton@msn.com

Ocena potrzeb zdrowotnych populacji

The assessment of the health needs of the population

PAWEŁ GORYŃSKI, BOGDAN WOJTYNIAK

Z Zakładu Statystyki Medycznej Państwowego Zakładu Higieny

Kierownik: dr n. med. Paweł Goryński

Streszczenie W opracowaniu przedstawiono definicję i uwarunkowania potrzeb zdrowotnych, które mają ścisły związek z sytuacją zdrowotną populacji i ekonomiczną kraju. Do oceny sytuacji zdrowotnej można się posłużyć danymi z rutynowo działających systemów informacyjnych w zdrowiu publicznym, które wchodzą w skład programu badań statystycznych statystyki publicznej. W opracowaniu przedstawiono krytyczną ocenę istniejących systemów i zwrócono uwagę na potrzebę ich modyfikacji pod kątem dostosowania do nowych zadań związanych z ocenami sytuacji zdrowotnej nie tylko na szczeblu centralnym, ale także w województwach i powiatach, co w przyszłości pozwoli na uzyskanie podstaw do prowadzenia racjonalnej i skutecznej polityki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania.

Słowa kluczowe: potrzeby zdrowotne, ocena stanu zdrowia, epidemiologia, systemy informacyjne.

Summary In the elaboration the definition and relation between health needs health status and economic situation of the country were presented. For the assessment of the health status of the population data from different routinely operating in public health, information systems could be used. This information systems are working under umbrella of the National Public Statistics Programme. In this work out a critical approach to the existing information systems was presented and it was stressed that some of them should be modified, to allow assessment of the health status not only the central level only but also at the level of voivodship and powiat. It should enable in the future to get a background for the rational and efficient health policy at the different levels of management.

Key words: health needs, health status of the population, information systems, epidemiology.

Wstęp

Zdrowie według tradycyjnej definicji Światowej Organizacji Zdrowia jest stanem całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby. To trywialne stwierdzenie jest przydatne dla celów edukacyjnych i propagandowych, jednak jego zoperacjonalizowanie dla celów poznawczych natrafia na metodologiczne trudności. Należy podkreślić, że pojęcie zdrowia możemy odnosić tak do poszczególnych jednostek, jak i do całej populacji, z których się ona składa, przy czym metodologia oceny stanu zdrowia w obu przypadkach jest odmienna, i nie zawsze możliwa jest ocena stanu zdrowia populacji poprzez wyliczenie uśrednionych wartości mierników zdrowia z ocen stanu zdrowia jednostek składających się na zbiorowość.

Badanie przedmiotowe pacjenta wykonane przez lekarza pozwala na ocenę zdrowia na podstawie konkretnych obserwowanych symptomów zaburzeń funkcjonowania organizmu. Obserwacje te mogą być poszerzone o wyniki konkretnych badań analitycznych płynów ustrojowych lub wysoko specjalistycznych badań w rodzaju

RTG, EKG, EEG lub tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. W końcu wnikliwa anamneza może dodać istotne elementy pozwalające na trafną diagnozę jednostkowego stanu zdrowia.

Inny sposób oceny stanu zdrowia jednostki to metoda subiektywna, w której wykorzystuje się odpowiednio przygotowane standardowe kwestionariusze ankietowe. Służą one do retrospektywnej oceny różnych aspektów zdrowia w wymiarze fizycznym, fizjologicznym, psychologicznym i społecznym. Kluczową pozycją w tych kwestionariuszach jest pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia”, przy czym przewidziane możliwości odpowiedzi sprowadzają się do co najmniej trzech kategorii. Należy podkreślić, że w badaniach populacyjnych stwierdza się istotną stosunkowo wysoką korelację między subiektywną oceną stanu zdrowia a oceną obiektywną. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w swoich rekomendacjach w zakresie ocen stanu zdrowia populacji zaleca korzystanie z metod kwestionariuszowych (Health Interview Surveys), znacznie tańszych od obudowanych kosztowną aparaturą diagnostyczną badań

przedmiotowych. Oczywiście badania te mają swoje ograniczenia wynikające z subiektywnego podejścia do problemu zdrowia.

Po przedstawionych powyżej rozważaniach nasuwa się podstawowe pytanie, czemu mają służyć oceny stanu zdrowia ludności oprócz zaspokojenia czysto poznawczych ambicji ludzi i instytucji je prowadzących.

Każdy kraj w ramach prowadzonej polityki społecznej powinien prowadzić politykę zdrowotną, która jest częścią działań podejmowanych w ramach szeroko pojętego zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne¹ natomiast stanowi „zespół działań podejmowanych przez społeczeństwo dla promocji, utrzymania i poprawy zdrowia populacji. Jest ono połączeniem nauki i praktyki w przekonaniu, że droga do poprawy zdrowia wszystkich ludzi prowadzi przez ogólnospołeczną działalność.

Programy instytucji związanych ze zdrowiem publicznym kładą nacisk na zapobieganie chorobom i potrzebom zdrowotnym całej populacji. Formy działania instytucji zaangażowanych w zdrowie publiczne zmieniają się wraz z przemianami technologii i potrzeb społecznych, ale cele pozostają zawsze te same:

- ograniczenie chorobowości i przedwczesnej umieralności,
- zmniejszenie dyskomfortu związanego z chorobą oraz
- ograniczenie niepełnosprawności w populacji.

Zdrowie publiczne stanowi więc połączenie instytucji społecznej dyscypliny naukowej i działań praktycznych.

Polityka zdrowotna, która w ramach polityki społecznej powinna być prowadzona celem utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa wykorzystuje analizy sytuacji zdrowotnej ludności dla celów monitorowania i ewaluacji swych działań. Należy zaznaczyć, że w państwach o zdecentralizowanym systemie zarządzania, do którego dąży także nasz kraj, polityka zdrowotna prowadzona jest zarówno na szczeblu centralnym, jak i na poziomie lokalnym. Na tym właśnie poziomie: powiatu i gminy, obserwować można, w stosunkowo krótkim czasie, konkretne rezultaty działań, jednak ich ocenę w wymiarze zdrowia dać mogą odpowiednie mierniki sytuacji zdrowotnej, które stanowią bazę do analiz sytuacji zdrowotnej ludności, gminy, powiatu, województwa i w końcu całego kraju.

Dla prowadzenia racjonalnej polityki zdrowotnej i alokacji środków na ochronę zdrowia

niezbędna jest znajomość potrzeb zdrowotnych ludności.

Potrzeby zdrowotne² to ilość usług (świadczeń), która powinna być dostarczona (w odróżnieniu od popytu). Potrzeby zdrowotne można podzielić na rzeczywiste, wyrażone i zrealizowane. Zachodzą między nimi określone relacje, które przedstawiono na rycinie 1.

Pomiar potrzeb rzeczywistych (obiektywnych) może być częściowo dokonany metodami epidemiologicznymi poprzez ocenę stanu zdrowia i sytuacji demograficznej interesującej nas populacji. Potrzeby wyrażone – to oczekiwania (żądania), które stwarzają rosnący popyt na usługi zdrowotne, niemożliwy w praktyce do zaspokojenia nawet w krajach wysoko rozwiniętych. Pomiaru tych potrzeb (żądań, oczekiwań) można dokonać metodami ankietowymi. Potrzeby zrealizowane (zaspokojone) – to usługi (świadczenia) wykonane przez system opieki zdrowotnej zwykle ilościowo i jakościowo nie satysfakcjonujące społeczeństwa. Informacje ilościowe o tych świadczeniach można uzyskać z systemów sprawozdawczych działających w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej.

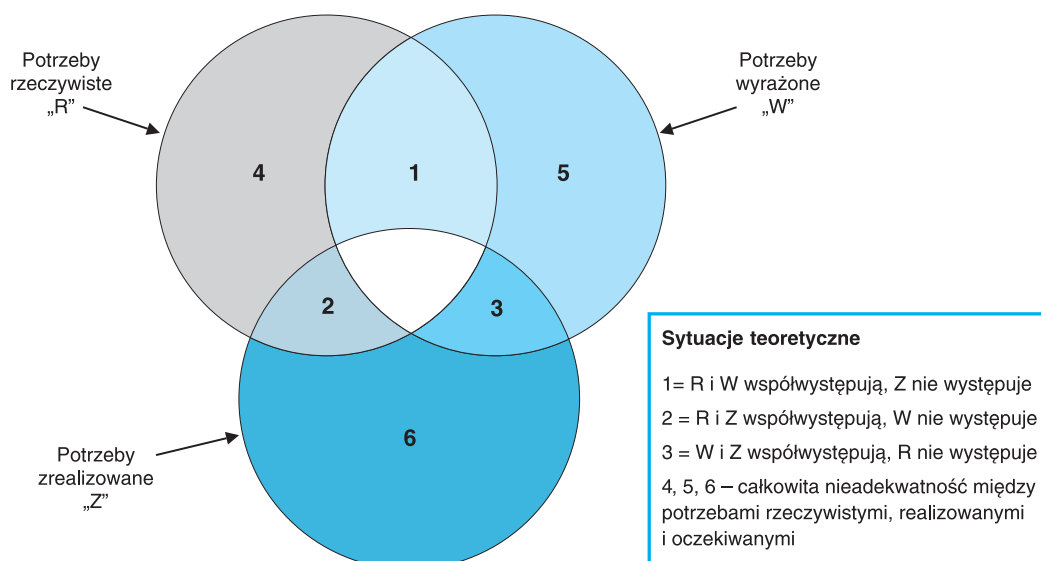
Potrzeby zdrowotne (R), rzeczywiste, a także wyrażone (W) wchodzą w określone relacje, które przedstawiono na rycinie 2. Stan zdrowia determinuje rzeczywiste (obiektywne) potrzeby zdrowotne, a te z kolei podlegają zmianom w zależności od poziomu świadczeń (usług zdrowotnych). Te właśnie działania naprawcze w pewnym ograniczonym stopniu wpływają na stan zdrowia, który w poważnym stopniu uzależniony jest jednak od ogólnej sytuacji ekonomicznej, która stwarza podstawy do generowania adekwatnego do oczekiwań zakresu i poziomu świadczeń zdrowotnych. Obok podstawowej bazy ekonomicznej na stan zdrowia wpływa także zespół czynników genetycznych, środowiskowych, a przede wszystkim (w ponad 50%) indywidualny styl życia, co zaznaczono na rycinie 2 w postaci tzw. koła (tortu) Lalondea'a.

Systemy informacyjne służące pomiarowi zdrowia

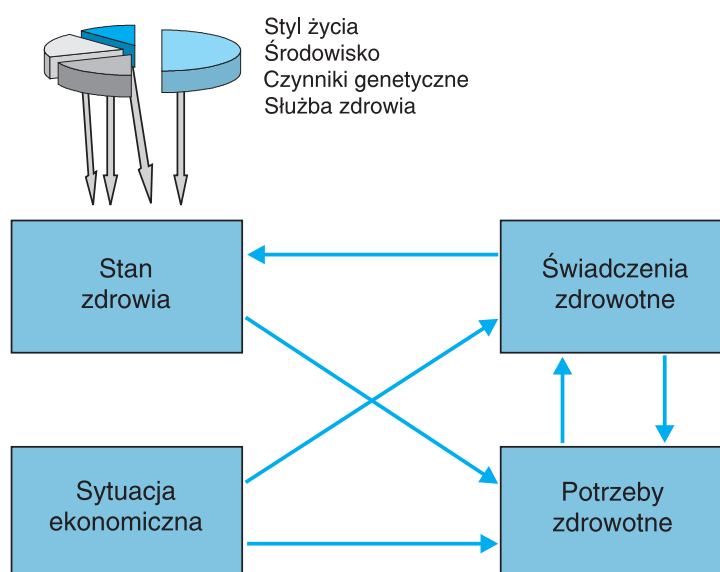
Podchodząc w sposób dynamiczny, stan zdrowia na poziomie jednostki można sobie wyobrazić jako pewne kontinuum (ryc. 3), od pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego (zgodnie z cytowaną już definicją Światowej Orga-

¹ Według *A Dictionary of Epidemiology*. Second Edition. Edited by Jonh M. Last Oxford University Press 1988.

² Thomas E. Getzen. *Ekonomika zdrowia*. PWN, Warszawa 2000.



Ryc. 1. Relacje między potrzebami zdrowotnymi rzeczywistymi, wyrażonymi i zrealizowanymi (wg Poździejca, *Zdrowie publiczne*, Kraków 2001)



Ryc. 2. Uwarunkowania potrzeb zdrowotnych

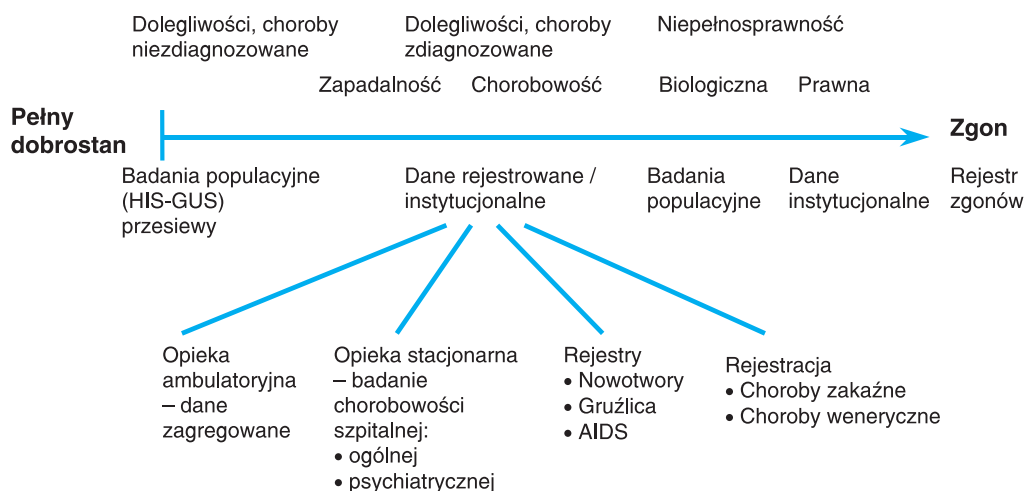
nizacji Zdrowia), poprzez różne stany niedomagań początkowo niezdiagnozowanych, następnie już rozpoznanych i określonych, o różnym stopniu ciężkości i uciążliwości oraz o różnych konsekwencjach dla sprawności osoby, aż do całkowitego wyczerpania się zdrowia i w konsekwencji zgonu. Stan zdrowia populacji jest pewną sumą stanów jednostkowych i odpowiednie systemy informacyjne powinny informować o fazach zmieniającego się stanu zdrowia jednostkowego. Niestety istniejące w kraju systemy informacyjne w niewystarczający sposób pokrywają poszczególne fazy stanu zdrowia jednostkowego, co stanowi

duże utrudnienie dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia całej populacji.

Na rycinie 3 przedstawiono w sposób syntetyczny, w jakim stopniu poszczególne fazy stanu zdrowia indywidualnego są objęte systemami informacyjnymi funkcjonującymi w naszym kraju. Ogólnie można stwierdzić, że istnieje niedostatek dobrej informacji o niedomaganiach w stanie zdrowia, o mniej dramatycznym charakterze nie prowadzącym do hospitalizacji lub zgonu, a także niezwiązanych z niektórymi chorobami objętymi specjalnymi rejestrami lub obowiązkową zgłaszalnością.

Systemy informacyjne dostarczają danych umożliwiających konstruowanie przede wszystkim negatywnych mierników zdrowia związanych z faktem ograniczenia zdrowia poprzez zachorowanie, zatrucie, uraz, utratę pełnej sprawności fizycznej bądź umysłowej, a w końcu zgonu. Mierniki te mają zazwyczaj charakter prostych współczynników zapadalności (odnoszących się do nowych przypadków zachorowań w danym okresie), chorobowości (odnoszących się do wszystkich chorujących w danym momencie) i umieralności (wyrażających natężenie zgonów w danym okresie) (ryc. 4).

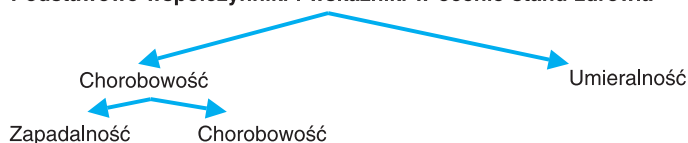
Bardzo przydatne w analizie stanu zdrowia są wskaźniki złożone, z których niewątpliwie najbardziej znany to średnie dalsze trwanie życia, współczynniki standaryzowane względem wieku czy też potencjalne utracone lata życia (Potential Years of Life Lost – PYLL). W ostatnim okresie na znaczeniu zyskują mierniki syntetyczne stanu zdrowia, a zwłaszcza utracone potencjalne lata życia przeżytego w dobrym zdrowiu (Disability Adjusted Life Years – DALY) oraz średnie dalsze trwanie życia w dobrym zdrowiu (Disability Adjusted Life Expectancy – DALE). Mierniki te łączą informację o natę-



Ryc. 3. Kontinuum – pełny dobrostan – zgon i systemy informacyjne służące do opisu różnych aspektów zdrowia populacji

*/HIS/GUS – Health Interview Survey, Badanie stanu zdrowia ludności – Główny Urząd Statystyczny, 1996

Podstawowe współczynniki i wskaźniki w ocenie stanu zdrowia



- Liczba zachorowań, chorujących, zmarłych wg przyczyn
Leczący się po raz pierwszy – leczący się ogółem
- Współczynniki rzeczywiste zapadalności, chorobowości, umieralności, śmiertelności
- Współczynniki standaryzowane względem wieku
- Współczynniki złożone:
 - średnie dalsze trwanie życia
 - średnie dalsze trwanie życia w dobrym zdrowiu
 - utracone potencjalne lata życia
 - utracone potencjalne lata życia przeżytego w zdrowiu

Wskazane uwzględnienie płci, wieku, charakteru miejsca zamieszkania, województwa zamieszkania, *grupy społecznej*

Ryc. 4. Podstawowe współczynniki i wskaźniki w ocenie stanu zdrowia

zeniu umieralności w populacji z informacją o rozpowszechnieniu nieterminalnych zaburzeń stanu zdrowia. Dzięki temu są one wyjątkowo przydatne do monitorowania stanu zdrowia populacji i prowadzenia różnych analiz porównawczych.

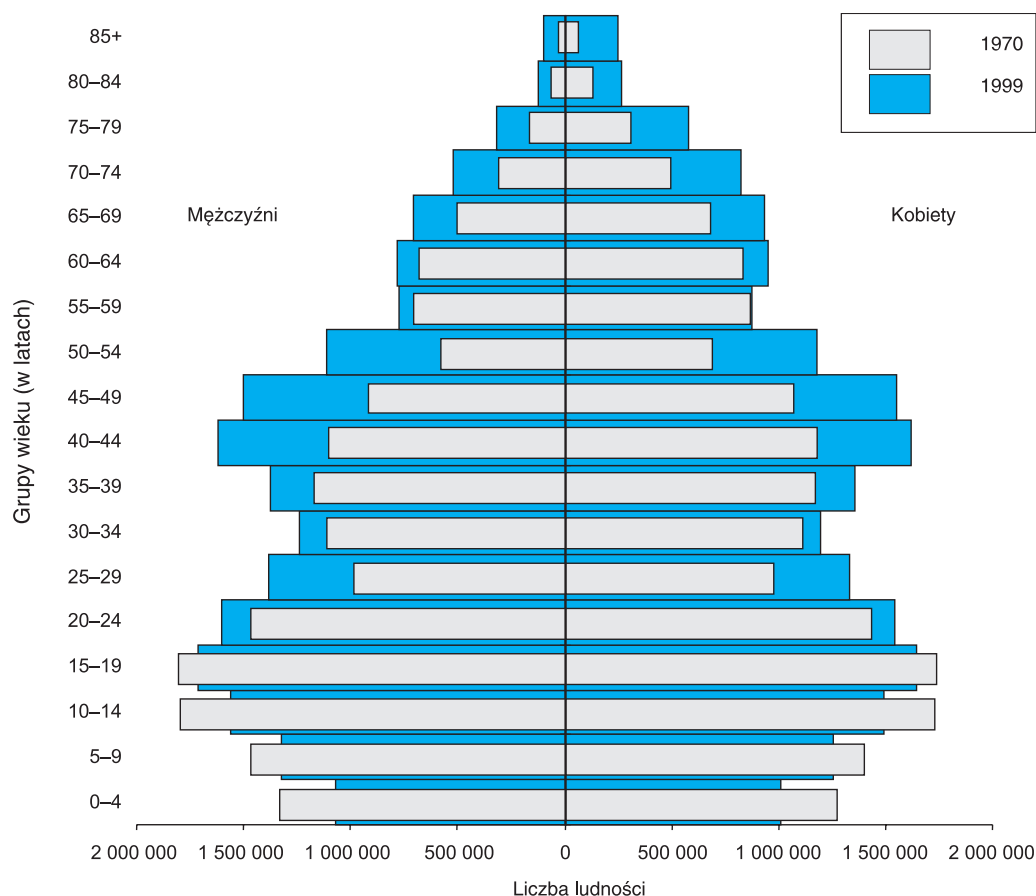
Poniżej omówiono najważniejsze w naszym kraju źródła informacji dotyczące sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności, przedstawiono pokrótce wskaźniki wykorzystywane w analizie danych pochodzących z tych źródeł oraz podano przykłady ich zastosowań.

Sytuacja demograficzna

Czynnikiem determinującym w znacznym stopniu ilościowy wymiar problemów zdrowotnych każdej populacji jest liczba jej członków. W Polsce określanie liczby ludności zarówno w skali kraju, jak i poszczególnych jednostek administracyjnych szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego, zajmuje się Główny Urząd Statystyczny. Odpowiednie dane publikowane są w najszerszym zakresie w *Rocznikach demograficznych*, a także w innych opracowaniach GUS. Dane te dostępne też są poprzez Internet pod ad-

resem www.stat.gov.pl, jednak żeby mieć dostęp do bazy powiatowej i gminnej należy uzyskać prawa dostępu (za odpowiednią opłatą). GUS przygotowuje również prognozy ludności, które są niezwykle ważnym elementem przy przewidywaniu przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności. Prognozy ludności przygotowywane są zarówno dla województw, jak i powiatów. Jak wynika z ostatniej prognozy, liczba mieszkańców naszego kraju będzie dosyć ustabilizowana, przy minimalnym wzroście liczby ludności w najbliższych 20 latach w miastach i nieznacznym spadku liczby ludności na wsi. Zaznacza się oczywiście pewne różnice pomiędzy województwami, i tak na przykład w woj. lubelskim, łódzkim czy świętokrzyskim liczba ludności powinna powoli, ale systematycznie się zmniejszać. Oczywiście różnice mogą również występować pomiędzy podregionami w obrębie województw.

Jednym z głównych czynników określających stan zdrowia populacji jest jej struktura wieku, gdyż ze względów oczywistych populacje o większym odsetku osób w starszym wieku będą na ogół charakteryzowały się gorszym stanem zdrowia i większymi potrzebami zdrowotnymi niż populacje młodsze (ryc. 5). Ważnym także czynni-



Ryc. 5. Piramida wieku ludności Polski 1970 i 1999
Źródło – *Highlightst on Health in Poland – WHO Kopenhaga*

kiem w przypadku wielu problemów zdrowotnych jest struktura miejsca zamieszkania rozpatrywanej populacji, nie tylko ze względu na występujące różnice w zagrożeniu tymi problemami mieszkańców miast i wsi, ale także niejednakowych na ogół możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Dane dotyczące struktury płci, wieku, charakteru miejsca zamieszkania ludności województw, powiatów, a nawet gmin są rokrocznie przygotowywane przez GUS i publikowane bądź udostępniane w formie elektronicznej.

Obserwuje się pewne różnice w strukturze wieku mieszkańców poszczególnych województw. Najstarszą populację, tzn. najwyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, ma woj. łódzkie (14,2%), a najmłodszą woj. warmińsko-mazurskie (10,1%). W niektórych województwach występują bardzo duże różnice w strukturze wieku mieszkańców miast i wsi. I tak na przykład w woj. podlaskim odsetek osób starszych wśród mieszkańców wsi (18,2%) jest blisko dwukrotnie większy niż wśród mieszkańców miast (9,8%).

Rejestr zgonów i mierniki zdrowia powstające na podstawie danych z tego rejestru

Zgon stanowi najstarszą informację o ruchu naturalnym oraz o niedoborze zdrowia ludności, a współczynniki umieralności są w wielu krajach najbardziej dostępnymi, wiarygodnymi wskaźnikami stanu zdrowia populacji ze względu na prawny obowiązek rejestracji faktu zgonu oraz jego przyczyny. Sytuacja taka występuje również w Polsce.

Rejestr zgonów prowadzony jest przez Główny Urząd Statystyczny. Podstawowym dokumentem tego rejestru jest Karta Statystyczna do Karty Zgonu (Pu-M-67). Kartę wypełnia lekarz lub inna osoba upoważniona przez Lekarza Wojewódzkiego do wystawiania kart zgonu (np. felczer, położna, pielęgniarka). Obecnie około 98% kart zgonu jest w Polsce wypełnianych przez lekarzy.

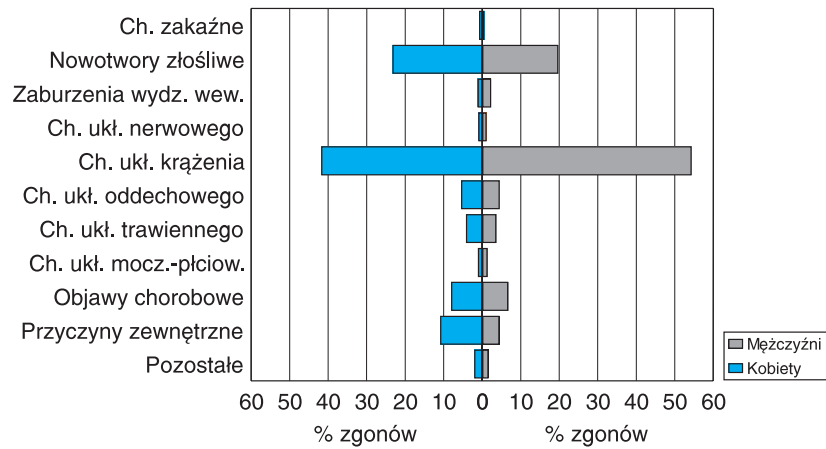
Do 1996 r. włącznie lekarz wypełniający kartę zgonu oprócz słownego opisu przyczyny zgonu podawał również kod przyczyny wyjściowej według 9 Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD). W 1997 r. wprowadzono trzy istotne zmiany w systemie, tzn. do kodowania przyczyn zgonów zaczęto stosować 10 Rewizję ICD, kody trzyznakowe zastąpiono bardziej dokładnymi czteroznakowymi, a równocześnie na poziomie wojewódzkim wprowadzono centralny system kodowania przyczyn zgonów. System ten funkcjonuje w oparciu o specjalnie przeszkolonych lekarzy orzeczników do spraw kodowania kart zgonów działających przy wojewódz-

kich centrach zdrowia publicznego. Tak więc lekarze wypisujący karty zgonu podają tylko opis słowny przyczyny zgonu, a ocena poprawności orzeczenia i nadanie kodu statystycznego są dokonywane przez orzeczników.

Dane o zgonach są szeroko wykorzystywane w analizach poziomu, dynamiki i uwarunkowań stanu zdrowia ludności Polski, a więc i potrzeb zdrowotnych, zwłaszcza w odniesieniu do tych jednostek chorobowych, które charakteryzują się stosunkowo wysoką śmiertelnością lub występują stosunkowo często, jak np. nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, układu trawienego (choroby wątroby), układu oddechowego, układu moczowego (choroby nerek). Jednak zbyt rzadko do tej pory uświadamianym problemem jest jakość rozpoznania przyczyn zgonów w kartach zgonów. Istotnym jej kryterium jest trafność orzecznicza, zależna od umiejętności wyboru właściwej wyjściowej przyczyny śmierci. Nie zawsze dobrą sytuację w tym zakresie pogarsza jeszcze niedocenianie przez lekarzy znaczenia terminalnego werdyktu, który jest zapewne dość pospolicie jedynie „odfajkowaniem” niemożliwej do uniknięcia formalności.

Jednym ze wskaźników jakości rozpoznania przyczyn zgonów jest częstość zgonów z przyczyn niedokładnie określonych lub nieznanymi (PNON) klasyfikowanych według ICD-9 rozdział XVI (numery kodowe 780–799) i ICD-10 rozdział XVIII (numery R00–R99). W Polsce w 1999 r. 6,9% wszystkich przyczyn zgonów należało do kategorii PNON, przy czym w województwach odsetek ten wahał się od 3,2% w woj. śląskim do 15,2% w woj. podlaskim. W tym ostatnim województwie co piąty zgon kobiet spowodowany był przyczynami niedokładnie określonymi. Polacy 5–6-krotnie częściej niż mieszkańcy Unii Europejskiej umierają z powodu tak ogólnikowo sformułowanych przyczyn. Częstość zgonów z powodu PNON wśród mężczyzn w wieku poniżej 65 lat wzrastała w Polsce w tempie, jakiego nie stwierdzano się w innych krajach europejskich.

W analizach umieralności stosowane są różne mierniki. Podstawowym jest ogólny, rzeczywisty współczynnik zgonów (umieralności) odnoszący liczbę ogółu zgonów w danym okresie do liczby ludności narażonej na ryzyko zgonu w tym okresie. Specyficzne współczynniki zgonów będą uwzględniały wybrane szczegółowe grupy wieku i rozpoznania. Rozpoznanie mogą być grupowane tak, by pokazywać skutki działania konkretnego czynnika sprawczego, np. palenia tytoniu czy nadmiernego picia alkoholu. Rzeczywiste współczynniki zgonów, a nawet bezwzględna liczba zgonów z powodu określonej przyczyny, mogą być użytecznymi wskaźnikami zapotrzebowania na konkretne usługi ochrony zdrowia. Na rycinie 6 przedstawiono udział zgonów z najważ-



Ryc. 6. Struktura przyczyn zgonów mężczyzn i kobiet według głównych klas chorób w woj. mazowieckim

niejszych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów kobiet i mężczyzn w woj. mazowieckim w 1999 r. Dominują oczywiście choroby układu krążenia, będące największym zagrożeniem życia Polaków i odpowiedzialne za ponad 50% zgonów kobiet i ponad 40% zgonów mężczyzn. Nowotwory są odpowiedzialne za o połowę zgonów mniej.

Wadą ogólnego rzeczywistego współczynnika zgonów jako miernika stanu zdrowia populacji jest to, że zależy on zarówno od natężenia umieralności w poszczególnych grupach wieku ludności, jak też od struktury wieku tej ludności. W przypadku populacji, gdzie znaczną część stanowią ludzie starzy, ogólny współczynnik będzie wyższy niż w populacji, gdzie odsetek ludzi starszych jest mniejszy, chociaż poziom umieralności w poszczególnych grupach wieku będzie w obu populacjach identyczny. Powszechnie stosowanym przewyżeniem tego problemu przy porównaniach umieralności w różnych populacjach jest posługiwanie się współczynnikami standaryzowanymi na wiek, a więc wolnymi od zakłóceń spowodowanych niejednakowymi strukturami wieku w porównywanych populacjach. Stosowane są dwie metody standaryzacji – bezpośrednia i pośrednia.

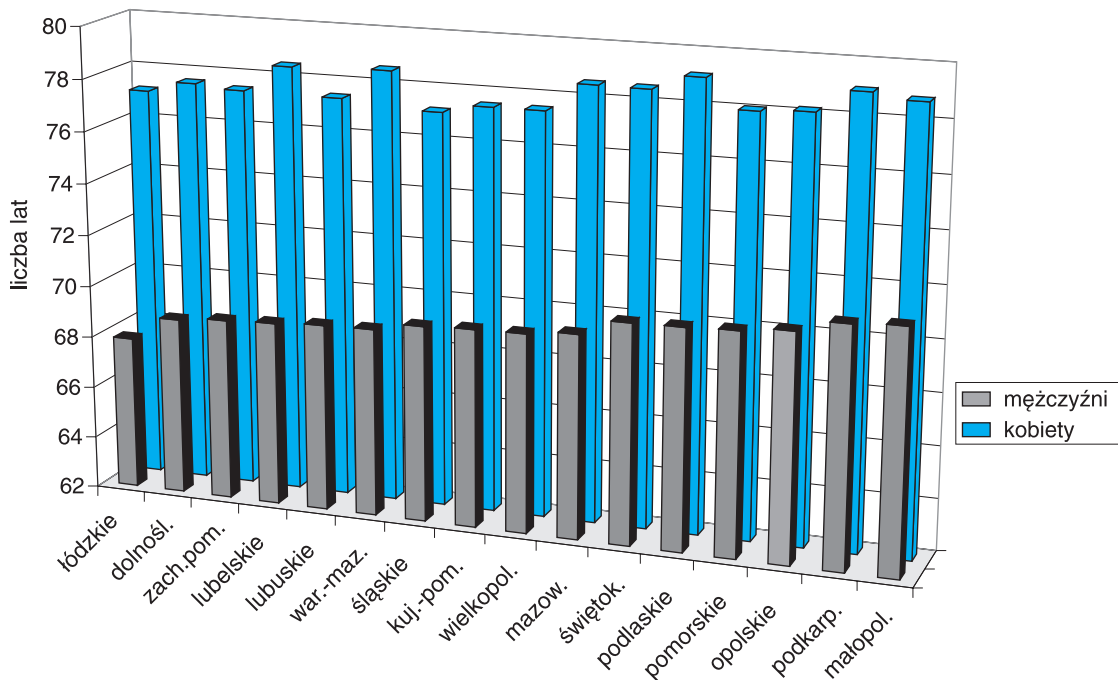
W metodzie standaryzacji bezpośredniej przyjmuje się, że struktura wieku mieszkańców porównywanych obszarów (czy też tego samego obszaru, ale w różnych okresach jest identyczna, jak w jakiejś przyjętej populacji standardowej). Metody obliczania standaryzowanych współczynników umieralności podają podstawowe podręczniki epidemiologii i statystyki medycznej.

Przyjętym standardem do obliczeń tych współczynników może być rzeczywista struktura wybranej populacji, a może też to być struktura teoretyczna, jak np. stosowana przez Europejskie Biuro WHO tzw. struktura europejska.

W analizach umieralności niemowląt posługuje się zazwyczaj miernikami, które odnoszą

liczbę zgonów dzieci w danym roku kalendarzowym w różnym wieku przed ukończeniem pierwszego roku życia do liczby urodzeń żywych w okresie tego roku. Podstawowe grupy wieku dla zgonów niemowląt obejmują umieralność neonatalną, tzn. w ciągu pierwszych czterech tygodni życia (0–27 dni, w tym tzw. wczesną w ciągu pierwszego tygodnia 0–6 dni) i postneonatalną tzn. w wieku 28 dni – 11 miesięcy. Ważnym miernikiem zdrowotnym opartym na umieralności we wczesnym okresie życia jest współczynnik umieralności okołoporodowej, który odnosi liczbę martwych urodzeń wraz ze zgonami w pierwszym tygodniu życia do liczby żywych i martwych urodzeń. Współczynnik ten jest szczególnie wykorzystywany do oceny działalności opieki zdrowotnej. Prowadząc analizę umieralności niemowląt w mniejszych populacjach niż wojewódzkie, trzeba pamiętać, że ze względu na małą liczbę zgonów współczynniki te mogą być obciążone znacznymi wahaniami losowymi. Z tego względu warto jest liczyć również współczynniki dla okresów kilkuletnich, np. dwu-, trzy- i czteroletnich.

Popularnym i łatwo trafiającym do wyobraźni miernikiem zdrowia mającym swoje źródło w statystyce zgonów jest przeciętne dalsze trwanie życia. Dobrze charakteryzuje on proces umieralności w populacji i mówi o średniej liczbie lat, jaka pozostaje do przeżycia osobie znajdującej się w określonym wieku, przy zachowaniu obserwowanego w danym czasie poziomu umieralności w kolejnych przedziałach wieku. Tablice trwania życia według wieku, płci, charakteru miejsca zamieszkania (miasto–wieś), województwa, zamieszkania są systematycznie opracowywane i publikowane przez GUS. Natomiast wskaźniki trwania życia dla wszystkich krajów regionu europejskiego (a także standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wybranych przyczyn) publikuje regularnie Europejskie Biuro Regionalne Świato-



Ryc. 7. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet według województw w 2000 r.

wej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze³. W procesie monitorowania zdrowia populacji wskaźnik ten daje podobne możliwości, jak współczynnik zgonów standaryzowany względem wieku. Na rycinie 7 przedstawiliśmy przeciętne trwanie życia według województw w 2000 r. Jak widać, najgorszy stan zdrowia mierzony wartością tego wskaźnika mają mieszkańcy woj. łódzkiego. Mężczyźni w tym województwie żyją przeciętnie o 3,4 roku krócej niż mieszkający w woj. małopolskim, natomiast kobiety żyją o 2 lata krócej niż mieszkanki woj. podlaskiego. Mężczyźni żyją przeciętnie o 8,3 roku krócej niż kobiety, ale w woj. lubelskim i warmińsko-mazurskim różnica ta wynosi 9,4 roku, natomiast w woj. opolskim jest o 2 lata mniejsza i wynosi 7,4 roku.

Rejestr urodzeń i związane z nim mierniki zdrowia

Rejestr urodzeń prowadzony jest przez GUS. Podstawowym formularzem systemu jest druk zgłoszenia urodzenia noworodka MzK-10. Dokument ten wypełniany jest przez lekarza lub położną, odbierających poród i przekazywany do właściwego terytorialnie Urzędu Stanu Cywilnego. Po uzupełnieniu danych demograficzno-społecznych rodziców dziecka dokument przesyłany jest do WUS, który po przeprowadzeniu kontroli kom-

pletności przekazuje zbiory na nośnikach elektronicznych do ośrodka obliczeniowego GUS.

Na podstawie danych z rejestru urodzeń konstruowane są rutynowo dwa mierniki o wymiarze zdrowotnym. Pierwszy to odsetek urodzeń żywych wśród ogółu urodzeń, drugi to odsetek noworodków z małą masą urodzeniową (poniżej 2500 g) wśród ogółu żywo urodzonych noworodków (w tej grupie noworodków poziom umieralności jest ponad dwudziestokrotnie większy niż wśród pozostałych). Odsetek urodzeń żywych wykazuje niewielkie zróżnicowanie międzywojewódzkie i w 1999 r. wahał się od 99,2% w woj. kujawsko-pomorskim do 99,5% w lubuskim. Natomiast częstość urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej była najwyższa w woj. zachodniopomorskim (6,92%), śląskim (6,74%) i łódzkim (6,71%), a najniższa w woj. podlaskim (4,68%). Województwa o wysokim udziale noworodków o niskiej wadze urodzeniowej należały również do grupy województw o wysokiej umieralności niemowląt. Ponadto wskaźnikiem o dużym znaczeniu społeczno-zdrowotnym jest odsetek noworodków urodzonych przez matki w wieku poniżej 18 lat oraz odsetek urodzeń pozamałżeńskich. Ten ostatni wykazuje bardzo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie i w 1999 r. najwyższą wartość osiągnął w woj. zachodniopomorskim (24,7%) i lubuskim (22,5%), natomiast najniższy był w woj. podkarpackim (6,4%).

³ HFA Statistical Database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej

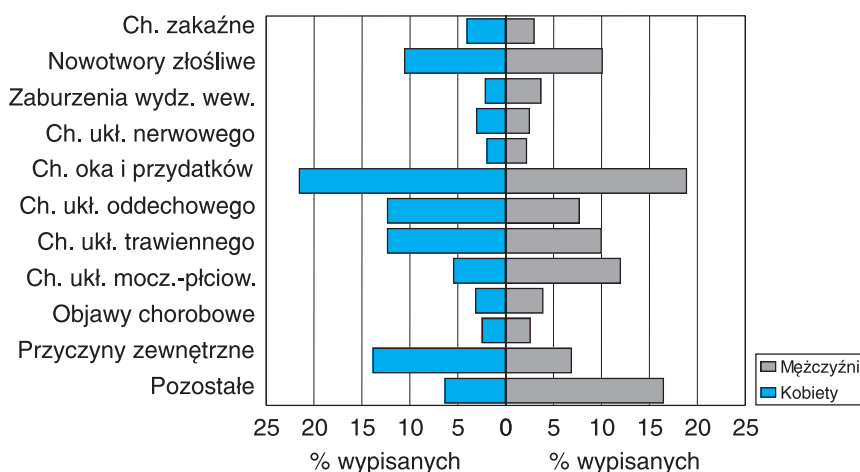
Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są, niezależnie od swojego znaczenia dla potrzeb administracyjnych, jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Oczywiście są pewne ograniczenia tych danych, gdyż hospitalizacja jest uwarunkowana ciężkością przebiegu choroby, możliwością ustalenia rozpoznania oraz zapewnienia właściwego leczenia poza szpitalem, selekcją przyjęć związaną z dostępnością łóżek szpitalnych czy też różnymi czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Natomiast niewątpliwą zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia ludności.

Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzone jest przez Zakład Statystyki Medycznej PZH od 1979 r. Podstawowym dokumentem systemu jest karta statystyczna MZ/Szp-11. Do 1999 r. włącznie badaniem objęta była 10% losowa próba osób leczonych, wypisanych lub zmarłych we wszystkich szpitalach podległych Ministerstwu Zdrowia oraz Ministerstwu Komunikacji, z wyjątkiem leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, którzy są objęci odrębnym badaniem. Od 2000 r. badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach. Jest to zmiana niezwykle istotna z punktu widzenia monitorowania zdrowia. Stosowana do 1999 r. metodyka badania oparta na próbie losowej utrudniała lub wręcz uniemożliwiała wiele analiz dotyczących chorób stosunkowo rzadkich lub występowania proble-

mów zdrowotnych w krótkich okresach (np. przyjęcia do szpitala w określone dni) czy też na niewielkim obszarze (np. skutki zdrowotne zanieczyszczeń środowiska). Wprowadzona w bieżącym roku zmiana systemu i objęcie badaniem wszystkich leczonych pozwoli na znacznie lepsze wykorzystanie badania zarówno do oceny stanu zdrowia ludności, jak i do poszukiwania jego uwarunkowań i przyczyn jego zróżnicowania.

Podstawowymi miernikami konstruowanymi na podstawie danych z badania są współczynniki chorobowości hospitalizowanej (chorobowości szpitalnej) odnoszące liczbę przypadków hospitalizowanych z powodu poszczególnych chorób do liczby ludności. Podkreślić trzeba, że współczynniki te mówią o przypadkach a nie osobach, co oznacza, że wielokrotne pobyty jednej osoby zwiększają ich wielkość. Jako mierniki w ocenie i w monitoringu stanu zdrowia współczynniki te stosowane są przeważnie w postaci standaryzowanej względem wieku, natomiast dla potrzeb bieżącego zarządzania ochroną zdrowia większe znaczenie mają współczynniki rzeczywiste. Podobnie z punktu widzenia oceny różnic regionalnych w stanie zdrowia ważne jest branie pod uwagę miejsca zamieszkania hospitalizowanego, natomiast z punktu widzenia organizacji opieki zdrowotnej ważne jest także miejsce położenia szpitala i ocena „przepływu” pacjentów pomiędzy miejscem zamieszkania i miejscem hospitalizacji, który może wskazywać na brak możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w pobliżu miejsca zamieszkania chorych. Poniżej zwrócono uwagę na kilka spraw wynikających z analizy chorobowości hospitalizowanej.

Jak widać na rycinie 8 struktura przyczyn hospitalizacji wyraźnie różni się od struktury przyczyn zgonów. Wprawdzie najliczniejszą przyczyną hospitalizacji są też choroby układu krążenia,



Ryc. 8. Struktura przyczyn hospitalizacji mężczyzn i kobiet wg głównych klas chorób w woj. mazowieckim w 1999 r. (w procentach) (bez oddziałów psychiatrycznych)

jednak ich udział i przewaga nad pozostałymi chorobami są znacznie mniejsze niż wśród przyczyn zgonów. Wśród kobiet zwraca uwagę duży udział wśród przyczyn hospitalizacji chorób układu moczowo-płciowego oraz powikłań ciąży, porodu i połoгу, będących główną składową grupy „pozostałych przyczyn”. Wśród mężczyzn choroby układów oddechowego i trawiennego są częstszą przyczyną hospitalizacji niż nowotwory.

Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej

Specyfika chorób psychicznych spowodowała, że od lat informacje o hospitalizacji mieszkańców Polski z powodu zaburzeń psychicznych zbierane są w ramach odrębnego Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, prowadzonego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Podstawowym dokumentem systemu jest karta MZ/Szp-11b, która jest wypełniana dla każdego pacjenta leczonego w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym. Karty te są przesyłane przez szpitale do Instytutu Psychiatrii i Neurologii, gdzie prowadzona jest analiza danych.

Roczne sprawozdania z tego badania wraz z omówieniem prezentowane są w opracowaniu pt. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*. Podobnie jak w przypadku badania chorobowości szpitalnej ogólnej podstawowym miernikiem jest współczynnik chorobowości hospitalizowanej. Istotną różnicą między dwoma badaniami jest możliwość określenia pierwszorazowych pobytów w szpitalu z powodu danej choroby psychicznej, a także określenia liczby hospitalizowanych osób, a nie tylko przypadków, co pozwala na szacowanie współczynników zapadalności hospitalizowanej, a ponadto współczynników chorobowości opartych na liczbach osób, a nie przypadków.

Badanie zgłaszalności do zakładów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

Informacje o osobach leczonych w zakładach opieki ambulatoryjnej dotyczą osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego (druk zbiorczy MZ-15), poradniach odwykowych (MZ-16) oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (MZ-17). Dane z tych sprawozdań w postaci liczb bezwzględnych osób leczonych ogółem i po raz pierwszy oraz współczynników w odniesieniu do liczby ludności (współczynniki

rejestrowanej chorobowości i zapadalności) przedstawiane są corocznie w „Biuletynie Instytutu Psychiatrii i Neurologii”. Ze względu na fakt, że współczynniki w układzie wojewódzkim nie odnoszą się do miejsca zamieszkania pacjentów, a dotyczą położenia zakładu, możliwość ich wykorzystania dla ocen zróżnicowania stanu zdrowia jest ograniczona.

System rejestracji chorób zakaźnych

Choroby zakaźne ze względu na swoją specyfikę są przedmiotem uregulowań prawnych o zasięgu krajowym i międzynarodowym. System rejestracji chorób zakaźnych opiera się na obowiązkowych zgłoszeniach, które prowadzone są zgodnie z ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych z 13.11.1963 r. Podstawowym dokumentem systemu jest karta zgłoszenia choroby zakaźnej (3-90/83-MZ).

Informacje o osobach chorych gromadzone są w Powiatowych Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych, a zagregowane dane przekazywane są co dwa tygodnie przez Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne na formularzach statystycznych MZ-56 do Państwowego Zakładu Higieny. Sprawozdania dotyczące zgłoszonych chorób zakaźnych przygotowywane w PZH zawierają liczby osób, które zachorowały na poszczególne choroby w dwutygodniowym okresie sprawozdawczym w całym kraju i w poszczególnych województwach. Sprawozdanie roczne wydawane w postaci biuletynu „Choroby Zakaźne i Zatrucia w Polsce”, który prezentuje obok liczb zachorowań w ciągu roku także współczynniki zapadalności. Dla wybranych chorób zakaźnych, o których informacje agregowane są na odrębnych formularzach (MZ-57), w biuletynie prezentowane są współczynniki zapadalności według wieku i płci oraz miejsca zamieszkania (miasto-wieś) oraz według wielkości miasta.

Według dotychczasowych ocen system działa sprawnie i z roku na rok jakość i kompletność danych ulega poprawie, aczkolwiek można mieć uzasadnione przypuszczenia, że zgłaszalność pewnych chorób jest niepełna. Należy dodać, że dla niektórych jednostek chorobowych (grypa) wprowadza się w okresie epidemicznym dodatkowe zgłoszenia w cyklu tygodniowym, które mają ułatwić prowadzenie działań przeciwepidemicznych. Pewne zagrożenie dla działania systemu stanowi obniżenie poziomu dyscypliny lekarzy zgłaszających meldunki po wprowadzeniu reformy systemu ochrony zdrowia.

Pomimo malejącej w ciągu ubiegłych kilkunastu lat roli chorób zakaźnych wśród głównych przyczyn zgonów, najnowsze dane (ostatnie lata) dotyczące zwłaszcza tzw. chorób powraca-

jących wskazują, że muszą one w dalszym ciągu stanowić przedmiot ciągłego monitorowania i analiz. Choroby zakaźne należy uwzględniać przy ocenach potrzeb zdrowotnych, tym bardziej, że mimo znanych ogólnych tendencji wieloletnich wykazują one dość duże zróżnicowanie terytorialne, które utrzymuje się w kolejnych latach. Przykładem może być zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B, która maleje w Polsce systematycznie od początku lat dziewięćdziesiątych. Natomiast zróżnicowanie terytorialne tej choroby jest znaczne – od 4 przypadków na 100 tys. w woj. wielkopolskim do 10 w woj. łódzkim. Równocześnie w dwóch województwach (podkarpackim i świętokrzyskim) nastąpiło odstępstwo od ogólnej tendencji zmniejszania się zapadalności na wzw typu B w kolejnych latach. Przykład powyższy wskazuje na konieczność analiz zróżnicowania terytorialnego potrzeb zdrowotnych w aspekcie określania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.

Rejestr chorób nowotworowych

Rejestracja zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce prowadzona jest od wielu lat przez Centrum Onkologii. Obok Krajowego Rejestru Nowotworów, który gromadzi dane ogólnopolskie, istnieją też Regionalne Rejestry Nowotworów, gromadzące i przetwarzające dane z poszczególnych województw. Stopień kompletności ogólnopolskich informacji dotyczących zachorowań na nowotwory, według oceny Centrum Onkologii, stale poprawia się i w 1996 r. odsetek niedorejestrowanych przypadków szacuje się na 5% (w 1992 r. 11%, w 1984 r. 24%).

Rejestracja nowotworów oparta jest na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ-N1), która wypełniana jest przez lekarza, który rozpoznał u pacjenta występowanie nowotworu. Karty są przesyłane do Regionalnych Rejestrów Nowotworowych, a następnie zbiory danych na nośnikach magnetycznych przekazywane są do Rejestru Krajowego.

Dane w rejestrach nowotworów są skomputeryzowane i archiwizowane w siedzibach Regionalnych Rejestrów Nowotworów, a dane Krajowego Rejestru Nowotworów w Centrum Onkologii w Warszawie. Centrum publikuje corocznie na podstawie danych z rejestru raporty pt. *Nowotwory złośliwe w Polsce*. Standardowe tabele opracowania zawierają liczby bezwzględne, ogólne rzeczywiste i standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności dla poszczególnych umiejscowień nowotworów, liczby zgonów i współczynniki umieralności w grupach wieku. W mniejszym stopniu prezentowane są dane o zapadalności. Wydaje się, że niezbędnym

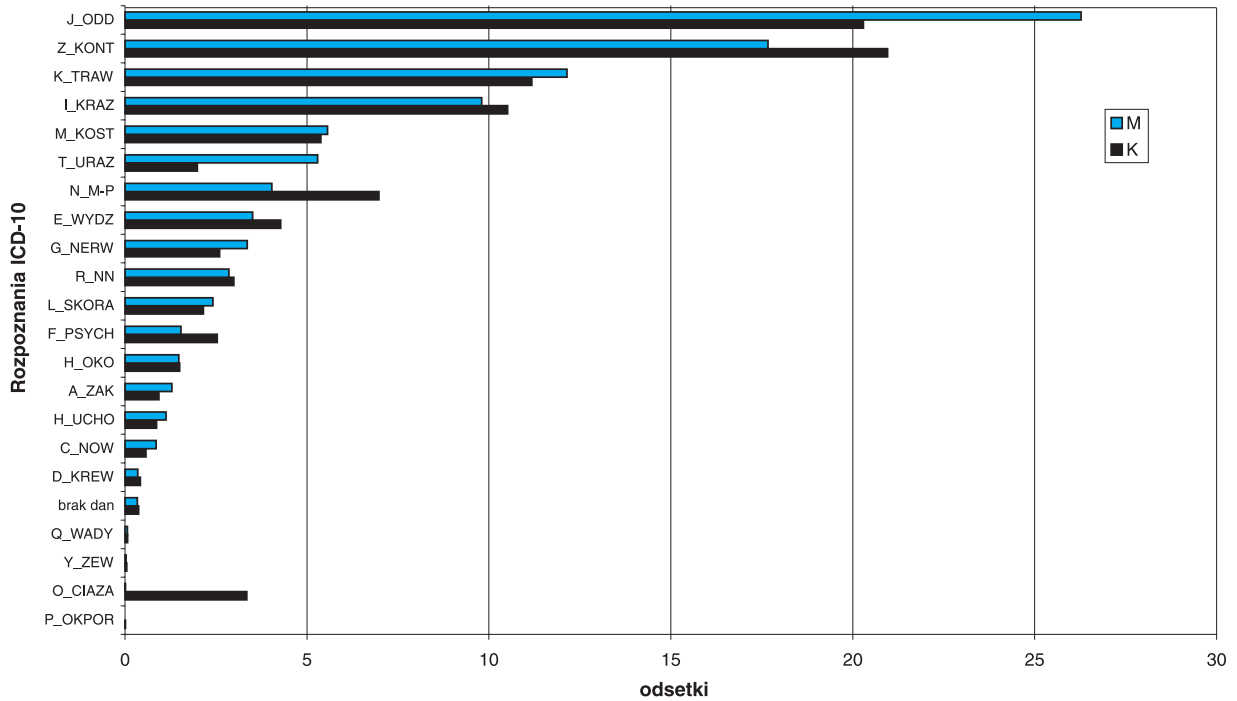
jest dołożenie dalszych starań w celu poprawy kompletności rejestracji zachorowań na nowotwory, która wykazuje znaczne zróżnicowanie terytorialne, co uniemożliwia większe wykorzystanie tych informacji do oceny zróżnicowania stopnia zagrożenia chorobami nowotworowymi w różnych regionach kraju.

Rejestr usług medycznych (RUM)

Istniejący obecnie system informacyjny w ochronie zdrowia działający w ramach programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej ma wiele niedostatków, które już sygnalizowano powyżej. Jeszcze jedną słabość systemu stanowi brak rzetelnej informacji o strukturze usług w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej. Sprawozdawczość realizowana w trybie rocznym i bez uwzględnienia szczegółów dotyczących świadczonych usług nie daje możliwości w miarę precyzyjnej oceny potrzeb zdrowotnych na tym podstawowym poziomie opieki zdrowotnej (poz).

W ostatnich latach podejmowano jednak próby mające na celu pozyskiwanie dokładnych danych dotyczących działalności lekarzy poz. Do tego celu stworzono system rejestracji usług medycznych RUM, który po eksperymentalnym okresie działalności w gminie Czarnków (dawne woj. piłskie) objął kilka małych miast, a także niektóre dzielnice w dużych miastach, jak Poznań czy Warszawa. Obecnie system ten wykorzystywany jest do obsługi sprawozdawczości Kasy Chorych w woj. lubuskim. Niewielka liczba informacji rejestrowana w tym systemie obejmuje jednak kod wykonanej usługi oraz rozpoznanie według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Ponadto wśród zbieranych danych znajdują się dokładne identyfikatory zlecających i udzielających świadczenia, a także dane personalne pacjenta. Generalnie system bazuje na danych zawartych w książeczce RUM-u, które zostały wydane znacznej części mieszkańców kraju.

Na rycinie 9 przedstawiono strukturę udzielanych porad w jednym z ZOZ woj. wielkopolskiego. Z danych tych widać, że najczęstszą przyczyną wizyt są choroby układu oddechowego stanowiące 26% wszystkich wizyt u mężczyzn i 20% wizyt kobiet. Drugą grupę przyczyn wizyt u lekarzy stanowią różne czynniki wpływające na stan zdrowia (21% kobiet i 18% mężczyzn). Kolejne przyczyny to choroby układów: trawienno, krążenia i kostnego oraz urazy, z powodu których mężczyźni zgłaszają się do lekarza dwukrotnie częściej niż kobiety. Ogółem można powiedzieć, że według danych z omawianego ZOZ-u przeciętny mieszkaniec terenów zurbanizowanych woj. wielkopolskiego zgłasza się 7 razy w ciągu



Ryc. 9. Struktura przyczyn wizyt u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej według danych RUM jednego z zespołów opieki zdrowotnej w woj. wielkopolskiej w 1999 r.

Uwaga: litery przy skrótowych nazwach grup rozpoznania ICD-10 odpowiadają rozdziałom Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10

Dane z Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

roku do lekarza pierwszego kontaktu i jest to nieco więcej niż wynika z danych dla całego woj. wielkopolskiego – ok. 5 razy (dane GUS, 1999).

Przedstawione przykładowe możliwości analizy danych poz na podstawie danych RUM wskazują, że istnieje możliwość wykorzystania tych danych przy ocenie potrzeb zdrowotnych. Wydaje się, że przy planowaniu zaspokojenia zapotrzebowania na świadczenia korzystna byłaby konfrontacja danych RUM dotycząca poz i opieki specjalistycznej oraz informacji o chorobowości hospitalizowanej. Planowane przez Ministra Zdrowia reaktywowanie systemu RUM może pozwolić na interesujące analizy działalności systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza gdy zaistnieje możliwość łączenia informacji o pacjentach na różnych poziomach opieki.

Podsumowanie

Przedstawione rutynowo działające w ramach statystyki publicznej systemy informacyjne generujące dane dla mierników zdrowia populacji posiadają znaczne luki ograniczające możliwości dobrego monitorowania i w miarę pełnej oceny stanu zdrowia ludności Polski. Przede wszystkim przy rozbudowanej informacji o zgonach i hospitalizacji opartej na jednostkowych zapisach w komputerowych bazach danych brakuje infor-

macji o przyczynach wizyt w podstawowej opiece zdrowotnej i u lekarzy specjalistów. Informacje te mogłyby posłużyć do oszacowania zapadalności i chorobowości na wiele chorób, które są rzadko hospitalizowane i zazwyczaj nie prowadzą do zgonu. Odczuwa się również brak ogólnokrajowego systemu rejestracji wad wrodzonych, tym bardziej że systemy takie istnieją już w wielu krajach. Stwierdzić trzeba również brak informacji mogących posłużyć do konstruowania pozytywnych mierników zdrowia. Mierniki te można by tworzyć, wykorzystując dane antropometryczne ze szkolnej służby zdrowia i dane dotyczące sprawności fizycznej dzieci i młodzieży uzyskiwane ze sprawdzianów prowadzonych w ramach lekcji wychowania fizycznego.

Ważnym źródłem okresowych informacji o stanie zdrowia społeczeństwa powinno stać się, przy założeniu, że będzie powtarzane co kilka lat, ogólnopolskie ankietowe badanie stanu zdrowia ludności, które zainicjował Departament Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego. Badania tego typu dostarczają niezwykle istotnych danych o stopniu, trwałości i przyczynach niepełnej sprawności osób, ich samopoczuciu psychicznym i fizycznym, o występowaniu początkowych oznak niedomagań zdrowia. Ma to szczególne znaczenie przy szacowaniu syntetycznych mierników zdrowia stosowanych do oceny potrzeb zdrowotnych. Celowe byłoby skonstru-

wanie skróconego kwestionariusza, który mógłby być wykorzystywany w badaniach stanu zdrowia ludności na szczeblu lokalnym, a równocześnie zapewniłby porównywalność danych w skali całego kraju. Badania z wykorzystaniem takiego kwestionariusza mogłyby posłużyć Kasom Chorych do szacowania potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej.

Istniejące systemy informacyjne dostarczające danych do tworzenia mierników stanu zdrowia ludności były w ostatnich 10 latach przedmiotem weryfikacji komisji i instytucji konsultingowych krajowych i zagranicznych, m.in. w ramach projektu PHARE oraz projektu Banku Światowego. Mimo dogłębnych analiz i przedstawianych wniosków ich efektem były tylko minimalne korekty systemów, przy braku zmian merytorycznych. Było to spowodowane głównie tym, iż decydenci, a więc potencjalni użytkownicy danych powstających w systemach, nie potrafili sprecyzować potrzeb informacyjnych pod kątem swojej działalności i podejmowanych decyzji z zakresu polityki zdrowotnej. Brak dialogu z firmami konsultingowymi spowodował, że wyniki prowadzonych prac nie zostały we właściwy sposób wykorzystane. W ostatnim okresie (lata 1999/2000) przeprowadzone zostały prace nad modyfikacją Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Wdrożono nowy system, który pozwoli na wykorzystanie zbieranych danych także przez kasy chorych, które potrzebują wielu informacji przy planowaniu zapotrzebowania na usługi z zakresu opieki zdrowotnej i ocenie wykonania tych usług. Trzeba powiedzieć, że inne omawiane systemy wymagają również pewnych modyfikacji, których wprowadzenie powinno być poprzedzone poważną dyskusją z użytkownikami gromadzonych danych. W obecnym okresie po przeprowadzeniu reformy administracyjnej kraju i finansowania ochrony zdrowia wskazane może być ponowne określenie najważniejszych użytkowników tych danych na różnych szczeblach.

Na zakończenie stwierdzić trzeba, że nie

omówiono w tym opracowaniu możliwości wykorzystywania danych z systemów informacyjnych, które powstawały żywiłowo po 1999 r. we wszystkich kasach chorych w Polsce do momentu, gdy w większości z nich przyjęto obowiązujące kompleksowe systemy informatyczne firm komputerowych: Kamssoft i Computerland, które miały zapewnić gromadzenie odpowiednich danych statystycznych.

Z dotychczasowej praktyki widać, że w wielu kasach istnieją trudności z pozyskaniem podstawowych danych, które pozwoliłyby na analizy uwzględniające przyczynę udzielenia usługi lub rozpoznanie, wiek, płeć, miejsce udzielenia usługi (np. hospitalizacji) – kod terytorialny, kod miejsca zamieszkania. Co więcej informatyczne systemy kasowe wymagające od zakładów wielu szczegółowych danych rozliczeniowych powodują zaniedbywanie przez zakłady obowiązków wynikających z Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej. Wydaje się, że problem ten powinien być jak najszybciej rozwiązany przez strony, które są potencjalnymi użytkownikami danych z tych systemów, w tym Główny Urząd Statystyczny.

Należy w końcu podkreślić, że ogłoszony przez Ministra Zdrowia w marcu 2002 r. dokument pod tytułem „Narodowa Ochrona Zdrowia” zawiera stwierdzenia o potrzebie przygotowania krajowego i wojewódzkich raportów o stanie zdrowia społeczeństwa. Mówi się też o potrzebie przygotowania planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Do wykonania tych zadań niezbędne jest posiadanie sprawnego systemu informacyjnego w ochronie zdrowia, który byłby w stanie generować aktualne i rzetelne dane. Dlatego już teraz powinna się rozpocząć szeroka dyskusja, co z obecnego systemu informacyjnego należy zachować, co zmodyfikować, a co usunąć bez większych strat. Wydaje się, że proponowane w projekcie ministra reaktywowanie RUM nie może zastąpić dotychczas działających systemów informacyjnych.



Szanowni Państwo!

Serdecznie zapraszamy Państwa do udziału w konferencjach medycznych organizowanych na terenie całego kraju. Spotkania kierowane są do lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy rodzinnych oraz innych specjalności korespondujących z omawianymi tematami. Podczas konferencji zostaną przedstawione bogate programy naukowe, obejmujące cały wachlarz problemów, z którymi spotykają się Państwo w swojej praktyce lekarskiej.

Konferencje odbywają się pod patronatem naukowym Profesora - wybitnego lokalnego autorytetu. Do wygłoszenia wykładów zostało zaproszone grono wybitnych Wykładowców, Goście z zewnątrz oraz Profesorowie z danego ośrodka.

Na zakończenie każdego spotkania zostaną Państwu wręczone certyfikaty uczestnictwa.

Tradycyjnie uczestnictwo w konferencjach jest bezpłatne.

MAJ

- 24.05 Wrocław - Interna w praktyce lekarza rodzinnego
- 25.05 Opole - Interna w praktyce lekarza rodzinnego
- 28.05 Łódź - Pediatria w praktyce lekarza rodzinnego

CZERWIEC

- 14.06 Rzeszów - Interna w praktyce lekarza rodzinnego
- 22.06 Olsztyn - Interna w praktyce lekarza rodzinnego

Równie serdecznie zapraszamy Państwa do udziału w konferencjach i zjazdach ogólnopolskich:

- 7-8.06 Szczecin - Międzynarodowa Konferencja Leczenia Substytucyjnego i Rehabilitacji Narkomanii

Zachęcamy Państwa do udziału w konferencjach i zjazdach. Wszelkie informacje uzyskacie Państwo pod adresem:

AGORA Intl.
ul. Nałkowskiej 3
60-573 Poznań
tel./fax (061) 847-12-80, tel. (061) 847-12- 80,
e-mail: biuro@agorasc.com.pl

Współpraca pomiędzy lekarzami rodzinnymi a Zakładem Medycyny Rodzinnej w zakresie badań naukowych

Cooperation between family doctors and Family Medicine Department in scientific researches

EWA RATAJCZYK-PAKALSKA

Z Zakładu Medycyny Rodzinnej, Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Ewa Ratajczyk-Pakalska

Streszczenie Istnieje pilna potrzeba włączenia badań naukowych w codzienną pracę lekarzy rodzinnych. Badania te powinny być prowadzone w połączeniu ze środowiskiem akademickim. Dotyczyć powinny zwykłych, często spotykanych chorób z punktu widzenia pacjenta, jego rodziny, dostępu do opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem czynników psychosocjalnych i działań profilaktycznych.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, badania naukowe.

Summary There is a urgent need to incorporate scientific research into every-day activities of family physicians. These research should be development in agreement with academic staff. The area to be covered by this research are common, frequently faced diseases in the context of patient, his family, access to medical services and psychosocial aspects and prophylactic activities.

Key words: general practice, scientific research.

Wstęp

Medycyna rodzinna jest niezależną dziedziną medyczną, zajmującą się sprawowaniem opieki podstawowej oraz zadaniami integracyjnymi i profilaktycznymi w zakresie opieki medycznej.

Zakłady medycyny rodzinnej są strukturami akademickimi, które zgodnie ze swoimi statutowymi obowiązkami nie tylko kształcą studentów w zakresie medycyny rodzinnej, ale także projektują i realizują badania naukowe.

Jest rzeczą zrozumiałą, że dla przygotowania kompetentnych lekarzy do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej niezbędne jest prowadzenie szkolenia przeddyplomowego na wysokim poziomie. Dotychczasowy profil kształcenia studentów ukierunkowany był na specjalistyczną, leczniczą opiekę nad chorym. Biorąc jednak pod uwagę, iż większość absolwentów Akademii Medycznych podejmie pracę w systemie lekarza rodzinnego, istnieje pilna potrzeba przeorientowania profilu kształcenia tegoż absolwenta na profilaktyczno-leczniczą opiekę ambulatoryjną, jaką sprawuje lekarz ro-

dzinny. W kształceniu tym powinny zostać również zawarte elementy związane z prowadzeniem badań naukowych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dla dalszego rozwoju medycyny rodzinnej w Polsce istnieje bowiem potrzeba ścisłej współpracy pomiędzy lekarzami praktykami a Zakładami Medycyny Rodzinnej, tak w zakresie działań dydaktycznych, jak i badań naukowych.

Temat dotyczący badań naukowych w medycynie rodzinnej może wzbudzić wśród niektórych słuchaczy pewne zdziwienie, bo przecież studentów nie nauczono na studiach, iż wśród licznych zajęć lekarz rodzinny powinien znaleźć czas na badania naukowe. Badania naukowe tworzą nową wiedzę, jakże potrzebną tej nowopowstałej dyscyplinie. Sukces prowadzonej instytucjonalnej reformy podstawowej opieki zdrowotnej zależy od kierunków rozwoju medycyny rodzinnej, a kierunki te wyznaczać powinny rzetelne i umiejętnie prowadzone badania naukowe, które pozwolą opracować takie kierunki, które będą korzystne nie tylko dla polityki państwa, lecz przede wszystkim dla pacjentów.

Badania naukowe i rozwój medycyny rodzinnej

Medycyna rodzinna jest dziedziną, w której istnieje niewątpliwa potrzeba badań naukowych. Są one potrzebne dla wzmocnienia prestiżu lekarza rodzinnego oraz nadania pozycji akademickiej tej specjalności, a także dla wytyczania kierunków działania lekarza rodzinnego w określonych środowiskach pacjentów [5-7].

Zakres prowadzonych badań naukowych powinien wiązać się z codzienną pracą lekarza rodzinnego, aby w ten sposób opracowywać coraz lepsze podejście do pacjenta, zgodne z jego życzeniami i potrzebami.

We wszystkich krajach uprzemysłowionych takie badania są prowadzone od dawna. Istnieją jednak pewne przeszkody utrudniające je: pewną barierę stanowi na przykład jednoosobowa praca lekarza rodzinnego, która uniemożliwia pracę w zespole, tak bardzo potrzebną do prowadzenia badań naukowych. Ponadto jakościowe metody badań naukowych charakterystyczne dla praktyki ogólnej nie zawsze bywają dobrze odczytywane przez środowisko naukowe. Z drugiej strony istnieje wielka pokusa, aby odrzucić konwencjonalne standardy i podjąć badania w tej dziedzinie [8]. Dla umocnienia medycyny rodzinnej jako dyscypliny należy dążyć do powiązania uniwersytetu z zespołem lekarzy rodzinnych, aby zbudować silne zaplecze dla badań naukowych w zakresie medycyny rodzinnej [1].

Jak się ocenia, pożądany rozwój medycyny rodzinnej w USA nastąpi do roku 2020, przy spełnieniu kilku warunków [3]:

1. położenia nacisku na rodzaj opieki,
2. wprowadzenia nowych technologii dla polepszenia jakości pracy,
3. zwiększenia dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej,
4. wzmocnienia siły politycznej dla specjalności medycyny rodzinnej,
5. zwiększenia ilości badań naukowych i środków na te badania,
6. nauczenia się takiej pracy z pacjentami, aby to oni byli mistrzami w opiece nad sobą.

Postuluje się także potrzebę wzrostu nacisku na podstawowe badania naukowe w medycynie rodzinnej i powiększenie elektronicznej bazy danych klinicznych w medycynie rodzinnej [11]. W polskich realiach podkreśla się, aby:

- medycyna rodzinna uzyskała rangę dyscypliny akademickiej i posiadała możliwość uzyskiwania stopni i tytułów naukowych,
- posiadała możliwość prowadzenia badań naukowych dotyczących problematyki lekarza rodzinnego,

- posiadała możliwość publikacji wyników badań naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych,
- rozwijała współpracę naukową międzyuczelnianą w Polsce i zagranicą.

Potrzeba podejmowania badań naukowych w medycynie rodzinnej wynika także z innego faktu: wiele danych przemawia za tym, że im bardziej powszechne jest dane schorzenie, tym mniej badań jest mu poświęcanych. W efekcie istnieją znaczne luki w wiedzy medycznej dotyczącej najczęstszych jednostek chorobowych, charakterystycznych dla medycyny rodzinnej. W tym kontekście nie należy w warunkach medycyny rodzinnej przeciwstawiać sobie opieki nad pacjentem oraz badań naukowych: w rzeczywistości te zakresy działań lekarza rodzinnego uzupełniają się wzajemnie [2].

Wynika z tego dla działalności Zakładów Medycyny Rodzinnej ważna konsekwencja: zaganienia badań medycznych w medycynie rodzinnej powinny być zawarte w programach kształcenia studentów medycyny. Kształcenie w dziedzinie medycyny rodzinnej powinno uczyć myślenia metodycznego i opierać się na wiedzy naukowej. Ponadto podejście naukowe stanowić ma podstawę dla przyszłego lekarza rodzinnego, dla jego współpracy z Zakładem Medycyny Rodzinnej i powinno być punktem wyjścia lekarza rodzinnego dla jego codziennych obserwacji.

Wśród chorób często spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego leczonych wyłącznie przez niego są choroby zwykłe, szybko ustępujące i dające niski procent powikłań, np. ostre zapalenie migdałków, ból kręgosłupa i dolegliwości brzuszne. W naukowej wiedzy dotyczącej tych chorób istnieją istotne luki, co zachęca do podjęcia badań dotyczących tych jednostek chorobowych. Tymczasem prowadzone w innych dziedzinach badania naukowe są niestety ograniczane do pewnych patologicznych kategorii, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby serca i naczyń oraz cukrzyca. Niezbędne jest poszerzenie pola badań naukowych do takich dolegliwości, jak np. przeziębienia, stopa atlety, zapalenie ucha zewnętrznego itp., co ewidentnie stwarza miejsce do badań w medycynie rodzinnej.

Opieka nad pacjentem i badania naukowe

W badaniach naukowych ważna jest zarówno ich treść, jak i metoda. Niepodobnie do innych badań naukowych, w medycynie rodzinnej samo badanie jako cel badania nie jest niezbędne – tutaj dążymy przede wszystkim do praktycznego zastosowania. Ortego i Gaset utrzymują zatem, że medycyna nie jest wiedzą, lecz zawodem –

praktycznym zajęciem. Według nich medycyna wchodzi w skład właściwej wiedzy, lecz wykorzystuje tylko te wyniki, które mają praktyczne zastosowanie. Medycyna rodzinna kultywuje problemy wyrzucając sama medycynę [10].

Taki pogląd sugeruje, że nauka i medycyna są w opozycji: nauka szuka odpowiedzi na kwestie ogólne, podczas gdy medycyna skupia się na indywidualnych problemach związanych ze zdrowiem i na specyficznych odpowiedziach. Jednak to, co wydaje się zaprzeczeniem, jest tylko paradoksem. Nauka i medycyna są ściśle związane. Szczególnie w przypadku medycyny rodzinnej dąży się do praktycznego zastosowania wiedzy, a kliniczne badania naukowe biorą początek w codziennej praktyce. Tak więc opieka nad pacjentem, oparte na bazie i badaniach naukowych, uzupełniają się, lecz ich narzędzia są różne.

Badania naukowe i szkolenia

W 1991 r. Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences zdefiniowała działania medycyny rodzinnej w świetle dwóch głównych zasad: medycyna rodzinna zajmuje się każdym problemem zdrowotnym na dowolnym etapie rozwoju, pojawiającym się w praktyce lekarskiej, i śledzi relacje medyczne pomiędzy pacjentem, w przeszłości, obecnie i w przyszłości. Poza tymi dwoma podstawowymi zasadami zostało wyróżnionych 6 ważnych aspektów w tym ważnym obszarze badań: prezentacja problemów zdrowia, funkcjonowanie lekarza rodzinnego, relacje z pacjentami, medycyna rodzinna, populacja i skuteczność medycznych działań.

Niektórzy widzą medycynę rodzinną jako amalgamat innych klinicznych specjalności, takich jak: interna, pediatria, położnictwo i ginekologia, psychiatria, dermatologia, ortopedia, otolaryngologia, okulistyka i chirurgia ogólna. Z tego punktu widzenia praca naukowa w medycynie rodzinnej nie wydaje się być konieczna, ponieważ nowa wiedza wprowadzona przez badaczy z innych specjalności wydawałaby się zupełnie wystarczająca dla lekarza rodzinnego.

Badania naukowe w medycynie rodzinnej, aby pomóc w pracy lekarza rodzinnego, muszą być odniesione do medycyny rodzinnej jako do specjalnej gałęzi nauczania, odmiennej od wyżej wymienionych.

Badania z dziedziny medycyny rodzinnej:

- spotykają się z różnymi naukowymi problemami,
- badają różne typy populacji,
- używają różnych metod naukowych.

Na przykład, badanie nad mechanizmami chorób takich, jak patofizjologia, lub podstawami przyczyn chorób na poziomie molekularnym, po-

trzebne są do wprowadzania nowych metod leczenia. Badania naukowe z innych dyscyplin pozwalają określić, co powinno być zrobione, aby wyleczyć biologiczne choroby, a badania w medycynie rodzinnej próbują wyjaśnić, jak leczenie z punktu biomedycznego wpływa na funkcjonowanie pacjenta, jak wpływa na organizowanie i finansowanie służby zdrowia, dostęp do opieki zdrowotnej, w jaki sposób czynniki psychosocjalne są związane z chorobą i funkcjonowaniem pacjenta, jak ludzka ocena i rozumienie choroby mogą być włączone w opiekę kliniczną, jak lekarz i pacjent podejmują decyzje medyczne i jak prewencja staje się rutynową częścią opieki medycznej. Lekarze w medycynie rodzinnej badają inne populacje niż pozostali lekarze z innych specjalności. Np. pacjenci badani w akademickich centrach zdrowia zostali „przefiltrowani”, wyselekcjonowani poprzez proces skierowań i konsultacji i mogą cierpieć na ciężkie i rzadko spotykane choroby, inne niż pacjenci z ogólnej populacji. Badacze z medycyny rodzinnej skupiają się na pacjentach widzianych w opiece podstawowej, cierpiących na różne choroby, zainteresowania lekarzy rodzinnych dotyczą też społeczności, która nie trafia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W dodatku badacze medycyny rodzinnej mogą badać nie tylko pacjentów, lecz także lekarzy i pacjentów, jeżeli ci na siebie oddziałują. Badają także pacjentów i ich rodziny. Konkludując, badają oni:

- inne problemy,
- inne populacje,
- stosują inne metody badań niż technologie biomedyczne (np. kwestionariusze, nagrania video itp.) [9].

Do badań naukowych typowych dla medycyny rodzinnej należą:

- próby kliniczne – badania eksperymentalne,
- badania prospektywne longitudinalne (odnoszące się do przyszłości),
- badania retrospektywne (case-control),
- badania przekrojowe (cross-sectional) [4].

W jaki sposób medycyna rodzinna buduje swoją naukową podstawę, tak stara się określić jako dyscyplina akademicka dostarczając nową wiedzę dla praktyków specjalności klinicznych.

Przyczyny, dla których te badania są konieczne, to także wypracowanie polskich wzorców modelu instytucji lekarza rodzinnego. Na trudności w tych działaniach wpływają częste zmiany koncepcji w działaniach polityków, zależne od wpływów różnych grup politycznych, biurokracja, trudności finansowe państwa. Ważny czynnik utrudniający badania naukowe w medycynie rodzinnej to niedostateczny wpływ środowisk akademickich na tę dziedzinę – obecna ekipa rządząca w programie zmian służby zdrowia akcentuje konieczność powiązania medycyny rodzinnej z akademicką.

Wnioski

1. Badania naukowe w medycynie rodzinnej powinny być włączone w podstawowe działania lekarza rodzinnego i być prowadzone w szerokim gronie lekarzy rodzinnych związanych ze środowiskiem akademickim.
2. Dotyczyć powinny zwykłych, często spotykanych chorób z punktu widzenia pacjenta, jego rodziny, dostępu do opieki zdrowotnej z uwzględnieniem czynników psychosocjalnych i działań profilaktycznych.
3. Do pomyślnego rozwoju badań w medycynie rodzinnej konieczny jest współdziałanie polityków oraz władz terytorialnych. Takie powiązanie umożliwi wytyczenie właściwych kierunków dalszego rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w naszym kraju zgodnie z oczekiwaniami i potrzebami pacjentów w obecnej rzeczywistości.

Piśmiennictwo

1. Bowman MA. Family practice triumphs by the year 2020; what will we have done right? *Fam Med* 2001; 33(4): 325–327.
2. de Melker RA. Diseases: the more common the less studied. *Family Prac* 1995; 12(1).
3. Geyman JP, Bliss E. What does family practice need to do next? A cross-generational view. *Fam Med* 2001; 33(4): 259–267.
4. Holloway RL, Rogers JC. *Research in family medicine*. w: *Essentials of Family Practice*. Robert E., Rakel WB. Saunders Company, Philadelphia, PA 1993: 182–193.
5. Howie JGR. *Research in General Practice Chapman and Hall*. London 1989
6. Kramer MF. *General practice in a medical faculty and its need for a working place comparable with an academic hospital in General Practice Research in Ontch Academia*. Eds. H. Lamberts, JA Knottnerus, SB Hofmans and A. Klaassen. Proceedings of a workshop, Amsterdam 1994; 15(4): 23–26.
7. Levasseur G., Schweyer F. Research in general medicine in France: challenges and perspectives. *Cah Social Demogr Med* 2001; 41(1): 47–80.
8. Magill MK, Kane WJ. What opportunities we missed and what bad deals have we made? *Fam Med* 2001; 33(4): 264–272.
9. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, New York, Ontario 1989.
10. Ortega J., Gasset J. *De taak van de universiteit*. The Hague: Leopolds nitgeverij, 1959.
11. Pereira Gray D. Historical analysis: a new approach comparing publications from inside and outside the discipline over time. *Med Educ* 2001; 35(4): 404–408.

Adres Autorki:
Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Łodzi
ul. Narutowicza 96
90-153 Łódź

Lekarz rodzinny wobec umierania i śmierci

Family doctor attitudes to death and dying

KAZIMIERZ SZEWCZYK

Z Zakładu Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi

Streszczenie W artykule uzasadniam tezę o kluczowej roli lekarzy rodzinnych w realizacji jednego z podstawowych celów współczesnej medycyny, jakim jest dążenie do spokojnej śmierci. Konieczny warunek spokojnego umierania stanowi edukacja tanatyczna, prowadząca do akceptacji przez jednostki i społeczeństwo człowieczej skończoności. Lekarz rodzinny pozostający w bezpośrednich i często długotrwałych kontaktach z pacjentami ma szczególnie dogodne możliwości zmieniania stosunku podopiecznych do umierania i śmierci własnej i bliskich.

Słowa kluczowe: lekarz rodzinny, spokojna śmierć, medycyna moralnych priorytetów.

Summary In this paper, I argue that general practitioners play a key role in the fulfillment of one of the main goals of the contemporary medicine, i.e. pursuing a peaceful death. I regard thanatological education helping an individual and social acceptance of human finiteness as a necessary condition of a peaceful dying. In the case of general practitioner, a direct and long-lasting doctor-patient relationship creates optimal opportunities for shaping the patient's attitude to death and dying.

Key words: general practitioner, peaceful death, moral priorities medicine.

Medycyna walki i wyparcie śmierci

Współczesną cywilizację Zachodu wyróżnia spośród pozostałych kultur daleko posunięte wyparcie śmierci ze świadomości indywidualnej i zbiorowej. Historia tego niepokojącego zjawiska sięga przełomu XVIII i XIX wieku. Zakładane są wówczas filozoficzno-kulturowe fundamenty dzisiejszej medycyny. Za jej najwyższy cel poczęto uznawać zwalczanie śmierci. Lekarze przyjęli rolę ambasadorów życia, by nie powiedzieć jego żołnierzy w batalii ze śmiercią.

Język tej *medycyny walki* wzbogaca się o nowy termin – „terapia heroiczna”. W medycynie popasteurowskiej będzie on sąsiadował z coraz popularniejszym określeniem „leczenie agresywne”. Sądzono bowiem, że powinnością lekarzy jest odpowiadać agresją na ataki mikroorganizmów. Tym ostatnim przypisywano funkcję czynników etiologicznych wszystkich bez mała chorób. Procesy patologiczne miały inicjować „agresywny” wytwarzane przez „zarazki”.

Medycyna walki zanotowała kilka spektakularnych sukcesów. Ogromne wrażenie wywarło podanie przez Pasteura surowicy pacjentom po-

gryzionym przez wściekłe zwierzęta i uratowanie im życia. Pojawiła się nadzieja na „technologiczną nieumieralność”¹. Kuszące „dotknięcie nieśmiertelności”² wzmocniło pozycję medycyny walki, istotnie przyczyniając się: 1) do rozpowszechnienia agresywnej terapii i 2) do ukrycia się czy też rozpuszczenia śmierci w powodujących ją chorobach.

Dla lekarzy omawianej orientacji nie ma już śmierci jako realnego wydarzenia egzystencjalnego i nie ma również poprzedzającego śmierć umierania; są tylko choroby – mniej lub bardziej trudne przypadki. Leczenie najtrudniejszych kończy się niepowodzeniem – przegraną, jak się coraz powszechniej sądzi, medycyny i lekarzy w batalii o życie.

Medykalizujące się społeczeństwo XX wieku przejęło światopogląd medycyny walki. Ta zaś, w latach 60. i 70. ubiegłego stulecia wyposażona w „magiczne pociski”³ antybiotyków i respirator, przystąpiła ze zdwojoną energią do walki z chorobami i ukrytą za nimi śmiercią. Pobudziła także apetyt na nieumieralność, którego jednak – mimo technologicznego wyrafinowania – zaspokoić nie potrafiła.

¹ L.V. Thomas, *Trup. Od biologii do antropologii*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1991, s. 159.

² S. Katz, *Secular Morality, Morality and Health*, Red. A.M. Brandt, P. Rozin, Routledge, New York 1997, s. 332.

³ R. Dubos, *Miraże zdrowia. Utopie, postęp, zmiany biologiczne*, Tłum. T. Kielanowski, PZWL, Warszawa 1962.

Negatywne kulturowo-społeczne skutki uprawiania medycyny walki

Rosnące pragnienie natychmiastowych i, rzec można, cudownych efektów, przy narastającym rozczarowaniu faktycznymi rezultatami, zapoczątkowało spadek zaufania do lekarzy i medycyny jako instytucji. Zaczęto dostrzegać negatywny wpływ medycyny walki na społeczeństwo i kulturę. Wiąże się on przede wszystkim: 1) z traktowaniem śmierci jak wroga, 2) nieomal całkowitym jej wyrzuceniem ze świadomości lekarzy i pozostałych obywateli zmedykalizowanych społeczeństw Zachodu oraz 3) z odebraniem śmierci i umieraniu kulturowego rytuału pomagającego uporać się z tym zdarzeniem samym umierającym i społecznościom, które opuszczają. Tanatolodzy, opisując wyrzucony ze świadomości i obyczaju końcowy etap egzystencji, używają pojęcia „śmierć zdziczała” i przeciwstawiają panującemu do połowy XVIII w. wzorcowi umierania zwanemu „śmiercią oswojoną”⁴ (myślą i społeczno-kulturowym rytuałem).

W interesującym nas kontekście za najgroźniejsze negatywne efekty medycyny walki należy uznać:

1. Rosnący strach przed śmiercią jako nieznanym, a przez to jeszcze straszniejszym wrogiem.
2. Pogłębiające się odczucie bezradności wobec wyobrażonego i realnie dziejącego się własnego umierania i śmierci bliskich oraz wynikający z bezradności wstyd (powiada się nawet o „pornografii śmierci”⁵). Wstyd zaś jest rodzajem strachu. Bezradność zatem stanowi dodatkowy czynnik wzmacniający tanatyczny lęk.
3. Medycyna walki sprzyja wzrostowi poczucia winy wobec śmierci własnej i bliskich. Bierze się ono głównie z traktowania śmierci jak nieprzyjaciela, z którym przegrało się walkę; przegrany musi być winny. To „nadpoczucie winy”⁶ skłania, zazwyczaj rodziny chorych, mniej ich samych, do wymuszania agresywnej terapii nie dającej zakładanych efektów leczniczych i w tym znaczeniu daremnej⁷. Nato-

miast lekarzom wręcz nakazuje zastosowanie takiego leczenia. Nakaz ten dodatkowo wzmacniany jest strachem przed oskarżeniem o nieusprawiedliwione zaniechanie leczenia.

4. Szczególnie dolegliwym efektem uprawiania medycyny walki jest powiększanie samotności ludzi w obliczu umierania i śmierci.
5. Medycyna walki moralnie usprawiedliwia oświatę zdrowotną apelującą do (rosnącej wszakże) trwogi przed śmiercią. Edukatorzy wykorzystują zazwyczaj choroby nowotworowe w funkcji straszaka. Wadliwa edukacja prowadzi do zjawiska „napiętnowanej ofiary”: Jesteś ofiarą choroby, ale sam też nie pozostajesz bez winy, boś zapewne niezbyt pilnie wykonywał zalecenia lekarzy. Powiększanie samotności i fenomen winnej ofiary dają w efekcie „syndrom przyjaciół Hioba”, którzy – podobnie jak nasza kultura – powodowani strachem opuścili cierpiącego i uznali jego chorobę za karę Boga.
6. Negatywną stroną uprawiania medycyny walki, której nie wolno lekceważyć, są lawinowo rosnące wydatki na służbę zdrowia i uprawianie niesprawiedliwej medycyny – przydzielającej nieproporcjonalnie dużo środków pewnym grupom pacjentów, np. agresywnie (i często daremnie) leczonym chorym.

Próba zminimalizowania negatywnych efektów medycyny walki – ruch hospicyjny i postawy proeutanatyczne

Krytyczny stosunek części społeczeństw Zachodu do medycyny walki doprowadził, między innymi, do powstania ruchu hospicyjnego oraz do niespotykanej w dotychczasowej historii popularności postaw proeutanatycznych⁸. Siła zwolenników eutanazji ma swe źródła w 1) strachu przed śmiercią, 2) antycypowanym trudzie i zażenowaniu samotnego umierania oraz 3) w trapiącym nas nadpoczuciu winy. Z niewielką

⁴ Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, Tłum. E. Bąkowska, PIW, Warszawa 1989; zob. też: K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, w: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 1996.

⁵ G. Gorer, *Pornografia śmierci*, Teksty, 1979, nr 3, s. 297–203.

⁶ J. Delumeau, *Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze Zachodu*, Tłum. A. Szymanowski, PAX, Volumen, Warszawa 1994, s. 9.

⁷ *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*, Red. M.B. Zucker, H.D. Zucker, Cambridge University Press, Cambridge 1997; zob. też: A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, w: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych ludzkiego życia*, Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 2002 (w druku).

⁸ Według badań CBOS w Polsce w 1989 roku za eutanazją opowiadało się 29,6% dorosłej ludności, a w 2001 już 51,0%. W tym przedziale czasowym doszło więc do 20% wzrostu liczby osób akceptujących „podanie środków powodujących śmierć”. Zob. też: M. Gałuszka, *Bioetyka kulturowa wobec eutanazji: analiza wypowiedzi medialnych i badań opinii społecznej*, w: *Narodziny i śmierć*, op. cit.

tylko przesadą można powiedzieć, że z trwogi przed śmiercią jesteśmy gotowi się pozabijać – uprzężyć ten przerażający moment i w pewnym sensie „zrobić” własną śmierć, uzyskując w ten sposób – złudne, jak sądzę – uczucie zapanowania nad nią. Pewną rolę w pobudzaniu tendencji proeutanatycznych odgrywa zapewne miłość do najbliższych, uwikłana w nadpoczucie winy i odpowiedzialności. Nie chcemy im sprawiać umieraniem kłopotów i bólu: jest to zjawisko „pułapki Hardwiga”⁹. Im bardziej kogoś kochamy, tym częściej przypomina nam o trudzie, jakim go, umierając, obarczamy. Bliscy – mąż, żona, dzieci – stają się wciąż obecnym *memento mori*.

Ruch hospicyjny stanowi ze wszech miar godne wsparcia przeciwieństwo tendencji proeutanatycznych. Jednakże i w nim wyraźnie odbija się wizja śmierci charakterystyczna dla świadomości medycyny walki. Hospicja przeznaczone są, praktycznie wyłącznie, dla pacjentów umierających na nowotwory. Śmierć i tu jest kojarzona przede wszystkim z rakiem. Filozofia hospicjów budowana jest nierzadko w tak silnej opozycji do medycyny walki i ruchów proeutanatycznych, że sama staje się nieomal czymś w rodzaju usprawiedliwienia ideologicznej krucjaty przeciwko tym instytucjom¹⁰. Czasem można odnieść wrażenie, że również lekarze hospicyjni całkowitą rezygnację z walki skłonni są traktować jak sprzeniewierzenie się moralności zawodowej: walczą więc bezwzględnie z eutanazją, z bólem i cierpieniem umierających, niejednokrotnie szukając w tych działaniach przede wszystkim redukcji dyskomfortu moralnego.

W najbardziej opiniotwórczym medium, jakim jest telewizja programy poświęcone hospicjom – przynajmniej w Polsce – są rzadkie i zazwyczaj emitowane w późnych godzinach nocnych, co odzwierciedla wyparcie śmierci z kultury i jej wspomnianą wyżej „pornograficzność”. O sile wyparcia świadczy fakt, że pacjenci umierający w hospicjum bardzo rzadko wiedzą o tym, a jeszcze rzadziej akceptują własną śmierć. Także hospicjanci, medycy i niemedycy, tylko sporadycznie towarzyszą śmierci podopiecznych; boją się bowiem „obecności przy śmierci, a nawet, na ile można, unikają tego”¹¹.

Medycyna moralnych priorytetów jako alternatywa medycyny walki

Z rozważań poprzedniego punktu wynika, że eutanazja może być – co najwyżej – mało skutecznym lekiem doraźnie łagodzącym negatywne skutki praktykowania medycyny walki. Również ruch hospicyjny okopujący się na wrogich pozycjach wobec tej medycyny i eutanazji jest, jak sądzę, zbyt słaby i zbyt izolowany, aby zmienić stosunek personelu medycznego i społeczeństwa do śmierci. Liczącą się zmianę nastawienia musi poprzedzić przebudowa systemu wartości moralnych wytyczających priorytetowe cele medycynie jako instytucji. Koncepcja takiej przebudowy została naszkicowana w 1995 r. przez międzynarodowy interdyscyplinarny zespół ekspertów kierowany przez Daniela Callahana z Hastings Center, mającego siedzibę w Nowym Jorku¹².

Uczestnicy projektu wyznaczają medycynie cztery podstawowe cele: 1) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i utrzymanie zdrowia, 2) uwalnianie od bólu i cierpienia spowodowanego chorobami, 3) leczenie i troska o ludzi chorych i [tylko] troska o tych, którzy nie mogą być wyleczeni, 4) unikanie przedwczesnej i dążenie do spokojnej śmierci.

Autorzy, komentując zaproponowane priorytety, nie używają słowa „walka”, jakkolwiek pada określenie „wróg”, o czym niżej. Cierpienie i ból „łagodzi się” bądź „uwalnia” od nich. Chorobom „zapobiega się”, zdrowie „promuje” i „utrzymuje”. Zdaniem uczestników projektu, zakładane cele nie tworzą sztywnej hierarchii. Zależnie bowiem od okoliczności każdy może zajmować wyższą bądź niższą pozycję w hierarchii wartości kierujących aktualnym działaniem pracowników służby zdrowia. Zgodne, jak miemam, z duchem projektu byłoby jednakże przypuszczenie, że zasadą kierującą wyborem celu w danych okolicznościach jest *bezwzględny nakaz troski o pacjenta*. Szczegółowy sposób troszczenia się wyznaczają czynniki sytuacyjne, łącznie z wyrażaną wolą pacjenta (bądź jego przedstawiciela).

Medycynę moralnych priorytetów można zatem traktować jak *medycynę troski*¹³ o pacjenta w jego zdrowiu, chorobie i umieraniu. Jest ona moralnym zaprzeczeniem medycyny walki ze śmiercią o życie, na ogół abstrakcyjnie pojmowane.

⁹ J. Hardwig, *SUPPORT and the Invisible Family*, Hastings Center Report, 1995 nr 6.

¹⁰ Por.: C.S. Campbell, J. Hare, P. Matthews, *Conflicts of Conscience. Hospice and Assisted Suicide*, Hastings Center Report, 1995, nr 3, s. 36 i n.

¹¹ M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierających*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000, s. 188.

¹² *The Goals of Medicine. Setting Priorities*, Hastings Center Report, 1996, nr 6. Special Supplement.

¹³ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa 2001, s. 166 i n.

Akceptacja ludzkiej śmiertelności podstawowym (i najtrudniejszym do realizacji) warunkiem reformy służby zdrowia

Dalsze rozważania ograniczę wyłącznie do omówienia czwartego priorytetu. Uczynię tak nie tylko przez wzgląd na temat opracowania, ale także z uwagi na kluczowe znaczenie tego celu w reformowaniu służby zdrowia. Reforma ta z punktu widzenia bioetyki stanowi, mniej lub bardziej radykalne, odrzucenie medycyny walki na rzecz medycyny troski.

Unikanie przedwczesnej i dążenie do spokojnej śmierci jest priorytetem niejednorodnym, rzecz można, dwuczłonowym. Pierwszy człon nadaje przede wszystkim kierunek makropolityce zdrowotnej. Streszcza on pogląd, że przedłużanie życia dla samego przeżycia nie jest właściwym celem medycyny, że uporczywa walka ze śmiercią kosztem innych ważnych potrzeb zdrowotnych jest moralnie nieusprawiedliwiona¹⁴. Należy tak zorganizować opiekę zdrowotną, aby w danych warunkach historycznych i kulturowych, łącznie ze stanem zaawansowania wiedzy, technologii i umiejętności medycznych, jednostka mogła przeżyć pełen cykl życiowy od narodzin po śmierć. Śmiercią, którą autorzy nie wahają się nazwać „prawdziwym wrogiem” jest śmierć przedwczesna, a więc: 1) śmierć w początkowych fazach cyklu, 2) spowodowana chorobami możliwymi do wyleczenia za rozsądną cenę. Taki sam moralny status wroga ma śmierć: 3) połączona z cierpieniem możliwym do usunięcia i 4) nadmiernie działaniami lekarzy przedłużana.

Drugi człon omawianego priorytetu określa powinności medycyny troski na mikro poziomie relacji lekarz-pacjent. Przejście między makro- i mikro poziomem buduje przedstawione wyżej wyliczenie przypadków „wrogiej śmierci”. Stąd wniosek, że agresywna i uporczywa walka o życie koliduje z celami wyznaczanymi przez oba człony. Jej zwolennicy każdą śmierć traktują bowiem jak przedwczesną, co prowadzi do przedłużania życia dla samego przeżycia i uniemożliwia spokojne umieranie. Zgoda na ludzką śmiertelność – ponowne włączenie śmierci w rytuał społeczno-kulturowy i jednostkową świadomość – stanowi konieczny warunek reformy służby zdrowia przekształcającej medycynę walki w medycynę troski pomniejszającej sumę cierpienia i bólu w świecie człowieka.

Rola lekarzy rodzinnych w dążeniu medycyny do zapewnienia spokojnej śmierci

Praktyczna realizacja tego celu powinna odbywać się na dwóch poziomach jednocześnie: na mikro poziomie relacji lekarz-pacjent oraz na makroszczeblu medycyna-społeczeństwo. Jej punktem wyjścia musi być przebudowa zbiorowej świadomości tanatycznej prowadząca do akceptacji własnej śmierci i śmierci bliskich. Tego bardzo trudnego zadania nie da się urzeczywistnić bez osobistego zaangażowania personelu medycznego mającego bezpośredni kontakt z pacjentami. Specyfika wybranej specjalizacji pozwalającej na bezpośrednie oraz zazwyczaj długotrwałe kontakty z pacjentami i ich bliskimi daje lekarzom rodzinnymi dogodną sposobność realizacji priorytetu spokojnej śmierci. Urzeczywistniając ten cel na fundamentalnym dla medycyny troski mikro poziomie relacji lekarz-pacjent w sposób istotny mogą się także przyczynić do powodzenia reformy służby zdrowia, poprzez odpowiednią edukację tanatyczną nastawioną na akceptację człowieczej skończoności.

Umieranie spokojną śmiercią zmniejsza sumę możliwego do uniknięcia bólu i cierpienia. Dlatego też lekarze rodzinni – mając dogodną okazję do realizacji tego priorytetu – mają także szczególnie moralny obowiązek jego urzeczywistnienia.

Spokojna śmierć stanowi zaprzeczenie śmierci zdziczałej. Jest ona umieraniem i śmiercią: 1) pod wszechstronną opieką fachowców – lekarzy, pielęgniarek, psychologów, duchownych; b) w otoczeniu bliskich, jeśli to możliwe; c) w której fachowcy, umierający i osoby bliskie nie negują faktu umierania¹⁵. Dążąc do tak zdefiniowanej spokojnej śmierci jako jednego z priorytetów medycyny troski lekarze rodzinni powinni we współpracy z pacjentami, a także ich bliskimi:

1. Poszukiwać sensu śmierci (ból i cierpienia). Działaniem tym przyczyniają się do zmniejszenia strachu przed śmiercią jako nieznanym wrogiem. Redukuje ono także osamotnienie umierających osób i nadpoczucie winy u nich i ich bliskich. Poszukiwanie sensu śmierci realizuje się przede wszystkim w szczerzej rozmowie z pacjentem. Szczególnie dotyczy to rodziców dzieci z nieuleczalną chorobą prowadzącą do śmierci w przewidywalnej przyszłości. Wspomniałem o tej grupie pacjentów, gdyż śmierć dziecka zazwyczaj bywa przez rodziców i personel medyczny wypierana aż do

¹⁴ M. J. Hanson, D. Callahan, *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington 1999, s. 18.

¹⁵ Zob. też: D. Callahan, *Pursuing a Peaceful Death*, Hastings Center Report, 1994, nr 4, s. 33.

końca. Nie mogąc się pogodzić z tą tragiczną prawdą sprawiamy, że dziecko umiera w psychicznej i moralnej samotności trapienie przez ogromne poczucie winy wobec rodziców, którym – jak sądzi – sprawia zawód swym odejściem¹⁶.

Warunek szczerzej rozmowy wymaga poszanowania *moralnego prawa pacjenta do prawdy* o swym stanie, nawet gdy umierający jest dzieckiem. Lekarz zaś ma moralny obowiązek powiedzieć mu prawdę, chyba że zachodzą szczególne okoliczności zwalniające go z tego obowiązku. Lekarze rodzinni oswajający ze śmiercią pacjenta i jego bliskich muszą w sposób perfekcyjny opanować sztukę mówienia prawdy. Muszą też zdobyć umiejętność trafnego rozpoznania sytuacji usprawiedliwiających zatajenie złych wiadomości.

2. Wspólne podążanie ku spokojnej śmierci wymaga także pomagania pacjentom w podejmowaniu decyzji o zakończeniu lub niewdrażaniu leczenia podtrzymującego życie (lub

niedającego szans na wyleczenie). Podjęcie takiej decyzji oznacza akceptację losu ludzkiego i w pewnych sytuacjach może być obowiązkiem moralnym chorego.

3. Dążąc do spokojnej śmierci należy chronić umierającego i jego bliskich przed nadmiernymi obciążeniami emocjonalnymi, moralnymi, a także finansowymi.

Są to zadania bardzo trudne do urzeczywistnienia. Jednak najtrudniejsza dla lekarzy (i pielęgniarek) będzie, moim zdaniem, decyzja poprzedzająca wymienione działania. Jest nią akceptacja *własnej* śmiertelności. Wymaga ona od lekarzy ogromnego wysiłku psychicznego i determinacji, a nawet odwagi, moralnej. Te grupy zawodowe są wszakże wychowywane w tradycji medycyny walki i za swą powinność etyczną w sposób niejako automatyczny skłonni są uznać bezwzględną walkę ze śmiercią. Przez wzgląd na specjalizację i związane z nią zadania odwaga ta winna być jedną z podstawowych cnót lekarza rodzinnego.

¹⁶ Por. S. Levine, *Kto umiera? Sztuka świadomego życia i świadomego umierania*, Tłum. M. Kuchta, A. Dobrzańska, Wydawnictwo Ewa Korczewska, Warszawa 1993, s. 101 i n.; E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć: o życiu, śmierci i życiu po śmierci*, Tłum. E. Stahre-Godycka, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1996. W tej książce autorka, oprócz wielce dyskusyjnych poglądów na naturę śmierci, dzieli się swymi wieloletnimi obserwacjami umierania osób sobie bliskich; w tym obszarze jest to ciekawa i inspirująca lektura.

KOMUNIKATY

W dniach **11-12 października 2002** r. we Wrocławiu i w Wojnowicach pod patronatem **Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej** odbędzie się Polsko-Norweskie Sympozjum

Nietrzymanie moczu – problem interdyscyplinarny

Komitet Naukowy:

Prof. Andrzej Steciwko (Przewodniczący), prof. Leszek Paradowski, prof. Steinar Hunskaar, prof. Jerzy Czernik, prof. Jerzy Lorenc, prof. Jerzy Gerber, prof. Jan Kornafel, prof. Zenon Szewczyk, prof. Piotr Szyber

Komitet Organizacyjny:

Prof. Andrzej Steciwko (Przewodniczący), dr med. Maria Bujnowska-Fedak, dr med. Andrzej Staniszewski, lek. Agnieszka Mastalerz-Migas, dr Jarosław Drobnik

Opłata rejestracyjna: 50 zł

Tematyka sympozjum:

- I. Nietrzymanie moczu – problem interdyscyplinarny; aspekty:
 - 1) epidemiologiczne
 - 2) diagnostyczne
 - 3) kliniczno-terapeutyczne
 - 4) psychologiczne
- II. Nietrzymanie moczu w praktyce lekarza rodzinnego
- III. Konferencja Okrągłego Stołu: „Miejsce i rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu nietrzymania moczu”

Adres Komitetu Organizacyjnego:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Akademia Medyczna we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
tel./fax 71 325 43 41
e-mail: zmr@zmr.am.wroc.pl

Kontakt w sprawach organizacyjnych:

dr med. Andrzej Staniszewski, dr med. Maria Bujnowska-Fedak
tel. 71 325-51-26, 71 325-43-41

Informacje dostępne są również na stronie internetowej:

www@zmr.am.wroc.pl

Duszność – częsty objaw kliniczny w praktyce lekarza rodzinnego

Dyspnoe – common clinical symptom in general practitioner's office

PIOTR KUNA

Z Kliniki Pneumonologii i Alergologii Instytutu Medycyny Wewnętrznej Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Piotr Kuna

Streszczenie Duszność jest definiowana jako uczucie braku powietrza i stanowi główny objaw chorób sercowo-naczyniowych. U chorego z dusznością należy wykonać badania mające na celu wykrycie jej przyczyny i ocenę innych towarzyszących dolegliwości. Oceny klinicznej stopnia nasilenia duszności dokonać można w prosty sposób na podstawie stopienia tolerancji wysiłku. Duszność występuje zwykle wtedy, kiedy rośnie praca oddechowa, i zawsze jest związana z nadmierną lub nieprawidłową aktywacją ośrodków oddechowych w pniu mózgu. Bodźce pobudzające do ośrodków oddechowych są przekazywane (1) z receptorów zlokalizowanych w klatce piersiowej za pośrednictwem nerwu błędnego; (2) wstępujące nerwy somatyczne wychodzące z mięśni oddechowych i ściany klatki piersiowej, a także z mięśni szkieletowych i stawów; (3) chemoreceptorów w mózgu, aortie, kłębku szyjnym oraz w naczyniach; (4) ośrodków korowych i (5) włókien wstępujących, biegnących w nerwie przeponowym. Stwierdzono dość dobrą korelację między nasileniem duszności a stopniem upośledzenia czynności układu oddechowego i krążenia. Nagłe epizody duszności mogą występować w przypadku zatorowości płucnej, odmy opłucnowej, astmy oskrzelowej lub w nerwicy. Duszność nocna jest często związana z niewydolnością lewokomorową, astmą oskrzelową czy POChP. U wszystkich chorych z dusznością należy przeprowadzić dokładne badania czynnościowe układu oddechowego w uzupełnieniu do badań układu sercowo-naczyniowego. W leczeniu powinno się przede wszystkim brać pod uwagę przyczynę dolegliwości, a nie sam objaw, jakim jest duszność.

Słowa kluczowe: duszność, POChP, objawy, lekarz rodzinny.

Summary Dyspnea is defined as an abnormally uncomfortable awareness of breathing. It is a cardinal symptom of diseases affecting the cardiopulmona system. Once it is established that a patient does have dyspnea, it is extremely important to define the circumstances in which it occurs and to assess associated symptoms. The gradation of dyspnea may usefully and simply be based upon the amount of physical exertion required to produce the sensation. Dyspnea occurs whenever the work of breathing is excessive. In any event, dyspnea is characterized by an immoderate or abnormal activation of the respiratory centers in the brainstem. This activation comes about from stimuli transmitted from or through a variety of structures and pathways including (1) intrathoracic receptors via the vagi; (2) afferent somatic nerves, particularly from the respiratory muscle and chest wall, but also from other skeletal muscles and joints; (3) chemoreceptors in the brain, aortic and carotid bodies, and elsewhere in the circulation; (4) higher (cortical) centers; and perhaps (5) afferent fibers in the phrenic nerves. There is a reasonable good correlation between the severity of dyspnea and the disturbances of pulmonary or cardiac function which are responsible. Sudden and unexpected dyspneic episodes at rest can be associated with pulmonary emboli, spontaneous pneumothorax, asthma, or anxiety. Nocturnal episodes of severe paroxysmal dyspnea are characteristic of left ventricular strain, asthma and COPD. It is desirable to carry out pulmonary testing in patients in whom the etiology of dyspnea is not clear, for these test should be helpful in determining whether dyspnea is produced by heart disease, lung disease, abnormalities of the chest walls, or anxiety in addition to the usual means of assessing patients for heart disease. Specific treatment should directed against the cause of dyspnea.

Key words: dyspnea, COPD, symptoms, general practitioner.

Duszność jest wiodącym objawem w symptomatologii wielu chorób, w szczególności układu oddechowego i układu krążenia. Gdy weźmiemy pod uwagę sytuację epidemiologiczną naszego kraju, zrozumiemy dlaczego zagadnienia związane z różnicowaniem postaci, diagnozowaniem przyczyn i leczeniem duszności dotyczą każdego lekarza rodzinnego.

Definicja duszności i patomechanizm jej powstawania

Duszność jest to subiektywne odczucie braku tchu, opisywane przez pacjenta jako brak powietrza, niemożność zaczerpnięcia oddechu, „duszenie się”. Niekiedy duszności towarzyszy ciężar lub ból w klatce piersiowej oraz zauważalne

przyspieszenie oddechów lub zmiana toru oddechowego. Patomechanizm pojawiania się duszności nie jest do końca wyjaśniony. Spokojne oddychanie kontrolowane jest przez ośrodki autonomiczne w rdzeniu przedłużonym, nie wymaga zaangażowania ośrodków korowych i nie dociera do naszej świadomości. Regulacja czynności ośrodka oddechowego odbywa się za pomocą impulsacji aferentnej z chemoreceptorów zlokalizowanych w kłębkach szyjnych i aortalnych oraz neuronów w rdzeniu przedłużonym, które są wrażliwe na zmiany składu chemicznego przepływającej krwi. Bodźce to stężenie jonów H^+ oraz ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla (PCO_2), a w drugiej kolejności ciśnienie parcjalne tlenu (PO_2). Dodatkową funkcję pełnią receptory w drogach oddechowych i płucach, z których impulsy przewodzone są przez włókna C, wchodzące w skład nerwu błędnego. Wpływają one na czas trwania wdechu i wydechu, odruchy kaszlu, kichania, skurcz oskrzeli i produkcję śluzu [1].

Poczucie duszności występuje wtedy, gdy pacjent jest zmuszony do świadomego wysiłku oddechowego. Przyczyną tego może być podwyższenie napędu oddechowego obserwowane w kwasicy, hiperkapni, hipoksji oraz pod wpływem emocji lub zwiększenie oporów przepływu gazów lub krwi w płucach (zaburzenie stosunku perfuzji do wentylacji występujące w chorobach płuc i serca) [2]. W warunkach prawidłowych wdech jest procesem aktywnym, a wydech aktem biernym, co jest możliwe dzięki sprężystości płuc i klatki piersiowej. Zwiększenie oporów w czasie przemieszczania powietrza do płuc i z płuc na zewnątrz wymaga większej pracy mięśni oddechowych, co wiąże się ze wzrostem wysiłku oddechowego. U pacjentów z obturacją oskrzeli dokonanie wydechu wymaga zaangażowania mięśni wydechowych (mięśni międzyżebrowych wewnętrznych, mięśni tłoczni brzusznej). Nadmierne ob-

ciążenie mięśni oddechowych, podobnie jak innych mięśni szkieletowych, prowadzi do wyczerpania się zasobów energetycznych i ich niewydolności, co skutkuje niedostateczną wentylacją. Możliwe jest, że zwiększenie aktywności mięśni oddechowych odbierane przez mechanoreceptory, lub zaburzenia metaboliczne związane z wyczerpaniem energii i przejściem na glikolizę beztlenową, odczytywane są przez ośrodki centralne jako duszność. Kolejna hipoteza wiąże odczucie duszności z impulsacją aferentną przenoszoną przez nerw błędny od receptorów w płucach i drogach oddechowych wrażliwych na drażniące czynniki chemiczne [3].

Czynność oddychania staje się uciążliwa, gdy osiągnięty zostaje próg duszności. Następuje wzrost wentylacji w porównaniu z wentylacją spoczynkową i zmniejsza się rezerwa wentylacyjna. Niekiedy dla zobrazowania stopnia zaburzeń obliczany jest wskaźnik zwany współczynnikiem duszności. Jest to procent maksymalnej dowolnej wentylacji, który nie jest jeszcze wykorzystywany przy określonym poziomie wentylacji minutowej. Pacjent odczuwa duszność, gdy współczynnik duszności obniża się poniżej 70%, czyli wentylacja płuc przewyższa wentylację „spoczynkową” (przeciętną dla danego pacjenta przed wystąpieniem procesu chorobowego) o ponad 30% rezerwy – maksymalnej dowolnej wentylacji.

Podział duszności i jednostki chorobowe, w których występuje

Istnieje wiele podziałów duszności, których stosowanie ułatwia różnicowanie i diagnostykę jednostek chorobowych odpowiedzialnych za wystąpienie tego objawu (tab. 1). Duszność, w zależności od fazy oddychania, w której dominuje, dzielimy na duszność wydechową i wde-

Tabela 1. Podział i cechy charakterystyczne duszności

Kryterium podziału	Przykłady	
Faza oddechu	Duszność wdechowa – zwłóknienie płuc, bierne przekrwienie, płyn w jamie opłucnej	Duszność wydechowa – astma oskrzelowa
Czas występowania	Duszność napadowa – astma oskrzelowa	Duszność stała – zwłóknienie płuc, rozedma, POChP
Aktywność fizyczna	Duszność powysiłkowa – powysiłkowy skurcz oskrzeli	Duszność spoczynkowa – niewydolność lewej komory serca IV° wg NYHA
Pozycja ciała	Duszność w pozycji leżącej – niewydolność krążenia	Duszność stała bez względu na pozycję ciała – astma oskrzelowa

chową. **Duszność wydechowa** charakterystyczna jest dla chorób przebiegających z obturacją oskrzeli (np. astma oskrzelowa) [4]. Jak już wspomniano, wydech jest aktem biernym. Gdy mamy do czynienia ze zwężeniem światła dróg oddechowych, wykonanie wydechu wymaga dodatkowego wysiłku – do pracy zostają mięśnie wydechowe. U pacjenta z napadem astmy oskrzelowej typowe jest zaangażowanie mięśni tłoczni brzusznej, ustabilizowanie obręczy barkowej (pozycja stojąca z podparciem kończyn górnych, np. o parapet). Wyrazny jest wysiłek oddechowy, a w osłuchiwaniu wydłużona jest faza wydechu. **Duszność wdechowa** występuje w chorobach przebiegających ze zwłóknieniem płuc, w biernym przekrwieniu płuc, gdy istnieją liczne zrosty z opłucną, lub obecny jest płyn w jamie opłucnej. Płuca w takich wypadkach są mniej sprężyste, a wykonanie wdechu wymaga większej pracy mięśni wdechowych.

Ze względu na czas występowania dzielimy duszność na napadową i stałą. **Duszność napadowa** pojawia się nagle i szybko narasta. Typowy przykład to stan astmatyczny. **Duszność stała** występuje przy trwałym upośledzeniu wentylacji lub dyfuzji, najczęściej w wypadkach rozległych uszkodzeń struktury płuc, takich jak zwłóknienie, rozedma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP).

Nasilenie objawów w zależności od aktywności fizycznej dzieli nam **duszność** na pojawiającą się wyłącznie **po wysiłku** (np. w astmie wysiłkowej) i **duszność spoczynkową**, dokuczającą pacjentowi nawet wtedy, gdy nie wykonuje on żadnej czynności. Podział ten został wykorzystany do stopniowania niewydolności krążenia według klasyfikacji NYHA [5].

Uwzględniając pozycję ciała wyróżniamy duszność nasilającą się w pozycji leżącej, charakterystyczną dla niewydolności lewej komory serca, i duszność występującą w każdej pozycji ciała.

Podział etiologiczny duszności (tab. 2) obejmuje duszność pochodzenia płucnego, występującą w chorobach płuc, oskrzeli, opłucnej, ścian

klatki piersiowej, prowadzących do zmniejszenia powierzchni wymiany gazowej lub utrudnienia wentylacji. Duszność jest także jednym z dominujących objawów chorób układu krążenia, najczęściej procesów przebiegających z biernym przekrwieniem płuc (np. niewydolność lewokomorowa). W zaburzeniach metabolicznych – kwasicy, w śpiączce cukrzycowej lub mocznikowej – dochodzi do pobudzenia ośrodka oddechowego. Występuje duszność z charakterystycznym torem oddechowym typu Kussmaula – oddechy są regularne, głębokie. Przyczyną duszności może być również znaczna niedokrwistość (< 5–10% hemoglobiny, w zależności od osobniczej tolerancji). Duszność pojawia się wtedy, gdy do zaburzeń tych dochodzi w krótkim okresie czasu (utrata znacznej objętości krwi, wstrząs krwotoczny). W warunkach, gdy proces chorobowy toczy się powoli, pacjent jest zaadaptowany i nie zgłasza duszności nawet przy krańcowo niskich wskaźnikach morfologii (np. w anemii megaloblastycznej). Duszność często jest także objawem choroby refluksowej i to zarówno izolowanego schorzenia, jak i współistniejącego z astmą i POChP [6]. Czasami duszność jest jedynym i wiodącym objawem tak rzadkich chorób, jak limfoangioleiomiomatoza pęcherzykowa [7]. Wyróżnia się również duszność psychogenną, towarzyszącą zdenerwowaniu i innym silnym emocjom. Rozpoznanie tego typu duszności możemy postawić wyłącznie po uważnym wykluczeniu innych potencjalnych przyczyn.

Badania dodatkowe w duszności

Podstawą rozpoznania duszności jest dokładnie zebrany wywiad. Nie ma badań dodatkowych jednoznacznie wykazujących, że dany pacjent ma duszność, gdyż jest ona odczuciem subiektywnym. Prowadząc badanie podmiotowe należy w taki sposób formułować pytania, aby określić typ duszności zgodnie z podziałami przedstawionymi powyżej. W pierwszej kolejno-

Tabela 2. Najczęstsze przyczyny duszności

Choroby dróg oddechowych:

astma, aspiracja ciała obcego, odma opłucnowa, zapalenie oskrzeli, rozedma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zwłóknienie płuc, guz, niedodma

Choroby serca:

niewydolność lewej komory: choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, wady zastawkowe;
niewydolność prawej komory: serce płucne, wady zastawkowe;
wady serca wrodzone

Inne:

niedokrwistość, otyłość, kwasica, emocje, zaburzenia psychogenne, miastenia

ści zróżnicować należy, czy jest to niewydolność wentylacyjna, dotycząca upośledzenia przepływu powietrza, niewydolność oddechowa wynikająca z zaburzeń wymiany gazowej czy niewydolność układu krążenia. Najwięcej kłopotów może przysporzyć różnicowanie duszności spowodowanej napadem astmy oskrzelowej i duszności sercowej spowodowanej niewydolnością serca. Wspólnymi cechami są napadowy charakter i pojawianie się napadów głównie w nocy, a ich dokładniejszą charakterystykę przedstawiono w tabeli 3. Należy pamiętać, że duszność u niektórych pacjentów może być spowodowana przez kilka nakładających się procesów patologicznych. W takim przypadku rozpoznanie i wdrożenie skutecznego leczenia może być trudniejsze. Częstym przykładem jest nakładanie się duszności wynikającej z POChP i niewydolności krążenia.

W badaniu przedmiotowym możemy się spodziewać cech uruchomienia dodatkowych mięśni oddechowych, osłuchowo – zmian o dowodzących obturacji bądź zastoju w krążeniu małym i wielu innych nieprawidłowości, których omówienie przekracza ramy tego opracowania. Szczególnie pomocne w rozpoznaniu choroby, której objawem jest duszność, mogą być badania laboratoryjne: morfologia krwi i badanie wskaźników gospodarki kwasowo-zasadowej oraz badania obrazowe: radiologiczne klatki piersiowej (uwidocznici może zmiany w płucach: zwłóknienie, pęcherze rozedmowe, cechy przewlekłego nieżyty oskrzeli, a także przerost lewej komory w niewydolności serca) i badanie ultrasonograficzne serca z określeniem frakcji wyrzutowej. Badanie spirometryczne umożliwi nam rozpoznanie obturacji bądź restrykcji, nie da jednak jednoznacznej odpowiedzi, czy pacjent odczuwa duszność. W praktyce chory, którego natężona objętość wydechu w 1 sekundzie (FEV_1) i natężona objętość życiowa płuc (FVC) wynoszą około 40–50% normy należnej, może nie odczuwać

duszności, gdy pacjent z wynikami bliskimi 100% normy może zgłaszać tę dolegliwość. Więcej informacji przynosi porównanie obecnej spirometrii z wynikami poprzednich badań. Być może pacjent odczuwający duszność z wynikami około 100% normy poprzednio uzyskiwał 140–150% normy należnej?

Postępowanie diagnostyczne lekarza rodzinnego powinno być ukierunkowane w pierwszym rzędzie na wykluczenie przyczyn duszności bezpośrednio zagrażających życiu pacjenta. Są to szczególnie: ostra niewydolność krążenia (np. w przebiegu zawału mięśnia sercowego), która może objawić się obrzękiem płuc, zator tętnic płucnych, odma zastawkowa, przedłużający się stan astmatyczny. Jeśli nie jest możliwe wykluczenie tych chorób, należy pacjenta pilnie hospitalizować i dalszą diagnostykę prowadzić w warunkach szpitalnych.

Leczenie duszności

Skuteczne opanowanie duszności wymaga leczenia choroby podstawowej, której objawem jest zgłaszana przez pacjenta dolegliwość [8]. W przypadku astmy oskrzelowej, u podłoża której leży przewlekły proces zapalny toczący się w drogach oddechowych, podstawą terapii jest leczenie przeciwzapalne. Glikokortykosteroidy, a w drugiej kolejności leki antyleukotrienowe i kromony, redukują częstość zaostrzeń i nasilenie objawów astmy, w szczególności napadów astmatycznych. Leki objawowe, takie jak β_2 -mimetyki (szczególnie polecane są preparaty o długim czasie działania – formoterol i salmeterol), metyloksantyny i bromek ipratropium stanowią cenne uzupełnienie. Podobnie u pacjentów cierpiących na POChP szczególnie korzystne są β_2 -mimetyki i leki antycholinergiczne. W leczeniu zastoinowej niewydolności serca lekami

Tabela 3. Różnicowanie duszności w napadzie astmy i w niewydolności krążenia

	Astma oskrzelowa	Astma sercowa
Cechy wspólne	<ul style="list-style-type: none"> – napadowy charakter duszności; – występowanie w nocy; – poczucie lęku w czasie napadu 	
Cechy różnicujące	<ul style="list-style-type: none"> – pozycja ciała nie wpływa na nasilenie duszności; – ustępuje po β_2-mimetykach; – częściej u ludzi młodych; – wywiad atopowy, pyłkowica, inne choroby alergiczne; – osłuchowo dominują świsty i furczenia, wydłużenie fazy wydechu 	<ul style="list-style-type: none"> – nasilenie duszności w pozycji leżącej; – β_2-mimetyki nie przynoszą ulgi; – częściej u ludzi starszych; – przebyte choroby układu krążenia: zawał, zaburzenia rytmu; – osłuchowo dominują cechy zastoju, tor oddychania – szybkie i płytkie oddechy

pierwszego rzutu są diuretyki i inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACEI). Pomocniczo stosowane są nitraty, glikozydy nasercowe i inhibitory fosfodiesterazy, a pacjenci z krańcowo zaawansowaną niewydolnością mogą wymagać transplantacji serca.

W wielu przypadkach u pacjenta zgłaszającego duszność celowe jest włączenie tlenoterapii doraźnej lub ciągłej. Pamiętać należy, że leczenie tlenem wymaga systematycznego monitorowania wskaźników ciśnienia parcjalnych gazów we krwi

i innych parametrów równowagi kwasowo-zasadowej.

Podsumowując, duszność stanowi istotny problem diagnostyczny i terapeutyczny w codziennej praktyce lekarza pierwszego kontaktu. Postawienie prawidłowej diagnozy umożliwia dobrze zebrany wywiad, którego uzupełnieniem są odpowiednio zaplanowane badania dodatkowe. Wdrożenie leczenia choroby podstawowej zmniejsza odczucie duszności i umożliwia pacjentowi wykonywanie w komforcie czynności dnia codziennego.

Piśmiennictwo

1. Manning HL, Mahler DA. Pathophysiology of dyspnea. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001 Aug; 56(4): 325–330.
2. Spector N., Klein D. Chronic critically ill dyspneic patients: mechanisms and clinical measurement. *AACN Clin Issues* 2001 May; 12(2): 220–233.
3. Ambrosino N., Porta R. Measurement of dyspnoea. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001 Feb; 56(1): 39–42.
4. Manning HL, Schwartzstein RM. Respiratory sensations in asthma: physiological and clinical implications. *J Asthma* 2001 Sep; 38(6): 447–460.
5. Davies SW. Clinical presentation and diagnosis of coronary artery disease: stable angina. *Br Med Bull* 2001; 59: 17–27.
6. Field SK. Underlying mechanisms of respiratory symptoms with esophageal acid when there is no evidence of airway response. *Am J Med* 2001 Dec 3; 111 Suppl. 8A: 37S–40S.
7. Hancock E., Osborne J. Lymphangiomyomatosis: a review of the literature. *Respir Med* 2002 Jan; 96(1): 1–6.
8. Ambrosino N., Scano G. Measurement and treatment of dyspnoea. *Respir Med* 2001 Jul; 95(7): 539–547.

Adres Autora:

Klinika Pneumologii i Alergologii Instytutu Medycyny Wewnętrznej
AM w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22
90-153 Łódź
e-mail: pkuna@bg.p.lodz.pl



WŁOCŁAWSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE serdecznie zaprasza na

XXII Ogólnopolską Konferencję Kardiologiczną,

która odbędzie się w dniach 14 i 15 czerwca 2002 r. we Włocławku i będzie poświęcona problemom diagnostyki i terapii w kardiologii.

Program będzie obejmował 6 sesji panelowych oraz 9 referatów:

- Sesja panelowa – Nadciśnienie tętnicze 2002 – co nowego? – prof. Zbigniew Gaciong (Warszawa)
- Sesja panelowa – Miażdżycy uogólniona – kiedy i jak leczyć? – doc. Jerzy Sadowski, doc. Krzysztof Żmudka (Kraków)
- Referat – Znaczenie śródoperacyjnego echa przezprzełykowego w plastyce zastawki trójdziałnej i dwudziałnej serca – wyniki wczesne i odległe – prof. Janusz Zastónka (Łódź)
- Referat – Wskazania do przezprzełykowej echokardiografii w przypadkach podejrzeń tętniaka aorty wstępującej – prof. Janusz Zastónka, prof. Ryszard Jaszewski (Łódź)
- Referat – Pełna tętnicza rewaskularyzacja mięśnia sercowego u chorych z chorobą niedokrwinną serca – prof. Janusz Zastónka (Łódź)
- Referat – Ciężka niewydolność krążenia – prognozowanie i nowoczesne leczenie – prof. Marian Zembala (Zabrze)
- Sesja panelowa – Utrwalone migotanie przedsionków – nowe doświadczenia, nowe możliwości w chirurgicznym leczeniu – prof. Marian Zembala (Zabrze)
- Referat – Przydatność cewnikowań terapeutycznych w zamykaniu ubytków międzyprzedsionkowych, pozawałowych ubytków międzykomorowych, przetrwałych przewodów tętniczych oraz innych nieprawidłowych połączeń naczyniowych – doc. dr hab. Jacek Białkowski (Zabrze)
- Sesja panelowa – Postępy w chirurgii naczyń wieńcowych w roku 2002. Kiedy operacje klasyczne pomostowania naczyń wieńcowych technikami małoinwazyjnymi (OPCAB, MIDCAB) i dlaczeżo? – prof. Marian Zembala (Zabrze), prof. Ryszard Jaszewski (Łódź)
- Referat – Wybór leków w obrębie klasy. Dylematy współczesnej farmakologii – prof. Krzysztof Filipiak (Warszawa)
- Referat – Tkanka tłuszczowa jako narząd endokryny – efekty hemodynamiczne i metaboliczne – prof. Franciszek Kokot (Katowice)
- Referat – Diagnostyka nadciśnienia tętniczego 2002 – prof. Włodzimierz Januszewicz (Warszawa)
- Sesja panelowa – Czy przewlekłe infekcje zębopochodne stanowią czynnik ryzyka choroby wieńcowej – prof. Danuta Liszevska-Pfeffer (Warszawa)
- Referat – Jatrogenne przyczyny zgonów – prof. Andrzej Markiewicz (Katowice)
- Sesja panelowa – Inwazyjna terapia świeżego zawału serca – doświadczenia regionu łódzkiego – dr Zbigniew Bednarkiewicz (Łódź)

Tradycyjnie patronat nad konferencją objął Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Każdy uczestnik otrzyma bezpłatnie egzemplarz „Autoryzowanego zapisu XXII Ogólnopolskiej Konferencji Kardiologicznej”. Dla wszystkich uczestników konferencji w pierwszy dzień zorganizowane zostanie spotkanie towarzyskie nad jeziorem Wikaryjskim nieopodal Włocławka. Każdy z uczestników otrzyma zaświadczenie o ukończeniu szkolenia.

Informujemy również, iż Komisja ds. Kształcenia Specjalistycznego i Ustawicznego Towarzystwa Internistów Polskich przyznaje konferencji 20 punktów edukacyjnych.

Wszystkich zainteresowanych uczestnictwem prosimy o kontakt:

Włocławskie Towarzystwo Naukowe, pl. Wolności 20, 87-800 Włocławek, tel./fax (054) 232-28-08

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
XXII Ogólnopolskiej Konferencji Kardiologicznej
Włocławskiego Towarzystwa Naukowego
Prof. dr hab. med. Stanisław Sterkowicz

Współczesne poglądy na temat różnic płciowych

Current views on the sexual differences

KRZYSZTOF KULA, JOLANTA SŁOWIKOWSKA-HILCZER

Dział Andrologii i Endokrynologii Płodności,
Centrum Kształcenia Klinicznego Europejskiej Akademii Andrologii,
Instytut Endokrynologii Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Krzysztof Kula

Streszczenie Przy prawidłowym rozwoju płciowym występuje zgodność między płcią genetyczną a gonadalną (jądro lub jajnik), genitalną (wewnętrzne i zewnętrzne narządy płciowe), somatyczną (cechy płciowe budowy ciała) oraz psychiczną. Płeć psychiczna składa się z identyfikacji płciowej (poczucie przynależności płciowej), roli płciowej (zachowanie) i psychoorientacji płciowej (ukierunkowanie popędu płciowego hetero-, bi- i homoseksualne). Uważano, że płeć psychiczna zależy głównie od wychowania lub/i świadomego wyboru. Koncepcje te zostały jednak podważone dzięki badaniom nad zaburzeniami rozwoju płciowego u ludzi. Wykazano też, że krótkotrwałe działanie steroidów płciowych w obrębie mózgu w okresie noworodkowym decyduje o samczym typie zachowań płciowych zwierząt w okresie dojrzałości. Wydaje się, że również u człowieka różnicowanie płciowe mózgu odbywa się w okresie noworodkowym i jest zależne od wpływu steroidów płciowych. U genetycznych chłopców z obojnaczymi narządami płciowymi z powodu braku przemian tkankowych testosteronu (niedobór 5-alfa-reduktazy) lub u genetycznych dziewczyn z obojnaczymi narządami płciowymi z powodu nadmiaru testosteronu (wrodzony przerost nadnerczy) może wystąpić niezgodność między płcią metrykalną (ustanowioną zależnie od płci narządów płciowych) a płcią psychiczną. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że żeńska identyfikacja płciowa rozwija się wtedy, gdy obecne są jajniki lub występuje brak czynności hormonalnej gonad, męska zaś częściej przy obecności jąder, mimo żeńskich narządów płciowych i kobiecej budowy ciała. Genetyka odgrywa tutaj najmniejszą rolę. Tam gdzie brak męskich narządów płciowych u mężczyzny jest spowodowany brakiem wrażliwości na androgeny (kobieta 46,XY), identyfikacja płciowa jest żeńska, ale tylko przy całkowitym braku wrażliwości. Natomiast przy częściowej niewrażliwości identyfikacja jest męska lub żeńska. Tak więc, androgeny kreują męską identyfikację płciową. Płeć psychiczna jest ważna przy chirurgicznej korekcji narządów płciowych u dzieci z obojnaczymi narządami płciowymi. Przy próbie takiej korekcji nie należy kierować się perspektywą sprawności seksualnej narządów płciowych, ale należy brać pod uwagę płeć psychiczną dziecka, a także pozwolić mu czynnie uczestniczyć w podejmowaniu tak ważnych decyzji dotyczących jego osoby.

Słowa kluczowe: płeć, różnice płciowe, genetyka.

Summary Normal sexual development consists of the compatibility between genetic sex, sex of gonads (testes or ovaries), genital sex (sex organs), somatic sex (body characteristics) and psychic sex. The psychic sex has an original nomenclature and is called gender. Gender consists of gender identity (self-estimation), gender role (objective estimation of sex behaviour). In addition, a sexual psycho-orientation (hetero-, bi- or homosexual) has been distinguished. It was believed that gender depends on the socio-environmental influences such as rearing, learning and individual choice. Although, the process of sexual differentiation of human brain is not completely elucidated, it has become recently evident that endogenous hormones more than socio-environmental factors influence gender differences. Experimental studies on animals revealed that transient action of sex steroids during perinatal period of life is crucial for the development of male sexual behavior in adulthood. Also in human male neonates testosterone, produced by testes perinatally, plays the main role in the irreversible masculinisation of the brain i.e. creation of the differences versus female brain. Patients with disturbances of sexual differentiation of external genitalia (the lack of testosterone transformation into 5-alfa dihydrotestosterone in peripheral tissues of men, or the inborn excess of androgens in women with the congenital adrenal hyperplasia) have the affections in the formation of gender as well. In these individuals the legal sex established according to somatic sex and/or genetic sex at birth may be incompatible with their actual gender identity and role. Review of the errors and successes in the literature indicates that the female gender identity is most frequently associated with the presence of ovaries or the lack of gonads, while the male gender identity appear most frequently in the presence of testicular tissue irrespective of female or hermaphrodite (intersex) phenotype. In genetic men with the absence of male genitalia due to aberrant function of the androgen receptor (46,XY women), the gender identity depends on the severity of the disorder: female gender identity develops in the complete androgen insensitivity syndrome and female or male in the partial androgen insensitivity. These support the concept of the role of sex steroids in the creation of male gender identity. The knowledge about gender identity is necessary for the decision of the direction of surgical correction of sex organs in children with ambiguous genitalia. This decision which should not depend on the expected efficacy to perform sexual intercourse, but on the expected and actual (already present) gender identity of the patient. The decision should not be taken rapidly without an active consent of the patient.

Key words: sex, sexual differentiation, genetics.

Wstęp

Przy prawidłowym rozwoju płciowym istnieje zgodność między płcią genetyczną (chromosomy płciowe: XX lub XY) a gonadalną (jądro lub jajnik) i genitalną (męskie lub żeńskie narządy płciowe), a także somatyczną (cechy płciowe budowy ciała) i psychiczną. Na płęć psychiczną składają się: poczucie przynależności płciowej (identyfikacja płciowa), rola płciowa (typ zachowania) i psychoorientacja płciowa (ukierunkowanie popędu płciowego heteroseksualne, biseksualne, homoseksualne). Takie nowoczesne pojęcie płci jest rzadko brane pod uwagę w codziennej praktyce klinicznej. Jeżeli nawet zwraca się uwagę na budowę i czynność gonad oraz narządów płciowych, to psychiczne aspekty płci nie doczekały się odpowiedniego zrozumienia. Tymczasem identyfikacja płciowa bywa przeciwstawna płci gonadalnej i genitalnej; zaburzenie takie nazywa się transseksualizmem. Rozbieżność pomiędzy płcią gonadalną a identyfikacją płciową może wystąpić u ludzi z zaburzeniami rozwoju gonad (dysgenезja gonad) lub zaburzeniami działania androgenów, takich jak zespół niewrażliwości na androgeny i brak aktywności 5-alfa-reduktazy (grupa zaburzeń nazywanych interseksualizmem). Przy transseksualizmie objawy są jednoznaczne, ale przy interseksualizmie zasadniczym problemem jest podjęcie decyzji co do chirurgicznej korekcji narządów płciowych w związku z ich niepełnym zróżnicowaniem, a także co do późniejszego życia w jednej lub drugiej roli płciowej.

Teoria seksualnej neutralności

Zanim pojawiły się sugestie, że powstanie identyfikacji płciowej jest determinowane biologicznie uważano, że zależy ono od oddziaływania otoczenia i od wychowania. Psycholog Money i wsp. (1978) zaproponowali teorię seksualnej neutralności. Według niej początkowo niezdeteminowane seksualnie dzieci rozwijają się w kierunku męskim lub żeńskim pod wpływem doświadczeń życiowych. Autorzy sugerowali, że najlepszym czynnikiem prognostycznym dla późniejszego rozwoju płciowego jest płęć przypisana dziecku przez osoby z otoczenia oraz prowadzony konsekwentnie sposób wychowania w kierunku męskim lub żeńskim. Okres między 1. a 4. rokiem życia dziecka uważano za zasadniczy dla wykształcenia u dziecka identyfikacji płciowej. Money odrzucił polemikę z biologami i lekarzami endokrynologami, wskazując na ich niekompetencje w dziedzinie psychologii. Money prowadził badania bliźniąt jednojajowych. U jednego z nich, u którego wystąpiła martwica prącia, wymusił zmianę płci na żeńską poprzez

wychowanie i poniósł porażkę. Koncepcja Money'a została podważona przez Diamonda (1982), który prowadził badania bliźniąt jednojajowych z zaburzeniami różnicowania płciowego.

Teoria seksualnej neutralności została podważona także dzięki wynikom doświadczeń na zwierzętach. Krótkotrwałe podawanie steroidów płciowych w okresie okołoporodowym decyduje o trwale męskich zachowaniach płciowych u zwierząt w okresie dojrzałości, niezależnie od czynników płynących ze środowiska (Phoenix i wsp. 1959; Rebar i wsp. 1976). Stwierdzono, że w okresie okołourodzeniowym pod wpływem androgenów następuje ustalenie charakterystycznego dla płci męskiej acyklicznego typu wydzielania gonadoliberyny przez podwzgórze. Androgeny podawane samicom szczurów w okresie okołourodzeniowym powodują trwałe brak owulacji oraz typowy dla samców sposób zachowania płciowego (przewaga odruchu „krycia” nad odruchem „lordozy”). Z kolei podanie antyandrogenów męskim noworodkom szczura powodowało, że zachowywały się one w sposób charakterystyczny dla samic (np. przewaga odruchu „lordozy” w odpowiedzi na bodźce seksualne).

Międzyplciowe różnice anatomiczne mózgu

Milowym krokiem w ustaleniu dymorfizmu płciowego mózgu były badania anatomiczne mózgu szczura (Gorski i wsp. 1980). Wykazały one obecność różnic między płciami w wielkości części centralnej jądra przedwzrokowego przyśrodkowego podwzgórze. Jest ono znacznie większe u samców niż u samic, a jego uszkodzenie powodowało zaburzenia w zachowaniu kopulacyjnym samców. Stwierdzono ponadto, że testosteron indukuje zarówno męskie zachowania płciowe, jak i wzrost jądra przedwzrokowego przyśrodkowego podwzgórze. Wymagane jest jednak tutaj przekształcenie testosteronu do estradiolu przy udziale enzymu aromatazy, który znajduje się w tej okolicy mózgu (Roselli i wsp. 1996). Podwzgórze i układ limbiczny, które kontrolują zachowania płciowe u kręgowców, zawierają enzymy metabolizujące androgeny do estrogenów oraz receptory dla steroidów płciowych (Morrell i Pfaff 1978; Pfaff i Zigmond 1971; Pfaff 1980). Dymorfizm zachowań płciowych nie jest tak wyraźnie czytelny u zwierząt, jak to ma miejsce u ludzi, stąd wątpliwości, czy takie cechy, jak identyfikacja płciowa lub psychoorientacja płciowa człowieka, zależą od różnic w budowie mózgu. Swaab i wsp. (1992) dostarczyli jednak dane, że psychoorientacja płciowa u człowieka zależy może od różnic w wielkości części centralnej jądra przedwzrokowego przyśrodkowego

podwzgórza. Wykorzystali oni materiał z sekcji mózgu u homoseksualistów męskich zmarłych na AIDS i wykazali, że homoseksualiści mają objętość tej struktury podobną jak kobiety, tj. mniejszą niż heteroseksualni mężczyźni.

Wpływ steroidów płciowych na różnicowanie płci psychicznej

Istnieją też dane, że również u człowieka różnicowanie płciowe mózgu przypada na okres noworodkowy i wczesnego dzieciństwa i jest ono zależne od działania steroidów płciowych (Dörner 1986). U noworodków ludzkich płci męskiej stwierdzono wysoki poziom testosteronu we krwi między 2. a 5. miesiącem życia (Forest i Cathiard 1975; Hawkins 1994), a w ślinie już w dniu urodzenia (Huhtaniemi i wsp. 1986). Przypuszcza się, że wydzielany wtedy testosteron ma znaczenie fizjologiczne. Prawdopodobnie w tym okresie determinowana jest acykliczna czynność podwzgórza, a być może także rozwój struktur mózgu odpowiedzialnych za męską identyfikację płciową. Poczucie przynależności płciowej ujawnia się zwykle między drugą połową drugiego a pierwszą połową trzeciego roku życia. Stwierdzono jednak, że u dzieci jeszcze w ciągu kilku następnym lat występują zmiany budowy tych jąder podwzgórza, które wykazują różnice międzypłciowe, a więc być może odpowiedzialnych za płeć psychiczną (Swaab 1992). Wykazano, że raz wykształcone poczucie przynależności płciowej jest nieodwracalne. Nawet obustronna kastracja w okresie przeddojrzewaniowym nie zmienia kierunku rozwoju identyfikacji płciowej (All-Issa 1982).

Steroidy płciowe o typie progestagenów są podawane kobietom w ciąży zagrożonej poronieniem. Aarskog (1970) był jednym z pierwszych, którzy wykazali, że progesteronopodobne progestageny powodują demaskulinizację płodów męskich, ujawniającą się głównie w postaci spodziectwa. Natomiast w 1984 r. wykazano, że androgenopodobne progestageny mają wpływ maskulinizujący na płody żeńskie, ujawniający się przeważnie powiększeniem łechtaczki (Meyer-Balburgh 1984). Stwierdzono że, dziewczynki, których matki otrzymywały androgenopodobne progestageny wykazywały pewne męskie cechy w zachowaniu, np. uprawiały bardziej wysiłkowe sporty, były bardziej samodzielne, mniejsze było ich zainteresowanie macierzyństwem. Natomiast dziewczynki i chłopcy poddani ekspozycji wewnątrzmacicznej na progesteronopodobne progestageny wykazywali bardziej żeńskie zachowania w porównaniu z grupą kontrolną (Ehrhardt i Meyer-Balburgh 1981; Reinish 1977).

Syntetyczny estrogen dietylstilbestrol (DES) był stosowany w USA u ciężarnych kobiet z cu-

krzycą, dopóki nie stwierdzono w 1975 r. jego działania rakotwórczego. Dzieci tych matek były bardziej łagodne, spokojne i posłuszne niż ich rodzeństwo nie poddawane działaniu DES (Reinish 1977). Ponadto stwierdzono, że prenatalna ekspozycja na DES wpływa na ukierunkowanie orientacji seksualnej. Wśród kobiet, których matki otrzymywały DES, obserwowano większą częstość występowania homo- i biseksualizmu (Pfaff 1980).

Czynność układu podwzgórza–przysadka–gonada przy zaburzeniach płci psychicznej

Kiedy odkryto, że istotną cechą odrębności czynności układu hormonalnego kobiety jest zdolność wyrzutu przysadkowego LH pod wpływem estrogenów (zjawisko dodatniego sprzężenia zwrotnego), zaczęto badać to zjawisko u mężczyzn z homoseksualizmem i transseksualizmem. Przez wiele lat utrzymywała się, a obecnie nie jest całkowicie odrzucona teoria Dörnera (1988), która mówi, że homoseksualiści i transseksualiści mężczyźni odpowiadają wzrostem wydzielania LH po podaniu estrogenów, tak jak kobiety (dodatnie sprzężenie zwrotne u mężczyzn?) (Gore i wsp. 1984). Kompromisowe wyniki uzyskali Goh i wsp. (1984), którzy wykazali, że wprawdzie mężczyźni z zaburzeniami identyfikacji płciowej nie wykazują zjawiska dodatniego sprzężenia zwrotnego, ale pojawia się ono pod wpływem uprzedniego leczenia estrogenami. Natomiast u kobiet z transseksualizmem estrogeny nie indukują wzmoczonej odpowiedzi przysadki na GnRH, którą obserwuje się u kobiet wykazujących akceptację własnej płci fenotypowej. Upodabnia to kobiety z transseksualizmem do mężczyzn z prawidłowym zachowaniem płciowym (Seyley i wsp. 1978).

W naszych badaniach (Kula 1986; Kula i wsp. 1986; Kula i Pawlikowski 1986; Kula i Słowikowska 1987) wykazaliśmy, że podobnie jak u mężczyzn z niepełnym rozwojem prącia (spodziectwo), także u mężczyzn z transseksualizmem występuje względny nadmiar wydzielania LH, przy prawidłowych poziomach FSH we krwi. Zarówno u mężczyzn z tym zaburzeniem fenotypu, jak i u mężczyzn z zaburzeniami identyfikacji płciowej w dynamicznym teście z GnRH obserwuje się wzmoczoną rezerwę wydzielniczą w zakresie LH i FSH. Mężczyźni z transseksualizmem nie wykazywali zaburzeń czynności gonad. Wszyscy mieli prawidłowe parametry nasienia i prawidłowy lub podwyższony poziom testosteronu w surowicy, co wskazuje, że zmiany regulacji wydzielania gonadotropin były odosobnionym zaburzeniem związanym prawdopodobnie ze zmniejszoną wrażli-

wością podwzgorza na testosteron (nieefektywne hamowanie zwrotne). Tak więc, zaburzenie wrażliwości na hormony steroidowe może być przyczyną zaburzeń maskulinizacji mózgu i rozwoju transseksualizmu u mężczyzn. Za tym, że zjawisko to może mieć znaczenie w patogenezie transseksualizmu, przemawiają dane, które wskazują, że progesteron i octan cyproteronu (antyandrogen), efektywne w hamowaniu wydzielania LH u heteroseksualnych mężczyzn, nie są w stanie hamować wydzielania LH u mężczyzn z transseksualizmem (Goh i wsp. 1984).

Izolowane zaburzenia wydzielania LH u mężczyzn z transseksualizmem wykazali także Boyar i Aiman (1982). Stwierdzili oni w tych przypadkach podwyższenie średniego, dobowego stężenia LH w surowicy, większą częstość pulsów wydzielniczych, wyższą amplitudę tych pulsów oraz zwiększony półokres trwania LH w surowicy. Podobnie jak w naszych pracach, Aiman i Boyar (1982) nie wykazali zmian w zakresie poziomów testosteronu i estradiolu we krwi.

W kolejnych badaniach wykazaliśmy po raz pierwszy, że u kobiet z transseksualizmem występuje hiperandrogenizm, obniżenie poziomu estradiolu oraz anowulacyjne cykle jajnikowe (Steinberger i wsp. 1979). Zmiany takie obecne są u wielu kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników, bez zaburzeń identyfikacji płciowej (Roselli i wsp. 1996). Niemniej jednak związek nadmiernego wydzielania androgenów w okresie różnicowania płciowego mózgu z rozwojem transseksualizmu u kobiet jest bardzo prawdopodobny. Wyniki tych naszych oryginalnych obserwacji (Kula i wsp. 1986) zostały potwierdzone 10 lat później (Bosinski i wsp. 1997).

Płeć psychiczna przy zaburzeniach różnicowania narządów płciowych

Dysgeneza gonad

Dysgenezą gonad określa się brak lub zaburzenia organogenezy gonady, zwykle jądra, z czym łączy się brak lub zaburzenia prawidłowej czynności hormonalnej w okresie płodowym i dojrzewania płciowego (Słowikowska-Hilczer i Kula 2000). Wyróżnia się czystą, mieszaną oraz częściową dysgenezę jąder. W czystej dysgenezie obustronnie zamiast gonad obecne są pasma łącznotkankowe przypominające zrąb jajnika, ale bez pęcherzyków jajnikowych. Do mieszanej dysgenezy zalicza się przypadki, w których po jednej stronie znajduje się pasmo łącznotkankowe, a po drugiej jądro. Częściową dysgenezę jąder rozpoznaje się wtedy, gdy oprócz obojga narządów płciowych stwierdza się obustronnie strukturę histologiczną jądra.

W czystej dysgenezie gonad narządy płciowe wewnętrzne i zewnętrzne, a także identyfikacja płciowa, są zwykle typu żeńskiego, gdyż gonada taka nie wydziela testosteronu. Jeżeli w gonadzie obecne są komórki Leydiga, to wydzielane przez nie androgeny mogą spowodować rozwój męskiej płci psychicznej. W mieszanej i częściowej dysgenezie narządy płciowe wewnętrzne i zewnętrzne mogą być różnie ukształtowane w zależności od aktywności hormonalnej jądra. W takich przypadkach trudno jest przewidzieć płeć psychiczną w okresie niemowlęcym.

Dzieci z zaburzeniami różnicowania płciowego, zwłaszcza z chromosomem Y w kariotypie, stanowią grupę wysokiego ryzyka rozwoju raka gonady. Stwierdzono, że w 50–100% przypadków u osób tych powstaną raki zarodkowe wywodzące się z pierwotnych płodowych komórek płciowych, tzw. gonocytów, które przetrwały do okresu dojrzałości płciowej (Słowikowska-Hilczer i wsp. 2001; Słowikowska-Hilczer i wsp. 2001). Wysokie ryzyko rozwoju choroby nowotworowej jest wskazaniem do wczesnego usuwania gonad u tych dzieci. Zagadnienie to wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Należy jednak zaznaczyć, że substytucyjne podawanie hormonów płciowych po takiej kastracji rozpoczyna się dopiero w czasie odpowiadającym prawidłowemu rozpoczęciu dojrzewania płciowego, tj. około 14. roku życia. Leczenie substytucyjne powinno uwzględniać identyfikację płciową dziecka, bo rodzaj podawanych hormonów identyfikacji tej nie zmienia.

Brak 5-alfa-reduktazy

U osób z zaburzeniami rozwoju narządów płciowych występuje często niezgodność między płcią ustanowioną w metryce urodzenia (płeć metrykalna ustalana w zależności od budowy zewnętrznych narządów płciowych) a płcią genetyczną i gonadalną. Jednym z takich zaburzeń jest niedobór enzymu 5-alfa-reduktazy. Wilson i Lasnitzki (1971) oraz Imperato-McGinley i Peterson (1976) wykazali obecność defektu enzymatycznego formowania dwuhydrotestosteronu (DHT) z testosteronu w skórze zewnętrznych narządów płciowych u osobników męskich z płcią genetyczną i gonadalną męską. Brak 5-alfa-reduktazy uniemożliwia pełny rozwój zewnętrznych męskich narządów płciowych z zatoki moczowo-płciowej u płodów genetycznie męskich, pomimo obecności jąder i wydzielania przez nie testosteronu. Przy tym zaburzeniu wydzielanie testosteronu jest prawidłowe lub podwyższone, a mózg poddawany jest ekspozycji na działanie androgenów. Obraz kliniczny jest taki, że dzieci o kariotypie męskim, posiadające jądra, rodzą się z żeńskimi zewnętrznymi narządami płciowymi

(Fratianni i Imperato-McGinley 1994). Chłopcy ci uważani są przez otoczenie za dziewczynki i zgodnie z tym wychowywani. Podczas dojrzewania płciowego następuje jednak pewna maskulinizacja zewnętrznych narządów płciowych (wydłużenie łechtaczki, kształtowanie moszny i zstępowanie jąder). W tym okresie ujawnia się najczęściej poczucie męskiej identyfikacji płciowej. Rola płciowa, pomimo wychowania jako dziewczynki, okazuje się też być męska, popęd płciowy heteroseksualny zgodny z męską płcią genetyczną i gonadalną (w kierunku kobiet). Na podstawie tych obserwacji wysnuto pogląd, że poczucie przynależności płciowej, rola płciowa i ukierunkowanie popędu płciowego zależą od działania steroidów płciowych w okresie rozwojowym, a nie zależą od wychowania.

Z danych Al-Attia (1996) wynika, że niedobór 5-alfa-reduktazy nie zawsze łączy się z rozwojem męskiej identyfikacji płciowej. Opisał on grupę 6 chłopców z niedoborem 5-alfa-reduktazy pochodzących z jednej rodziny w Arabii Saudyjskiej. Choć mieli podobną budowę narządów płciowych, zachowaną czynność hormonalną gonad, jednakowe były wpływy środowiska i sposób wychowywania, rozwój ich identyfikacji płciowej nie był identyczny. Większość zdecydowała się na pozostanie przy żeńskiej roli płciowej mimo gorszej sytuacji materialnej i społecznej kobiet w tym kraju. Z kolei Meyer-Balburgh (1984) zwraca uwagę na rolę czynników fizycznych budowy ciała w ostatecznym ukształtowaniu identyfikacji płciowej. W okresie dojrzewania płciowego u chłopców z niedoborem 5-alfa-reduktazy stopniowo zanikają żeńskie cechy budowy ciała, nie pojawia się miesiączka, z powodu braku pochwy niemożliwe staje się odbycie stosunku płciowego, a więc nie ma nadziei na rozród. Natomiast pojawiają się atrakcyjne dla kobiet męskie cechy płciowe, co daje podstawę oczekiwań na lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie w roli męskiej i być może determinuje ostateczne ukształtowanie identyfikacji płciowej.

Zespół niewrażliwości na androgeny (kobiety z kariotypem 46,XY)

Deficyt obwodowego działania androgenów występuje też w innych formach. Oprócz niedoboru DHT występują różnice w ilości i jakości receptora dla androgenów (Pinsky i wsp. 1992). Całkowity brak tego receptora występuje w klasycznym zespole niewrażliwości na androgeny (CAIS – ang. complete androgen insensitivity syndrome), wcześniej zwany zespołem feminizacji jądrowej. Przy kariotypie 46,XY zewnętrzne narządy płciowe, budowa ciała, a także identyfikacja płciowa są żeńskie pomimo wysokich stężeń androgenów wydzielanych przez prawidłowo

zbudowane jądra znajdujące się w jamie brzusznej. U mężczyzn przy częściowej niewrażliwości na androgeny (PAIS – ang. partial androgen insensitivity syndrome) płeć psychiczna może być męska lub żeńska.

Wrodzony przerost nadnerczy u dziewcząt

Dziewczynki z wrodzonym przerostem nadnerczy rodzą się z męskimi lub obojnaczymi narządami płciowymi. W zaburzeniu tym istnieje defekt jednego z enzymów steroidogenezy, uczestniczącego w biosyntezie mineralo- i glikokortykoidów w korze nadnerczy, w wyniku czego w nadmiarze syntetyzowane są tam androgeny. Po urodzeniu rozpoczyna się substytucyjne podawanie mineralo- i glikokortykoidów, które zapobiega objawom ich niedoboru i powoduje zahamowanie wydzielania androgenów przez nadnercza. W ciągu kilku pierwszych tygodni życia wykonuje się korekcję chirurgiczną krocza, aby wytworzyć żeńskie narządy płciowe (głównie wycięcie powiększonej łechtaczki). Tak leczone dziewczynki są wychowywane zgodnie ze swoją płcią gonadalną i genitalną. Większość z nich ma żeńską identyfikację płciową i żyje w żeńskiej roli płciowej. W zachowaniu tych dziewczynek obecne są jednak pewne cechy typowe dla chłopców, np. małe zainteresowanie lalkami i niemowlętami, a większe uprawianiem sportów wymagających siły i wytrzymałości, częste inicjowanie bójek, a w okresie dojrzałości pełne poświęcanie się karierze zawodowej i rezygnacja z roli żon i matek. Mąż nie jest postrzegany jako partner seksualny, a raczej jako przyjaciel i towarzysz życiowy. 5 spośród 8 kobiet z wrodzonym przerostem nadnerczy, u których w okresie wczesnego dzieciństwa dokonano usunięcia powiększonej łechtaczki, bez względu na to, w jakiej roli płciowej żyły po dojrzewaniu płciowym, zgłaszało niezadowolony z powodu usunięcia podobnej do prącia łechtaczki (Wilson 1982; Zucker i wsp. 1995).

Podsumowanie

Z przeglądu dotychczasowych danych z różnych ośrodków wynika, że u ludzi z zaburzeniami różnicowania płciowego żeńska identyfikacja płciowa rozwija się najczęściej przy kobiecej budowie ciała z obecnością jajników lub dysgenetycznych gonad (brak czynności hormonalnej i gametotwórczej gonad), a męska przy obecności jąder pomimo kobiecej budowy ciała (niedobór 5-alfa-reduktazy). Przy CAIS u osób płci genetycznej męskiej (z kobiecą budową ciała) identyfikacja płciowa jest żeńska. Natomiast w przypadkach, gdzie u podłoża nieprawidłowego for-

mowania narządów płciowych u mężczyzn leży częściowe zaburzenie receptora androgenowego lub steroidogenezy jąder, przewidywanie co do identyfikacji, roli i psychoorientacji płciowej w okresie wczesnorozwojowym są niepewne.

Sygnaty hormonalne działające w płodowym okresie różnicowania płciowego mają ważne znaczenie nie tylko dla rozwoju narządów płciowych, ale także dla różnicowania płciowego zachowań i reakcji płciowych. Obserwacje te powinny mieć zastosowanie w postępowaniu lekarskim przy wystąpieniu obojnaczych narządów płciowych u dzieci. A mianowicie, przy wyborze płci dziecka nie należy kierować się jedynie perspektywą sprawności seksualnej narządów płcio-

wych (przypuszczalną „sprawnością członka”), ale trzeba brać pod uwagę identyfikację płciową dziecka (Kula i wsp. 1995). Chirurgiczna korekcja narządów płciowych nie ratuje życia dziecka, tak więc usunięcie „mikropenisu” lub wytworzenie pochwy przy obojnaczych narządach płciowych nie muszą odbywać się ze wskazań lekarskich wcześniej lub na życzenie rodziców. Można tego dokonać w okresie przeddojrzewanym po zapoznaniu się z identyfikacją i rolą płciową dziecka. Dziecko ma prawo do przedstawienia swej własnej identyfikacji płciowej i do podjęcia decyzji, w jakim kierunku należy prowadzić korekcję chirurgiczną narządów płciowych.

Piśmiennictwo

1. Aarskog D. Clinical and cytogenetic studies in hypospadias. *Acta Paed Scan* 1970; 203: 116.
2. Aiman J., Boyar RM. The 24-hour secretory pattern of LH and the response to LHRH in transsexual men. *Arch Sex Behav* 1982; 11: 157.
3. Al-Attia HM. Gender identity and role in a pedigree of Arabs with intersex due to 5 alpha reductase-2 deficiency. *Psychoneuroendocrinol* 1996; 8: 651.
4. All-Issa J. *Gender, hormones and psychopathology*. w: *Gender and Psychobiology*. New York: Academic Press Inc; 1982: 279.
5. Bosinski HAG, Peter M., Bonatz G., Arndt R., Haidenreich M., Sippel WG, Wille R. A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinol* 1997; 22: 361.
6. Boyar RH, Aiman J. Testicular function in transsexual men. *Arch Sex Behav* 1982; 11: 171.
7. Diamond M. Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. *Arch Sex Behav* 1982; 11: 181.
8. Dörner G. Hormone-dependent brain development and preventive medicine. *Monogr Neural Sci* 1986; 12: 17.
9. Dörner G. Neuroendocrine response to estrogen and brain differentiation in heterosexuals, homosexuals and transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988; 17: 57.
10. Ehrhardt AA, Meyer-Balburgh FL. Effects of prenatal sex hormones on gender related behaviour. *Science* 1981; 211: 115.
11. Forest M., Cathiard AM. Patterns of plasma testosterone and 4-androstendione in normal newborns: evidence for testicular activity at birth. *J Clin Endocrinol Metab* 1975; 41: 977.
12. Fratianni CM, Imperato-McGinley J. The syndrome of 5 alfa-reductase deficiency. *Endocrinologist* 1994: 302.
13. Goh HH, Ratnam SS, London DR. The feminization of gonadotrophin responses in intact male transsexuals. *Endocrinology* 1984; 20: 591.
14. Gooren LJ, Rao BR, van Kassek H., Harmsen-Louman W. Estrogen positive feedback on LH secretion in transsexuality. *Psychoneuroendo* 1984; 9: 249.
15. Gorski RA, Harlan RE, Jacobson CD i wsp. Evidence for the existence of a sexually dimorphic nucleus in the preoptic area of the rat. *J Comp Neurol* 1980; 193: 525.
16. Hawkins JR. Sex determination. *Hum Mol Gen* 1994: 1463.
17. Huhtaniemi I., Dunkel L., Perheentupa J. Transient increase in postnatal testicular activity is not revealed by longitudinal measurements of salivary testosterone. *Pediatric Res* 1986; 12: 1324.
18. Imperato-McGinley J., Peterson RE. Male pseudohermaphroditism: the complexities of male phenotypic development. *Am J Med* 1976; 61: 251.
19. Kula K. Changes in gonadotropin regulation in both behavioural and phenotypic disturbances of sexual differentiation in men. *Psychoneuroendocrinol* 1986; 11: 61.
20. Kula K., Pawlikowski M. *Gonadotropins and gonadal function in transsexualism and hypospadias*. w: *Systemic hormones, neurotransmitters and brain development*. Dörner G., Martini L. (red.). Basel: Karger; 1986: 69.
21. Kula K., Dulko S., Pawlikowski M., Imieliński K., Słowikowska J. A nonspecific disturbances of gonadostat in women with transsexualism and isolated hypergonadotropism in male-to-female disturbances of gender identity. *Clin Exp Endocrinol* 1986; 1: 87.
22. Kula K., Słowikowska J. Podwyższona gotowość wydzielnicza estradiolu u mężczyzn z transseksualizmem. *Endokrynol Pol* 1987; 38: 82.
23. Kula K., Słowikowska-Hilczer J., Bokinić M. i wsp. Uwagi przy kwalifikacji osób z transseksualizmem do zmiany płci fenotypowej. *Gin Prakt* 1995; 1: 7.

24. Meyer-Balburgh HFL. Psychoneuroendocrine research on sexual orientation. Current status and future options. *Prog Brain Res* 1984; 61: 375.
25. Money J., Schwartz M. *Biosocial determinants of gender identity, differentiation and development*. w: *Biological Determinants of Sexual Behaviour*. Hutchison JB. (ed.). New York: John Wiley and Sons; 1978: 765.
26. Morrell JI, Pfaff DW. A neuroendocrine approach to brain function: Localization of sex steroid concentrating cells in vertebrate brains. *Amer Zool* 1978; 18: 447.
27. Pfaff DW, Zigmond RE. Neonatal androgen effects on sexual and non-sexual behaviour of adult rats tested under various hormone regimes. *Neuroendo* 1971; 7: 129.
28. Pfaff DW. *Esterogens and brain function*. New York: Springer Verlag; 1980.
29. Phoenix CH, Goy RW, Gerall AA, Young WC. Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating behaviour in the female guinea pig. *Endocrinol* 1959; 65: 369.
30. Pinsky L., Trifiro M., Kaufman M. Androgen resistance due to mutation of the androgen receptor. *Clin Invest Med* 1992; 15: 456.
31. Rebar P., Judd HL, Yen SSC. Characterization of the inappropriate gonadotropin secretion in polycystic ovary syndrome. *J Clin Invest* 1976; 57: 320.
32. Reinisch JM. Prenatal exposure of human fetuses to synthetic progestin and oestrogen affects personality. *Nature* 1977; 266: 561-562.
33. Roselli CE, Klosterman SA, Fasasi TA. Sex differences in androgen responsiveness in the rat brain: regional differences in the induction of aromatase activity. *Neuroendocrinol* 1996; 64: 139.
34. Seyler LE, Canalis E., Spare S., Reichlin S. Abnormal gonadotropin secretory responses to LHRH in transsexual women after diethylstilbestrol priming. *J Clin Endo Metab* 1978; 47: 176.
35. Słowikowska-Hilczer J., Kula K. Kliniczne konsekwencje zaburzeń organogenezy jądra i obwodowego działania steroidów płciowych. *End Diab Chor Przem Mat* 2000; 6, supl. 1: 51.
36. Słowikowska-Hilczer J., Szarras-Czapnik M., Kula K. Testicular pathology in 46,XY dysgenetic male pseudohermaphroditism. An approach to pathogenesis of testicular cancer. *J Androl* 2001; 22: 781.
37. Słowikowska-Hilczer J., Walczak-Jędrzejowska R., Kula K. Immunohistochemical diagnosis of preinvasive germ cell cancer of the testis. *Folia Histochem et Cytobiol* 2001; 39: 67.
38. Steinberger E., Smith KD, Tcholakian RK, Rodriguez-Rigau LJ. Testosterone levels in female partners of infertile couples. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 133.
39. Swaab DF, Gooren LJG, Hofman MA. *The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation*. w: *Progress in brain research*. Swaab DF., Hofman MA., Mirmiran M., 1992; 93: 205.
40. Wilson JD, Lasnitzki I. Dihydrotestosterone formation in fetal tissues of rabbit and rat. *Endocrinol* 1971; 89: 659.
41. Wilson JD. Gonadal hormones and sexual behaviour. *Clin Neuroendocrinol* 1982; 2: 1.
42. Zucker KJ, Bradley SJ, Oliver G. i wsp. Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia. *Hormon Behav* 1996; 30: 300.

Adres Autorów:

Dział Andrologii i Endokrynologii Płodności,
Centrum Kształcenia Klinicznego Europejskiej Akademii Andrologii,
Instytut Endokrynologii Akademii Medycznej w Łodzi
ul. Sterlinga 5
91-425 Łódź
e-mail: kkula@csk.am.lodz.pl

**IV Zjazd Unii Polskich Towarzystw Chirurgicznych
I Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej**

Wrocław, 8–9 listopada 2002 r.

MEDYCYNĄ I CHIRURGIA AMBULATORIJNA

Adres Komitetu Organizacyjnego:

Komitet Organizacyjny I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej

Wrocław, 8–9 listopada 2001 r.

ul. Grabiszyńska 105

53-439 Wrocław

Tel.: (+48) 71 33-49-422, 33-49-498

Fax: (+48) 71 362-13-06, 33-49-603

e-mail: wot@wroclaw.home.pl

<http://www.republika.pl/chirambkonfwr/>

Terapia transdermalna w praktyce lekarza rodzinnego

Transdermal therapy in general practice

URSZULA TWOROWSKA, ANDRZEJ MILEWICZ

Z Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Milewicz

Streszczenie Transdermalne systemy terapeutyczne są postacią przezskórnego podawania leku, w której do skóry przenika określona ilość substancji leczniczej, co gwarantuje precyzyjne dawkowanie oraz umożliwia utrzymywanie prawie stałych stężeń leku we krwi w czasie terapii. Podawanie przezskórne, dzięki eliminacji efektu „pierwszego przejścia”, prowadzi do zmniejszenia działań niepożądanych leku, zwłaszcza na wątrobę. Jest to wygodna dla pacjenta forma terapii, niosąca stosunkowo niewielkie ryzyko powikłań, głównie ze strony skórnych reakcji uczuleniowych. Dzięki swym zaletom systemy transdermalne znalazły zastosowanie w wielu obszarach terapeutycznych: w dusznicy bolesnej, nadciśnieniu tętniczym, w leczeniu bólu, choroby lokomocyjnej i uzależnienia od nikotyny oraz, w najszerszym zakresie, jako hormonalna terapia zastępcza.

Słowa kluczowe: transdermalne systemy terapeutyczne, nitrogliceryna, klonidyna, skopolamina, fentanyl, flubiprofen, nikotyna, hormonalna terapia zastępcza.

Summary Transdermal therapeutic systems are the form of systemic medication administrated through the skin, which permits given amounts of drug to penetrate into skin, which guarantee precise dosage. Advantages associated with transdermal drug delivery include avoidance of first-pass metabolism, which decreases side-effects, especially on liver. This form of therapy is comfortable for the patient and it is burden with low risk of complications, mainly skin allergic reactions. Nowadays, due to its advantages, transdermal therapeutic systems are used in many therapeutic areas: in the treatment of angina, hypertension, chronic pain, motion sickness, nicotine addiction, and in the widest range, in hormonal replacement therapy.

Key words: transdermal therapeutic systems, nitroglycerine, clonidine, scopolamine, fentanyl, flubiprofen, nicotine, hormonal replacement therapy.

Wstęp

Istnieje wiele możliwych dróg podania leku, dlatego też dobór właściwej drogi jest ważny z terapeutycznego punktu widzenia. Leki podane różnymi drogami różnią się bowiem szybkością i siłą działania, jak i występowaniem objawów niepożądanych.

Najbardziej naturalnym i najszerszej stosowanym jest podanie leku przez przewód pokarmowy (doustnie, podjęzykowo, doodbytniczo). Szeroko stosowane są również wstrzyknięcia leków (domięśniowe, dożylnie lub podskórne). Wiele preparatów, zwłaszcza stosowanych w terapii astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz do znieczulenia ogólnego, jest stosowanych wziewnie. Przezskórne podawanie leków nabrało znaczenia w ciągu ostatnich 30 lat, wraz z rozwojem transdermalnych systemów terapeutycznych (transdermal therapeutic system – TTS). Wcześniej wchłanianie związków przez skórę miało znaczenie przede wszystkim toksykologiczne.

Skóra jako droga podania leku

Skóra zbudowana jest z trzech warstw: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej. Pokrywa ją płaszcz lipidowy, złożony z zawiesiny olejowo-wodnej i złuszczonej keratyny.

Naskórek zbudowany jest z kilku warstw. W aspekcie procesów przenikania przez skórę szczególnego omówienia wymaga warstwa rogowa. Składa się ona ze spłaszczonych, obumarłych, pozbawionych jąder komórek (keratynocytów). Ciągłość tej warstwy przerwana jest przez mieszki włosowe, gruczoły potowe i łojowe [1]. Przenikanie substancji przez warstwę rogową naskórka (penetracja transepidermalna) może się odbywać przez komórki (droga transcelularna) lub przez przestrzenie między komórkami (droga intracelularna). Ponadto możliwa jest penetracja transfolikularna – przez wspomniane wyżej mieszki włosowe i gruczoły [2].

W związku z obecnością płaszczu lipidowego i budową warstwy rogowej naskórka przez nie

uszkodzoną skórę mogą wchłaniać się jedynie związki o dużej lipofilności [3]. Istnieje jednak wiele związków chemicznych, które podane wraz z substancją leczniczą ułatwiają jej penetrację i/lub przenikanie przez skórę. Do związków tych należą dimetylosulfotlenki (DMSO), alkohole jedno- i wielowodorotlenowe, alkany, kwasy tłuszczowe, estry, aminy, amidy, tenzydy, terpeny i cyklodekstryny [4, 5].

Charakterystyka TTS

Transdermalne systemy terapeutyczne są postacią przezskórnego podawania leku, w której w odróżnieniu od maści, do skóry przenika określona ilość leku, co warunkuje precyzyjne dawkowanie. Systemy transdermalne składają się ze zbiornika zawierającego zapas substancji leczniczej, elementu kontrolującego jej uwalnianie, warstwy przylepnej i osłaniającej, która usuwana jest przed aplikacją [6]. Ze względu na mechanizm kontroli uwalniania substancji leczniczej do skóry wyróżniamy:

- systemy membranowe (substancja lecznicza zawarta w zbiorniku w postaci zawiesiny lub roztworu; jej dyfuzja ze zbiornika kontrolowana przez polimerową błonę),
- systemy matrycowe (uwalnianie leku kontrolowane jest przez lipo- lub hydrofilową matrycę będącą jednocześnie zbiornikiem leku),
- systemy mikrozbiornikowe (liczne mikrozbiorniki z lekiem zawieszony w matrycy pełniącej rolę zbiornika i elementu kontrolującego),
- system mikroelektroniczny (z zastosowaniem elektrycznego pola pulsacyjnego),
- systemy z zastosowaniem ultradźwięków [7].

Zalety TTS

TTS dzięki kontroli uwalniania substancji leczniczej pozwala na utrzymywanie prawie stałych stężeń leku we krwi w czasie terapii, a wielkość powierzchni TTS daje możliwość regulacji dawkowania. Podawanie przezskórne pozwala na ominięcie przewodu pokarmowego, co prowadzi do eliminacji efektu „pierwszego przejścia” i zmniejszenia metabolizmu leku. Co za tym idzie zwiększa się okres działania leków o krótkim czasie półtrwania. Z drugiej strony zmniejsza się niepożądane działania leku, zwłaszcza na wątrobę. Taki sposób podawania leku zwiększa komfort chorego i pozwala na przerwanie dawkowania w dowolnej chwili przez usunięcie systemu z powierzchni skóry [7, 8].

Wady TTS

Zarówno promotory wchłaniania, składniki warstwy adhezyjnej, jak i sama substancja lecznicza mogą mieć działanie alergizujące i prowadzić do podrażnień i uczuleń skóry. Ponadto długotrwałe stosowanie TTS w tym samym miejscu może powodować uszkodzenie skóry poprzez wpływ na florę bakteryjną i zawarte w skórze enzymy [9, 10].

Kliniczne zastosowanie TTS

Terapia transdermalna stosowana jest w wielu obszarach terapeutycznych: w dusznicy bolesnej, nadciśnieniu tętniczym, w leczeniu bólu, choroby lokomocyjnej i uzależnienia od nikotyny oraz, w najszerszym zakresie, jako hormonalna terapia zastępcza.

Dusznicza bolesna

Nitrogliceryna jest lekiem o silnym krótkotrwałym działaniu na mięśnie gładkie, zwłaszcza naczyń. Mechanizm działania związany jest z naczyniorozszerzającym wpływem tlenu azotu. Nitrogliceryna zastosowana na skórę wykazuje działania miejscowe: powoduje rozszerzenie naczyń, przekrwienie, zaczerwienienie i ocieplenie skóry. Działanie ogólne (rozszerzenie łożyska żylnego i zmniejszenie powrotu żylnego do serca) i wpływ na naczynia wieńcowe po zastosowaniu na skórę pojawiają się później niż po podaniu podjęzykowym, bo po około 10–30 minutach, ale utrzymują się dłużej (do 24 godzin) dzięki stopniowemu uwalnianiu substancji leczniczej. Równomierne, względnie stałe stężenie leku we krwi uzyskuje się zwykle po około 2 godzinach. Dostępność biologiczna zaś sięga 75–90%. Nitrogliceryna jest metabolizowana do biologicznie czynnego tlenu azotu. Po 8–12-godzinnej aplikacji dochodzi do wysycenia układu enzymatycznego i zahamowania dalszych przemian nitrogliceryny w formę czynną (zjawisko tolerancji). Można temu zapobiec odklejając plaster na 8–12 godzin w ciągu doby, najlepiej na noc [11–13].

Na polskim rynku znajdują się dwa preparaty nitrogliceryny o formule TTS: Nitroderm oraz Nitro-Dur.

Nadciśnienie tętnicze

W Polsce nie ma leków w postaci TTS przeznaczonych do leczenia nadciśnienia tętniczego. Natomiast w Europie Zachodniej jedynym przeciwnadciśnieniowym lekiem w tej formie jest klo-

nidyna, agonista receptorów α_2 -adrenergicznych. Po podaniu transdermalnym dochodzi do wysycenia lekiem skóry (w skórze tworzy się pewien „depot” leku), a po 2–3 dniach uzyskuje się stałe stężenie leku we krwi, które można utrzymać przez dłuższy czas pod warunkiem stosowania co 7 dni nowego plastra [14].

Klonidyna podawana transdermalnie pacjentom z łagodnym lub średnim nadciśnieniem tętniczym, pozwala na lepszą kontrolę ciśnienia w trakcie zabiegu operacyjnego [15]. Natomiast u chorych z nadciśnieniem i cukrzycą typu 2 obserwowano korzystne efekty hemodynamiczne i metaboliczne po stosowaniu klonidyny w formule TTS [16].

Podjęmowano próby stosowania tą drogą także propranololu, jednakże uzyskiwane stężenia leku we krwi były mniejsze niż po podaniu doustnym [17].

Choroba lokomocyjna

Skopolamina (L-hioscyamina), alkaloid o antagonistycznym w stosunku do receptorów muskarynowych działaniu, ze względu na krótki okres półtrwania i działania niepożądane zarówno po podaniu doustnym, jak i pozajelitowym, miała ograniczone (mimo dużej skuteczności) zastosowanie w leczeniu objawów choroby lokomocyjnej. TTS stworzyły możliwość stosowania tego leku, jednakże na polskim rynku farmaceutycznym nie ma skopolaminy w tej postaci. Skopolamina w formie TTS jest skuteczna w prewencji choroby lokomocyjnej, a czas jej działania sięga w tym przypadku do 72 godzin (dla porównania: po podaniu doustnym zaledwie 6 godzin). Jednakże po podaniu doustnym efekty działania leku pojawiają się już po pół godzinie, natomiast przy stosowaniu przezskórnym koniecznych jest 6–7 aplikacji [18]. Dlatego też, aby osiągnąć najwyższą skuteczność i bezpieczeństwo terapii, najlepsze jest skojarzenie tabletek z plastrami [19].

Terapia przeciwnikotynowa

Preparaty nikotyny są środkiem pomocniczym w trakcie zaprzestawania palenia oraz w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Nikotyna z plastra uwalniana jest powoli, równomiernie i ze stałą prędkością wchłaniana jest przez skórę w ponad 90%. Maksymalne stężenie nikotyny we krwi osiągane jest po 5–10 godzinach, potem nieznacznie spada, lecz utrzymuje się przez kolejne 24 godziny w ilości zależnej od zastosowanej dawki. Czas półtrwania nikotyny wynosi 2–4, a nawet 6 godzin, a wielokrotne naklejanie plastra pozwala na osiągnięcie stężeń nikotyny po-

równywalnych z umiarkowanym paleniem tytoniu. Znacząco zmniejsza to głód nikotynowy i pozwala na stopniowe odzwyczajanie się od palenia. Podkreślić należy, że ta forma terapii stwarza o 50% większy komfort leczenia pacjenta niż po żuciu gumy z nikotyną [20].

W Polsce dostępne są dwa preparaty nikotyny do stosowania przezskórnego: Nicorette, Nicotinnell TTS.

Doniesienia ostatnich lat wskazują, że nikotyna (także w formule TTS) przydatna jest również w leczeniu nieswoistych zapalnych schorzeń jelita grubego, zwłaszcza o łagodnym przebiegu, a remisja indukowana taką terapią trwa dłużej niż w przypadku stosowania sterydów [21].

Leki przeciwbólowe i przeciwzapalne

Spośród niesteroidowych leków przeciwzapalnych flubiprofen (dostępny w Polsce jako Flugalin) stosowany jest w systemach transdermalnych w leczeniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym i przeciwgorączkowym. Przezskórne podawanie leku umożliwia jego przenikanie przez skórę i tkankę podskórną do głębiej położonych tkanek, co sprawia, że stężenia leku w okolicy naklejenia plastra są podobne jak po podaniu doustnym, przy jednocześnie mniejszym stężeniu we krwi. To z kolei zmniejsza ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych (indukcja astmy, choroba wrzodowa) i ewentualnych interakcji. Lek uwalniany jest powoli, a jego maksymalne stężenie osiągane jest w ciągu 14 godzin, natomiast stan stacjonarny – po 1–2 tygodniach systematycznego stosowania plastrów.

Z opioidowych leków przeciwbólowych w formie TTS zastosowanie znalazł fentanyl (Durogesic), głównie w leczeniu bólu nowotworowego. W tej formie jest on skuteczny i bezpieczny. W porównaniu z doustnie stosowaną morfiną ma mniej objawów niepożądanych (głównie ze strony przewodu pokarmowego: zaparcia, nudności, wymioty, ale także sedacja). Ponadto jest wygodny w użyciu – konieczne jest jedynie naklejanie plastra raz na 3 dni, co podnosi komfort chorego [22, 23].

Hormonalna terapia zastępcza

Najszerzej stosowane w postaci systemów transdermalnych są hormony, przede wszystkim estrogeny, oraz połączenia estrogenów z gestagenami. Testosteron w tej formule jest stosunkowo rzadko stosowany.

Hormony steroidowe nadają się do stosowania przezskórnego dzięki swej budowie, lipofilności i co za tym idzie – zdolności przenikania przez zrogowaciały naskórek. Ominięcie efektu

pierwszego przejścia zmniejsza indukcję enzymów wątrobowych oraz występowanie działań niepożądanych, takich jak: wzrost ciśnienia tętniczego, działanie prozakrzepowe, podrażnienie pęcherzyka żółciowego [24–27]. Poza tym terapia transdermalna pozwala na stosowanie mniejszych dawek leków (μg zamiast mg).

Przezskórnie najczęściej podawany jest 17β -estradiol w dawce od 25 do 100 μg , co pozwala na uzyskanie stężeń estradiolu we krwi od 30–100 pg/ml w zasadzie już po 4–8 godzinach od naklejenia plastra. Stężenie to utrzymuje się przez 3–4 dni i spada do wartości wyjściowych w ciągu 8 godzin od usunięcia plastra [28]. Estrogeny podawane transdermalnie, w przeciwieństwie od tych podawanych doustnie, nie wpływają na stężenie angiotensynogenu [24], SHBG oraz fibrynogenu i antytrombiny III [29]. Kolejne różnice dotyczą wpływu na profil lipidowy. Estradiol podawany przezskórnie nie zwiększa biosyntezy HDL-cholesterolu, w mniejszym stopniu niż estrogeny podane doustnie wpływa na stężenie całkowitego cholesterolu i frakcji LDL, natomiast obniża poziom triglicerydów [30].

Z preparatów estrogenowych do stosowania przezskórnego dostępne są: Climara, Dermestril, Estraderm MX, Estraderm TTS, Estroplast, Ffem, Oesclim, System. Natomiast z preparatów estrogenowo-gestagenowych (estradiol + octan norety-

steronu): Estalis, Estalis Sequi, Estracomb TTS, System Conti, System Sequi.

W Polsce nie ma żadnego preparatu testosteronu do stosowania przezskórnego. Natomiast na świecie pierwszym preparatem testosteronu w formie TTS był Testoderm. Pozwalał on na osiągnięcie fizjologicznych poziomów testosteronu u mężczyzny z hipogonadyzmem w ciągu 4–8 godzin od przyklejenia plastra. Jego wadą była konieczność aplikacji na worku mosznowym [31]. Stworzono więc kolejny preparat, Androderm, który mógł być przyklejany na skórze brzucha, pleców, uda lub przedramienia. Jednakże plastry z testosteronem znalazły ograniczone zastosowanie ze względu na stosunkowo częste reakcje skórne (stwierdzone u około 1/3 pacjentów), ograniczone możliwości dawkowania i duży koszt terapii (około 10-krotnie wyższy niż koszt terapii domięśniowej) [32].

Podsumowanie

W chwili obecnej terapia transdermalna znajduje coraz szersze zastosowanie kliniczne. Jest ona efektywna i bezpieczna. Wiele preparatów jest jeszcze w stadium doświadczeń lub badań klinicznych. Niemniej jednak w najbliższej przyszłości możemy spodziewać się wprowadzenia TTS w zupełnie nowych obszarach terapeutycznych.

Piśmiennictwo

- Jabłońska S., Chorzelski T. *Budowa i czynność skóry*. w: *Choroby skóry*. Warszawa: PZWL; 1994: 15–22.
- Karzel K., Liedtke RK. Mechanismen transkutaner resorption. *Drug Res* 1989; 53: 1487–1491.
- Fartasch M. The nature of the epidermal barrier: structural aspects. *Adv Drug Delivery Rev* 1996; 18: 273–282.
- Walker RB, Smith EW, The role of precutaneous penetration enhancers. *Adv Drug Delivery Rev* 1996; 18: 295–301.
- Williams AC, Barry BW. Skin absorption enhancers. *CRC* 1992; 9: 305–353.
- Asmussen B. Transdermal therapeutic systems – actual state and future developments. *Method Find Exp Clin Pharmacol* 1991; 13: 343–351.
- Dittigen M. *Transdermalne systemy terapeutyczne (TTS)*. w: *Technologia nowoczesnych postaci leków*. Red. Muller RH, Hilderbrand GE. Warszawa: PZWL; 1998: 121–127.
- Knoch A., Merkle HP. Theorie und Praxis transdermaler Freigabesysteme. *Acta Pharm Technol* 1985; 31: 197–209.
- Zesch A. Verträglichkeitsaspekte von Transdermalsystemen. *Drug Res* 1989; 39: 1497–1500.
- Murphy M., Carmichael AJ. Transdermal drug delivery systems and skin sensitivity reactions. Incidence and management. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 361–368.
- Abrams J. Glyceryl trinitrate (nitroglycerin) and the organic nitrates. Choosing the method of administration. *Drugs* 1987; 34: 391–403.
- Bogaert MG. Pharmacokinetics of organic nitrates in man: an overview. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl. A: 33–37.
- Bogaert MG. Clinical pharmacokinetics of nitrates. *Cardiovasc Drugs Ther* 1994; 8: 693–699.
- Ambrosioni E. Transdermal therapy of arterial hypertension: a new approach in the management of hypertensive patients. *Ann Ital Med Int* 1994; 9 Suppl.: 54S–57S.
- Pini A., Clavario P., Pedevilla M., Airolidi G., Copello F., Massari D., Martinengo E., Trucco U., De Martini M. Usefulness of transdermal clonidine in hypertensive patients undergoing minor surgical operations. *J Cardiovasc Pharmacol* 1998; 32: 920–926.
- Giugliano D., Acampora R., Marfella R., La Marca C., Marfella M., Nappo F., D’Onofrio F. Hemodynamic and metabolic effects of transdermal clonidine in patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Hypertens* 1998; 11: 184–189.
- De Mey C., Meineke I., Enterling D., Rehbock C., Osterwald H. Transdermal delivery of mepindolol and propranolol in normal man. *Drug Res* 1989; 39: 1508–1512.

18. Clissold SP, Heel RC. Transdermal hyoscine (Scopolamine). A preliminary review of its pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy. *Drugs* 1985; 29: 189–207.
19. Nachum Z., Shahal B., Shupak A., Spitzer O., Gonen A., Beiran I., Lavon H., Eynan M., Dachir S., Levy A. Scopolamine bioavailability in combined oral and transdermal delivery. *J Pharmacol Exp Ther* 2001; 296: 121–123.
20. Fagerstrom KO, Sawe U., Tonnesen P. Therapeutic use of nicotine patches: efficacy and safety. *J Drug Dev* 1993; 5: 191–205.
21. Guslandi M., Tittobello A. Outcome of ulcerative colitis after treatment with transdermal nicotine. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 513–515.
22. Mystakidou K., Befon S., Tsilika E., Dardoufas K., Georgaki S., Vlahos L. Use of TTS Fentanyl as a Single Opioid for Cancer Pain Relief: A Safety and Efficacy Clinical Trial in Patients Naive to Mild or Strong Opioids. *Oncology* 2002; 62: 9–16.
23. Muijsers RB, Wagstaff AJ. Transdermal fentanyl: an updated review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in chronic cancer pain control. *Drugs* 2001; 61: 2289–2307.
24. Harvey PJ, Wing LM, Savage J, Molley D. The effect of different types and doses of estrogen replacement therapy on clinic and ambulatory blood pressure and the renin-angiotensin system in normotensive postmenopausal women. *J Hypertens* 1999; 17: 405–411.
25. Grodstein F., Stampfer MJ., Goldhaber SZ, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, Willett WC, Hennekens CH. Prospective study of exogenous hormones and risks of pulmonary embolisms on women. *Lancet* 1996; 348: 983–987.
26. Daly E., Vessey MP, Hawkins MM, Carson JL, Gough P, Marsh S. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348: 977–998.
27. Grodstein F., Colditz GA, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone use and cholecystectomy in a large prospective study. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 5–11.
28. Powers MS, Schenkel L., Darley PE, Good WR, Balestra JC, Place VA. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of transdermal dosage of 17 β -estradiol: Comparison with conventional oral estrogens used for hormone replacement. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 1099–1106.
29. Scarabin PY, Alhenc-Gelas M., Plu-Bureau G., Taisne P., Agher R., Aiach M. Effects of oral and transdermal estrogen/progesterone regimens on blood coagulation and fibrinolysis in postmenopausal women. A randomized controlled trial. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1997; 17: 3071–3078.
30. Chen FP, Lee N., Soong YK, Huang KE. Comparison of transdermal and oral estrogen-progesterin replacement therapy: effects on cardiovascular risk factors. *Menopause* 2001; 8: 347–352.
31. Cunningham GR, Cordero E., Thornby JL. Testosterone replacement with transdermal therapeutic systems. *J Am Med Assoc* 1989; 261: 2525–2530.
32. Arver SA, Dobs A., Meikle W. Long-term efficacy and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in hypogonadal men. *Clin Endocrinol* 1997; 47: 727–737.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii

AM we Wrocławiu

ul. Pasteura 4

50-367 Wrocław

Choroba wieńcowa w praktyce lekarza rodzinnego

Coronary artery disease in family doctor's practice

MARIA KRZEMIŃSKA-PAKUŁA, MAŁGORZATA KURPESA

Z Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Maria Krzemińska-Pakuła

Streszczenie Duża liczba pacjentów z chorobami układu krążenia powoduje, że lekarz rodzinny często staje w obliczu problemów związanych z diagnostyką i leczeniem choroby niedokrwiennej serca. Szybkie postępy dokonujące się w tych dziedzinach zmuszają do ustawicznego samokształcenia. Dużą część diagnostyki kardiologicznej można przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych, jednak niektóre badania są wykonywane tylko w wyspecjalizowanych oddziałach kardiologicznych, z którymi lekarz rodzinny powinien ściśle współpracować. W pracy tej przedstawiono krótko zasady nowoczesnej diagnostyki i terapii choroby niedokrwiennej serca.

Słowa kluczowe: choroba wieńcowa, kardiologia, medycyna rodzinna, diagnostyka i leczenie.

Summary Because of a great number of patients with cardiovascular diseases the family doctor often comes across problems with diagnosis and treatment of coronary artery disease. Rapid progress in modern cardiology should stimulate family doctors to an incessant self-education. Some important examinations in patients with coronary artery disease are possible to be performed only in specialistic cardiological departments, and family doctors should closely cooperate with them. This review presents modern guidelines for diagnosis and treatment of coronary artery disease.

Key words: coronary artery disease, cardiology, family medicine, diagnosis and treatment.

Choroby układu krążenia, a spośród nich również choroba wieńcowa, należą do najczęstszych schorzeń występujących w polskiej populacji. Tacy pacjenci stanowią więc istotny odsetek chorych odwiedzających gabinety lekarzy rodzinnych.

Podstawą rozpoznania choroby wieńcowej jest dokładnie zebrany wywiad. Badanie przedmiotowe powinno obejmować wszystkie układy, co pozwoli stwierdzić obecność schorzeń, które mogą mieć wpływ na progresję choroby wieńcowej (np. nadciśnienie tętnicze, otyłość).

Badania dodatkowe stosowane w rozpoznawaniu choroby wieńcowej dzielimy na badania nieinwazyjne oraz inwazyjne. Diagnostykę należy rozpocząć od badań nieinwazyjnych (elektrokardiogram, echokardiogram, badania radioizotopowe), których wyniki pozwalają na ustalenie ewentualnych wskazań do diagnostyki inwazyjnej – koronarografii. Badanie to pokazuje, które tętnice wieńcowe i w jakim stopniu są zwężone przez zmiany miażdżycowe oraz pozwala na ustalenie sposobu dalszego leczenia.

Leczenie choroby wieńcowej może być zachowawcze lub zabiegowe (kardiochirurgiczne: wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych lub inwazyjne: przeszkońska plastyka tętnic wieńcowych ewentualnie z implantacją stentu). Domeną lekarzy rodzinnych jest zachowawcze leczenie

pacjentów z chorobą wieńcową. Należy jednak pamiętać, że chorzy po procedurach inwazyjnych czy zabiegach kardiochirurgicznych również wymagają systematycznej farmakoterapii.

Choroba wieńcowa przeważnie jest następstwem gromadzenia się złogów miażdżycowych pod błoną wewnętrzną tętnic zaopatrujących mięsień sercowy. Dzięki badaniom prowadzonym w ciągu ostatnich lat wiadomo, że blaszki miażdżycowe dzielą się na stabilne i niestabilne. Szczególnie niebezpieczne są niestabilne blaszki miażdżycowe, ponieważ są przyczyną ostrych zespołów wieńcowych (angina niestabilna, zawał) stwarzających bezpośrednie zagrożenie dla życia chorego. Na podstawie wiedzy na temat blaszek miażdżycowych zmieniły się zalecenia farmakoterapii choroby wieńcowej. Jako postępowanie z wyboru zaleca się obecnie stosowanie leków stabilizujących blaszkę miażdżycową. Wiadomo, że takie właściwości posiadają beta-blokery, inhibitory konwertazy angiotensyny oraz statyny.

Beta-blokery (leki blokujące receptory adrenergiczne beta) mają od lat ustaloną wartość w leczeniu choroby wieńcowej. Wiadomo, że poprawiają one przeżywalność pacjentów po zawałach serca. Ostatnie badania wskazują również na działanie przeciwzapalne beta-blokerów. U pacjentów z chorobą wieńcową i niewydolno-

ścią krążenia zaleca się stosowanie karwedilolu (badanie COPERNICUS), bisoprololu (badanie CIBIS) lub metoprololu.

Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEI) są grupą leków stosowanych w kardiologii od dawna w leczeniu nadciśnienia tętniczego i niewydolności krążenia. Obecnie uważa się, że zwłaszcza tkankowe ACEI (Perindopril, Ramipril, Chinapril) wywierają bezpośredni korzystny efekt w chorobie wieńcowej, zmniejszając śmiertelność sercową, liczbę ponownych zawałów oraz innych incydentów wieńcowych. Dlatego Braunwald zaleca stosowanie ACEI jako leczenie pierwszego rzutu u wszystkich chorych ze stabilną chorobą wieńcową.

Wykazano, że właściwości stabilizowania blaszek miażdżycowych mają inhibitory reduktazy 3-hydroksy-3-metyloglutarylokoenzymu A (HMG-CoA), zwane statynami. Leki te obniżają poziom cholesterolu całkowitego, frakcji LDL oraz trójglicerydów. Jednocześnie podwyższają poziom frakcji HDL.

Statyny są różnicowane pod względem struktury chemicznej i różnią się też siłą działania hipolipemizującego. Jednak korzyści dla pacjentów leczonych statynami nie są spowodowane jedynie obniżeniem poziomu lipidów krwi. Wykazano, że leki z tej grupy mają liczne działania pozalipidowe, od których przede wszystkim wydaje się zależeć poprawa rokowania pacjentów z chorobą wieńcową otrzymujących statyny. Dlatego leki te są obecnie zalecane w prewencji pierwotnej i wtórnej, a także w ostrych zespołach wieńcowych.

Przed kilkoma laty ukazały się wyniki badań eksperymentalnych sugerujące korzystny wpływ antagonistów wapnia na przebieg miażdżycy. W 2001 r. opublikowano wyniki badania ELSA, w którym udowodniono regresję blaszek miażdżycowych po leczeniu nowoczesnym antagonistą – Lacidilem. Lek ten stosuje się w leczeniu nadciśnienia tętniczego i wobec wyników ELSA

powinien być szczególnie zalecany pacjentom, u których choroba wieńcowa współistnieje z nadciśnieniem.

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy na temat patofizjologii choroby wieńcowej, a zwłaszcza ostrych zespołów wieńcowych, równie ważne jak stabilizacja blaszki miażdżycowej jest leczenie przeciwplatekcyjne. Standardem pozostaje kwas acetylosalicylowy, który każdy pacjent z chorobą wieńcową (o ile nie ma bezwzględnych przeciwwskazań) powinien otrzymywać codziennie w dawce 75–150 mg. Nowoczesnymi preparatami przeciwplatekowymi są leki blokujące agregację ADP-zależną: Ticlopidyna i Clopidogrel. Zwłaszcza ten drugi preparat w świetle wyników badania CURE wydaje się szczególnie obiecujący, zarówno w leczeniu chorych z niestabilną chorobą wieńcową, jak i pacjentów po procedurach inwazyjnych. W chwili obecnej jednak istotną barierą w szerokim stosowaniu Clopidogrelu jest jego wysoka cena.

Azotany przez wiele lat wymieniane na czele preparatów stosowanych w leczeniu choroby wieńcowej straciły obecnie na znaczeniu. Wydaje się, że leki te przede wszystkim należy zarezerwować do doraźnego opanowania bólu stenokardialnego, natomiast ich przewlekłe stosowanie w stabilnej chorobie wieńcowej nie ma istotnego wpływu na rokowanie pacjentów.

Ważnym zadaniem lekarza rodzinnego jest prewencja choroby niedokrwiennej serca. Zaczyna się ją zwykle od zmiany dających się modyfikować czynników ryzyka. Zaprzestanie palenia tytoniu jest jednym z podstawowych warunków. Pozostałe metody postępowania obejmują modyfikację diety, osiągnięcie tzw. należytej masy ciała, regularny wysiłek fizyczny oraz sposoby radzenia sobie ze stresem. Należy też z wielką starannością leczyć współistniejące schorzenia związane ze zwiększonym ryzykiem zachorowania bądź progresji choroby wieńcowej (nadciśnienie, hiperlipidemia, cukrzyca).

Adres Autorek:
Klinika Kardiologii AM w Łodzi
ul. Kniaziewiczza 1/5
91-347 Łódź

Alergolog a lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – współdziałanie i współodpowiedzialność

Allergologist and general practitioner – collaboration and co-responsibility

PAWEŁ GÓRSKI

Prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego
Z Kliniki Pneumonologii i Alergologii Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. med. Paweł Górski

Streszczenie W latach 70. zaobserwowano gwałtowny wzrost zachorowań na astmę. W Polsce na tę chorobę cierpi 5,4% dorosłych i 8,5% dzieci. Ta dramatyczna tendencja występuje równolegle wraz ze wzrostem bezpośrednich i pośrednich kosztów leczenia chorych na astmę i alergię. System służby zdrowia w Polsce bazuje na kompetencjach specjalistów i lekarzy podstawowej opieki medycznej, co rodzi wiele problemów, szczególnie w dziedzinie profilaktyki. Właśnie profilaktyka i edukacja pacjentów i ich rodzin znajduje się na pierwszym miejscu. Terapia powinna rozpoczynać się od diagnozy postawionej przez lekarza specjalistę oraz określenia rodzaju leczenia, zaś lekarz podstawowej opieki medycznej będzie kontynuował terapię, konsultując się systematycznie ze specjalistą. Przypadki ciężkiej astmy oskrzelowej oraz chorzy poddani immunoterapii swoistej powinni pozostawać pod stałą opieką specjalisty. Tylko wzajemna współpraca lekarzy specjalistów i lekarzy pierwszego kontaktu może dać wymierny efekt zmierzający do poprawy zdrowia chorego i kondycji całej służby zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: alergolog, lekarz rodzinny, współpraca.

Summary The incidence of allergic diseases have increased since 70th. 5,4% of adults and 8,5% of children suffer from bronchial asthma in Poland. This dramatic tendency coexists with a big direct and indirect cost of the care on allergic patients. The structure of healthcare in Poland is based on a competition between general practitioners and specialists, that makes many difficulties in the care especially in prophylaxis of allergy. One should postulate a strict collaboration instead the present situation. There are many fields on which collaboration seems to be very simple as prophylaxis and education of patients and their families. The therapy should begin from diagnosis by specialist. In many cases GP should continue therapy using specialists as consultants only. The severe bronchial asthma and patients treated with immunotherapy should maintain under the care of allergists.

Key words: allergologist, general practitioner, cooperation.

Choroby alergiczne należą do najczęstszych zagrożeń zdrowotnych przełomu wieków. Jeszcze w latach 60. częstość występowania astmy oskrzelowej, alergicznego nieżytu nosa i atopowego zapalenia skóry w większości krajów Europy i Ameryki oceniana była na 1–3%. Według badań wykonanych na początku lat 70. w kilku miastach polskich liczbę astmatyków oszacowano na niecałe 3%. Od początku lat 80. w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej obserwuje się dramatyczny przyrost zachorowań, a co gorsza, przebieg alergoz wydaje się cięższy, gdyż do 1993 r. odnotowywano wzrost liczby zgonów i hospitalizacji z tego powodu. W badaniach wykonanych pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w latach 1998–2000 stwierdzono, że na astmę oskrzelową w Polsce cierpi 5,4% dorosłych i 8,5% dzieci. Przewaga zachorowań w wieku dziecięcym i młodzieżowym

oznacza, że tendencje epidemiologiczne będą się pogłębiać i za kilka lat co 15–20 dorosły Polak będzie chorował na astmę. Ten dramatyczny trend pozostaje w całkowitej zgodzie z obserwacjami w większości krajów rozwiniętych [1]. W Białej Księdze Alergii, stanowiącej oficjalny dokument Parlamentu Europejskiego, znajdujemy stwierdzenie, że dynamika epidemiologiczna alergoz daje się porównać tylko ze wzrostem zachorowań na AIDS. Obciążenia budżetowe z powodu powyższych schorzeń są wprost gigantyczne i wykazują także tendencję wzrostową. Warto przy tym wspomnieć, że koszty pośrednie znacznie przekraczają wydatki na bezpośrednią opiekę medyczną. W USA w 1994 r. wydano na leczenie astmy prawie 11 miliardów dolarów, a w 1998 r. prawie 13 miliardów [2]. Koszty pośrednie opieki nad chorym na astmę w Szwecji wyniosły prawie $\frac{2}{3}$ całkowitych wydatków [3]. Podobne dane do-

tyczą Wielkiej Brytanii, zaś w Stanach Zjednoczonych są niewiele mniejsze. Koszty postępu medycznego w alergicznym niezycie nosa w USA oszacowano w 1994 r. na 1,25 miliarda USD. Koszty obu rodzajów dają się jednak bardzo efektywnie zmniejszyć poprzez skuteczną terapię. W badaniach Connett i wsp. [4] wykazano, że włączenie kortykosteroidu wziewnego przynosi wymierny efekt w postaci 9,43 USD oszczędności kosztów bezpośrednich i pośrednich w każdym dniu leczenia. Rutten-van Mólken i wsp. w 1995 r. wykazali, że kortykosteroidy przynoszą 201 USD oszczędności na każde 10% poprawy wentylacji w porównaniu z tradycyjnymi bronchodilatatorami [5]. W badaniach Lundback i wsp. wykazano natomiast, że łączona terapia betamimetykiem długo działającym i nowoczesnym kortykosteroidem wziewnym przynosi dalsze oszczędności, tj. 1,12 USD na każdy dzień leczenia w porównaniu z monoterapią budesonidem [6]. Warto przy tym wspomnieć, że ekonomiczne skutki dotyczące zarówno kosztów bezpośrednich, jak i pośrednich udowodniono tylko w stosunku do wspomnianych dwóch grup leków. Inne metody postępowania nie zostały dostatecznie oszacowane pod tym względem.

Wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego miało na celu usprawnienie postępowania medycznego oraz ekonomizację działań służby zdrowia. Według powszechnej oceny i zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia założenia te są z gruntu słuszne. W stosunku do alergii jednak w wielu krajach świata pierwsze szacunki ekonomiczne reform przyniosły rozczarowanie. Okazało się bowiem, że przeniesienie opieki ze szczebla podstawowego na szczebel specjalistyczny dało 10–66% spadku wydatków na opiekę medyczną. Liczba osób omijających lekarzy pierwszego kontaktu w Stanach Zjednoczonych zwiększyła się. W jaki sposób można zinterpretować powyższe paradoksy? Wydaje się, że przyczyna jest dość jasna i widzimy ją dokładnie analizując pierwsze dwa lata reformy służby zdrowia w Polsce. Jej zasadniczym błędem było sprowadzenie zasad działalności służby zdrowia do typowego marketingu oraz usytuowanie relacji lekarz rodzinny–specjalista na zasadzie wzajemnej konkurencji. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stara się za wszelką cenę utrzymać populację podopiecznych, zaś specjalista próbuje przejąć całkowitą kontrolę nad chorym na alergię. W systemie antagonizmu z założenia wykluczone jest jakiegokolwiek współdziałanie. Jest zupełnie logiczne, że w takiej sytuacji lekarz specjalista uzyskuje przewagę nad lekarzem opieki podstawowej ze względu na doświadczenie, umiejętności i oprzyrządowanie. Dzieje się tak ze szkodą dla pacjentów i ich rodzin, gdyż jak wykazano wielokrotnie, opieka specjalistyczna jest niewydolna w za-

kresie pierwotnej i wtórnej prewencji. Przytoczone powyżej analizy ekonomiczne posiadają ponadto istotny mankament, gdyż w niewielkim stopniu opierają się na postaci choroby, a w szczególności nie ma dostatecznych danych co do medycznej i ekonomicznej skuteczności podstawowej opieki zdrowotnej w lekkich postaciach astmy oskrzelowej na tle ciężkich. Wydaje się zatem, że zadaniem najbliższych lat powinno być porzucenie zasady konkurencji w służbie zdrowia na rzecz współdziałania. Taka zasada nie stoi w sprzeczności z konkurencyjnością poziomą, tj. na poszczególnych szczeblach służby zdrowia.

Jakie zatem propozycje współdziałania ma alergolog w stosunku do lekarza POZ? W zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej należałoby stworzyć wspólny program edukacji alergologicznej dla osób z podwyższonego ryzyka oraz dla dzieci i młodzieży. Jak już wspomniano, rozmiary epidemii alergii, a zwłaszcza zagrożenia młodego wieku, czynią całą populację poniżej 16 roku życia poważnie zagrożoną. Ocenia się, że 30% osób rasy kaukaskiej przechodzi chociaż raz w życiu epizod alergii [8].

Wprawdzie atopia oraz inne odmiany genetyczne stanowią czynnik ryzyka chorób alergicznych, to jednak zarówno przytoczone dane, jak i obserwacje z dziedziny medycyny pracy dowodzą przeważającej roli czynników środowiskowych w rozwoju alergii. W niektórych typach narażeń zawodowych ponad 70% eksponowanych rozwija choroby zawodowe o podłożu uczuleniowym. Wydaje się, że najważniejszym czynnikiem ryzyka jest zatem wielkość i natura ekspozycji na alergeny. Jeszcze w końcu lat 70. zasugerowano, że pewien poziom narażenia na roztocza kurzu domowego wiąże się z podwyższeniem ryzyka alergii dróg oddechowych. Wprawdzie wielkość tego progu była później zakwestionowana, to jednak nie podważono do dziś wspomnianej zasady, a co więcej – potwierdziły ją podobne obserwacje o roli ekspozycji na alergeny zwierząt domowych lub lateksu [7, 8].

W prewencji wtórnej istotne znaczenie odgrywają niewątpliwie liczne czynniki nieswoiście wpływające na występowanie oraz natężenie objawów chorobowych. Najlepiej udokumentowane pod tym względem są spaliny silników Diesla [9–11], dym tytoniowy [12], aldehydy, dwutlenek siarki i tlenki azotu. Wprawdzie nie wykazano ich zasadniczego znaczenia w prewencji pierwotnej, to jednak do dziś nie zakwestionowano generalnie takiej roli. Poważne znaczenia w profilaktyce wydają się odgrywać dieta, a w szczególności spożywanie produktów wysoko oczyszczonych i wręcz wyjałowionych z tradycyjnych bakterii saprofitycznych [13]. W powodzi rozmaitych dociekań nie ma dziś jednoznacznej kon-

cepcji praktycznej profilaktyki, a nawet jej logicznego podłoża, stąd przyczyny epidemii alergii określono mianem „hipotezy higienicznej” lub jeszcze szerzej „zachodniego stylu życia”.

W koncepcji współdziałania dwóch szczebli opieki zdrowotnej należy widzieć alergologa jako źródło informacji o charakterze fundamentalnym, a ponadto organizatora szkoły dla alergików i ich rodzin. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien przejąć na siebie ciężar edukacji permanentnej. Ponadto lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, dokonując oceny warunków bytowania i pracy zawodowej, udziela bezpośrednich wskazówek osobom chorym z grup ryzyka i ich najbliższym. Lekarz rodzinny powinien również uczestniczyć w szkoleniu na etapie szkoły profilaktyki alergologicznej zorganizowanej przez specjalistę. Należy tu podkreślić, że oparcie działań profilaktycznych wyłącznie o pion specjalistyczny okazało się zawodne, gdyż tak jak i w każdym rodzaju nauczania o wiedzy i wdrożeniach wiedzy decyduje edukacja permanentna. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie przypadki astmy ciężkiej, astmy zagrażającej życiu, a w mojej ocenie także astmy oskrzelowej w konsensusach międzynarodowych jako umiarkowanie ciężka, powinny się znaleźć pod specjalistyczną opieką medyczną. To kategoryczne stwierdzenie wynika z potrzeby właściwej kontroli astmy, co niweluje jej niekorzystne następstwa, a więc jest elementem prewencji III-rzędowej. Decyzję o wielkości dawek leków przeciwzapalnych, o włączeniu na stałe lub nawet okresowo leków o silnym działaniu systemowym, wybór bronchodilatatora oraz kwalifikacja do immunoterapii wymagają wiedzy i umiejętności specjalistycznych. Warto jednak zauważyć, że ponad połowa przypadków astmy, a według niektórych aż 75% przypadków, przebiega w postaci lekkiej lub epizodycznej. U takich chorych rozpoznanie dotyczy nie tylko nomenklatury, ale także stopnia ciężkości, podłoża i innych uwarunkowań choroby. Za takim rozpoznanem idą także ważne decyzje terapeutyczne, a nawet profilaktyczne. W związku z tym astma lekka wymaga diagnozy na podstawie konsultacji specjalistycznej. Co więcej, dynamika choroby wskazuje na potrzebę dokonywania takich konsultacji w odstępach na ogół 6- lub kilkunastomiesięcznych. Podstawowe leczenie może jednak prowadzić lekarz rodzinny na podstawie pełnej diagnozy, uwzględniającej wszystkie wspomniane elementy.

Istnieją obszary, w których z założenia nie ma miejsca na działania niespecialistyczne. W zakresie diagnostyki jest to wykonywanie i interpretacja testów alergologicznych, w tym na ogół bezpiecznych i pozornie łatwych testów skórnych.

Należy pamiętać, że testy te są interwencją w ciało i w niektórych typach uczulenia mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia chorego. Sama obecność przeciwciał w skórze lub w płynach ustrojowych nie oznacza zawsze choroby, i interpretacja badań, a zwłaszcza wysuwanie praktycznych wniosków, powinny zależeć od lekarzy wyspecjalizowanych. Innym obszarem zastrzeżonym dla specjalisty jest swoista immunoterapia. Wymaga ona wiedzy, umiejętności i specjalistycznego oprzyrządowania.

Wprawdzie ciągła opieka nad chorym na astmę ciężką, poddanym immunoterapii lub chorym na alergię o nietypowym przebiegu powinna opierać się na opiece specjalistycznej, to jednak nawet w tych przypadkach istnieją obszary, w których bez lekarza opieki podstawowej nie można sobie wyobrazić skutecznych działań medycznych. Takim momentem są interwencje nagłe, zwłaszcza te, które nie stanowią zagrożenia życia. Jest sprawą oczywistą, że stan astmatyczny czy anafilaksja wiążą się z natychmiastową hospitalizacją chorego. Jednakże większość zaostrzeń astmy oskrzelowej, przewlekłej choroby obturacyjnej czy chorób alergicznych skóry nie wymaga hospitalizacji, a ograniczenie efektywności opieki specjalistycznej czyni absolutnie niezbędnym działanie lekarza rodzinnego. Podczas takich interwencji lekarz rodzinny pozostaje faktycznie samotny, co wiąże się z potrzebą osiągnięcia właściwego poziomu fachowości pod tym względem.

Lekarz opieki podstawowej musi posiadać umiejętność nie tylko interwencji, ale również oceny ciężkości choroby. Bezcennym narzędziem jest w przypadku chorych na astmę miernik szczytowego przepływu wydechowego. Umiejętność posługiwania się tym przyrządem oraz interpretacji wskaźnika PEF (peak expiratory flow) należy zatem uznać jako niezbędną dla lekarza rodzinnego [14].

Lekarz rodzinny i specjalista powinni wykształcić własne sposoby komunikowania się i zasięgania wzajemnych konsultacji. Słowo wzajemnych pojawia się tu nieprzypadkowo, gdyż specjalista ma okazję kontaktu z chorym na ogół już po wygaszeniu ostrego stanu, a więc najczęściej nie może ocenić ani jego rozmiarów, ani charakteru.

Powyższe zasady powinny być zapewne przedmiotem wzajemnych uzgodnień towarzystw lekarskich, ale jeszcze w większym stopniu lekarzy pracujących na danym terenie. Wprowadzenie ponowne zasady współdziałania w miejsce konkurencji w leczeniu chorób alergicznych powinno przynieść nie tylko podwyższenie skuteczności medycznej, ale i ekonomicznej.

Piśmiennictwo

1. Strachan D., Sibbald B., Weiland S., Ait-Khaled N., Anabwani G., Anderson HR i wsp. Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr Allergy Immunol* 1997; 8: 161–176.
2. Weiss KB, Sullivan SD, Lyttle CS. Trends in the costs of illness for asthma in the United States, 1985–1994. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 493–499.
3. Thompson S. On the social costs of asthma. *Eur J Respir Dis* 1984; 136 (suppl.): 185–191.
4. Connett GJ, Lenney W., McConchie SM. The cost-effectiveness of budesonide in severe asthmatics aged one to three years. *Br J Med Econ* 1993; 6: 127–134.
5. Rutten-van Mölken MP, Van Doorslaer EK, Jansen HA, Rutten FF. Costs and effects of inhaled corticosteroids and bronchodilators in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 975–982.
6. Lundback B., Jenkins C., Price MJ, Thwaites MA. Cost-effectiveness of salmeterol/fluticasone propionate combination product 50/250 micrograms twice daily and budesonide 800 micrograms twice daily in the treatment of adults and adolescents with asthma. *Respir Med* 2000; 94: 724–732.
7. Sporik R., Squillace SP, Ingram JM, Rakes G., Honsinger RW, Platts-Mills TAE. Mite, cat and cockroach exposure, allergen sensitization, and asthma in children: a case-control study of three schools. *Thorax* 1999; 54: 675–680.
8. Avner DB, Perzanowski MS, Platts-Mills TAE, Woodfolk JA. Evaluation of different techniques for allergen removed from the cat and the effect on airborne Fel d 1. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100: 307–312.
9. Salvi S., Frew AJ, Holgate ST. Is diesel a cause for increasing allergies? *Clin Exp Allergy* 1999; 29: 4–8.
10. Salvi S., Holgate ST. Mechanism of particulate matter toxicity. *Clin Exp Allergy* 1999; 29: 1187–1194.
11. Wjst M., Reitmeir P., Dold S., Wulff A., Nicolai T., von Loeffelholz-Colberg E. i wsp. Road traffic and adverse effects on respiratory health in children. *BMJ* 1993; 307: 596–600.
12. National Research Council. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. Washington (DC): National Academy Press; 1986.
13. Chandra RK. Prospective studies of the effect of breast feeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand* 1979; 68: 691–694.
14. Gannon PF, Belcher J., Pantin CF, Burge PS. Effect of patient technique and training on the accuracy of self-recorded peak expiratory flow. *Eur Respir J* 1999; 14: 28–31.

Adres Autora:

Klinika Pneumonologii i Alergologii AM

ul. Kopczyńskiego 22

90-153 Łódź

Problemy kształcenia podyplomowego w świetle Stanowiska Ogólnopolskiej Konferencji „Specjalizacje Lekarskie”

Problems of postgraduate education according to attitude of Nationwide Conference: „Doctors’ Specializations”

WŁODZIMIERZ OTTO¹, ALEKSANDER TULCZYŃSKI²

¹ Z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie (Przewodniczący Komisji Kształcenia OIL w Warszawie w kadencji 1997–2001)

² Główna Biblioteka Lekarska

Na Ogólnopolską Konferencję „Specjalizacje Lekarskie” zorganizowaną 22 czerwca 2001 r. w Warszawie zostali zaproszeni przedstawiciele 11 Akademii Medycznych, 20 instytutów resortowych oraz blisko 50 towarzystw naukowych.

Powodem zwołania konferencji były niezrozumiałe dla środowiska lekarskiego kryteria wyznaczania limitów miejsc kształcenia w poszczególnych specjalnościach, bariery uniemożliwiające robienie specjalizacji poza systemem rezydentur, wadliwy obieg informacji o systemie kształcenia podyplomowego.

Postulaty i opinie środowiska lekarskiego zostały ujęte w dokumencie opracowanym w trakcie trwania konferencji, który w całości prezentujemy.

Treść „Stanowiska”

Przytoczone „Stanowisko” zostało przedstawione Departamentowi Nauki i Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, które podjęło intensywne prace modyfikacji norm regulujących procedury kształcenia podyplomowego. Wyrazem tych prac są dokumenty: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz.U. z dnia 13 sierpnia 2001 r.) oraz „Materiały dotyczące wolnych miejsc szkoleniowych w kolejnych postępowaniach kwalifikacyjnych przygotowane przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia”.

Najistotniejszy postulat środowiska lekarskiego dotyczący powszechnego dostępu do specjalizacji został spełniony zapisem, iż postępowanie kwalifikacyjne na rezydenturę nie zamyka drogi lekarzowi do specjalizowania się w innym trybie. Uważna lektura „Materiałów dotyczących wolnych miejsc...” nasuwa pytanie: **uwidocznione limity**

w tabeli są wyższe niż liczba chętnych ubiegających się o specjalizację. Czemu ma zatem służyć obecnie stosowane postępowanie kwalifikacyjne?

W ocenie uczestników Konferencji postępowanie kwalifikacyjne powinno być sprawdzianem wiedzy dopuszczanych lub eliminowanych kandydatów. Wydaje się celowe zaproponowanie jednego systemu kwalifikacyjnego przygotowania merytorycznego kandydatów do specjalizacji w formie testu:

- najlepsi otrzymują rezydenturę zgodnie z limitem,
- pozostali otrzymują prawo specjalizacji w innym trybie,
- osiągający punktację poniżej wyznaczonego progu są eliminowani w postępowaniu kwalifikacyjnym.

Z uznaniem należy przyjąć prace MZ dla optymalizacji procesu kształcenia podyplomowego, w tym umożliwienie posiadającym I stopień specjalizacji uzyskania pełnych kwalifikacji.

Z prezentowanej tabeli wynika, iż w niektórych specjalnościach, takich jak:

- medycyna rodzinna,
- medycyna ratunkowa,
- dermatologia i wenerologia,
- kardiochirurgia,

wyznaczone limity są zbyt niskie. Jeżeli możliwa jest alokacja prowadząca do zwiększenia limitów, to bez zwiększenia funduszy problem ten mógłby być rozwiązany.

Bardzo istotnym zagadnieniem jest uaktualnienie i urealnienie programów specjalizacyjnych, biorąc pod uwagę wycinkowy przykład zmian, jakie dokonały się w chirurgii żołądka. Postulowana przez uczestników konferencji decentralizacja procesu specjalizacji prowadzić ma do równouprawnienia małych i dużych akredytowanych ośrodków kształcenia, z określeniem, ilu

Liczba wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy – postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od 1.12.2001 r. do 31.01.2002 r.					
Dziedzina medycyny	Rezydentury	Po stażu	Po I stopniu	Razem	Limit
Anestezjologia i int. terapia	50	66	36	152	249
Chirurgia dziecięca	5	7	8	20	28
Chirurgia klatki piersiowej	8	6	6	20	35
Chirurgia ogólna	44	52	34	130	166
Chirurgia szczękowo-twarzowa	4	5	2	11	9
Choroby wewnętrzne	570	439	635	1644	3823
Choroby zakaźne	14	12	15	41	71
Dermatologia i wenerologia	0	7	3	10	-4
Diagnostyka laboratoryjna	15	16	5	36	84
Genetyka kliniczna	6	6	2	14	38
Medycyna nuklearna	4	17	0	21	30
Medycyna pracy	17	6	7	30	43
Medycyna ratunkowa	28	17	16	61	-30
Medycyna rodzinna	64	0	326	390	-311
Medycyna sądowa	4	8	3	15	26
Mikrobiologia lekarska	21	10	12	43	63
Neurochirurgia	2	2	1	5	5
Neurologia	20	41	35	96	91
Okulistyka	20	47	34	101	113
Onkologia kliniczna	22	36	13	71	118
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	19	40	22	81	178
Otorynolaryngologia	3	2	2	7	5
Patomorfologia	11	10	1	22	35
Pediatrya	24	55	41	120	195
Położnictwo i ginekologia	25	33	33	91	130
Psychiatria	70	57	33	160	418
Radiologia i diagnostyka obrazowa	13	24	25	62	63
Radioterapia onkologiczna	3	12	7	22	30
Rehabilitacja medyczna	24	5	8	37	46
Urologia	13	8	3	24	23
w tym: cudzoziemcy				34	
	1123	146	1407	3576	5770
Chirurgia stomatologiczna	23	28	12	63	83
Ortodoncja	2	6	3	11	-9
Periodontologia	3	7	0	10	28
Protetyka stomatologiczna	64	13	0	77	132
Stomatologia dziecięca	13	23	3	39	82
Stomatologia zachowawcza z endodontcją	31	37	20	88	101
Razem	136	114	38	288	417

specjalizujących się może równocześnie kształcić się w danym ośrodku. Uwarunkowane jest to w specjalnościach zabiegowych liczbą operacji wykonywanych rocznie w tymże ośrodku.

Bardzo pomocnym instrumentem pozwalającym na racjonalne podejmowanie decyzji byłoby prowadzenie „rejestrów naturalnego ruchu specjalistów” w obrębie województw lub okręgowych izb lekarskich.

Wiemy, że rocznie specjalizację w dziedzinach podstawowych rozpoczyna 4 500 lekarzy na terenie całego kraju, a według danych z 27 lutego 2002 r. w Polsce było około 60 000 specja-

listów, w tym blisko 40 000 tylko z I stopniem specjalizacji.

Nie wiemy natomiast, ilu specjalistów jest aktywnych zawodowo i jaki jest naturalny odpływ specjalistów. Prowadzenie rejestru umożliwiłoby precyzyjną diagnozę dotyczącą potrzeb kadrowych w danym województwie.

Być może przyczyną rozbieżności w przyznawaniu limitów do specjalizacji posiadających deficyt jest brak właśnie takich danych.

W działaniach na rzecz optymalizacji procesu kształcenia podyplomowego nieodzowne jest współdziałanie samorządu lekarskiego, towa-

rzystw naukowych lekarskich i ośrodków akademickich – jak wynika z ostatniego zapisu stanowiska Konferencji „Specjalizacje lekarskie” – Ministerstwu Zdrowia przypada niezwykle ważna rola koordynatora inicjatyw działań tych instytucji.

Uczestnicy Konferencji jednomyślnie stwierdzają, że obowiązujące obecnie zasady regulujące proces zdobywania specjalizacji medycznych nie spełniają wymagań stawianych nowoczesnemu procesowi kształcenia podyplomowego. Jednocześnie ograniczają prawo lekarzy do zdobywania wiedzy oraz doskonalenia swoich umiejętności zawodowych. Naruszają tym samym jedną z podstawowych norm konstytucyjnych.

I. W opinii Uczestników Konferencji:

1. Dostęp lekarzy do specjalizacji musi być powszechny i tej zasadzie powinny zostać podporządkowane wszystkie szczegółowe zapisy regulujące proces jej zdobywania.
2. Zakres merytoryczny specjalizacji lekarskich powinien nawiązywać do norm kształcenia obowiązujących w krajach Unii Europejskiej. Poziom wykształcenia specjalistów powinien być wysoki, tak aby mogli oni sprostać wymaganiom stawianym przez europejskie komisje ds. specjalizacji.
3. Powszechności kształcenia i wysokiego poziomu wykształcenia specjalistów nie da się osiągnąć metodami administracyjnymi. Pozostawienie procesu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w Polsce w gestii Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Nadzoru Specjalistycznego jest rozwiązaniem niewłaściwym.

II. Uczestnicy Konferencji uznają za niezbędne:

1. Uaktualnienie i urealnienie programów specjalizacji.
2. Ustalenie zakresu wiedzy obowiązującej w końcowych egzaminach specjalizacyjnych (w tym opracowanie sylabusu).
3. Ustalenie trybu kwalifikacji – konkursu dla otrzymania rezydentury – przebiegu kształcenia i sprawdzania zdobytej wiedzy.
4. Wprowadzenie systemu ciągłego kształcenia i kontroli w celu podnoszenia poziomu wykształcenia przez lekarzy po uzyskaniu specjalizacji. Certyfikaty nadawane przez Naukowe Towarzystwa Medyczne w zakresie specjalizacji głównych – podstawowych jak i nadspecjalizacji – powinny odpowiadać standardom europejskim.

5. Organizowanie szkoleń i kursów doskonalących dla lekarzy kształcących się i posiadających specjalizację.
6. Promowanie kursów, stypendiów zagranicznych jako integralnej części kształcenia specjalizacyjnego.
7. Wprowadzenie rejestrów „naturalnego ruchu” specjalistów na terenie działania poszczególnych Izby Lekarskich.
8. Odstąpienie od praktyki ograniczania lub zamykania drogi specjalizacji.
9. Prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego zarówno przez małe (regionalne, powiatowe), jak i duże (wojewódzkie, akademickie) ośrodki szkoleniowe po uzyskaniu akredytacji.
10. Ujednoczenie systemu akredytacji ośrodków prowadzących kształcenie i określenie ich pod kątem programów specjalizacji.
11. Umożliwienie „dokończenia” specjalizacji przez lekarzy z dotychczasowym I stopniem.

III. W ocenie Uczestników Konferencji:

1. Postępowanie kwalifikacyjne poprzedzające rozpoczęcie specjalizacji w obowiązującym obecnie kształcie przeczy powszechności dostępu lekarzy do kształcenia zawodowego. Postępowanie to nie może być rywalizacją o jedno z limitowanej liczby miejsc specjalizacyjnych.
2. O rozpoczęciu specjalizacji powinien decydować wyłącznie poziom merytoryczny kandydatów, a nie jak obecnie liczba miejsc specjalizacyjnych. Postępowanie kwalifikacyjne dla kandydatów na specjalizację jest pożądane wyłącznie w aspekcie sprawdzianu poziomu ich wiedzy i predyspozycji.
3. Postępowanie kwalifikacyjne w obecnym kształcie powinno stać się wyłącznie swoistym konkursem o rezydenturę, tj. specjalizacyjne stypendium rządowe o limitowanej liczbie miejsc.

Uczestnicy Konferencji opowiadają się jednomyślnie za samorządowym modelem kształcenia podyplomowego lekarzy i postulują powierzenie procesu zdobywania specjalizacji przez lekarzy Samorządowi Lekarskiemu, Naukowym Towarzystwom Medycznym i Ośrodkom Akademickim. Istnienie organu koordynującego działalność ośrodków regionalnych jest nieodzowne.

Kalendarz posiedzeń naukowych, zjazdów, konferencji i sympozjów poświęconych medycynie rodzinnej w 2002 r.

Termin	Temat	Kontakt
18.05.2002 godz. 10–15	Sympozjum naukowe: W programie: Alergologia, osteoporoza, zawroty głowy w otolaryngologii	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
23–25.05.2002 Jabłonna	International Conference on Telemedicine – Inter- and intradisciplinary application	Prof. dr hab. Janina Słodkowska Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa; tel. (0-22) 43-12-256; fax: (0-22) 43-12-452 e-mail: telemed.confr@igichp.edu.pl URL: http://www.igichp.edu.pl/telemed.news.html
9–13.06.2002	8th Congress WONCA Europe: Promoting excellence in FM	WONCA Europe 2002 5 Maidstone Buildings Mews Bankside; London SE1 1GN, UK URL: www.woncaeurope2002.com
22.06.2002 godz. 10–15	Sympozjum naukowe: W programie: Gastroenterologia, genetyka, powikłania oczne w cukrzycy	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
12–14.09.2002	Jubileuszowy XXV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej Medycyna sportowa w trosce o zdrowie i sukces – aktywność ruchowa w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych	Komitet Organizacyjny XXV Kongresu PTMS dr Anna Cabak ul. Marymoncka 34, 01-813 Warszawa tel. (0-22) 834-67-72 tel. kom. 0601 22-78-99
11–12.10.2002 Wrocław	Polsko-Norweskie Sympozjum „Nietrzymanie moczu – problem interdyscyplinarny”	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
8–9.11.2002 Wrocław	IV Zjazd Unii Polskich Towarzystw Chirurgicznych oraz I Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej – Medycyna i chirurgia ambulatoryjna	

Grypa

Influenza

LIDIA B. BRYDAK

Z Krajowego Ośrodka ds. Grypy, Samodzielnej Pracowni ds. Grypy

Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. Lidia B. Brydak

Streszczenie Grypa jest ostrą chorobą o dużej zakaźności. Rokrocznie choruje na nią około 100 mln ludzi na świecie. W Polsce w ciągu ostatnich 10 lat średnia liczba zachorowań na grypę i choroby grypopodobne wynosi 1 406 945, co w przeliczeniu na całą populację stanowi około 3,66% rocznie. Szczyt zachorowań na grypę i wirusy grypopodobne rejestruje się w naszym kraju między styczniem a marcem. Grypa wywoływana jest przez wirusy grypy należące do rodziny *Orthomyxoviridae* i zaklasyfikowane do trzech typów: A, B i C. Typowe dla grypy jest nagłe wystąpienie objawów chorobowych. Duże zagrożenie dla zdrowia i życia stanowią powikłania pogrypowe obejmujące m.in. zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenia oskrzelików, ucha środkowego, zapalenie mięśnia serca i osierdzia, zapalenie mięśni i mioglobiniurę, zespół wstrząsu toksycznego, powikłania neurologiczne czy zakażenia meningokokowe. Szczepienia są podstawową metodą w profilaktyce grypy. Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne zyski wynikające z tych szczepień są jednoznaczne i nie podlegają żadnej dyskusji. W Polsce zużycie szczepionki w sezonie 2000/2001 wzrosło około 179-krotnie w porównaniu z sezonem epidemicznym 1992/1993. Badania prowadzone wraz z klinicystami w Krajowym Ośrodku ds. Grypy PZH udowodniły zasadność szczepień przeciwko grypie u pacjentów, którzy ze względu na choroby przewlekłe bądź swój wiek są szczególnie narażone na ciężki przebieg choroby i powikłania pogrypowe. Antygrypowymi preparatami nowej generacji są inhibitory neuraminidazy wirusa grypy, tj. relenza (leczenie) i tamiflu (profilaktyka i leczenie), których jednak nie należy traktować jako substytutu szczepionki.

Słowa kluczowe: grypa, epidemiologia, patofizjologia.

Summary Influenza is a highly infectious disease. Every year about 100 million of people have flu. In Poland the average number of cases of influenza and influenza-like illness calculated on the base of 10 years amounts to 1 406 945 and this is 3.66%. In our country the highest level of influenza activity is observed between January and March. Influenza is caused by viruses from *Orthomyxoviridae* family that are classified into three types: A, B and C. Sudden onset of symptoms is typical for influenza disease. Post-influenza complications are serious dangers for health and life. Main complications are pneumonia, bronchitis, bronchiolitis, otitis media, myocarditis and pericarditis, myositis and myoglobinuria, neurological complications or infections with meningococcus. The first way of prevention of influenza is vaccination. Healthy, social and economic benefits resulting from influenza vaccinations are clear and undisputed. In Poland the number of doses of influenza vaccines used in the epidemic season 2000/2001 was approximately 179 times higher than in the season 1992/1993. Studies carried out by the National Influenza Center together with physicians showed that vaccination against influenza is legitimate in patients who risk serious course of the disease and post-influenza complications. Neuraminidase inhibitors are antiinfluenza drugs of new generation. One of them, i.e. relenza, may be used for treatment, while the second drug, i.e. tamiflu – for treatment and prophylaxis. Nevertheless, they are not substitutes of vaccines against influenza.

Key words: influenza, epidemiology, pathophysiology.

Wirus grypy zachowuje się przypuszczalnie tak samo jak 500 lub 1000 lat temu, my zaś nie potrafimy lepiej powstrzymać epidemii niż nasi przodkowie

Dr Charles Cockburn, WHO, 1973

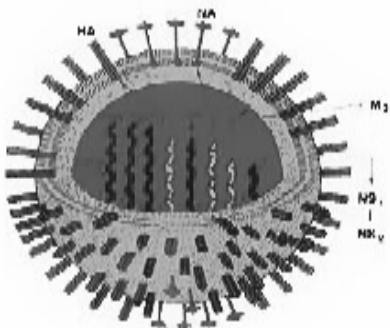
Ostatecznie określenie „grypa” wprowadzili Włosi podczas epidemii 1504 roku, jako nazwę choroby zależnej od wpływu gwiazd. W później-

szym okresie badacze jednak uznali, że pojawia się ona jako reakcja na zimno i nazwali ją *influenza in freddo*, czyli choroba w następstwie oziębienia. Nazwa „grypa” została następnie użyta przez Anglików podczas epidemii z lat 1742–1743. Jednakże pierwsze zapiski o epidemiach grypy, autorstwa Hipokratesa i Liwiusza, pochodzą jeszcze z 412 roku p.n.e. [1].

Grypa jest ostrą chorobą o dużej zakaźności.

Chociaż nie jest ona chorobą patognomiczną (wyróżniającą się objawami dla danej choroby), to wiadomo, iż w tym samym czasie co wirusy grypy podobne objawy, tj. objawy grypopodobne, może wywoływać ponad 150 innych wirusów, w tym wirusy parainfluenzy, adenowirusy, rinowirusy, koronawirusy, wirus RS czy wirusy Cocksackie [1, 2].

Z powyższych powodów, zwłaszcza dla lekarza medycyny rodzinnej, zastosowanie diagnostyki wirusologicznej infekcji układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem grypy, ma szczególne znaczenie. W obecnej sytuacji, jaka ma miejsce na rynku pracy, wydaje się, iż zakażenia spowodowane wirusem grypy nie będą lekceważone przez część społeczeństwa. Postawienie wczesnej, prawidłowej i pełnej diagnozy dla potwierdzenia infekcji grypowej ma bardzo duże znaczenie nie tylko w wymiarze zdrowotnym, ale również dla prawidłowej terapii, co w konsekwencji zaowocuje uchronieniem przed nieuzasadnionymi wydatkami indywidualnymi i nakładami ekonomicznymi w skali społecznej. Postawienie wczesnej, prawidłowej i pełnej diagnozy w kierunku grypy ma także znaczenie dla: uniknięcia antybiotykoterapii bez wskazań, podjęcia właściwego leczenia, a w konsekwencji skrócenia pobytu w szpitalu, dla podjęcia stosownych środków terapeutycznych w celu zapobieżenia szerzenia się zakażenia, a tym samym zmniejszenia leczenia powikłań, obalenia mitów związanych ze szczepieniami, prowadzących do ich unikania, właściwego użycia dostępnych obecnie już nowych inhibitorów neuraminidazy wirusa grypy, takich jak zanamawir (Relenza) czy oseltamiwir (Tamiflu) i jednocześnie zapobieżenia powstawaniu szczepów opornych na te inhibitory [3]. Wirusy grypy typu RNA należą do rodziny *Orthomyxoviridae* i zaklasyfikowane są do trzech typów: A, B i C. Klasyfikacja ta opiera się na różnicach antygenowych między głównymi białkami wirionu, tj. białkiem M i nukleoproteiną NP. Typy te różnią się pod względem epidemiologicznym. Na podstawie właściwości antygenów powierzchniowych, tzn. hemaglutyniny (HA) i neuraminidazy (NA), typ A wirusów dzielony jest na podtypy. Na rycinie 1 przedstawiono schemat struktury wirusa grypy według R.G. Webstera i wsp. [4].



Choroba występuje nagle. Po okresie inkubacji pojawiają się:

- objawy ogólne – złe samopoczucie (uczucie ogólnego rozbicia), dreszcze, przeczulica skóry, ciepota ciała powyżej 37,8 °C,
- objawy ze strony układu oddechowego – surowicza wydzielina z nosa, ból gardła, chrypka, bóle w klatce piersiowej, suchy „szczekający” kaszel prowokujący wymioty,
- objawy ze strony innych układów – ból głowy, brak łaknienia, bóle mięśniowe, zawroty głowy, biegunka, bóle brzucha, nudności i wymioty, senność lub ospałość (występuje u około 50% dzieci poniżej 4 roku życia, lecz tylko u 10% dzieci w wieku pomiędzy 5–14 rokiem życia). Objawy żołądkowo-jelitowe, głównie nudności i wymioty, występują z mniejszą częstotliwością u dorosłych, natomiast bardzo często występują one u dzieci. Obecnie coraz częściej pojawiają się informacje, iż także w grupie osób starszych grypa powoduje również objawy jelitowe [5].

Kliniczny przebieg choroby wywołanej wirusem grypy zależy od właściwości wirusa, wieku pacjenta, statusu immunologicznego, palenia tytoniu, współistnienia innych chorób (np. serca i płuc), wydolności nerek, immunosupresji, ciąży, stanu odżywienia itp. Powikłania pogrypowe niejednokrotnie uwidaczniają się dopiero po pewnym czasie od przebytej infekcji.

W przypadku niepowikłanej grypy u dorosłych typowym jej objawem jest nagłe wystąpienie choroby z zaznaczonymi objawami ogólnoustrojowymi, złe samopoczucie, stany gorączkowe, dreszcze, bóle głowy, brak apetytu, bóle mięśni i zawroty głowy. Gorączka od 38 do 40°C jest najbardziej ewidentnym objawem infekcji. Szczyt gorączki przypada na szczyt objawów ogólnoustrojowych i może trwać od jednego do pięciu dni. Do wczesnych objawów zaliczamy suchy kaszel, wydzielinę z nosa, kichanie i ból gardła. Rzadziej pacjent może mieć kaszel z odpluwaniem, chrypkę i ból podmostkowy. Trzeszczenia i firczenia wysłuchuje się u około 10% pacjentów. Objawy te mogą trwać trzy do pięciu dni, jakkolwiek kaszel, zmęczenie i złe samopoczucie może utrzymywać się jeden do dwóch tygodni od ustą-

Tabela 1. Cechy charakterystyczne grypy

charakter epidemiczny wysoka zakaźność możliwość zakażenia bez względu na wiek człowieka stała mutacja wirusa grypy powikłania pogrypowe poważne, wymierne skutki ekonomiczne bezwzględna konieczność działań profilaktycznych
--

pienia gorączki. Na podstawie danych ze 110 Krajowych Ośrodków ds. Grypy przyjmuje się, że około 100 mln ludzi w świecie rokrocznie choruje z powodu grypy.

Cechy charakterystyczne grypy przedstawiono w tabeli 1 [6].

Powikłania pogrypowe niejednokrotnie uwiadcniają się dopiero po pewnym czasie, jaki minął od przebytej infekcji. Najczęstsze z nich przedstawiono w tabeli 2.

Oprócz klasycznych powikłań pogrypowych przedstawionych powyżej w literaturze pediatrycznej wymienia się również następujące komplikacje, które przedstawiono w tabeli 3.

Jak już wspomniano wcześniej, grypa może wywołać zaburzenia w układzie oddechowym, sercowo-naczyniowym, neurologiczne, psychiatryczne i inne schorzenia systemowe. W polskim piśmiennictwie medycznym mało uwagi poświę-

ca się komplikacjom neurologicznym, jakie pojawiają się po zakażeniu wirusem grypy [6].

W tabeli 4 przedstawiono powikłania neurologiczne po infekcji grypowej.

Szczepienia przeciwko grypie są podstawową metodą w profilaktyce grypy i kontroli grypy [1]. Społeczne zyski szczepień przeciwko grypie są jednoznaczne i nie podlegają żadnej dyskusji. Zwłaszcza w grupach podwyższonego ryzyka szczepienia redukują zarówno hospitalizację z powodu powikłań i zaostrzeń istniejących chorób, jak i zgony w następstwie zakażeń spowodowanych przez grypę. Wśród zdrowych pracujących, dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym oraz w żłobkach szczepienie przeciwko grypie redukuje rozprzestrzenianie się wirusa, co z kolei wpływa na zmniejszenie nieobecności w pracy itp. Zakażenia spowodowane przez wirus grypy występują co sezon epidemiczny, dlatego też gry-

Tabela 2. Powikłania pogrypowe

Ze strony układu oddechowego:

- zapalenie płuc i oskrzeli
- wtórne bakteryjne zapalenie płuc, wywołane głównie przez *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*
- zapalenie oskrzelików u niemowląt i dzieci

Ze strony innych układów:

- zapalenie ucha środkowego
- zapalenie mięśnia serca i osierdzia
- drgawki gorączkowe
- zespół wstrząsu toksycznego
- zapalenie mięśni i mioglobinuria, mogąca prowadzić do niewydolności nerek
- powikłania neurologiczne, w tym zespół Guilliana-Barré, poprzeczne zapalenie rdzenia, zapalenie mózgu i opon mózgowych
- większa częstość występowania schizofrenii w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego w czasie ciąży
- zakażenia meningokokowe

L.B. Brydak, 2001

Tabela 3. Częstość występowania powikłań u dzieci [5]

dysfunkcja receptora słuchowego, częściowa utrata słuchu, a nawet głuchota u 25–67%

zaostrzenie astmy, np. w Nigerii z powodu zakażenia spowodowanego przez wirus grypy typu A 16% z 74 dzieci było hospitalizowanych z powodu zaostrzenia się astmy, a u około 75% dzieci z astmą rejestrowano zaostrzenie się choroby

zaostrzenie mukowiscydozy: 4–13%

drgawki gorączkowe: u 20–50% dzieci hospitalizowanych z powodu grypy

bóle brzucha: jako przyczyna hospitalizacji dominują zaburzenia żołądkowo-jelitowe, objawiające się bólami brzucha, biegunką, wymiotami, niejednokrotnie imitują zapalenie wyrostka robaczkowego

bóle mięśniowe dotyczące kończyn dolnych i grzbietu; zapalenie mięśni (oraz mioglobinuria z lub bez niewydolności nerek) jest rzadkim powikłaniem, w większości przypadków pojawiającym się podczas powrotu do zdrowia. Zapalenie mięśni jest spowodowane zakażeniem wirusem grypy przede wszystkim typu B; zwykle pojawiają się bóle kończyn dolnych i uczucie tkliwości przy ucisku mięśni, które utrzymują się od 1 do 5 dni

zespół Reye'a: prawdopodobnie z powodu zmniejszenia częstości stosowania salicylanów u dzieci obserwuje się ostatnio w USA i Anglii tendencję wskazującą na spadek przypadków zależności infekcji grypowej, a pojawianiem się syndromu Reye'a

L.B. Brydak, 2001

Tabela 4. Powikłania neurologiczne

Zaburzenia neurologiczne:

Otępienie, zaburzenia padaczkowe, choroby naczyniowe mózgu
 U pacjentów tych obserwuje się trudności z wydzielaniem w nosogardzieli i zaburzenia nerwowo-mięśniowe, stanowiące czynnik ryzyka w zachorowaniu na zapalenie płuc

Powikłania centralnego układu nerwowego:

Drgawki gorączkowe
 Toksyczna encefalopatia, zapalenie mózgu
 Poinfekcyjne zapalenie mózgu i opon mózgowych
 Niejednokrotnie wzrost przypadków choroby Parkinsona
 Zespół Reye'a

Schorzenia naczyniowe mózgu:

Pod pajęczynówkowe wylewy

Śpiączkowe zapalenie mózgu:

Śpiączkowe zapalenie mózgu

Powikłania psychiatryczne:

Ostre psychozy, niektóre ze słuchowymi lub wzrokowymi halucynacjami, schizofrenia

L.B. Brydak, 2002

pa jest lekceważona, usiłujemy ją „przechodzić”, co niejednokrotnie kończy się nieodwracalnymi komplikacjami pogrypowymi lub nawet zgonem [7]. Zgodnie z danymi Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA, 70–80 mln ludzi, czyli około 30% populacji w USA, jest w grupie wysokiego rozwoju poważnych powikłań pogrypowych. Rokrocznie w Ameryce wirusem grypy zakaża się od 17 do 50 mln ludzi, z czego dzieci stanowią 30–40%. Zakażenie wirusem grypy w konsekwencji powoduje liczone w milionach: chorobodni, ograniczenie aktywności, wzrost wizyt lekarskich oraz 20 000–40 000 zgonów rocznie. Dalszym następstwem infekcji grypowej są również miliony hospitalizacji. Łączna śmiertelność z powodu grypy i zapalenia płuc plasuje je na 6 pozycji jako przyczyny zgonu. Na podstawie danych z biuletynu Ministerstwa Zdrowia, w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat średnia liczba zachorowań na grypę i wirusy grypopodobne wynosiła 1 406 945, co w przeliczeniu na całą populację stanowi około 3,66% rocznie. Szczyt zachorowań na grypę i wirusy grypopodobne rejestruje się między styczniem a marcem, co ilustruje tabela 5. W zależności od sezonu epidemicznego notuje się od paruset tysięcy zachorowań do paru milionów. Natomiast średnia hospitalizacji wynosi 1039 osób oraz 120 zgonów. Nie wydaje się, aby te dane były reprezentatywne dla naszego kraju.

Każdej zimy klinicyści różnych specjalności, a zwłaszcza lekarze rodzinni, mogą się spodziewać objawów grypy w różnych postaciach i szerokim zakresie schorzeń, począwszy od bezobjawowych infekcji, poprzez zapalenie płuc i wielonarządowe powikłania.

Dotychczasowe metody leczenia [1, 3, 8]:

- szczepienia (profilaktyka),
- stosowanie leków antywirusowych:
 - amantadyna } profilaktyka i leczenie
 - rymantadyna }
 - rybawiryne (leczenie)
 - relenza (leczenie)
 - tamiflu (profilaktyka i leczenie),
- stosowanie leków **OTC, które zmniejszają nasilenie objawów, ale nie mają wpływu na wirusa,**
- stosowanie antybiotyków, są **one użyteczne w przypadku powikłań, ale nie mają wpływu na wirusa.**

Jedynymi preparatami nowej generacji, antygrypowymi są inhibitory neuraminidazy, tj. RELENZA (leczenie) i TAMIFLU (profilaktyka i leczenie).

Oba te leki okazały się skuteczne zarówno w przypadku infekcji wirusem grypy typu A, jak i typu B [3].

Na całym świecie, oprócz zaleceń, jakie wydaje Komitet Doradczy ds. Szczepień (ACIP), Medyczne Towarzystwa Naukowe świadome zagrożeń, jakie niesie zakażenie wirusem grypy we wszystkich grupach wiekowych, same prowadzą działalność dotyczącą profilaktyki grypowej, co ilustruje tabela 6 [6].

W 2000 r. Komitet Doradczy ds. Szczepień (ACIP – Advisory Committee on Immunization Practices, CDC, Atlanta) w swoich rekomendacjach daje wyraz znaczenia szczepień przeciwko grypie, obniżając wiek osób dorosłych z 65–50 r.ż. i zaliczając je do grupy podwyższonego ryzyka, tzn. zalecając tym osobom **powszechne szczepienie** [9, 10]. ACIP rozważa ponadto wprowadzenie

Tabela 5. Liczba zachorowań na grypę i choroby grypopodobne w Polsce w sezonach epidemicznych 1997/1998 – 2001/2002

	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/2001	2001/2002
1-7 X				2 340 (6,06)	26 IF
8-15 X	96	451	33 (0,09)	3 884 (10,05)	21 IF
16-22 X	639	766	343 (0,89)	3 695 (9,56)	6 IF
23-31 X	735	1 217	376 (0,97)	4 614 (11,94)	36 IF
razem				14 533 (37,61)	89 IF (-)
1-7 XI	793	226	479 (1,24)	4 784 (12,38)	61 IF
8-15 XI				6 013 (15,56)	102 IF
16-22 XI	645	323 H3N2-1	1 IF (1A+)*	5 685 (14,71)	59 IF
23-30 XI	1 438	549	5 IF (1A+)	6 649 (17,21)	93 IF
razem				23 134 (59,86)	315 IF (-)
1-7 XII	1 046	15 591	18 IF (1A+)	6 978 (18,06)	66 IF
8-15 XII			452 (1,17)	8 661 (22,41)	84 IF
16-22 XII	638	40 106	23 IF , H3N2	8 681 (22,46)	61 IF
23-31 XII	1 684	55 697	25 IF (1A+)	4 839 (12,52)	52 IF
razem				29 159 (75,45)	263 IF (-)
1-7 I	3 393	155 746	31 IF (1A+)	6 116 (15,83)	66 IF, 2 zgony
8-15 I			136 702 (353,66)	7 855 (20,33)	67 IF
16-22 I	3 091 H3N2-3	79 296 B – 4	33 IF (4A+), 3 zgony	19 040 (49,27)	61 IF
23-31 I	6 484	946 042	790 215 (2044,35)	100 112 (259,05)	98 IF
razem				133 123 (344,47)	292 IF (-), 2 zgony
1-7 II	3 457	816 963 B – 2	21 IF (6A+), 25 zgonów	108 468 (280,67)	76 IF
8-15 II			438 762 (1135,11)	66 387 (171,81)	87 IF
16-22 II	6 381	327 409	30 IF (7A+, 2B+), 14 zgonów	54 453 (140,90)	93 IF, H1N1-1
23-28 II	9 838	1 144 372	21F (5A+), 4 zgony	51 754 (133,98)	64 IF
razem				281 062 (727,27)	320 IF (-), H1N1-1
1-7 III	69 585	139 941	7 IF, 4 zgony	44 957 (116,33)	78 IF
8-15 III			34 306 (88,75)	30 782 (79,65)	95 IF
16-22 III	338 473	49 921	14 275 (36,93)	13 669 (35,37)	59 IF
23-31 III	408 058	189 862	48 581 (125,68)	6 557 (16,97)	78 IF
razem				95 965 (248,32)	310 IF (-)
1-7 IV	246 998	5 007	4 602 (11,91)	3 598 (9,31)	
8-15 IV				2 893 (7,48)	
16-22 IV	80 533	955	1 120 (2,90)	1 111 (2,87)	
23-30 IV	327 531	5 962	5 722 (14,80)	677 (1,75)	
razem				8 279 (21,42)	
izolacje wirusów	44 zgony H3N2 – Warszawa (3); A/Nanchang/93/95 (2) A/Johannesburg/33/94 (1)	402 zgony H3N2 – 1 Warszawa(1) – A/Johannesburg/33/94 B – 6 Kielce (4) – B/Beijing/184/93 Rzeszów (1) – B/Beijing/184/93 Warszawa (1) – B/Beijing/184/93	98 zgonów 1 524 454 (3943,88), 379 IF (44A+, 4B+, 331-) H3N2 – Warszawa (2); A/Sydney/5/97 *dorosli	2 zgony 585 255 (1514,39), 1589 IF (-) (dane całkowite obecnie niedostępne) H1N1 – Warszawa (1); A/New Caledonia/20/99 (spokrewniony z A/Madagaskar/57794/00)	29 IF (-) 183 271 (453,4), 29 IF (-) H1N1 – Warsaw (3); A/New Caledonia/20/99 H3N2 – Warsaw (7); A/Panama/2007/99

Tabela 6. Rekomendacje dotyczące szczepień przeciw grypie

Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)
 American Academy of Pediatrics (AAP)
 American Academy of Family Physicians US (AAFP)
 Preventive Services Task Force (USPSTF US)
 The American College of Physicians
 The American Society of Internal Medicine
 Infectious Diseases Society of America (IDSA)
 The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination
 American Cancer Society
 American College of Obstetrics and Gynecology
 Chief Medical Officer of the Department of Health (UK)
 European Scientific Working Group on Influenza (ESWI)

L.B. Brydak, 2002

obowiązkowego szczepienia dzieci poniżej 5 roku życia, mając na uwadze skutki zakażeń grypą w postaci zapalenia ucha środkowego, niejednokrotnie powodującego częściową utratę słuchu, a nawet głuchotę [9, 10]. Szczepienie małych dzieci przeciw grypie po pierwsze ochrania je przed infekcją spowodowaną wirusem grypy, a po

drugie redukuje transmisję wirusa członkom rodziny, przedszkola, szkoły i społeczności, w której żyją. Wiele badań potwierdza, iż niemowlęta i małe dzieci są szczególnie efektywne w rozprzestrzenianiu wirusa [12–15]. Najnowsze badania opublikowane w 2001 r. przeprowadzone przez grupę badaczy amerykańsko-japońsko-francuskich jeszcze raz udowodniły, iż szczepienie dzieci przeciwko grypie w wieku szkolnym zapewnia ochronę im samym i redukuje liczbę zgonów wśród starszej populacji, jak również i pacjentów z grup podwyższonego ryzyka [16]. Osoby powyżej 65. roku życia i przewlekle chore na schorzenia układu oddechowego i krążenia, rezydenci domów opieki społecznej i dla przewlekle chorych oraz podobnych instytucji są narażone na ryzyko komplikacji pogrypowych i powinny być włączone do specjalnych programów szczepień. Proporcja osób wysokiego ryzyka wzrasta z wiekiem. Tylko ze względu na wiek ryzyko u osób starszych wzrasta dziesięciokrotnie. Sensowność regularnego, zwłaszcza w tej grupie, stosowania szczepień ochronnych przeciwko grypie była przedmiotem naukowej debaty przez wiele lat. Najnowsze badania prospektywne, krytyczne przeglądy istniejących opracowań tej problematyki oraz metaanalizy dostępnych danych dostarczyły solidnych naukowych podstaw

Tabela 7. Zalecenia Komitetu Doradczego ds. Szczepień (ACIP) WHO, 2001

Wskazania kliniczne (docelowe grupy szczepień) grupa dużego ryzyka wystąpienia powikłań grypy

osoby w wieku 50 lat i więcej;
 pensjonariusze domów spokojnej starości oraz innych ośrodków opieki zdrowotnej, w których przebywają przewlekle chorzy (bez względu na wiek);
 dorośli i dzieci chorzy na przewlekle choroby układu sercowo-naczyniowego lub oddechowego, w tym na astmę;
 dorośli i dzieci, którzy w minionym roku podlegali regularnym kontrolom lekarskim i często przebywali w szpitalu z powodu chorób metabolicznych (w tym cukrzyca), niewydolności nerek, hemoglobinopatii lub niedoborów odporności (w tym spowodowanych leczeniem immunosupresyjnym);
 dzieci i młodzież (od 6 miesiąca życia do 18 lat), leczone przewlekle aspiryną (kwas acetylosalicylowy), co zwiększa u nich ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a w razie zachorowania na grypę;
 kobiety, które w czasie najbliższego sezonu epidemicznego grypy będą w II lub III trymestrze ciąży.

Wskazania epidemiologiczne

osoby mogące stanowić źródło zakażenia dla osób z grupy wysokiego ryzyka. Chorzy na grypę, jak również osoby z bezobjawowo przebiegającym zakażeniem mogą stanowić źródło zakażenia osób z grupy wysokiego ryzyka. Skuteczność działań zmierzających do zapobiegania zachorowaniom na grypę i zgonom z tego powodu w grupie wysokiego ryzyka wzrośnie, jeśli zmniejszy się zachorowalność wśród opiekujących się takimi osobami. W tym celu zaleca się także szczepienie:
 lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu szpitali i ośrodków leczenia otwartego (w tym personelu pogotowia ratunkowego);
 pracowników domów spokojnej starości oraz ośrodków przewlekłej opieki medycznej, którzy kontaktują się z pensjonariuszami lub chorymi;
 pracowników ośrodków dla osób w podeszłym wieku wymagających stałej pomocy w codziennych czynnościach oraz innych instytucji dla osób z grupy wysokiego ryzyka;
 osób zapewniających opiekę domową pacjentom z grup wysokiego ryzyka;
 współlokatorów (w tym także dzieci) osób z grupy wysokiego ryzyka.

L.B. Brydak, 2000

Tabela 8. Przeciwwskazania do szczepień przeciw grypie

ostre choroby gorączkowe,
uczulenie na substancje zawarte w szczepionce,
zespół Guillaina-Barré w wywiadzie,
uczulenie na białko jaja kurzego,
uczulenie na antybiotyki aminoglikozydowe
używane w procesie produkcji,
niepożądane odczyny poszczepienne po poprzednim szczepieniu przeciw grypie

L.B. Brydak, 2000

do polityki corocznych szczepień pacjentów z grup podwyższonego ryzyka [17–19]. Większość związanych z grypą przypadków powikłań zdrowotnych czy nawet zgonów dotyczy ludzi w starszym wieku i to bez względu na ich stan zdrowia. **Dlatego zaleca się, by osoby te poddawały się corocznym szczepieniom ochronnym przeciwko grypie** [1, 10, 17, 18]. W wielu krajach zachodnich, tam gdzie szczepienie dla pewnej grupy pacjentów są bezpłatne, lekarze rodzinni wysyłają informacje zapraszające na szczepienia. **Korzyści płynące ze szczepień osób z grup podwyższonego ryzyka są jednoznaczne, dlatego też Polscy Lekarze Rodzinni powinni im zapewnić coroczną im-**

munizację przeciwko tej chorobie. W Polsce zużycie szczepionki w sezonie 2000/2001 wzrosło około 179-krotnie w porównaniu z sezonem epidemicznym 1992/1993. Jednak pomimo tak dużego wzrostu szczepieniom poddało się zaledwie 9,28% populacji, a powinno ono obejmować 34,04% populacji [2]. Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Polsce prowadzi wraz z klinicystami różnych specjalności badania oceny odpowiedzi humoralnej na szczepienia przeciw grypie w grupach dorosłych pacjentów należących do grup podwyższonego ryzyka [20], takich jak pacjenci przewlekłe chorzy [21], pacjenci z ostrą białaczką limfoblastyczną, będący w trakcie leczenia [22–25], skoszarowani studenci WAM [26], pacjenci z niewydolnością nerek leczeni dializą [27–30], zakażeni HIV [31, 32], pacjenci po splenektomii [33, 34], z nowotworem tarczycy [35], z nowotworem piersi [36] oraz po allogenicznym przeszczepieniu nerek [37], z dysplazją oskrzelowo-płucną [38–39] czy hemofilią [40]. Wyniki tych badań wyraźnie udowodniły zasadność szczepień przeciwko grypie pacjentów szczególnie narażonych na powikłania pogrypowe. Pacjentom z grup podwyższonego ryzyka, cierpiącym na różnego rodzaju choroby przewlekłe, często nie proponuje się tej formy profilaktyki przeciwgrypowej. Wyniki

Tabela 9. Dawki i drogi podawania szczepionki przeciw grypie

Grupa wieku	Dawka
6–35 miesięcy	0,25 ml (1 lub 2 dawki)*
3–8 lat	0,50 ml (1 lub 2 dawki)*
9 lat i więcej	0,50 ml (1 dawka)

* Jedną dawkę podaje się w przypadku, gdy dziecko było już kiedykolwiek szczepione przeciw grypie. Jeśli nie było nigdy szczepione, podajemy 2 dawki w odstępie 4 tygodni. Małym dzieciom szczepionkę podaje się domięśniowo w przednio bocznej części uda, a starszym dzieciom i dorosłym w mięsień naramienny. Szczepionki nie należy podawać dożylnie.

Tylko inaktywowane szczepionki przeciw grypie mają rekomendacje ACIP. Jedna dawka (0,5 ml) szczepionki zawiera 15 µg hemaglutyniny każdego z rekomendowanych przez WHO szczepów wirusa grypy na dany sezon epidemiczny (oczyszczone zawierające cały wirion, oczyszczone z rozszczepionym wirionem tzw. „split” lub oczyszczone pojednostkowe tzw. „subunit”, zawierające izolowane antygeny powierzchniowe) [10].

L.B. Brydak, 2001

Tabela 10. Szczepionki przeciw grypie zarejestrowane w Polsce

Szczepionki inaktywowane z rozszczepionym wirionem
Vaxigrip (Aventis, F, atest wydany w 1992 r.)
Fluarix (Smith Kline Beecham Biologicals, B, atest wydany w 1994 r.)
Begrivac (Chiron Behring, D, atest wydany w 1997 r.)

Szczepionki pojednostkowe, zawierające izolowane antygeny powierzchniowe: hemaglutyninę i neuraminidazę
Influvac (Solvay Biologicals, NL, atest wydany w 1995 r.)
Fluvirin (Evans Medical, GB, atest wydany w 1998 r.)
Isiflu Zonale (Istituto Sierovaccinogeno Italiano, atest wydany w 1999 r.)

L.B. Brydak, 2000

Tabela 11. Nowa generacja substancji antywirusowych. Inhibitory neuraminidazy wirusa grypy

Zanamiwir (Relenza) Oseltamiwir (Tamiflu)
Leczenie powinno być zaczęte tak szybko, jak to możliwe, najlepiej w ciągu 36 godzin od wystąpienia pierwszych objawów
Dawkowanie zanamiwuru (Relenza)
Dopuszczony do leczenia od 12 roku życia: 20 mg leku na dobę, tj. 2 inhalacje po 5 mg każda dwa razy dziennie przez 5 dni, inne leki podawane w formie inhalacji (np. do stosowania w astmie) powinny być podane przed zastosowaniem zanamiwuru, nie ma konieczności zmiany dawkowania u osób z upośledzoną funkcją nerek lub wątroby, czy u osób w podeszłym wieku.
Dawkowanie oseltamiwuru (Tamiflu)
Dawkowanie w przypadku leczenia od 12 roku życia: dzieci – 2 mg/kg m.c. (oseltamiwir w formie zawiesiny) dwa razy na dobę przez 5 dni, dorośli – 75 mg (1 kapsułka) dwa razy na dobę przez 5 dni, w przypadku osób z kliresem kreatyniny < 30 ml/min konieczne jest zmniejszenie dawki do 75 mg/dzień. Dawkowanie w celach profilaktycznych: profilaktyka krótkoterminowa (po kontakcie) – 75 mg (1 kapsułka) jeden raz na dobę przez 7 dni, profilaktyka długoterminowa – 75 mg (1 kapsułka) jeden raz na dobę do 42 dni.

L.B. Brydak, 2000

powyższych badań zostały uznane przez międzynarodowe autorytety i na pewno mogą stać się czynnikiem, który z korzyścią dla pacjentów przyczyni się do zmiany poglądów na sprawy szczepień przeciwko grypie w środowisku medycznym.

W tym miejscu trzeba koniecznie podkreślić, iż leczenie pacjentów z wymienionych grup podwyższonego ryzyka pociąga za sobą bardzo wysokie koszty, a infekcja wywołana przez wirus grypy powoduje zaostrzenie podstawowej choroby, co niejednokrotnie kończy się zgonem.

Faktyczne stosowanie szczepionki przeciw grypie zależy od wielu czynników, a przede wszystkim **wiedzy, w szczególności na temat różnego rodzaju komplikacji, jakie mogą wystąpić po przebytej infekcji grypowej**, spostrzeżeń na temat jej bezpieczeństwa, tolerancji, skuteczności, zaleceń i działań podejmowanych przez lokalne służby medyczne mające na celu wprowadzenie programów powszechnych szczepień przeciwko grypie, stosowania zwrotu kosztów i stosowania rozwiązań logistycznych służących dotarciu ze szczepionką do odpowiednich pacjentów.

W przypadku osób z grup podwyższonego ryzyka zagrożenie wystąpienia infekcji jest najwyższe, zatem istnieją tu przede wszystkim wskazania etyczne do stosowania szczepionki, jak również wymierne korzyści finansowe [41].

Rekomendacje ACIP do szczepień przeciwko

grypie obejmujące wskazania kliniczne i epidemiologiczne ilustruje tabela 7 [10].

W tabeli 8 przedstawiono przeciwwskazania do szczepień przeciw grypie [10].

W tabeli 9 przedstawiono dawki i drogi podawania szczepionki przeciw grypie [10].

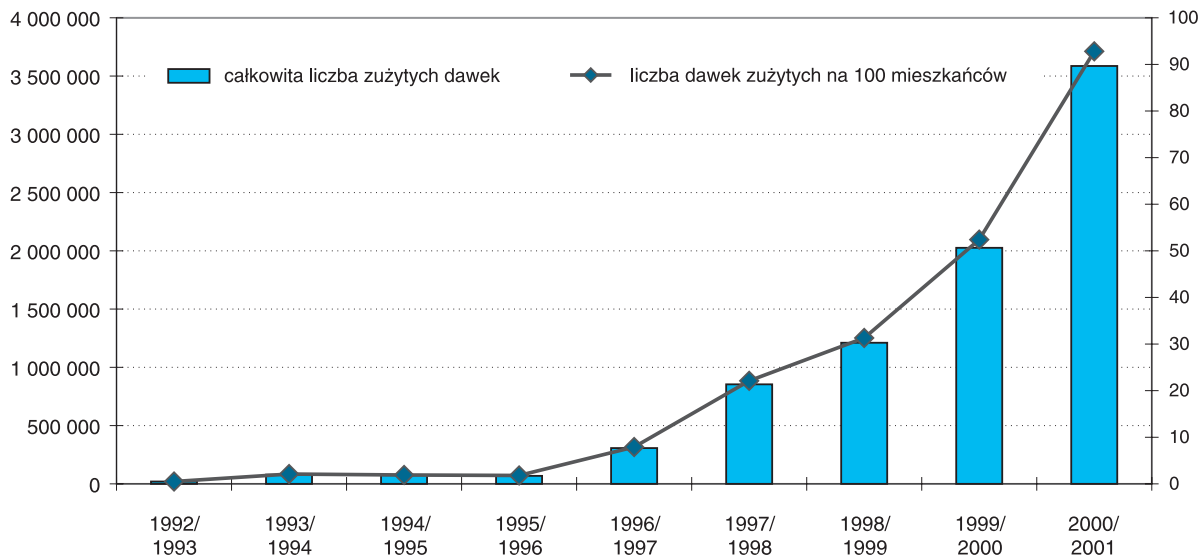
W Polsce zużycie szczepionki w sezonie 2000/2001 wzrosło 178,8-krotnie w porównaniu z sezonem epidemicznym 1992/1993, tj. odpowiednio z 0,52 dawek na 1000 mieszkańców do 92,4 dawek (ryc. 2).

Badania przeprowadzone przez W.E. Beyera, A.M. Palache i A.D. Osterhaus z Instytutu Wirusologii Erazma w Rotterdamie **metodą metaanalizy wykazują, że szczepionki „split” (z rozszczepionym wirionem) i „subunit” (podjednostkowe) są immunologicznie równocenne** [26].

Szczepionki z całym wirionem nie można stosować do 12. roku życia [20, 21].

W Polsce zarejestrowanych jest sześć inaktywowanych szczepionek przeciw grypie występujących w dwóch rodzajach, co ilustruje tabela 10 [25].

W 2000 r. Komitet Doradczy ds. Szczepień (ACIP) wprowadził po raz pierwszy do swoich rekomendacji oprócz szczepień nowej generacji preparaty do walki z grypą, tj. inhibitory neuraminidazy wirusa grypy – zanamiwir i oseltamiwir [9]. Leki antywirusowe nowej generacji będą musiały być wprowadzane do powszechnego użycia bardzo ostrożnie, aby uniknąć fałszywej opinii, że mogą one zastąpić szczepienia. Cytując wypowiedź prof. Roberta Webstera z USA



Ryc. 2. Zużycie szczepionki przeciwko grypie w Polsce w sezonach epidemicznych 1992/1993–2000/2001

można podkreślić, iż mimo że „Świat otrzymał dwa nowe inhibitory neuraminidazy wirusa grypy, nie należy ich traktować jako substytutu szczepionki przeciwko grypie, ale jako dodatkową wspaniałą broń do walki z grypą”.

Skuteczność dopuszczonych do leczenia inhibitorów NA jest tym większa, im szybciej zostaną one podane od momentu wystąpienia ostrych objawów, tj. nie później niż w ciągu 36 godzin. Mogą być stosowane w leczeniu grypy podczas corocznie występujących epidemii, z czego skorzystają szczególnie te osoby, które z jakichkolwiek powodów nie zaszczepiły się przeciwko grypie [3, 9].

Podsumowanie

- O wskazaniach do szczepień decyduje lekarz.
- Nie ma żadnych terminów wskazujących, do kiedy możemy się zaszczepić, jednak zwłaszcza osoby z grup podwyższonego ryzyka powinny się zaszczepić przed sezonem grypowym.
- Zalecenia wydane przez Komitet Doradczy ds. Szczepień WHO w 1999, 2000 i 2001 r. informują, iż szczepienia powinny być zaoferowane osobom nie zaszczepionym, nawet gdy stwierdzamy wzrost zachorowań na grypę oraz izolujemy wirus grypy w społeczeństwie, tzn. potwierdzamy laboratoryjnie krążenie wirusa.
- Przeciwciała ochronne (antyhemaglutyninowe i antyneuraminidazowe) są wytwarzane w organizmie już 7 dnia po zaszczepieniu i utrzymują się do roku, o czym wiadomo już od 1993 r.
- Zarejestrowane szczepionki przeciwko grypie w Polsce są immunologicznie równocenne, a skład wszystkich z nich jest co sezon uaktualniany na całym świecie. Firmy produkujące szczepionkę przeciwko grypie otrzymują szczepionki do jej produkcji od ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia.
- Od wielu lat Komitet Doradczy ds. Szczepień WHO rekomenduje szczepienie małych dzieci w wieku od 6 miesięcy do 35 miesięcy wyłącznie szczepionkami inaktywowanymi („zabitymi”) z rozszczepionym wirionem (typu „split”) lub podjednostkowymi (typu „subunit”). Szczepić możemy nawet 100-letnie osoby.
- Istnieje ponad 150 różnych typów wirusów oddechowych – grypa jest jednak najgroźniejsza.
- Istnieją metody szybkiej diagnostyki laboratoryjnej pozwalające potwierdzić diagnozę.
- Ze względu na dużą zmienność wirusa grypy skład wszystkich szczepionek na całym świecie co roku ulega zmianie i dlatego istnieje konieczność corocznego szczepienia, zwłaszcza w grupach podwyższonego ryzyka.
- Szczepionki wirusa grypy, jakie zostają użyte do szczepionki przeciwko grypie, dzięki zastosowaniu najnowszej techniki biologii molekularnej, okazują się prawie 100% zgodne z tymi, które pojawiają się w kolejnym sezonie epidemicznym.
- Medyczne i ekonomiczne skutki związane z coroczną aktywnością grypy są dobrze znane i naukowo udokumentowane.
- Oferowanie i organizowanie szczepień przeciwko grypie, zwłaszcza osobom z grup podwyższonego ryzyka, uważać należy za etyczną powinność.

Piśmiennictwo

1. Brydak LB. Grypa i jej profilaktyka. Warszawa: Springer-PWN; 1998.
2. Brydak LB. Diagnostyka i profilaktyka grypy niezbędna w praktyce lekarza rodzinnego. *Stand Med* 2001; 2(12): 16–29.
3. Brydak LB, Machała M. Inhibitory neuraminidazy wirusa grypy. *Przewodnik Lek* 2001; 7–8 (31–32): 55–60.
4. Webster RG, Bean WJ, Gorman OT i wsp. Evaluation and ecology of influenza A viruses. *Microbiol Rev* 1992; 56: 152–179.
5. Brydak LB. Grypa – postępowanie diagnostyczne i profilaktyka u dzieci. *Stand Med* 2001; 2(12): 16–29.
6. Brydak LB. Neurologiczne powikłania zakażeń wywołanych przez wirus grypy (w druku).
7. Brydak LB. Nadzór nad grypą i jej profilaktyka. *Pol Arch Med Wewn* 2001; CV: 321–328.
8. Brydak LB. Farmakoterapia grypy. *Ordynator* 2001, 1, 2(2): 29–35.
9. Morbidity and Mortality Weekly Report. Prevention and Control of Influenza. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 2000; 49(RR-3): 1–38.
10. Morbidity and Mortality Weekly Report. Prevention and Control of Influenza. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 2001; 50(RR-4): 1–46.
11. Clements DA, Langdon L., Bland C. i wsp. Influenza A vaccine decreases the incidence of otitis media in 6- to 30-month-old children in day care. *Arch Pediat Adol Med* 1995; 149: 1113.
12. Barnett E. Influenza immunization for children. *New Engl J Med* 1998; 338: 1459–1461.
13. Glezen WP, Paredes A., Taber LH i wsp. Influenza in children: relationship to other respiratory agents. *JAMA* 1980; 243: 1345–1349.
14. Glezen WP, Taber LH, Frank AL i wsp. Influenza virus infections in infants. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 1065–1068.
15. Monto AS, Davenport FM, Naoier JA. Modification of an outbreak of influenza in Tecumseh by vaccination of schoolchildren. *J Infect Dis* 1998; 170(122): 16–25.
16. Reichert TA, Sugaya N., Fedson DS i wsp. The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza. *New Engl J Med* 2001; 334: 889–896.
17. Beyer WEP, Palache AM, Sprenger MJW i wsp. Effects of repeated annual influenza vaccination sero-response in young and elderly adults. *Vaccine* 1996; 14: 1331–1339.
18. Beyer WE, de Buijn IA, Palache AM i wsp. Protection against influenza after annually repeated vaccination: meta-analysis of serologic and field studies. *Arch Intern Med* 1999; 159: 182–188.
19. Beyer WEP, Palache AM, Osterhaus ADME. Comparison of serology and reactogenicity between influenza subunit vaccines and whole virus or split vaccines. A review and meta-analysis of literature. *Clin Drug Invest* 1998; 15(1): 1–12.
20. Brydak LB, Machała M. Humoral immune response to influenza vaccination in patients from high-risk groups. *Drugs* 2000; 60(1): 35–53.
21. Brydak L., Ordyńska E., Wasilewski B. i wsp. Immunogenicity of trivalent subunit influenza vaccine in elderly people with chronic medical conditions vaccinated in 1993 in Poland. *Antiinfect Drug Chemother* 1997; 15(1): 9–12.
22. Brydak B., Całbecka M. Immunogenicity of influenza vaccine in patients with hemato-oncological disorders. *Leuk Lymph* 1999; 32(3–4): 369–374.
23. Brydak LB, Rokicka-Milewska R., Jackowska T. i wsp. Kinetics of humoral response in children with acute lymphoblastic leukemia immunized with influenza vaccine in 1993 in Poland. *Leuk Lymph* 1997; 26: 163–169.
24. Brydak LB, Rokicka-Milewska R., Machała M. i wsp. Immunogenicity of subunit trivalent influenza vaccine in children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 125–129.
25. Brydak LB, Rokicka-Milewska R., Machała M. i wsp. Studies on the humoral immune response to hemagglutinin of influenza vaccine in children with acute lymphoblastic leukemia after chemotherapy treatment. *Int J Pediat Hem Onc* 2000; 7(1): 29–40.
26. Brydak L., Białek J., Rudnicka H. i wsp. Seroconversion assessment in billeted military medical university student group after antiinfluenza subunit vaccinations in 1993/1994 in Poland. *Antiinfect Drug Chemother* 1997; 15(1): 13–16.
27. Koziol-Montewka M., Książek A., Majdan M. i wsp. Influence of some immune factors on the IL-6 and soluble IL-2 receptor in haemodialized patients. *Int Urol Nephrol* 1997; 29(23): 369–375.
28. Brydak LB, Roszkowska-Blaim M., Machała M. i wsp. Immunological response to influenza vaccination in children with renal failure. *Nephrol Dial Transpl* 2001; 16(3): 643–644.
29. Brydak LB, Roszkowska-Blaim M., Machała M. i wsp. Antibody response to influenza immunization in two consecutive epidemic seasons in patients with renal disease. *Vaccine* 2000; 18: 3280–3286.
30. Brydak LB, Rajkowski T., Machała M. i wsp. Humoral antibody response following influenza vaccination in patients with nephrotic syndrome. *Antiinfect Drug Chemother* 1998; 16(2): 151–155.
31. Brydak LB, Hryniewicz HJ, Machała M. i wsp. Humoral response to influenza vaccination in HIV-infected patients. *Clin Drug Invest* 1999; 17(6): 441–449.
32. Marczyńska M., Brydak LB, Machała M. i wsp. Influenza vaccination in HIV-infected children. *Acta Paediatr* 2001; 90(1–2): 466–467.
33. Brydak LB, Rokicka-Milewska R., Łaguna P. i wsp. Immunogenicity of trivalent split influenza vaccine in patients after splenectomy. *Brit J Haematol* 1998; 102: 1.

34. Brydak LB, Rokicka-Milewska R., Łaguna P. i wsp. Antihemagglutinin antibody kinetics in splenectomized patients vaccinated against influenza in Poland. 9th International Congress on Infectious Diseases; 2000 April 10–13; Buenos Aires, Argentina.
35. Brydak LB, Kowalska A., Machała M. i wsp. Antibody response to influenza vaccination in patients with thyroid carcinoma. *Options for the Control of Influenza IV*; 2000 Sept 23–28; Hersonissons, Crete, Greece.
36. Brydak LB, Guzy J., Starzyk J. i wsp. Humoral immune response after vaccination against influenza in patients with breast cancer. *Supp Care Cancer* 2000; 9: 65–68.
37. Brydak LB, Wyzgał J., Machała M., i wsp. Ocena odpowiedzi humoralnej na szczepienia przeciw grypie u pacjentów po allogenicznej transplantacji nerek (w przygotowaniu do druku).
38. Brydak LB, Frącka M., Marusak M. i wsp. Influenza immunization for children with bronchopulmonary dysplasia in Poland. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16(5): 538–539.
39. Brydak LB, Frącka M., Machała M. i wsp. Antibody response to influenza vaccine in children with bronchopulmonary dysplasia. *Infection* 2001; 29: 1–2.
40. Brydak LB, Rokicka-Milewska R., Klukowska A. i wsp. Antibody kinetics in children with hemophilia immunized with influenza vaccine in 1993 in Poland. *Int J Pediat Hema Onc* 1998; 5(1): 13–19.
41. Nicholson KG. Socioeconomics of influenza and influenza vaccination in Europe. *PharmacoEconomics* 1996; 9 (suppl. 3): 75–78.

Adres Autorki:
Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa

Powikłania pogrypowe ze szczególnym uwzględnieniem powikłań nefrologicznych

Complications of influenza especially nephrological complications

ANDRZEJ STECIWKO, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS, IWONA PIROGOWICZ

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Jedną z najczęstszych infekcji wirusowych w populacji ludzkiej jest infekcja wirusem grypy. Występowanie grypy cechują nasilenia sezonowe w okresie jesienno-zimowym i wiosenno-letnim. Prawidłowo prowadzona profilaktyka i leczenie zapobiega wielu powikłaniom. Wśród najczęstszych wymienia się powikłania ze strony układu oddechowego w formie zapalenia górnych i dolnych dróg oddechowych, z zapaleniem płuc włącznie, zapalenia mięśnia sercowego i szereg innych, które autorzy szczegółowo wymieniają. Do poważnych powikłań należą pogrypowe powikłania nefrologiczne. Autorzy w przedstawionej pracy na podstawie własnej obserwacji klinicznej, a szczególnie na podstawie badań eksperymentalnych, wykazali wyraźny wpływ neuraminidazy zawartej w wirusach grypy na schorzenia nefrologiczne, takie jak: pogrypowe kłębuszkowe zapalenie nerek, pogłębianie się dynamiki procesu zapalnego przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek i wreszcie wpływ na pogłębianie się upośledzenia funkcji nerek u chorych z pnn, doprowadzające do terminalnej pnn. Oprócz tego podkreślają wpływ na zwiększoną predyspozycję do infekcji w zakresie układu moczowego.

Słowa kluczowe: grypa, powikłania pogrypowe, neuraminidaza, kłębuszkowe zapalenie nerek.

Summary Influenza is one of the most common viral infections. It escalates in autumn and spring. Correct prophylaxis and therapy prevent complications. The most often complications are: upper and lower airways infections (including pneumonia), myocarditis and other that authors listed in the article. One of the most serious are nephrological complications. Authors show on the basis of their own observation and experimental investigations, clear impact of neuraminidase from influenza virus on nephrological diseases: post-influenza glomerulonephritis and increasing of dynamism of chronic renal failure. We list impact on higher predisposition to urinary infections.

Key words: influenza, post-influenza complications, neuraminidase, glomerulonephritis.

Grypa jest ostrą chorobą infekcyjną, wywołaną przez wirus z rodziny Orthomyxoviridae. Wyróżniamy 3 rodzaje wirusa grypy: A, B, C. Zdecydowaną większość zakażeń wywołują wirusy grypy typu A i B. Związane jest to z obecnością w tych wirusach glikoproteidu, jakim jest neuraminidaza. Wirus grypy typu C ma znaczenie marginalne, wywołuje z reguły zakażenia u dzieci o przebiegu poronnym i nieznacznym nasileniu objawów. Neuraminidaza jest enzymem z grupy α -glikozydaz, trawiącym α -2 do 3 i α -2 do 6-keetonowe wiązania, które łączą grupę keetonową końcowego kwasu N-acetyloneuraminowego z resztą cukrową dwu- trój- lub polisacharydu [1]. Wytwarzana jest przez myksowirusy grupy A, B i C oraz paramyksowirusy, wirusy świnki, parainfluenzy 1, 2, 3 oraz niektóre pierwotniaki i bakterie. Odczepia kwas sialowy, odpowiedzialny za: utrzymanie ujemnego ładunku powierzchniowego, modyfikację okresu półtrwania krążących krwinek czerwonych i glikoprotei-

dów, wiązanie hormonów, toksyn i wirusów, maskowanie antygenów powierzchniowych, wpływa na lepkość muzyn [13, 15, 18, 24, 26].

Spadek odporności naturalnej i nabytej w wyniku coraz bardziej zanieczyszczonego środowiska, wpływu substancji chemicznych, promieniowania ultrafioletowego, smogu elektromagnetycznego, jak też mniejsza aktywność fizyczna, częstsze przebywanie w dużych skupiskach ludzi, szybkie przemieszczanie się z różnych regionów świata ludzi zainfekowanych są przyczyną szybkiego rozprzestrzeniania się szeregu infekcji. Czynniki te sprzyjają również przewlekaniu się procesu chorobowego, wiodąc w konsekwencji do powstawania różnych chorób o podłożu immunologicznym, w tym również do rozwoju kłębuszkowego zapalenia nerek. Przewlekłe infekcje wirusowe są także jednym z wielu czynników odgrywających dużą rolę w etiopatogenezie powstawania nowotworów. Fakty te skłaniają nas do prowadzenia różnych badań, zarówno kli-

nicznych, jak i eksperymentalnych, by na ich podstawie poszerzyć wiadomości dotyczące etiopatomechanizmu, stworzyć możliwości profilaktyki, celem której jest zapobieganie rozwojowi chorób wywołanych przez tego typu infekcje, a w przypadku gdy choroba się rozwinie – podjąć właściwą i skuteczną terapię [13, 15, 19, 25].

Po raz pierwszy grypę opisano podczas epidemii tzw. kataru rosyjskiego w latach 1889–1892. Przyjęto wtedy koncepcję, że jest to choroba bakteryjna, ponieważ wyizolowano wówczas od chorych bakterię, nazwaną *Haemophilus influenzae*. Właściwe odkrycie wirusa grypy nastąpiło dopiero w roku 1933.

Mechanizm infekcji

Zakażenie następuje drogą kropelkową lub przez kontakt bezpośredni. Po wnikięciu wirusa, łączy się on z nabłonkiem dróg oddechowych poprzez receptor mukoproteinowy na drodze adsorpcji, wnika do komórki, gdzie się namnaża, a następnie uwalnia na drodze egzocytoty. Po uwolnieniu wirusów następuje liza zainfekowanej komórki. Drogą krwi wirus może przenosić się do innych narządów, m. in. węzłów chłonnych.

Wirusy grypy mają dużą zmienność antygenową, wykazując tzw. **skok antygenowy** (antigenic shift) oraz **przesunięcie antygenowe** (antigenic drift). Skok antygenowy dotyczy przede wszystkim wirusa grypy typu A. Zachodzi wówczas, gdy komórka zostanie zainfekowana dwoma różnymi podtypami wirusa grypy. W wyniku tego zjawiska wirusy potomne zyskują materiał genetyczny od obydwu wirusów wyjściowych, w konsekwencji czego powstaje podtyp wirusa, przeciwko któremu organizm nie posiada jeszcze przeciwciał. Tego typu reakcja zachodzi rzadko, raz na kilka, kilkadziesiąt lat i jest przyczyną występującej pandemii. Natomiast przesunięcie antygenowe dotyczy wszystkich typów wirusów, polega ono na spontanicznych mutacjach w materiale genetycznym.

Typowy obraz infekcji grypowej to przede wszystkim gorączka, dreszcze, silne bóle głowy, bóle mięśni, stawów, suchy męczący kaszel, uczucie rozbicia, wyczerpania, zapalenie spojówek. Czasami towarzyszy biegunka i wymioty (zwłaszcza u małych dzieci). Niepowikłana choroba ustępuje po około 7 dniach. Z reguły po tym okresie dłużej utrzymują się jedynie osłabienie i kaszel. Na grypę można chorować wielokrotnie.

Powikłania pogrypowe

Dotyczą około 6% wszystkich chorych na grypę. Występują najczęściej po 2 tygodniach od zachorowania. Powikłania nefrologiczne pojawiają

się po około 3 tygodniach od zachorowania. Do grupy szczególnego ryzyka należą:

- osoby po 65 r.ż.,
- dzieci do 4 r.ż.,
- chorzy z osłabioną odpornością,
- chorzy leczeni immunosupresyjnie,
- chorzy z chorobami metabolicznymi, np. cukrzyca, dna mocznanowa,
- chorzy przewlekle (głównie na choroby układu krążenia, układu oddechowego, z upośledzoną funkcją nerek),
- chorzy po przeszczepach narządów.

Powikłanie może być wywołane przez wirusy grypy jako czynnik uruchamiający określony etiopatomechanizm lub poprzez nadkażenie bakteryjne. Do najczęstszych powikłań grypy należą **zapalenie oskrzeli** oraz **zapalenie płuc**. Wirusy w tym przypadku uszkodzają nabłonek dróg oddechowych, pozbawiając go rzęsek, a tym samym – skutecznej ochrony przed wnikaniem bakterii. Najczęstsze patogeny bakteryjne to *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*. Najbardziej niebezpieczne jest nadkażenie gronkowcem złocistym, w konsekwencji czego może dojść nawet do rozwoju wstrząsu toksycznego.

Inne powikłania to: zapalenie ucha środkowego, zapalenie zatok przynosowych, zapalenie krtani, bezdech u niemowląt, zaostrzenie istniejących procesów przewlekłych, jak astma, choroby płuc, choroby układu krążenia.

Do rzadkich powikłań ze strony układu nerwowego należą: zapalenie nerwów obwodowych, zespół Guillaina-Barre'ego, zapalenie rdzenia kręgowego, zapalenie opon mózgoworzdzeniowych oraz zapalenie mózgu, a ze strony układu krążenia: zapalenie mięśnia sercowego oraz zapalenie osierdzia.

Infekcja grypowa jest bardzo niebezpieczna dla kobiet w ciąży, zwłaszcza w pierwszym trymestrze. Wśród powikłań obserwuje się u nich np. poronienie, miolizę mięśni poprzecznie prążkowanych.

Powikłaniem najcięższym może być zgon pacjenta. Szczególnie narażeni są chorzy powyżej 60 r.ż.

Infekcje wirusowe dróg oddechowych, a w szczególności zakażenie wirusem grypy, mogą doprowadzić do ujawnienia lub zaostrzenia astmy oskrzelowej, wywołać przejściową nadreaktywność oskrzeli lub stać się przyczyną poważnego w przebiegu klinicznym zapalenia płuc, które u osób w wieku podeszłym stanowić może nawet zagrożenie życia. U małych dzieci wirus grypy rzadziej niż w populacji osób dorosłych daje powikłania ze strony dróg oddechowych. Wiązać to należy z faktem znacznie częstszych infekcji w tym przedziale wiekowym RS-wirusa-

mi lub rhinowirusami niż tym właśnie patogenem. Opisywana **pozapalna nadreaktywność oskrzeli**, która może się pojawić u osób bez obciążającej przeszłości pulmonologicznej ujawnia się najczęściej w kilka dni od początku choroby. Istnieją dowody, że infekcja wirusowa doprowadza do nacieku zapalnego, limfocytarnego i eozynofilowego w obrębie dolnych dróg oddechowych, co stanowi przyczynę znaczących zaostrzeń astmy oskrzelowej. U chorych stwierdza się obecność tych komórek jeszcze po 8-10 tygodniach od początku infekcji. Infekcja wirusowa, a szczególnie wirusami grypy, doprowadza do:

- uszkodzenia komórek wyścielających drogi oddechowe,
- zmniejszenia aktywności enzymów rozkładających neuropeptydy,
- obniżenia stężenia sekrecyjnej IgA,
- znacznego upośledzenia sprawności aparatu rzęskowego,
- obniżenia wrażliwości receptorów kaszlu,
- intensyfikacji produkcji i uwalniania mediatorów prozapalnych,
- upośledzenia funkcji receptorów β -adrenergicznych w drzewie oskrzelowym,
- stymulacji syntezy przeciwciał, w tym także IgE,
- zwiększenia produkcji cytokin.

Uszkodzenie nabłonka dróg oddechowych skutkuje zwiększoną reakcją skurczową mięśniówki, intensywnym przenikaniem antygenów, dysfunkcją i zmianami morfologicznymi aparatu rzęskowego, hipersekrecją śluzu i obrzękiem podścieliska łącznotkankowego, co w efekcie klinicznym daje obraz obturacji dróg oddechowych. W przebiegu zakażenia wirusem grypy dochodzi do całkowitego złuszczenia nabłonka rzęskowego, co wymaga późniejszej odbudowy histologicznej. Ta destrukcja infekcyjna nabłonka dróg oddechowych nie tylko upośledza klirens rzęskowy, zaburza sprzęganie mostkiem sekrecyjnym monomerów IgA, a także zaburza pracę układów enzymatycznych inaktywujących neuropeptydy. Opisuje się to jako zapalenie neurogenne, które także w obrazie klinicznym przejawia się bronchospazmem. Złuszczenie nabłonka cylindrycznego dróg oddechowych doprowadza do odsłonięcia zakończeń nerwowych i znacznego wzrostu wrażliwości receptorów kaszlu. Receptor β -adrenergiczny i M2-cholinergiczny także ulegają dysfunkcji, stanowiąc kolejną przyczynę obturacji dróg oddechowych. W wyniku przeprowadzonych badań wskazuje się, że zakażenie wirusowe znacznie zwiększa uwalnianie histaminy, stymuluje migrację bazoofilów i nasila ich degranulację w płucach. Udowodniono, zarówno na podstawie badań klinicznych, jak i eksperymentalnych, indukowanie uwalniania bradykinin, a w ślad za tym ich oddziaływanie na przepuszczalność śródbłonnków i hipersekrecję śluzu.

Powyższe mechanizmy prowadzą do obturacji drzewa oskrzelowego i nadreaktywności oskrzeli.

Kolejnym powikłaniem zakażenia wirusem grypy jest **zapalenie płuc**, wynikające po części z wyżej przedstawionego patomechanizmu, będące odzwierciedleniem destrukcyjnego wpływu wirusa nie tylko na budowę histologiczną dróg oddechowych, ale także na układ odpornościowy. Dochodzi do wyraźnego spadku odporności humoralnej i komórkowej. Na tym etapie bardzo istotną rolę odgrywa neuraminidaza. Udowodniono, że neuraminidaza bardzo wyraźnie zaburza funkcję układu immunologicznego w zakresie odporności komórkowej, jak i humoralnej. W konsekwencji dochodzi do zakażeń bakteryjnych wikłających przebieg zakażenia wirusowego, najczęściej *Haemophilus influenzae*, *S. pneumoniae* czy rzadziej florą atypową, w tym chlamydiami.

U osób starszych zapalenie płuc, znacznie zwiększając opory w krążeniu małym, obciąża wyraźnie hemodynamikę serca i doprowadza do dalszych konsekwencji klinicznych, często zagrażających życiu chorego.

Nefrologiczne powikłania pogrypowe

Z nefrologicznych powikłań pogrypowych na czoło wysuwa się ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, zaostrzenie przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek bez względu na typ morfologiczny oraz zaostrzenie dynamiki upośledzenia funkcji nerek w przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością nerek (szczególnie wyraźne jest to w okresie II i III), wzrasta również podatność na infekcje układu moczowego (do odmiedniczkowego zapalenia nerek włącznie).

Pogrypowe kłębuszkowe zapalenie nerek (kzn)

Kzn jest chorobą o podłożu immunologicznym. Dotyczy kłębuszków obu nerek.

Do rozwoju kzn prowadzą dwa patomechanizmy:

- kzn wywołane krążącymi kompleksami immunologicznymi, w skład których wchodzi antygen, przeciwciało i dopełniacz. W wypadku grypy są to antygeny wirusa grypy. Udowodniliśmy, że tym antygenem jest bardzo często neuraminidaza;
- kzn wywołane występowaniem przeciwciał przeciw błonie podstawnej kłębuszków nerkowych. W przypadku grypy mechanizm ten polega na tym, że odszczepiająca końcowy kwas sialowy neuraminidaza powoduje odsłonięcie ukrytych determinant antygenowych błony podstawnej, które stają się autoantyge-

nami i wywołują proces tworzenia przeciwciał przeciwko własnej błonie podstawnej kłębuszka nerkowego.

Charakterystyczny obraz kliniczny pogrypowego kzn przedstawia się w sposób następujący: po około 3 tygodniach od początku infekcji pojawiają się objawy zwane „triadą Addisa”. Są to: nadciśnienie, obrzęki pod oczami (tzw. obrzęki nerkowe) i zmiany w moczu o charakterystycznym obrazie (białkomocz, a w osadzie krwinkomocz, wałeczki szkliste i szklistoziarniste). Wspomina się również, że przewlekająca się infekcja grypowa może być przyczyną rozwoju rzadkich postaci kzn. Wśród nich na czoło wysuwa się nefropatia IgA, która może przebiegać w sposób przewlekły, ma dość dużą dynamikę toczących się zmian w obrębie kłębków nerkowych, znacznie szybciej niż inne postacie kzn doprowadza do upośledzenia funkcji nerek i w konsekwencji do przewlekłej niewydolności, zdecydowanie trudniej poddaje się leczeniu [3, 10]. Cechą charakterystyczną jest stwierdzenie masywnych złogów immunoglobuliny klasy A zdeponowanych w obrębie mezangium. Mezangium ulega rozplemowi. Udział neuraminidazy w tym przypadku polega na zmianie konfiguracji trzecio- i czwartorzędowej struktury immunoglobuliny IgA, która może stawać się antygenem i wywoływać powstawanie swoistych przeciwciał. W konsekwencji dochodzi do wytworzenia kompleksów immunologicznych i odkładania się ich w mezangium. Inicjują one proces immunologiczny, a następnie uwalniane są mediatory procesu zapalnego, które wiodą do różnych postaci morfologicznych kzn. Oprócz tego neuraminidaza może powodować zmiany w zakresie funkcji komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego poprzez odszczepienie z ich błon komórkowych kwasu sjałowego, zostaje upośledzona rola obronna układu siateczkowo-śródbłonkowego, jak również zaburzona zostaje funkcja pozostałych immunoglobulin surowicy. Szereg badań eksperymentalnych i klinicznych niezbitnie wykazało wpływ infekcji wirusowych na rozwój kzn. Badania wykazały również udział neuraminidazy w tego typu infekcjach wirusowych i bakteryjnych wiodących do rozwoju kzn [17, 20–23].

Przeprowadzone dotychczas badania eksperymentalne wykazały, że neuraminidaza, zarówno aktywna enzymatycznie, jak i nieaktywna, jest antygenem inicjującym ciąg reakcji immunologicznych. W konsekwencji tego w obrębie kłębuszków nerkowych powstają typowe zmiany kzn. Właściwości enzymatyczne neuraminidazy mają istotny wpływ na poszczególne ogniwa układu immunologicznego, na błonę podstawną kłębuszków nerkowych i innych struktur budowy kłę-

buszka, co w konsekwencji usposabia do powstawania nowych i pogłębiania się już istniejących zmian patologicznych w zakresie kłębuszków nerkowych [7–9]. Przewlekłe infekcje wirusowe wiodą m. in. do rozwoju kzn u dzieci, szczególnie wyraźnie zaznacza się wpływ infekcji wirusowych w etiologii IgA nefropatii, w jej przebiegu bowiem stwierdza się w ponad 40% przypadków, że czynnikiem etiologicznym jest infekcja wirusowa dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego o charakterze przewlekłym [10]. Przeprowadzone badania eksperymentalne na królikach, z użyciem aktywnej i nieaktywnej enzymatycznie neuraminidazy, wykazały jednoznacznie, że w obu przypadkach dochodzi do rozwoju kzn u królików z zaznaczeniem wyraźnych różnic w przypadku stosowania aktywnej enzymatycznie i nieaktywnej neuraminidazy. Ten model eksperymentalny stanowi dowód na udział w przypadku grypowego kzn łącznie dwóch patomechanizmów:

- 1) przeciwciał anty-GBM
- 2) kompleksów immunologicznych

Pierwszy etiopatomechanizm wygląda w sposób następujący: neuraminidaza jako enzym oddziałuje na glikoproteidy bogate w kwas sjałowy, które zawarte są we wszystkich błonach komórkowych, jak również w błonie podstawnej kłębuszków nerkowych. Glikoproteidy stanowią główny składnik błony podstawnej kłębka nerkowego. Desjalizacja glikoproteidów błon komórkowych, w tym również błony podstawnej kłębka nerkowego, wpływa na ich właściwości fizjologiczne i immunologiczne. Zatem pod wpływem neuraminidazy dochodzi do zmian głównie w zakresie kolagenu typu IV, rzadziej I i II zawartego w błonie podstawnej kłębka nerkowego. Konsekwencją tego mechanizmu działania jest odsłonięcie ukrytych dotychczas determinant antygenowych, zlokalizowanych w błonie podstawnej, dochodzi do wzbudzenia reakcji immunologicznej i produkcji przeciwciał anty-GBM. Potwierdzeniem tej tezy i tego patomechanizmu jest wzrost postaci błoniastych i błoniasto-rozplemowych kzn. oraz częstsze występowanie zmian linearnych i linearnogranularnych (badanie immunofluorescencyjne) w grupie zwierząt, w której podawano aktywną enzymatycznie neuraminidazę [12, 16, 17]. Udział neuraminidazy w drugim patomechanizmie polega na tym, że neuraminidaza jako glikoproteid jest antygenem. W efekcie dochodzi do odpowiedzi układu immunologicznego, narastania swoistych przeciwciał przeciwneuraminidazowych, które łącząc się z determinantami antygenowymi neuraminidazy tworzą kompleksy immunologiczne i dołączają dopełniacz. Potwierdzeniem tej hipotezy jest obecność przeciwciał antyneuraminidazowych i obniżenie miana całkowitej aktywności hemolitycznej w surowicy

krwi, a w badaniu immunofluorescencyjnym wycinków tkanki nerkowej, stwierdzenie antygeny (neuraminidazy) w złogach zdeponowanych w kłębuszkach nerkowych. W badaniu immunofluorescencyjnym występują najczęściej złogi o charakterze granulicznym. Te współgrające ze sobą oba patomechanizmy kzn mogą działać synergistycznie, doprowadzając do zmian histopatologicznych [12]. Przedstawiony schemat udziału neuraminidazy w patomechanizmie rozwoju kłębuszkowych zapaleń nerek, w określonych modelach eksperymentalnych został potwierdzony licznymi badaniami immunologicznymi surowicy krwi i moczu, jak też badaniami immunomorfologicznymi wycinków tkanki nerkowej. Obserwuje się znacznie częstsze występowanie kzn w grupie, w której podawano aktywną enzymatycznie neuraminidazę i w tej grupie obserwuje się zdecydowanie częściej zaawansowane formy morfologiczne kzn w postaci błoniastego i błoniasto-rozplemowego kzn niż w grupie, w której podawano tylko inaktywowaną neuraminidazę. W tej grupie bowiem znacznie rzadziej występują kzn i nie stwierdza się form błoniastych i błoniasto-rozplemowych, dominują natomiast obraz ogniskowego i rozplemowego kzn. Te spostrzeżenia bardzo wyraźnie wykazują wpływ enzymatycznych właściwości neuraminidazy na patologię związaną z krążącymi kompleksami immunologicznymi oprócz jej właściwości antygenowych [4, 5, 12, 24, 26].

Wpływ infekcji grypowej na przebieg przewlekłych kzn (pkzn)

W badaniach i w obserwacji klinicznej chorych z pkzn trwającym kilka, kilkanaście lat, u których doszło do infekcji grypowej obserwujemy bardzo wyraźne zaostrzenie się dynamiki procesu zapalnego w formie narastania zmian w moczu w postaci: białkomoczu, narastającej erytrocyturii, pobołowania w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, wzrostu ciśnienia tętniczego krwi i cech upośledzenia funkcji nerek. Wykonane badania eksperymentalne w sposób jednoznaczny potwierdziły tego typu spostrzeżenia i wykazały, że podanie aktywnej enzymatycznie neuraminidazy zwierzętom eksperymentalnym, u których wcześniej wywołano pkzn, w sposób ewidentny nasila przebieg zmian w obrębie kłębuszków nerkowych i wyraźne upośledza funkcję nerek [12, 21]. Czym to się tłumaczy?

Może być uruchomiony system produkcji przeciwciał przeciwko antygenom wirusowym, w tym przeciwko neuraminidazie i dochodzi do nasilenia krążących kompleksów immunologicznych i pogłębiania już toczącego się procesu immunologicznego, wywołanego przez inny anty-

gen (np. paciorkowcowy). Może dołączyć się również patomechanizm tworzenia przeciwciał przeciw błonie podstawnej kłębuszka nerkowego (anty-GBM), który równie skutecznie nasila toczący się proces w obrębie kłębuszków nerkowych. Sama neuraminidaza może wpływać na zmiany strukturalne błony podstawnej kłębuszka nerkowego. Neuraminidaza jako enzym działa na glikoproteiny, glikolipidy, nieredukujące dwusacharydy i oligosacharydy, odczepiając z nich kwas sjałowy. Dysponując tą właściwością w działaniu na błonę podstawną kłębków nerkowych, bogatą w glikoproteiny, zawierające kwas sjałowy, znajduje ona dobry substrat do enzymatycznego działania. W konsekwencji tej enzymatycznej obróbki błony podstawnej kłębuszków nerkowych dochodzi do zmian struktury przestrzennej i funkcjonalnej błony podstawnej. W badaniach w mikroskopie elektronowym obserwujemy rozmycie architektoniki błony podstawnej, znaczne jej poszerzenie, piankowate zwyrodnienie i utratę jej elastyczności. Dochodzi do tworzenia licznych uszypułowań, w obrębie których gromadzą się substancje elektronowo-gęste, najczęściej odpowiadające kompleksom immunologicznym. Zmiana ilościowa kwasów sjałowych i zmiana jakościowa glikoprotein błony podstawnej wpływa w wyraźny sposób na potencjał bioelektryczny powierzchni błony podstawnej, błony szczelinowej i błon komórkowych. W konsekwencji tego procesu dochodzi do zmian bariery bioelektrycznej, decydującej w dużym stopniu, jakie cząsteczki, o jakim ładunku elektrycznym (kationy czy aniony) i wreszcie w jakiej ilości mogą przedostać się przez błonę podstawną [1, 2, 5, 6, 22].

Neuraminidaza powoduje również niszczenie glikokaliksu pokrywającego nóżki podocytów, w wyniku czego dochodzi do zaniku ich własnego ładunku bioelektrycznego, utrzymującego je w określonym oddaleniu. Dochodzi do zlewania się nóżek podocytowych. Wpływ enzymatyczny neuraminidazy, zmieniający skład biochemiczny blaszek cytoplazmatycznych komórek śródbłonka, a co za tym idzie, zmieniający ich potencjał bioelektryczny, prowadzi do zmian ich przestrzennego rozłożenia. Blaszkki ulegają zlewaniu się, zanika fenestracja śródbłonka, dochodzi do obrzmienia blaszek cytoplazmatycznych w jednych miejscach, a w drugich do odsłonięcia nawet błony podstawnej. Ta niespotykana w innych narządach porowatość śródbłonka ulega zmianom. Sprzyja to narastaniu białkomoczu i przedostawaniu się elementów morfotycznych krwi (krwinek czerwonych) do przestrzeni torebki Bowmana. Jest to jeden z kilku podstawowych patomechanizmów powstawania zmian w moczu. Poprzez zniesienie ujemnego ładunku powierzchniowego błony

podstawnej kłębuszków nerkowych dochodzi do łatwiejszego przenikania białek, zwłaszcza albumin przez błonę podstawną [6, 7, 22]. Albuminy osiągając pewne progowe stężenie w przestrzeni Bowmana zaczynają destrukcyjnie działać na strukturę nabłonka pętli naczyniowych kłębuszka, ułatwiając i pogłębiając proces stapiania się wypustek podocytowych. W efekcie tak zarysowanego oddziaływania neuraminidazy dochodzi do przerwania błony szczelinowej, a występująca albuminuria rozpoczyna ciąg zmian zachodzących w zakresie tzw. bariery filtracyjnej kłębuszka nerkowego, składającej się z podocytu, błony podstawnej śród-

błonka, i toruje drogę do powstawania nieselektywnego białkomoczu, czyli białkomoczu, w którym znajdują się białka o wysokiej masie cząsteczkowej [22, 24]. Wysokocząsteczkowe białka najczęściej gromadzą się w mezangium, wzbudzają rozplam komórek mezangialnych i prowadzą do rozwoju stwardnienia kłębuszków nerkowych lub rozwoju IgA nefropatii.

Spadek pod wpływem infekcji grypowej odporności immunologicznej oraz uszkodzenie przez neuraminidazę uroepithelium dróg moczowych stanowi przyczynę łatwiejszego rozwoju flory bakteryjnej w układzie moczowym (cystitis, pyelonephritis) [8].

Piśmiennictwo

1. Baker NJ, Gandhi SS. Effect Ca^{++} on the stability in influenza virus neuraminidase. *Arch Viral* 1976; 7: 52.
2. Batsford SR, Sasoki H., Takamiya H. Cationic macromolecule induced nephrotic syndrome in rabbits: Lack of immune complex involvement. *Lab Invest* 1983; 49: 260–269.
3. Berger J. IgA glomerular deposits in renal diseases. *Transplant Proc* 1969; 1: 939.
4. Biesecker G. Biology of disease: Membrane attack complex of complement as a pathologic mediator. *Lab Invest* 1983; 49: 237–249.
5. Colman PM, Varghese JN, Laver WG. Structure of catalytic and antigenic sites in influenza virus neuraminidase. *Nature* 1983; 303: 41–44.
6. George NM, Wayne AB. *Immune involving planted glomerular antigens*. in: *Text book of Nephrology*. Massry SG, Glassock RJ. Williams-Wilkins. Baltimore-Honkong-London-Sydney 1989: 559–562.
7. Gerok W. Glycoproteine-Biochemie und Bedeutung für die Hepatologie. *Hepatologie* 1980; 3: 11.
8. Grzybowski A., Denys A. Wpływ antygenu V wirusa grypy na przebieg fagocytozy granulocytów otrzewnowych świnki morskiej *in vitro*. *Med Dośw Makrobiol* 1979; 31: 133.
9. Mosquera JA, Katiyar VN, Coello J, Rodriguez-Iturbe B. Neuraminidase production by streptococci from patients with glomerulonephritis. *J Infect Dis* 1985 Feb; 151(2): 259–263.
10. Okada K., Kawakami K., Yano I., Funai M., Kagami S., Kuroda Y., Oite T. Ultrastructural alterations of glomerular anionic sites in IgA nephropathy. *Clin Nephrol* 1989; (31) 2: 96–102.
11. Steciwko A., Szewczyk Z., Rabczyński J., Mogielnicki T.: The effect on neuraminidase on the course of experimental glomerulonephritis. Abstracts, 4th International Congress of Immunology, Paryż, 1980, 18, 5: 31
12. Steciwko A. Wpływ neuraminidazy na tkankę nerkową i przebieg eksperymentalnego kłębuszkowego zapalenia nerek u królików. Praca doktorska, AM Wrocław 1981.
13. Steciwko A. Rola przewlekłych zakażeń wirusowych w patogenezie niektórych chorób wewnętrznych. *Ann Soc Doctr Stud Acad Med Siles* 1984; 12: 57–69.
14. Steciwko A. Badania doświadczalne kłębuszkowego zapalenia nerek. *Immunol Pol* 1985; X, 2: 145–156.
15. Steciwko A. Rola i znaczenie przewlekłych zakażeń wirusowych w etiopatogenezie kłębkowego zapalenia nerkowego. *Immunol Pol* 1985; X, 1: 49–57.
16. Steciwko A., Szewczyk Z., Dutkiewicz K. Glomerulonephritis caused by neuraminidase a new experimental model. Abstracts, 6th International Congress of Immunology, Toronto – Canada 1986; 3: 52–73.
17. Steciwko A. Immunomorfologiczny obraz poneuraminidazowego kłębkowego zapalenia nerek. Model doświadczalny. *Immunol Pol* 1986; XI, 3–4: 352.
18. Steciwko A.: Neuraminidaza i jej wpływ na niektóre ogniwa układu immunologicznego. *Immunol Pol* 1987; XII, 4: 125–135.
19. Steciwko A. Viral Infections, their influence on some parts of the immune system and glomerulonephritis development. *Intern Urol Nephrol* 1987; 19(4): 433–439.
20. Steciwko A. Kłębkowe zapalenie nerek indukowane neuraminidazą (model doświadczalny). *Immunol Pol* 1991; 16: 35–53.
21. Steciwko A., Szewczyk Z. Poalbuminowe kłębkowe zapalenie nerek. Model eksperymentalny z udziałem neuraminidazy. *Post Med Dośw Klin* 1994; 3(3): 215–227.
22. Steciwko A. Zmiany ultrastrukturalne elementów morfotycznych kłębka nerkowego pod wpływem neuraminidazy w nowym modelu eksperymentalnym kłębkowego zapalenia nerek. *Post Med Dośw Klin* 1995; 4(1): 1–14.
23. Steciwko A. Udział neuraminidazy w etiopatogenezie kłębkowego zapalenia nerek w świetle badań eksperymentalnych i niektórych hipotez. *Post Med Dośw Klin* 1994; 3(4): 389–395
24. Steciwko A. *Badania doświadczalne nad wpływem neuraminidazy na kłębki nerkowe*. Wrocław: Wyd. „Tinta”; 1998.

25. Stephenson J. Grypa – postępy w leczeniu i zapobieganiu. *JAMA* 1999; 1(3): 167–169.
26. Szewczyk Z. Postępy w leczeniu i zapobieganiu infekcjom grypowym i ich powikłaniom. *Pol Med Rodz* 1999; (3) 4: 171–172.

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul.Syrokomli 1

51-141 Wrocław



Polska Medycyna Rodzinna Kwartalnik

Informacje o prenumeracie

Szanowni Państwo,

uprzejmie informujemy, iż w roku 2002 prenumeratę kwartalnika prowadzi Wydawca.

Koszt prenumeraty całorocznej wynosi 60 zł

Prenumerata będzie realizowana od momentu jej opłacenia. W cenę prenumeraty wliczone są koszty przesłania.

Wpłaty na prenumeratę prosimy przelać na blankiecie zamieszczonym obok. Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie blankietu.

Prenumerata zagraniczna jest o 100% droższa i doliczane są do niej koszty przesłania.

Wszelkie informacje i zapytania dotyczące prenumeraty prosimy kierować pod adresem biura Wydawnictwa:

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Lelewela 4, pok. 325
53-505 Wrocław
tel./fax 71 34-390-18 w. 223
tel. 71 791-20-30
lub
na tel. kom. 0601 77-47-33

Odcinek dla poczty

Złgr

słownie złotych

grosze
jak wyżej

Dokładny adres

wpłacający

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław
45 10205242 1283929641

Datownik

Opłata

Podpis przyjm.

Złgr

Odcinek dla banku

Złgr

słownie złotych

grosze
jak wyżej

Dokładny adres

wpłacający

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław
45 10205242 1283929641

Datownik

Opłata

Podpis przyjm.

Złgr

Odcinek dla posiadacza rachunku

Złgr

słownie złotych

grosze
jak wyżej

Dokładny adres

wpłacający

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław
45 10205242 1283929641

Datownik

Opłata

Wypełnić na odwrocie

Złgr

Potwierdzenie dla wpłacającego

Złgr

słownie złotych

grosze
jak wyżej

Dokładny adres

wpłacający

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław
45 10205242 1283929641

Datownik

Opłata

Wypełnić na odwrocie

Złgr

Zmiany demograficzne społeczeństwa polskiego i ich wpływ na sytuację medycyny rodzinnej

Demographic changes in the Polish society and their impact on the family medicine

HALINA WORACH-KARDAS

Z Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi
Kierownik: Halina Worach-Kardas

Streszczenie Podobnie jak w innych krajach, w Polsce obserwuje się proces starzenia się populacji. To zjawisko demograficzne polega na zwiększeniu się liczby i odsetka ludzi starszych w społeczeństwie. Celem niniejszej pracy jest analiza zmian demograficznych widzianych jako nowe wyzwania dla medycyny rodzinnej.

Słowa kluczowe: zmiany demograficzne, medycyna rodzinna.

Summary Like in the other countries, the process of ageing of the population in Poland can be observed. This demographic processes base on the increase of the number and percentage of the people at old age in the population. The aim of this article is to analyse these demographic changes since they challenge family medicine.

Key words: demographic changes, family medicine.

Zmiany demograficzne jako wyznacznik potrzeb zdrowotnych

W Polsce, podobnie jak w całej Europie, obserwujemy proces, który określa się mianem „procesu starzenia się ludności”. Zjawisko to polega na wzrastającej liczbie i proporcji osób starszych wśród ogółu populacji. Przez osoby w starszym wieku rozumie się zwykle osoby w wieku 65 lat i więcej. Starzenie się populacji posiada kilka źródeł, przede wszystkim jednak jest pochodną stopniowego wydłużania się życia ludzkiego, to zaś powiązane jest z postęпами medycyny i ogólną poprawą standardu życia społeczeństwa.

W nadchodzących latach można oczekiwać dalszego wzrostu liczby i odsetka osób w starszym wieku w populacji naszego kraju. Wiąże się to również z innym zjawiskiem demograficznym, jakim jest radykalny spadek liczby urodzeń.

Polska już obecnie zalicza się do krajów starych demograficznie, bowiem odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej przekroczył 12%, a to właśnie oznacza przekroczenie progu starości demograficznej. Jako znamienne można uznać fakt, że w ostatnim dziesięcioleciu ogólna liczba mieszkańców Polski wzrosła tylko o 1%, gdy w tym samym czasie liczba osób w wieku powyżej 65 lata i wzrosła aż o 20%.

Odsetek osób w starszym wieku będzie systematycznie wzrastał. Szczególnie wzrastać będzie populacja w wieku 75 lat i więcej. Udział procentowy osób w tym wieku wśród ogółu ludności wynosi 3,8%, w roku 2005 przewiduje się 5,1%, a w roku 2020 – 5,5%. Tak więc dalszemu starzeniu się społeczeństwa towarzyszy szczególnie wysoki udział najstarszych roczników.

Wiąże się to ze zjawiskiem wydłużania się życia ludzkiego. Należy zauważyć, iż przeciętna długość trwania życia ludzkiego stanowi powszechnie uznany wskaźnik kondycji zdrowotnej społeczeństwa [4].

W Polsce przeciętna długość życia wzrosła o ponad 10 lat od roku 1950. W roku 2000 w Polsce przeciętne trwanie życia mężczyzn wynosiło 69,7 lat, kobiet 78,0 lat (tab. 1). Warto porównać te dane z początkiem lat pięćdziesiątych, kiedy to długość życia mężczyzn szacowano na 58,6 lat, kobiet na 64,2 lata. Z zestawienia tych liczb wynika, że w minionym półwieczu w Polsce życie mężczyzn wydłużyło się o 11 lat, życie kobiet o blisko 14 lat. Wydłużenie się przeciętnego trwania życia w Polsce nie zmienia faktu, że długość życia jest krótsza – średnio o 8 lat – w porównaniu z innymi krajami Europy, w szczególności skandynawskimi. Niewątpliwie zatem w Polsce istnieją jeszcze duże rezerwy w zakresie wydłużania życia ludzkiego.

Wydłużające się życie ludzkie, zjawisko ze swej istoty pozytywne, przywołuje jednak pytanie

Tabela 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w latach 1990–2000

Wyszczególnienie	Mężczyźni						Kobiety						
	przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku lat												
	0	1	15	30	45	60	0	1	15	30	45	60	
Ogółem	1990	66,5	66,7	53,1	39,1	26,0	15,3	75,5	75,5	61,8	47,2	33,0	20,0
	1995	67,6	67,6	53,9	39,8	26,7	15,8	76,4	76,3	62,6	47,9	33,6	20,5
	1999	68,8	68,5	54,8	40,6	27,3	16,3	77,5	77,1	63,3	48,6	34,3	21,1
	2000	69,7	69,4	55,6	41,4	27,9	16,7	78,0	77,6	63,8	49,0	34,7	21,5
Miasta		70,0	69,6	55,8	41,5	28,0	16,8	77,8	77,4	63,5	48,8	34,5	21,4
Wieś		69,4	69,0	55,2	41,1	27,8	16,7	78,4	78,0	64,1	49,4	35,0	21,7

Źródło: Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2001. Warszawa; GUS, s. 113.

o jakość życia w starości, o to, czy te dodatkowe lata upłyną w dobrym czy też złym stanie zdrowia. Zdrowie w starości oznacza, że pomimo stopniowego ubytku sił, związanego z naturalnym starzeniem się organizmu człowieka istnieje możliwość życia aktywnego i niezależnego, co jest istotne zarówno z punktu widzenia jednostki, rodziny, jak też społeczeństwa [10].

Działania nakierowane na osiągnięcie zdrowej starości powinny się jednak rozpoczynać znacznie wcześniej niż dopiero po osiągnięciu wieku starszego. Potrzebne są działania zorientowane na prewencję i promocję zdrowia poprzez wszystkie fazy życia, aż do późnej starości.

Współcześnie starość, wiek późny, stały się powszechnym udziałem ludzi żyjących w krajach rozwiniętych, w przeszłości bowiem długie życie, osiągnięcie wieku starości dane było tylko nielicznym, w szczególności zaś osobom stojącym na szczycie ówczesnej hierarchii społecznej [2].

Istnieją kontrowersje, w jakim stopniu o różnicach w trwaniu życia decydują zasady i nawyki racjonalnego i higienicznego trybu życia, cechy dziedziczne, jakość środowiska, warunki bytowe, wielkość nakładów na ochronę zdrowia ze strony państwa. Zapewne wpływ wywierają wszystkie te – a także inne – czynniki, które powodują dłuższe i zdrowsze życie w jednych społeczeństwach, a krótsze i bardziej obciążone chorobami w innych. Zazwyczaj w literaturze wymienia się następujące elementy warunkujące zdrowie i długość życia: 1) biologia człowieka, 2) środowisko, 3) styl życia, 4) opieka medyczna. Stanowią one cztery wyodrębnione działy tzw. pola zdrowotnego.

Duży przyrost ludności w starszym wieku – zwłaszcza zaś w wieku sędziwym – wskazuje na wzrastające potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej. Starzenie się populacji zwiększa zatem zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, w szczególności ze strony lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Wymusza to również konieczność przygotowania nowoczesnej oferty sprawowania opieki dostoso-

wanej do specyficznych potrzeb tej z roku na rok zwiększającej się grupy pacjentów.

Powyższe argumenty demograficzne stanowią szczególne wyzwania przed całym systemem ochrony zdrowia. Wielochorobowość, współistnienie wielu chorób przewlekłych, spadek wraz z wiekiem sprawności funkcjonalnej, złożoność następstw naturalnego starzenia się – wszystkie te czynniki mogą opóźnić diagnostykę, jak również właściwe leczenie i rehabilitację.

Funkcję integracyjną, jak również koordynującą zarówno diagnostykę, jak też leczenie w praktyce pełnią lekarze rodzinni, a zatem właśnie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pełnią funkcje „geriatrów pierwszego kontaktu”.

Istnieje niewątpliwie potrzeba kształcenia zarówno lekarzy rodzinnych, jak też pielęgniarek w zakresie tej złożonej dyscypliny, jaką jest geriatrya i gerontologia.

Starzenie się populacji a rola podstawowej opieki zdrowotnej

Główną zasadą realizacji potrzeb zdrowotnych osób starszych w obrębie opieki zdrowotnej jest nakierowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze w ich miejscu zamieszkania. Chodzi bowiem o to, aby tej grupie osób stwarzać podstawy do możliwie jak najdłuższej samodzielnej egzystencji w miejscu dotychczasowego zamieszkania [11].

Zachowaniu samodzielności osób starszych sprzyjają działania rehabilitacyjne i terapeutyczne. Istotą tych działań powinno być wspieranie w samodzielnym zaspokajaniu potrzeb życiowych, jak również integracja tych osób z lokalną społecznością. Świadczenia na rzecz osób starszych (w tym również świadczenia pomocy społecznej) powinny zmierzać do podtrzymywania ich aktywności, a tym samym samodzielności w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych.

Jednym z głównych zadań podstawowej opieki zdrowotnej – w tym lekarzy rodzinnych – w od-

niesieniu do osób starszych jest zatem pomoc w zachowaniu niezależności fizycznej i socjalnej, zwłaszcza zaś samodzielnego bytowania w naturalnych warunkach domowych i rodzinnych.

U podłoża niesprawności wieku podeszłego leżą procesy inwolucyjne, ale także choroby i zaniedbania sięgające wcześniejszych okresów życia. Brak również koncepcji dostatecznie wczesnego przygotowania do starości. Zdaniem geriatry „niesprawności starczej należy zapobiegać od dzieciństwa i chociaż wiemy, że skuteczność profilaktyki jest ograniczona, to właśnie geriatrzy powinni ją spopularyzować i zabiegać o jej wdrożenie, ponieważ mogą w pełni ocenić negatywne skutki wieloletnich zaniedbań. Lekarz powinien poświęcać staremu człowiekowi dużo czasu. Jest to truizm, ale współczesnemu, zafascynowanemu postępowaniem techniki i zapracowanemu lekarzowi, trzeba przypomnieć, że w geriatryi badanie należy poprzedzić rozmową, a uśmiech i życzliwy gest może być ważniejszy od leku” [12].

Należy zwrócić uwagę na dokonujące się niekorzystne dla osób starszych zmiany w strukturze rodziny. Chodzi tu nie wyłącznie o malejącą dzietność czy zgoła bezdzietność rodzin, ale także o malejącą liczbę zawieranych małżeństw. Na uwagę zasługuje fakt, że w ostatnich latach w Polsce liczba nowo zawieranych małżeństw jest prawie taka sama, jak liczba małżeństw rozwiązywanych (przez śmierć współmałżonka albo rozwód). W roku 2000 zostało zawartych 211 tys. małżeństw, a w tym samym czasie zostało rozwiązanych 210 tys. małżeństw. Jeśli te tendencje będą się utrzymywać w przyszłości, osobom starszym towarzyszyć będzie ryzyko wyższego poziomu osamotnienia i braku opieki ze strony rodziny.

Dłuższe niż obecnie życie oznacza wydłużenie się samej fazy starości, co sugerują prognozy Głównego Urzędu Statystycznego. Prognozy te zakładają, że w Polsce następować będzie stopniowy wzrost przeciętnego trwania życia aż do osiągnięcia w roku 2020 średnio 72 lat dla mężczyzn oraz 78,5 lat dla kobiet [8]. Oznacza to istotny przyrost lat życia, a zarazem wydłużenia okresu starości w stosunku do stanu obecnego. W docelowym roku 2020 mamy zatem szansę osiągnąć w Polsce taką przeciętną długość życia dla obu płci, jaka obecnie charakteryzuje kraje zachodnie i skandynawskie.

Starzenie się społeczeństwa oznacza radykalny wzrost wydatków budżetowych, w tym wzrost nakładów na opiekę zdrowotną. Z projekcji Komisji Europejskiej wynika, że wydatki te w krajach Unii Europejskiej wzrosną o 3–5% PKB na emerytury i o 2–3% PKB na usługi medyczne dla ludzi starszych w perspektywie roku 2005 [7].

W odpowiedzi na starzenie się społeczeństw podejmowane są reformy systemu ubezpieczeń społecznych i emerytalnych, oraz wysiłki na

rzecz przedłużenia aktywności zawodowej ludzi starszych.

Odrębnym kierunkiem działania są wysiłki na rzecz przedłużenia sprawności i w miarę dobrej kondycji zdrowotnej osób starszych. Zwraca się uwagę na konieczność zapewnienia ludziom starszym nie tylko opieki medycznej, ale także możliwości korzystania ze specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego wspomagającego osoby starsze w codziennym życiu oraz kompleksowej rehabilitacji geriatrycznej.

Wydłużenie się życia ludzkiego w skali masowej, jest zjawiskiem pozytywnie świadczącym o rozwoju społeczeństwa i warunkach życia ludności. Nie ulega jednak wątpliwości, że szybki proces zwiększania się w populacji kraju udziału ludności starszej staje się poważnym problemem nie tylko medycznym, ale także społecznym i ekonomicznym.

Wiek podeszły kojarzy się ze stałym obniżaniem się sprawności biologicznej, funkcji psychicznych oraz możliwości społecznych, co w konsekwencji prowadzi do stopniowego znikania zdolności przystosowawczych [2].

A. Bilikiewicz wskazuje na dwa podejścia do zjawiska biologicznego starzenia się [1]:

1. Starzenie się jest nieuchronną koniecznością biologiczną, bez której nie byłoby życia. Starzenie się nie jest procesem patologicznym, a jedynie przejawem determinizmu biologicznego. Skoro proces starzenia się jest konieczny i nieuchronny, to nie należy z nim walczyć, należy się poddać naturalnemu biegowi rzeczy.
2. Drugi pogląd zawiera się w łacińskim przysłowiu „senectus ipsa morbus” („starość jest chorobą”). Jeśli starzenie się i starość jest chorobą, to należy leczyć wszelkie jej przejawy, zarówno w aspekcie zaburzeń zdrowia fizycznego, jak też psychicznego. Jest oczywiste, że medycyna ze swej istoty i powołania opowiada się za tym drugim podejściem do starości.

Faktem jest, że wraz z wiekiem przybywa chorób; rzadko się zdarza, żeby człowiek starszy był wolny od jakichkolwiek dolegliwości i chorób somatycznych, które z kolei rzutują na stan psychiczny. Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badania nad stanem zdrowia ludności Polski, które wykazało znaczne różnicowanie stanu zdrowia w zależności od wieku.

Najwyraźniej ocenić to można na przykładzie chorób przewlekłych. Wprawdzie przewlekle chorują osoby w każdym wieku, to jednak ich liczba i odsetek w populacji wzrasta wraz z wiekiem. Najmniej chorób przewlekłych występuje w populacji ludzi młodych. W wieku 30–39 lat choruje przewlekle już połowa (52,3%) ludności, jednak w wieku 60 lat i więcej przewlekle choruje już ponad 90% ludności, przy czym najwyższy odsetek chorujących przewlekle dotyczy osób sę-

dziwych, powyżej 80 roku życia. Charakterystyczne jest zarazem, że odsetek chorujących przewlekle kobiet jest znacząco wyższy niż chorujących przewlekle mężczyzn [9].

Przejdźmy obecnie do sytuacji w naszym województwie. Województwo łódzkie, a Łódź w szczególności jest miastem starzejącym się. Tylko w latach 1990–1997 udział osób w wieku powyżej 65 lat wśród mieszkańców Łodzi zwiększył się z 13,6 do 16%. Należy podkreślić, że zjawisko to stwarza rozległe implikacje zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak też dla opieki społecznej. Tabela 2 ukazuje zmiany w liczbie i strukturze ludności województwa łódzkiego w perspektywie roku 2030.

Liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w naszym województwie do 620 tys., tj. o blisko 175 tys. w porównaniu z rokiem 2000. Jeśli obecny stan liczbowy osób w tym wieku uznać za 100%, to do roku 2030 populacja osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie o dalszych 40%. W analogicznym okresie liczba dzieci i młodzieży w wieku przedprodukcyjnym spadnie, osiągając zaledwie 72,3% stanu obecnego. Dane te wskazują na zmieniające się w przyszłości niekorzystne relacje międzypokoleniowe, które można określić zdaniem „dużo dziadków, mało wnuków”. Sytuacja taka będzie rzutowała nie tylko na relacje pokoleniowe w rodzinie i w społeczności naszego województwa, ale przede wszystkim stanowić będzie wyzwanie dla opieki zdrowotnej.

Pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia, niesprawność i liczne choroby przewlekłe powodują wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze, a w konsekwencji wzrost wydatków na te zadania.

Istnieje opinia, że optymalna opieka nad ludźmi starszymi to „kompleksowa opieka ambulatoryjna, lekarska i pielęgnarska, której celem jest zapewnienie jak najlepszej jakości życia osób starszych. Opieka ambulatoryjna uzupełniana jest świadczeniami placówek lecznictwa zamkniętego. Należy jednak dążyć do zmniejszenia liczby hospitalizacji osób starszych, które są dla nich niezmiernie stresujące oraz znacznie droższe niż świadczenia ambulatoryjne” [5].

W badaniu Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi stwierdzono nader wysoki ponad 50-procentowy udział chorych w wieku 65 lat i więcej wśród osób przyjmowanych na badane oddziały chorób wewnętrznych łódzkich szpitali. Udział osób starszych (53,6%) wśród ogółu osób hospitalizowanych na badanych oddziałach chorób wewnętrznych jest nieproporcjonalnie wysoki w stosunku do ich udziału w populacji Łodzi (16,0%). Osoby starsze korzystają zatem z tej formy świadczeń medycznych znacznie częściej niż osoby w młodszym wieku.

Najczęstszym powodem przyjęcia do szpitala były choroby układu krążenia, na drugim miejscu wśród powodów hospitalizacji osób starszych wystąpiły choroby układu oddechowego. Dane

Tabela 2. Zmiany w liczbie i strukturze ludności województwa łódzkiego w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej) na tle pozostałych grup wieku

Lata	Ludność (w tys.)			
	ogółem	w wieku		
		przedprodukcyjnym	produkcyjnym	poprodukcyjnym
2000	2642,8	575,7	1621,8	445,3
2005	2597,0	493,2	1665,7	438,2
2010	2566,9	459,9	1643,5	463,4
2015	2545,2	461,4	1559,4	524,4
2020	2514,3	473,0	1456,8	584,5
2025	2466,2	459,5	1392,0	614,7
2030	2403,6	418,1	1365,4	620,1
Indeksy dynamiki (rok 2000 = 100)				
2000	100,0	100,0	100,0	100,0
2005	98,3	85,7	102,7	98,4
2010	97,1	79,9	101,3	104,1
2015	96,3	80,1	96,2	117,8
2020	95,1	82,2	89,8	131,3
2025	93,3	79,8	85,8	138,0
2030	90,9	72,6	84,2	139,3

Źródło: Prognoza ludności i gospodarstw domowych województwa łódzkiego do roku 2030. Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2001, s. 31.

uzyskane w powyższym badaniu wskazują na znaczne nasilenie się procesu geriatryzacji oddziało chorób wewnętrznych [3].

Podsumowanie

Proces starzenia się ludności, wzrost liczby osób starszych i sędziwych będzie miał konsekwencje tak w dziedzinie popytu, jak i podaży na usługi medyczne, i to zarówno w sferze usług publicznych, jak i prywatnych.

Zwiększona naturalna podatność osób starszych na zachorowania i urazy w powiązaniu z istotnym wzrostem liczebności tej grupy wiekowej prowadzi będzie w konsekwencji do wzrostu popytu na usługi zdrowotne i opiekuńcze. Długie życie, stanowiąc niewątpliwą wartość, ma bowiem także konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne. Wymiar społeczno-ekonomiczny dotyczy głównie kosztów zabezpieczenia materialnego i opieki, zwłaszcza w sytuacji malejącej liczby osób w młodszym grupach wieku, które te świadczenia i opiekę mogłyby świadczyć.

W Polsce system publicznej ochrony zdrowia został rozwinięty po drugiej wojnie światowej jako system zdrowotny dla wszystkich grup wiekowych. Ludzie starsi nie posiadali i nadal nie posiadają swojej odrębnej instytucji publicznej zajmującej się opieką zdrowotną. Nieliczne poradnie geriatryczne nie były w stanie zaspokoić potrzeb tej populacji. Wraz z upowszechnieniem reformy

i znanymi powszechnie trudnościami finansowymi specyficzne potrzeby tej grupy pacjentów mogą podlegać dalszej depriwacji.

Opieka zdrowotna dla seniorów powinna, co oczywiste, orientować się również na opiekę długoterminową nad osobami w wieku późnym, sędziwym. Stan zdrowia zmienia się bowiem recesywnie wraz z upływem czasu. Z wiekiem wzrasta nie tylko częstość chorób, ale także długość ich trwania, zwłaszcza gdy mowa o chorobach przewlekłych (np. cukrzyca).

Osoby starsze są, a będą w przyszłości w jeszcze większym stopniu, najpoważniejszymi odbiorcami usług zdrowotnych. Wraz ze starzeniem się populacji narastają bowiem wskaźniki zachorowalności, zapadalności, chorobowości, wzrasta ryzyko zdrowotne. W Polsce osoby w starszym wieku stanowią większość leczących się w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Także lekarz rodzinny w swej praktyce coraz częściej spotyka się z pacjentem w wieku starszym lub gołą sędziwym.

Duży przyrost ludności w starszym wieku, a zwłaszcza w wieku późnym, stanowi wyzwanie wskazując na wzrastające potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej.

Zjawisko demograficzne, jakim jest starzenie się naszego społeczeństwa, zwiększa bowiem zapotrzebowanie na opiekę nad ludźmi starszymi, w tym głównie zapotrzebowanie na świadczenia ze strony lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A. Psychologiczne i psychiatryczne determinanty odpowiedzialności za własną starość. *Geront Pol* 1997; 4: 22–27.
2. Hayflick L. *How and why we age*. New York: Ballantine Books; 1996.
3. Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. *Hospitalizacje starszych mieszkańców Łodzi*. Łódź, 2001.
4. Kozierkiewicz A. Znaczenie wybranych wskaźników dla podejmowania decyzji w ochronie zdrowia. *Zdr Publ* 2000; 7–20.
5. *Kierunki działań na rzecz zdrowia Łożdzian*. K. Panas (red.), Urząd m. Łodzi, Łódź.
6. *Prognoza ludności i gospodarstw domowych województwa łódzkiego do roku 2030*. Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2001.
7. Pawlicki J. To idzie starość. Raport Komisji Europejskiej. *Gaz Wyb* 3 kwietnia 2002.
8. *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2001*. 2002.
9. *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.* Warszawa: GUS; 1997.
10. Worach-Kardas H. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania stanu zdrowia i długości życia. *Zesz Nauk Wyz Szkoły Hum-Ekon* w Łodzi 1999; 2.
11. Worach-Kardas H. Pilnie potrzebna oferta dla seniorów. Nowe wyzwania dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Mag Med Rodz* 2000; 4.
12. Żakowska-Wachelko B. *Niesprawność w podeszłym wieku, przeciwdziałanie, leczenie, kompensacja*. w: VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Katowice 1997.

Adres Autorki:

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
ul. Rewolucji 1905 r. 64
90-222 Łódź

Lekarz rodzinny „geriatrą pierwszej linii”

Family doctor as a “first-line” geriatrician

BARBARA BIENIŃ

Z Zakładu Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: dr hab. med. Barbara Bień

Streszczenie Osoby w wieku starszym stanowią coraz większą część społeczeństwa i należy oczekiwać dalszego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i pielęgnacyjno-opiekuńcze ze strony placówek opieki podstawowej. Praktyka lekarza rodzinnego, powiązana z lokalną społecznością osób starych i często niesprawnych, jest miejscem z wyboru do świadczenia opieki geriatrycznej na szczeblu podstawowym. Funkcja „geriatry pierwszej linii” stawia przed lekarzem rodzinnym trudne zadanie sprostania standardowi podejścia geriatrycznego. Opiera się ono na zasadach powszechności, dostępności, ciągłości i jakości usług geriatrycznych oraz kompleksowego zaspokajania złożonych, socjomedycznych potrzeb ludzi starych. Podejście geriatryczne zakłada rozwiązywanie zarówno problemów zdrowotnych, środowiskowych, jak i społecznych, a naczelnym celem takiego postępowania jest wzmacnianie i poprawa sprawności funkcjonalnej oraz jakości życia w starości. Podstawowym instrumentem rozpoznania sytuacji starego pacjenta jest tzw. całościowa ocena geriatryczna, oparta na standaryzowanych pomiarach sprawności fizycznej, psychicznej i emocjonalnej. Pozwala na wytyczanie indywidualnych celów i realizowanie planu opieki geriatrycznej. Jest to możliwe dzięki zespołowej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, rehabilitanta i terapeuty zajęciowego, wśród których lekarz rodzinny pełni kluczową funkcję. Lekarz rodzinny często nie jest w stanie sprostać wymogom standardu opieki geriatrycznej ze względów merytorycznych i organizacyjnych. Zasadniczym ograniczeniem w praktykowaniu geriatry na poziomie opieki podstawowej są braki w edukacji gerontologicznej. Wyższe szkolnictwo medyczne nie zapewnia pełnego zakresu kształcenia geriatrycznego, a programy specjalizacyjne z medycyny rodzinnej nie obejmują tematyki gerontologicznej. Brakuje infrastruktury usług rehabilitacyjnych i socjalnych niezbędnych lekarzowi do udzielania kompleksowych świadczeń geriatrycznych. W efekcie nadal funkcjonuje model „tradycyjnej medycyny”, w którym dominuje podejście zorientowane na chorobę, ignorujące specyfikę patologii wieku podeszłego i potrzeby ludzi starych. „Wielospecjalistyczne” podejście do chorób w wieku starszym stwarza nierówność w dostępie do świadczeń, duplikowanie usług, leczenia i generowanie kosztów. Pozycja specjalisty w zakresie geriatry, jako konsultanta dla medycyny rodzinnej, jest niezdefiniowana i wyraźnie ignorowana przez system ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: geriatry, opieka zdrowotna, ludzie starzy, opieka środowiskowa, lekarz rodzinny.

Summary The share of the older people in population is still growing up and the requirement for geriatric care in community will be rising. General practice of family doctor, as it is situated in the neighbourhood of older person, is place of choice for provisions of geriatric care in the local community. Family doctor as a geriatrician is obliged to follow the special geriatric rules as a standard approach. The principles of geriatric care for older people include the following: a general and easy accessibility; comprehensiveness in range; co-ordination to ensure that it is a system and not a loose collection of separate services; continuity in the sense of avoiding gaps both in content and in time and the competence. To these must be added respect for the autonomy of patients and concern for the welfare of their carers. The main objective of the geriatric care in the primary health system is to keep an older person in as good effective health as possible in the environment of their choice. An enhancing the health in term of functions should be made by early recognition and seeking out of the disease or social detriment so that treatment and social support could be instituted to improve the quality of life and reduce the functional deficit present. To achieve the goals it is necessary to apply the multidimensional and comprehensive geriatric assessment made by team approach of the physician, community nurse, social worker and other geriatric practitioners (occupational therapist, physiotherapist, psychologist, etc.). The family doctor performs a key role in the team. Unfortunately, the feasibility of the geriatric team approach is restricted in the Polish realities. The main barriers come from merits and organisational causes. The high medical education does not provide the full range accessibility to gerontological training. Both shortages of rehabilitative units, diverse social services, as well as small economic resources, make difficult to apply full range geriatric approach into practice. There is still functioning the traditional model of treatment a separate diseases in older people what makes an inequality in access to specialists, duplications of services and low cost-effectiveness of the national health system. The role and place of specialist in geriatrics are undefined and ignored by health care system.

Key words: geriatrics, health care, elderly, community care, family doctor.

Geriatrya jako dyscyplina medyczna

Gerontologia kliniczna, zwana inaczej geriatrą lub medycyną wieku starszego, należy do młodszych dyscyplin medycznych. Jej szybki rozwój nastąpił w okresie ostatnich dziesięcioleci jako odpowiedź na wzrost powszechnych, specyficznych i złożonych potrzeb socjomedycznych ludzi starych wobec demograficznego starzenia się społeczeństw.

W minionym roku w Polsce odsetek osób w wieku 60 lat i powyżej zbliżył się do 17%, a w wieku 65 lat i powyżej przekroczył 12%, co według norm ONZ oznacza przekroczenie progu zaawansowanej starości demograficznej. Na tle krajów europejskich nie należymy jeszcze do społeczeństw najstarszych, tym niemniej proces starzenia demograficznego przebiega u nas w coraz szybszym tempie. W okresie ostatniego dziesięciolecia ogólna liczba mieszkańców Polski wzrosła zaledwie o 1,2%, podczas gdy liczebność osób w wieku 65 lat i starszych – aż o 20%. Według prognoz demograficznych, dalszemu starzeniu się społeczeństwa towarzyszyć będzie nieproporcjonalnie wyższy wzrost udziału najstarszych roczników w porównaniu z młodszymi. W 2010 r. co czwarta osoba starsza osiągnie wiek 80 lat lub wyższy, podczas gdy obecnie jest nią zaledwie co siódma [1]. Nawet niewielki wzrost udziału ludzi starych w społeczeństwie prowadzi do niewspółmiernie wyższego wzrostu odsetka tych osób wśród korzystających z usług placówek służby zdrowia. Zjawisko to określa się „geriatryzacją” opieki zdrowotnej, na co zwrócił uwagę Piotrowski już ponad trzydzieści lat temu [2]. Stawia to szczególne wyzwania nie tylko przed geriatrą, ale przed całą medycyną.

Z perspektywy cyklu życia geriatrya stanowi ostatnie ogniwo z triady podstawowych dyscyplin medycznych – po pediatrii i „mediatrii” oraz internie. Geriatrya wywodzi się z interny i tak jak ona prezentuje holistyczne podejście do pacjenta. Niemniej nie jest zorientowana na diagnozowanie i leczenie wielu pojedynczych chorób wewnętrznych, a na rozwiązywanie problemów polietiologicznych wynikających z wielochorobowości i wielonarządowości schorzeń wieku podeszłego.

Zainteresowania geriatryi skupiają się przede wszystkim na złożonym charakterze patologii – efekcie nakładania się inwolucyjnych zmian starczych i chorób wielu narządów. Problemy zdrowotne zależne od wieku wykraczają poza zakres tradycyjnej „interny”, czego przykładem są wybrane i typowe dla wieku podeszłego choroby neurologiczne (udar, parkinsonizm), psychiatryczne (otępienie, depresja), urologiczne (nieдержание mocz, przerost prostaty), okulistyczne, problemy rehabilitacyjne i wiele innych. Stanowi to ilustrację interdyscyplinarnego charakteru geriatryi w zakresie medycyny.

Ze względu na środowiskowe i społeczne uwarunkowania starzenia zainteresowania gerontologii wykraczają również poza zakres nauk medycznych i obejmują zagadnienia z pogranicza innych dziedzin nauki – socjologii, psychologii, demografii, a nawet prawa, czy architektury – o ile dotyczą ludzi starych. Stanowi to uzasadnienie interdyscyplinarnego charakteru gerontologii także w znaczeniu pozamedycznym.

Zasady opieki geriatrycznej

Zarówno argumenty demograficzne, społeczne, jak i biologiczne (odrębności patologii wieku starszego) stawiają przed wszystkimi praktykami medycznymi, a zwłaszcza przed lekarzami rodzinnymi, szczególne wymagania, których spełnienie zależy od przestrzegania podstawowych zasad opieki geriatrycznej [3]:

POWSZECHNOŚĆ OPIEKI, czyli dostęp wszystkich ludzi starych do świadczeń systemu ochrony zdrowia na równych prawach z młodszymi grupami wieku.

DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI (fizyczna i ekonomiczna), czyli bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania oraz nieodpłatne świadczenie usług diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, włącznie z procedurami wysoko specjalistycznymi.

DŁUGOTRWAŁOŚĆ OPIEKI, czyli ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia i przewlekłego charakteru chorób współistniejących.

JAKOŚĆ OPIEKI, czyli stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej, niezależnie od typu placówki ochrony zdrowia. Wymaga to podniesienia kwalifikacji zawodowych lekarzy i pielęgniarek w zakresie geriatryi, zarówno w trybie przed-, jak i podyplomowym.

KOMPLEKSOWOŚĆ OPIEKI, czyli CAŁOŚCIOWE ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW SOCJOMEDYCZNYCH STAREGO CZŁOWIEKA (*Comprehensive Geriatric Approach*), polega na zespołowym podejściu do rozwiązywania problemów człowieka starszego przy współudziale profesjonalistów różnych dziedzin (lekarz rodzinny i specjaliści, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny, terapeutę itp.). Podejście to ukierunkowane jest na ocenę i poprawę stanu czynnościowego człowieka starszego (funkcji życia codziennego ADL, lokomocyjnych, emocjonalnych i poznawczych), co umożliwia mu samodzielność i autonomię w środowisku życiowym oraz lepszą jakość życia.

Dodatkową zasadą jest poszanowanie autonomii pacjenta i zapewnienie mu dostępu do systemu pomocy społecznej.

Jedynie lekarz rodzinny, praktykujący na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej, ma

szanse sprostać wszystkim zasadom opieki geriatrycznej. To on obejmuje opieką wszystkie osoby, które mu zaufały, jest lub powinien być najbardziej dostępny na co dzień, bo praktykuje w społeczności lokalnej, pełni opiekę w sposób ciągły i długotrwały, a więc obowiązuje go przynajmniej minimum kompetencji w zakresie geriatry i znajomości standardów oceny gerontologicznej. Niezależnie od motywacji, chęci czy umiejętności, lekarz rodzinny *de facto* staje się geriatrą pierwszej linii [4].

Specyfika patologii w starości

Najważniejszą cechą starzejącego się organizmu jest postępująca utrata możliwości adaptacyjnych ustroju, stabilności środowiska wewnętrznego, a w efekcie rosnące prawdopodobieństwo śmierci [3]. Spadek pojemności buforowej mechanizmów adaptacyjnych utrzymujących homeostazę sprawia, że coraz trudniej utrzymywana jest równowaga środowiska wewnętrznego po zadziaaniu stresorów (np. wysiłek, infekcja, krwawienie, zabieg operacyjny, stres fizyczny, psychiczny itp.). Do głównych czynników ograniczających fizjologiczne rezerwy organizmu i usposabiających do chwiejności homeostazy należą rozległe zmiany strukturalne w następstwie naturalnego starzenia (zmiany involucyjne) wraz z nakładającymi się chorobami (miażdżyca i jej powikłania narządowe, cukrzyca, zwyrodnieniowe choroby narządu ruchu, przewlekłe stany zapalne i wiele innych).

Współistnienie wielu chorób, zmian wielonarządowych wraz ze skutkami przebytych operacji, urazów sprawia zasadnicze trudności diagnostyczne, zwłaszcza u osób niesprawnych intelektualnie i niedołącznych fizycznie.

Dodatkowym czynnikiem utrudniającym wczesne rozpoznanie i leczenie jest skryta i nietypowa prezentacja chorób. Jest ona efektem osłabienia mechanizmów obronnych starzejącego się układu odpornościowego, spowolnienia lub zmniejszenia odpowiedzi zapalnej na patogeny (np. brak wzrostu ciepłoty ciała), co powoduje stosunkowo późną manifestację choroby. Dość często zdarza się, że zapalenie płuc objawia się jedynie ogólnym pogorszeniem samopoczucia, splątaniem, przy skąpych i nietypowych objawach fizykalnych – wtedy tylko zmiany w obrazie radiologicznym płuc mogą pomóc w ustaleniu rozpoznania.

Charakterystyczną cechą patologii wieku podeszłego jest skłonność do gwałtownego pogorszenia stanu chorego, zwłaszcza przy opóźnieniu lub zaniedbaniu wczesnego leczenia. Stanowi to kolejny dowód spadku zdolności adaptacyjnych organizmu w starości.

Z uwagi na znaczne ograniczenie naturalnych rezerw czynnościowych organizmu w starości należy się liczyć ze spowolnieniem i ograniczeniami w procesie zdrowienia po ostrych chorobach oraz być przygotowanym na powikłania oraz uwzględniać niepożądane działanie leków stosowanych w przebiegu współistniejących schorzeń.

Kolejną cechą patologii w wieku starszym są zaburzenia stanu odżywienia, zwłaszcza w zakresie witamin, makro- i mikroelementów. Sprzyjają temu błędy w odżywianiu się osób starszych, zaburzenia wchłaniania czy interakcje z lekami, a objawy niedoborów witaminowo-mineralnych mogą imitować choroby lub mogą być przypisywane objawom starzenia.

Zespoły jatrogenne, czyli niezamierzone skutki leczenia farmakologicznego, są szczególnie niebezpieczne dla osób starszych, chociażby ze względu na znacznie wyższe spożycie przez nich leków w porównaniu z osobami młodszymi. Objawy niepożądanego działania leków nie są charakterystyczne. Do najczęściej spotykanych objawów należy utrata łaknienia, bóle, zawroty głowy często połączone z upadkami, depresja, osłabienie, apatia. Zdarza się, że leczone są objawowo kolejnymi farmaceutykami. Niebezpieczeństwo takie staje się realne w sytuacji korzystania z usług wielu specjalistów zalecających własną farmakoterapię, a niedokonujących przeglądu wszystkich leków przyjmowanych przez chorego.

Środowiskowe uwarunkowania choroby są immanentną cechą patologii osób starszych. Zaniedbywanie wywiadu dotyczącego warunków życia, sposobu odżywiania, sytuacji materialnej, opiekuńczej, sprawności funkcjonalnej może doprowadzić do załamania nawet najbardziej właściwie zaplanowanej farmakoterapii.

Rozpoznanie środowiska wraz z oceną stopnia samodzielności w zakresie czynności życia codziennego (przygotowywanie posiłków, zakupy, możliwości nabycia leków i kontroli właściwego ich przyjmowania, poczucia bezpieczeństwa, korzystania z udogodnień w domu itp.) jest podstawowym warunkiem prawidłowej terapii.

Specyficzny, złożony i wielowymiarowy zakres uwarunkowań zdrowotnych człowieka starego skłania do przewartościowania definicji zdrowia w starości [5]. Należy je określać w trzech płaszczyznach: (1) jako brak choroby; (2) jako utrzymanie optymalnej funkcji oraz (3) jako obecność adekwatnego systemu wsparcia (rodzinnego, zdrowotnego, środowiskowego, socjalnego). Osoby starsze obciążone chorobami mogą być rozważane jako „zdrowe”, gdy patologia nie powoduje istotnego ograniczenia ich funkcjonowania (np. dobrze kontrolowany przebieg cukrzycy) lub gdy wydolność czynnościowa jest zapewniona przez sprawny system rehabilitacji i opieki środowiskowej (skuteczne oprotezowanie narządu ruchu, wzroku, słuchu itp.).

Cele i etapy opieki geriatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej

Naczelnym celem leczenia osób starych jest utrzymanie i wzmocnienie sprawności funkcjonalnej, by przywrócić im możliwości niezależnego życia w środowisku, a przez to zapewnić optymalną jakość życia w starości.

Eliminacja chorób w starości nie jest celem samym w sobie, chyba że w sposób zasadniczy wpływa na sprawność fizyczną, emocjonalną lub psychiczną. Tabela 1 przedstawia cztery etapy opieki geriatrycznej możliwe do prowadzenia w lecznictwie podstawowym [3].

Pierwszym celem do osiągnięcia jest całościowa ocena stanu pacjenta, włącznie z postawieniem dokładnego rozpoznania i ustaleniem rokowania. W tym etapie istotne jest określenie wpływu choroby lub innych problemów zdrowotnych na stopień upośledzenia sprawności funkcjonalnej. W tym celu najlepiej jest posługiwać się standaryzowanymi pomiarami [6], do których należy skala oceny sprawności fizycznej w zakresie czynności życia codziennego, tzw. ADL (od ang. Activity of Daily Living); skala sprawności funkcji poznawczych, np. MMSE (Mini-Mental State Examination) [7], skala oceny funkcji emocjonalnych, np. Geriatryczna Skala Depresji [8] czy też skala aktywności fizycznej według Grimby [9]. Obecnie większość wymienionych skal jest dostępna w Polsce w formie modułowo zbudowanego kwestionariusza EASYCare [10, 11], który w całości pełni funkcję systemu oceny osoby starszej pozostającej w środowisku życiowym. Standaryzacja ocen umożliwia śledzenie i kontrolę stanu pacjenta w obserwacji długofalowej oraz porównania w badaniach przekrojowych.

Ocena dostępnych zasobów, rozumianych szeroko jako możliwe do wykorzystania środki zaradcze, obejmuje wsparcie ze strony rodziny, sąsiadów,

organizacji wolontarnych i samopomocowych, publicznego systemu pomocy społecznej itp. Ważne jest również docenienie wartości kulturowych i mentalności podopiecznych, ich wykształcenia, ponieważ pozytywne wyniki tej oceny korzystnie wpływają na leczenie i ułatwiają komunikację.

W drugim etapie opieki geriatrycznej istotne jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co jest najważniejszą potrzebą osoby starszej i jakie są realne możliwości jej zaspokojenia. Zazwyczaj problem odnosi się do osób w zaawansowanej starości i dotyczy potrzeb zdrowotnych, usługowych, ulgi w cierpieniu, kontaktów społecznych itp. Ustalanie celów opieki wymaga dialogu między lekarzem, który wie, co można osiągnąć, a pacjentem, który musi decydować, co powinno być wykonane. W sytuacji daleko posuniętej niesprawności, zwłaszcza psychicznej, rolę pacjenta przejmuje jego opiekun rodzinny.

Po wspólnym uzgodnieniu celów opieki przyjęte ustalenia należy przełożyć na konkretny plan działania, a zadania podzielić między członków zespołu środowiskowej opieki geriatrycznej. Każdy z nich zobowiązany jest do kontroli wyników podjętej interwencji, a w razie niepowodzeń konieczna może się okazać powtórna analiza sytuacji i zmiana realizowanych planów. Podział ról między praktyków opieki geriatrycznej wynika zazwyczaj z profesji – lekarz rodzinny jest odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów zdrowotnych, pielęgniarka środowiskowa – za przystosowanie mieszkania, pielęgnację, zabiegi, edukację, kontrolę zaleceń lekarza, zaś pracownik socjalny – za zapewnienie ewentualnych usług socjalnych, w naturze bądź pomocy finansowej. Niezwykle pożądanymi członkami zespołu opieki geriatrycznej są dodatkowo terapeuta zajęciowy i fizykoterapeuta. Ich zadaniem jest takie przygotowanie pacjenta i otoczenia, w którym przebywa, by możliwe okazało się samodzielne w nim zamieszkanie.

Tabela 1. Czterostopniowy proces opieki geriatrycznej

I ETAP	OCENA	Stanu zdrowia (rozpoznanie, rokowanie) Sprawności fizycznej, intelektualnej, emocjonalnej i aktywności społecznej Zasobów (dostępnych środków zaradczych) kulturowych, edukacyjnych, socjalnych, opiekuńczych, ekonomicznych
II ETAP	USTALENIE CELÓW OPIEKI	Na podstawie odpowiedzi na dwa pytania: 1. Czego pacjent potrzebuje, pragnie? 2. Jakie są dostępne środki zaradcze, w jakim stopniu zadanie jest wykonalne?
III ETAP	SPECYFIKACJA PLANU DZIAŁANIA	Podjęcie działań zmierzających do zbliżenia stanowiska (potrzeb) pacjenta i racji obiektywnych (zasobów środowiska) ♦ terapia i rehabilitacja pacjenta ♦ działania organizacyjne w środowisku
IV ETAP	REGULARNA KONTROLA	Czy zachodzi poprawa, jakiej oczekiwano? Czy zastosowany plan wymaga zmiany?

Szczególne problemy geriatryczne w praktyce lekarza rodzinnego

Do najbardziej newralgicznych sytuacji, które wymagają szybkiej mobilizacji zespołu opieki geriatrycznej, należy wypis chorego ze szpitala do domu po przebytej poważnej chorobie (udar mózgu, zawał serca, zabieg operacyjny itp.). Utrzymywanie kontaktów z oddziałem szpitalnym i wcześniejsze przygotowanie środowiska na przyjęcie chorego w domu bardzo poprawia efekty podobnych interwencji.

Do szczególnie trudnych sytuacji terapeutyczno-opiekuńczych w środowisku zamieszkania ludzi starszych należą tzw. wielkie problemy geriatryczne (The Geriatric Giants) [12, 13]. Stanowią je typowe dla późnej starości polietiologiczne zespoły starczej niesprawności. Zaliczamy do nich upośledzenie lokomocji, zaburzenia równowagi, upadki, depresję, ośpienie, zaburzenia funkcji zwieraczy, głównie nietrzymanie moczu oraz polekowe zespoły jatrogenne. Ich obecność, często złożona, w zasadniczym stopniu absorbuje uwagę lekarza rodzinnego i całego zespołu opieki środowiskowej. Diagnozowanie przyczyn współodpowiedzialnych za ich obecność jest trudne w warunkach opieki podstawowej, ponieważ wymaga wielu badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych dostępnych jedynie w placówkach wyższej referencyjności.

Znaczenie prewencji geriatrycznej w praktyce lekarza rodzinnego

Większość badań oceniających efektywność działań i usług o typie prewencyjnym udowodniła redukcję śmiertelności z powodu chorób zależnych od wieku.

Kontrolowane badania randomizowane udowodniły pozytywne efekty wielostronnego i interdyscyplinarnego programu oceny, planowania i realizacji celów opieki długoterminowej ludzi starszych żyjących we własnym środowisku życiowym [14]. Głównym zamierzeniem tzw. całościowego podejścia geriatrycznego są długofalowe działania ukierunkowane na wzmacnianie stanu zdrowia ludzi starych, wczesne wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka pogorszenia sprawności funkcjonalnej, diagnozowanie zaburzeń czynnościowych w przebiegu współistniejących chorób lub ich powikłań ze wczesnym i planowym wdrażaniem interwencji medycznej i rehabilitacyjnej. Działania opieki środowiskowej, o typie czynnej dyspensaryzacji geriatrycznej, ukierunkowane na utrzymanie możliwie wysokiej sprawności i samodzielności osób w późnej starości, tj. po 75. roku życia, prowadzą do opóźnienia instytucjonalizacji i utrzymania autonomii życia ludzi starych [15].

Podsumowanie

Osoby w wieku starszym stanowią coraz większą część społeczeństwa i należy oczekiwać dalszego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i pielęgnacyjno-opiekuńcze ze strony placówek opieki podstawowej. Funkcja lekarza rodzinnego jako „geriatry pierwszej linii” należy do najtrudniejszych zadań do pełnienia. Lekarz rodzinny, stanowiąc centralną postać w zespole opieki środowiskowej, nie jest w stanie w pełni sprostać wymogom standardu opieki geriatrycznej ze względów merytorycznych i organizacyjnych. Zasadniczym ograniczeniem w praktykowaniu geriatry na poziomie opieki podstawowej są braki w edukacji gerontologicznej. Wyższe szkolnictwo medyczne nie zapewnia pełnego zakresu kształcenia geriatrycznego, a programy specjalizacyjne z medycyny rodzinnej nie obejmują tematyki gerontologicznej.

Współczesne standardy opieki geriatrycznej oparte są na zespołowej współpracy wielu praktyków gerontologicznych, z których zasadniczą funkcję pełni lekarz rodzinny. Praca zespołu, w skład którego obligatoryjnie winni wchodzić: lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy i rehabilitant, a opcjonalnie opiekunowie, dietetycy, psycholodzy, psychiatry, farmaceuci, a nawet duchowni, w praktyce nie istnieje. Brakuje infrastruktury usług rehabilitacyjnych, opiekuńczych, niezbędnych lekarzowi do udzielania kompleksowych świadczeń geriatrycznych.

W praktyce lekarza rodzinnego funkcjonuje model „tradycyjnej medycyny”, w którym dominuje podejście zorientowane na chorobę, ignorujące specyfikę patologii wieku podeszłego i potrzeby ludzi starych. „Wielospecjalistyczne” podejście do chorób w wieku starszym stwarza nierówność w dostępie do świadczeń, duplikowanie usług, leczenia i generowanie kosztów. Pozycja specjalisty w zakresie geriatry, jako konsultanta dla medycyny rodzinnej, jest niezdefiniowana i wyraźnie ignorowana przez system ochrony zdrowia. Brak geriatrycznej bazy szpitalnej, rehabilitacyjnej, jak również ambulatoryjnej utrudnia lekarzowi rodzinnemu zarówno sprawne diagnozowanie, jak i podejmowanie decyzji odnośnie do planów dotyczących starszych wiekiem pacjentów. Finansowy i merytoryczny rozdział kompetencji medycznych od społecznych nie sprzyja integracji świadczeń socjomedycznych i kompleksowemu zaspokajaniu potrzeb ludzi starych. W efekcie zasady opieki geriatrycznej: powszechności, dostępności, ciągłości, jakości i kompleksowości nie mogą być w pełni realizowane.

Piśmiennictwo

1. Kowaleski JT. *Starzenie się ludności Polski – stan aktualny i przyszłość*. w: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Nofera; 2000: 7–18.
2. Piotrowski J. *Miejsce człowieka starego w rodzinie i w społeczeństwie*. Warszawa: PWN; 1973.
3. Evans JG. *Principles of care*. In: JG Evans, F. Williams, BL Beattie, J.-P. Michel, GK Willcock (Eds). *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2000: 1065–1068.
4. Pędich W. Seniorzy w polskim społeczeństwie. Referat przedstawiony Sejmowej Komisji Zdrowia. 28 marca 2000 r.
5. Kennie DC. Health maintenance of the elderly. *Clin Geriatr Med* 1986; 2: 53–83.
6. Wojszel ZB. Instrumenty pełnej oceny geriatrycznej – zastosowanie w praktyce lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol* 1997; 5: 48–56.
7. Cockrell JR, Folstein MF. Mini-Mental State Examination (MMSE). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 689–692.
8. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 709–710.
9. Grimby G. Physical activity and muscle training. *Acta Med Scand Suppl* 1986; 711: 233–237.
10. Bień B., Wojszel ZB, Wilmańska J. i wsp. Kwestionariusz EASYCare: założenia i metodologia badań. *Gerontol Pol* 1999; 7: 37–41.
11. Wojszel ZB, Bień B., Polityńska B. Ocena stanu funkcjonowania ludzi w wieku podeszłym przez lekarza rodzinnego za pomocą kwestionariusza EASYCare. *Pol Merk Lek* 1999; 6: 167–170.
12. Isaacs B. *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
13. Wojszel ZB, Bień B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl Lek* 2002 (w druku).
14. Rubenstein L., Josephson K., Wieland D. i wsp. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomised controlled trial. *N Engl J Med* 1984; 310: 1664–1670.
15. Williams I. *Preventive and anticipatory care*. In: R. Tallis, H. Fillit, JC Brocklehurst (Eds). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, San Francisco, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone; 1999: 1473–1484.

Adres Autorki:

Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej

Akademia Medyczna w Białymstoku

ul. Kilińskiego 1

15-230 Białystok

e-mail: bien@amb.edu.pl

Problemy nefrologiczne u pacjentów w podeszłym wieku

Nephrological problems in elderly patients

BOLESŁAW RUTKOWSKI

Z Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

Streszczenie Dane demograficzne wskazują, że w ciągu ostatnich dziesięcioleci doszło do znacznego zwiększenia populacji ludzi w podeszłym wieku w wielu krajach świata, w tym także w Polsce. Warto zatem uświadomić sobie, jakie niesie to potencjalne następstwa dla systemu opieki zdrowotnej. U ludzi w podeszłym wieku następuje szereg zmian organicznych i czynnościowych w nerkach, mogących w istotny sposób ograniczyć ich funkcję, szczególnie w sytuacji obciążenia. Zmienia się także epidemiologia schorzeń nerek w tej grupie wiekowej. Zmiana ta ma nie tylko charakter ilościowy – znaczące zwiększenie liczby cewkowo-śródmiąższowych zapaleń nerek, bakteryjnych, jak też niebakteryjnych czy też nefropatii cukrzycowej, ale również jakościowy – pojawienie się glomerulopatii paranowotworowych czy przebieg zaburzeń układu moczowego pod postacią posocznicy (*urosepsis*). Wszystko to prowadzi do znacznego zwiększenia liczby pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek w tej grupie wiekowej. Należy jednak podkreślić, że w chwili obecnej wiek pacjentów nie powinien stanowić przeszkody w ich kwalifikacji do leczenia nerkozastępczego z przeszczepami nerek wyłącznie. Z drugiej strony w najbliższej przyszłości wszystkie te zmiany będą powodowały istotne problemy nie tylko dla społeczności nefrologicznej, ale dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: choroby nerek, podeszły wiek, funkcja nerek, epidemiologia, leczenie nerkozastępcze.

Summary Demographic data are showing significant increase of the elderly population during last decades in many countries including Poland. It is worth to emphasize that this fact has an important impact on health care system. In patients advanced in age many different organic and functional changes are taking place potentially decreasing their function especially during additional load. Also epidemiology of renal diseases is changing with age. This change is not only quantitative like increasing number of tubulointerstitial, both bacterial and nonbacterial, diseases but also qualitative taking into account paraneoplastic glomerulopathies or increasing appearance of urosepsis. All these abnormalities are leading to the significant increase in the number of elderly ESRD patients. It has to be underlined that nowadays patients' age is not concluded as contraindication to renal replacement therapy including renal transplantation. On the other hand in the nearest future all these facts will create an important problem not only to nephrological society but to the whole healthcare system.

Key words: advanced age, renal function, epidemiology, renal replacement therapy.

W ciągu ostatniego ćwierćwiecza obserwuje się stałe starzenie się społeczeństwa, co szczególnie widoczne staje się w krajach rozwiniętych, takich jak Japonia, Stany Zjednoczone czy kraje Unii Europejskiej. Na taki stan rzeczy wpływa szereg czynników, takich jak: zapobieganie w ostatnim pięćdziesięcioleciu konfliktom zbrojnym o zasięgu światowym, poprawa warunków życia i stanu sanitarnego, edukacja i zachowania prozdrowotne oraz postęp medycyny. Dane i prognozy przytoczone za ekspertami ONZ w tabeli 1 wyraźnie uświadamiają ramy ilościowe tego problemu. Narastanie liczby ludności w podeszłym wieku stwarza wiele problemów natury socjalnej, ekonomicznej, a także zdrowotnej. Poniżej przedstawiony zostanie wyliczek uświadamiający problemy zdrowotne związane z nefrologią w tej grupie ludzi.

Omówione zostaną kolejno anatomiczne i czynnościowe zachodzące w nerkach wraz z wiekiem, najczęstsze schorzenia nerek i układu moczowego występujące u ludzi w podeszłym wieku oraz problemy leczenia nerkozastępczego w tej grupie chorych.

Zmiany anatomiczne i czynnościowe w nerkach u ludzi w podeszłym wieku

Zaburzenia wywołane zmianami involucyjnymi związanymi ze starzeniem się organizmu, które zachodzą w nerkach, przedstawiono szczegółowo w tabeli 2. Postępujące zmiany anatomiczne powodują liczne zaburzenia związane z funkcją wydalniczą nerek [2, 4, 6, 7, 20, 21, 31, 32]. Mało danych w piśmien-

Tabela 1. Zmiany demograficzne zgodnie z programami Organizacji Narodów Zjednoczonych

1. W drugiej połowie XX wieku przeciętne trwanie życia ludzkiego wydłużyło się o 20 lat, a co dziesiąty mieszkaniec naszej planety ma powyżej 60 lat.
2. W krajach Europy Zachodniej żyje 21% osób powyżej 60. roku życia, natomiast w Polsce odpowiednio 15%.
3. W roku 2030 jedna trzecia ludności krajów rozwiniętych przekroczy 60. rok życia.

Tabela 2. Zmiany anatomiczne i czynnościowe w nerkach u ludzi w podeszłym wieku

1. Zmiany anatomiczne
 - a) zmniejszenie masy nerek,
 - b) zmniejszenie liczby kłębuszków nerkowych (o 30–50% w 70 r.ż.),
 - c) stwardnienie kłębuszków nerkowych (10–30% w 70 r.ż.),
 - d) zwiększenie włóknienia tkanki śródmiąższowej części rdzeniowej nerek,
 - e) zmniejszenie długości cewek nerkowych (o 25–30% w 70 r.ż.)
2. Zmiany czynności nerek
 - a) obniżenie przepływu krwi przez nerki,
 - b) obniżenie wielkości filtracji kłębuszkowej,
 - c) upośledzenie funkcji cewek proksymalnych,
 - 1) zmniejszenie reabsorpcji glukozy (TmG),
 - 2) zmniejszenie reabsorpcji fosforanów (TmP),
 - 3) zmniejszenie maksymalnego wydalania jonu amonowego,
 - d) upośledzenie funkcji cewek dystalnych,
 - 1) upośledzenie konserwacji sodu,
 - 2) zmniejszenie zdolności wydalania ładunku sodowego,
 - 3) zmniejszenie zdolności wydalania ładunku potasowego (obniżenie aktywności układu RAA),
 - 4) upośledzenie zdolności zagęszczania moczu,
 - 5) upośledzenie zdolności rozcieńczania moczu,
 - 6) upośledzenie zdolności zakwaszania moczu

nictwie fachowym można znaleźć na temat zmian zachodzących w funkcji wewnątrzwydalniczej oraz metabolicznej. Pośrednio jednak na podstawie niektórych objawów klinicznych, jak także wyników prób obciążeniowych, należy sądzić, że także te funkcje ulegają wraz z wiekiem pewnym zaburzeniom. Biorąc powyższe pod uwagę nie należy z góry zakładać, że człowiek po przekroczeniu 65. czy 70. roku życia ma pewną postać niewydolności nerek. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że w przypadku obciążeń, jakie stanowić może infekcja, stres, odwodnienie, przewodnienie czy inne dodatkowe okoliczności, pojawić się mogą jeszcze zaburzenia czynności nerek. Także w przypadku postępowania leczniczego należy uwzględnić konieczność dbania o to, aby wyrównując spowodowane przez proces chorobowy zaburzenia, np. niedobór sodu, czynić to w sposób rozważny i rozłożony w czasie. Jak bowiem pokazano w tabeli 2 zdolność tolerowania zbyt dużego ładunku sodowego, podobnie jak potasowego, jest u tych pacjentów ograniczona [4, 6, 32]. Jednocześnie zalecając choremu z tej grupy wiekowej ograniczenie soli w diecie, np. z powodu objawów niewydolności krążenia lub nadciśnienia, należy mieć

świadomość możliwości istnienia u niego upośledzenia konserwacji sodu [4, 6]. Sytuacja taka, szczególnie w łączności z częstym stosowaniem u tych pacjentów leków moczopędnych będących w istocie lekami sodopędnymi, może łatwo doprowadzić do rozwoju hiponatremii, wraz ze wszystkimi jej przykrymi następstwami klinicznymi [32]. Także niepełna kwasica metaboliczna, spowodowana upośledzeniem zdolności zakwaszania moczu może łatwo przekształcić się w jawną kwasicę w przypadku obciążenia, jakie stanowić może np. gorączka. Dodatkowo konieczne jest pamiętanie o obniżeniu wielkości filtracji kłębuszkowej u pacjentów w wieku podeszłym w momencie ordynowania leków. Szczególnie dotyczy to tych specyfików, które wydalone są drogą nerek i ich dawkowanie powinno być z założenia dostosowywane do wielkości przesączania kłębuszkowego [32].

Podsumowując tę część rozważań, trzeba przytoczyć także publikacje, w których próbuje się łączyć omawiane dotąd zaburzenia w jeden zespół chorobowy określaną jako nefropatia związana z wiekiem (ang. age nephropathy) [7].

W tabeli 3 przedstawiono czynniki, które sprzyjają rozwojowi tego zespołu.

Tabela 3. Czynniki ryzyka rozwoju nefropatii związanej z wiekiem („age nephropathy“)

1. Płeć męska.
2. Podłoże genetyczne.
3. Otyłość.
4. Dieta wysokobiałkowa.
5. Ekspozycja na patogeny.
6. Nadciśnienie tętnicze.
7. Hiperlipidemia.

Zmiany w epidemiologii chorób nerek związane z wiekiem

U ludzi w podeszłym wieku zmianie ulega nie tylko częstość występowania szeregu schorzeń nerek, ale także ich przebieg kliniczny. Poniżej w skrótovej formie przedstawione zostaną odrębności występujące w tym zakresie w podstawowych chorobach układu moczowego.

Kłębuszkowe choroby nerek

Pierwotne kłębuszkowe choroby nerek znacznie częściej dotyczą ludzi młodych, głównie dzieci i młodych dorosłych. Niemniej także w podeszłym wieku mogą pojawić się cechy glomerulopatii pod postacią typowego zespołu nerczycowego. Szczególnie pojawienie się tego ostatniego nakazuje myśleć o istnieniu zespołu paranowotworowego. Dodatkowym argumentem za istnieniem pierwotnej sprawy nowotworowej, np. w płucach, tarczycy czy gruczole krokowym, przemawia obecność zmian błoniastych (*glomerulonephritis membranosa*) w badaniu wycinka nerki. Z tego też powodu nie powinno się u pacjentów w podeszłym wieku rezygnować z biopsji nerki, oczywiście pod warunkiem nieobecności przeciwwskazań do tego badania. Należy jednak pamiętać, że omawiane powyżej oraz przedstawione w tabeli 2 zmiany anatomiczne związane ze starzeniem się nerek mogą powodować utrudnienia w należytej ocenie obrazu morfologicznego. Konieczne jest jednak stwierdzenie, że w przypadku glomerulopatii paranowotworowej mogą wystąpić także wszystkie inne postacie morfologiczne.

Wspomnieć także warto, że u pacjentów w podeszłym wieku może się również pojawić gwałtownie postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek (ang. RPG). Najczęstszą przyczyną tej postaci glomerulopatii mogą być pierwotne infekcje wirusowe, ale może ona być także konsekwencją pojawienia się schorzenia układowego. Dostyc często bowiem mogą pojawić się w tej grupie wiekowej zapalenia drobnych naczyń (*vasculitis*) czy inne kolagenozy [32].

Cewkowo-śródmiąższowe choroby nerek

Zarówno bakteryjne, jak też niebakteryjne zapalenia nerek stanowią jedną z najczęściej występujących schorzeń układu moczowego u osób w podeszłym wieku. Zakażenia układu moczowego u osób w podeszłym wieku dotyczą bowiem około 20–25% populacji. Wyrównuje się także częstość występowania tego schorzenia u obu płci, a nawet zarysowuje się lekka przewaga płci męskiej. Jest to związane z problemami w wydalaniu moczu, które pojawiają się w następstwie przerostu gruczołu krokowego. Trzeba także zaznaczyć, że u osób w podeszłym wieku często może występować bakteriuuria bezobjawowa, która nie wymaga leczenia przeciwbakteryjnego. Wykazano to między innymi podczas wieloletnich badań prowadzonych nad tym zagadnieniem w naszym ośrodku [30, 32]. Z drugiej jednak strony także ostre zakażenia układu moczowego przebiegające z cechami posocznicy (*urosepsis*) są domeną ludzi w podeszłym wieku.

Ostre i przewlekłe niebakteryjne cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek podobnie z większą częstością dotyczy osób starszych. Wiadomo bowiem, że zdecydowana większość przypadków tego schorzenia jest następstwem nadwrażliwości na określone leki. Dotyczy to m.in. takich leków, jak: antybiotyki, niesterydowe leki przeciwzapalne, leki przeciwdrgawkowe czy leki moczopędne. Lista leków, które mogą być powodem pojawienia się odczynu cewkowo-śródmiąższowego, jest ogromnie długa i ulega stałemu wydłużaniu się. Nie jest natomiast tajemnicą, że spożycie wszelkich leków, w tym należących do wymienionych powyżej grup, jest największe wśród osób w podeszłym wieku.

Nefropatia cukrzycowa

Schorzenie to, szczególnie będące następstwem cukrzycy typu 2, staje się powoli najczęstszą przyczyną przewlekłej niewydolności nerek, szczególnie u osób w wieku podeszłym. Podczas analizowania przyczyn tego zespołu pośród pacjentów w podeszłym wieku kwalifikowanych do leczenia nerkozastępczego na terenie Pomorza Gdańskiego stwierdzono obecność nefropatii cukrzycowej odpowiednio w 1999 r. – 40%, w 2000 r. – 27,9% [26]. Jednocześnie na całym świecie, w tym także w Polsce, prognozy wskazują na wręcz epidemiczny wzrost częstości występowania cukrzycy typu 2 w ciągu następnych 10–20 lat [8].

Nefropatia naczyniowa

W skład zmian naczyniowych wchodzi praktycznie trzy rodzaje nefropatii: nadciśnieniowa, niedokrwienna oraz będąca następstwem zatorów kryształami cholesterolu. Wszystkie one występują głównie u osób w podeszłym wieku, stając coraz częściej jedną z głównych przyczyn schyłkowej niewydolności nerek [19].

Ostra niewydolność nerek

Omówione w pierwszej części niniejszego opracowania zaburzenia anatomiczne i czynnościowe w nerkach doprowadzają do tego, że coraz częściej w tej grupie wiekowej dochodzić może do rozwoju przednerkowej ostrej niewydolności nerek. Jednak charakterystyczne dla osób w podeszłym wieku jest zwiększenie częstości występowania ponerkowej ostrej niewydolności nerek, będącej efektem spraw nowotworowych dziejących się w pobliżu nerki. Istnienie takiej właśnie sytuacji wykazano między innymi, analizując to zagadnienie wiele lat temu w naszym ośrodku [22].

Powyżej omówiono najbardziej charakterystyczne zmiany w epidemiologii oraz przebiegu klinicznym chorób nerek u pacjentów w wieku podeszłym. Warto jedynie dodać, że w tej grupie wiekowej częściej niż u ludzi młodych występuje nefropatia szpiczakowa czy będąca następstwem kroglobulinemii. Pamiętać także trzeba, że gwałtowne pojawienie się bezbólowego krwimoczku może być pierwszym objawem nowotworu nerki, który również statystycznie częściej występuje u ludzi w podeszłym wieku.

Leczenie nerkozastępcze u ludzi w wieku podeszłym

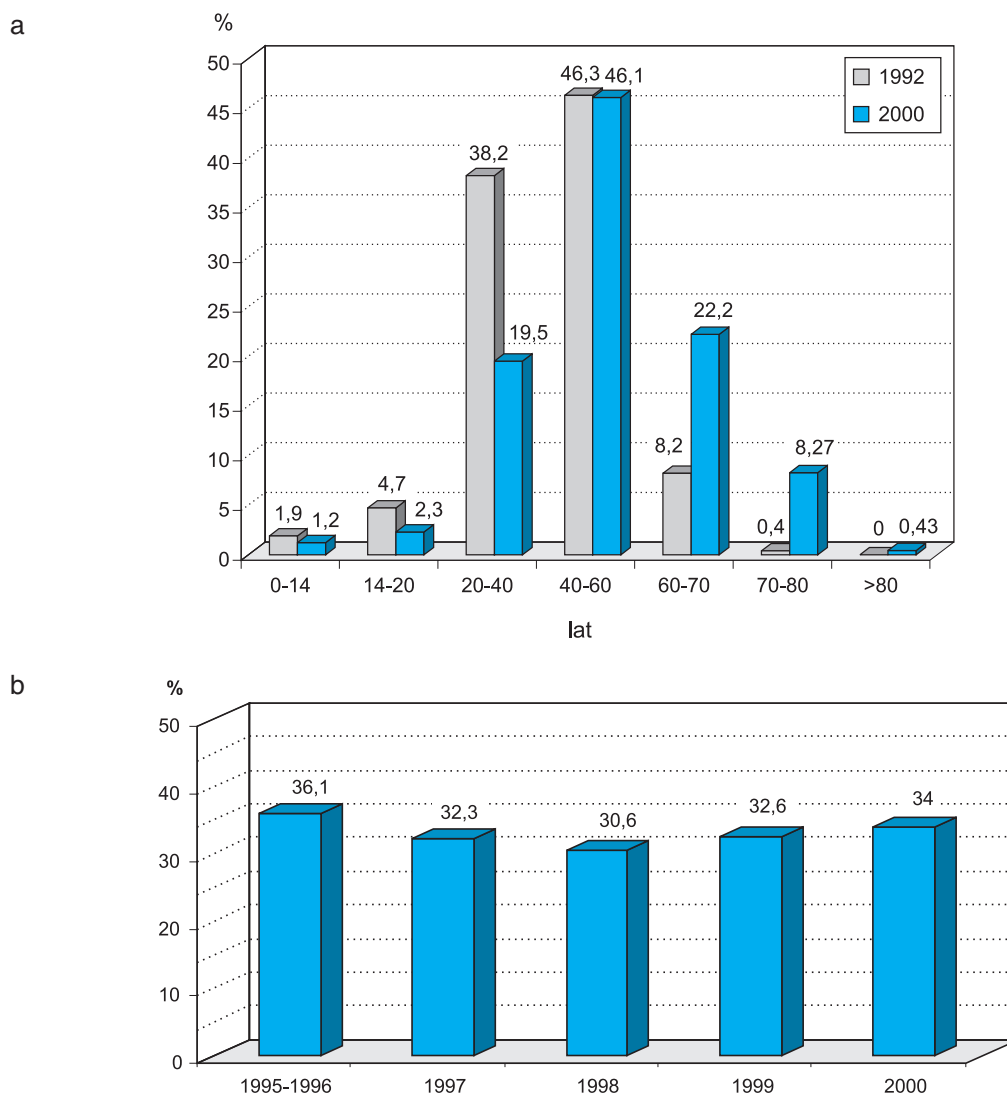
Powyżej omówiono główne zmiany w epidemiologii schyłkowej niewydolności nerek. Odmienności w zakresie samego leczenia nerkozastępczego u ludzi starszych rozpoczynają się już w momencie ich kwalifikacji do tego rodzaju terapii. Jesteśmy bowiem przyzwyczajeni, że jednym z głównych wskaźników, które są brane pod uwagę przy kwalifikowaniu chorych ze schyłkową niewydolnością nerek do leczenia nerkozastępczego, jest stężenie kreatyniny w surowicy. Należy pamiętać, że spadek masy mięśniowej charakterystyczny dla ludzi w podeszłym wieku powoduje, że stężenie kreatyniny w surowicy u tych pacjentów nie koreluje ze spadkiem filtracji kłębuszkowej. Nic zatem dziwnego, że w zaleceniach amerykańskich NRF-DOQI Guidelines, a także w znajdujących

się na ukończeniu podobnych zaleceniach europejskich, istotnym wskaźnikiem brany pod uwagę przy kwalifikacji do leczenia nerkozastępczego powinien być łączony klirens mocznika i kreatyniny [16]. Stąd u tych właśnie pacjentów tak istotne jest odpowiednie wczesne oddanie ich pod kontrolę specjalisty – nefrologa [24, 28]. Należy bowiem z całą odpowiedzialnością podkreślić, że obecnie w naszym kraju, podobnie jak w wielu cywilizowanych krajach świata, wiek nie stanowi żadnej bariery dla leczenia nerkozastępczego. Świadczą o tym także dane zawarte w pierwszej części ryciny 1. U osób w podeszłym wieku metodą z wyboru powinna być dializa otrzewnowa. W Polsce staramy się przestrzegać tej zasady, na co wskazują dane przedstawione na rycinie 1. Pośród różnych form dializy otrzewnowej, szczególnie istotna rola przypada automatycznej dializie otrzewnowej, która czasami staje się jedyną alternatywą zapewnienia adekwatnej dializoterapii [11].

Nie oznacza to, by hemodializa była niemożliwa do prowadzenia u wielu pacjentów w podeszłym wieku. W wielu krajach świata ta właśnie metoda jest preferowana przez samych pacjentów, pomimo dobrze rozwiniętego systemu dializy otrzewnowej.

Trzeba pamiętać, że ze względu na częstą obecność zaawansowanych zmian w naczyniach krwionośnych istotnym problemem u chorych z tej grupy jest uzyskanie dobrego dostępu naczyniowego. Nic zatem dziwnego, że znacznie częściej zachodzi w nich konieczność korzystania z protez naczyniowych (np. Goretex) lub stałych cewników (np. Permcath) [10, 24, 29]. Co do wyników leczenia za pomocą dializoterapii w tej grupie chorych to należy je rozważać z uwzględnieniem przewidywanego czasu przeżycia (ang. life expectancy), a wówczas nie różnią się one zasadniczo niż u ludzi znacznie młodszych [1, 12, 15, 27]. Do niedawna w ogóle nie myślano o kwalifikacji pacjentów w podeszłym wieku do przeszczepienia nerek. Jednakże polityka w tym zakresie ulega coraz znacznijszym zmianom na korzyść tej właśnie grupy chorych. Obecnie w Skandynawii bariera wieku dla biorców przeszczepu została zniesiona, a w „Eurotransplancie” powstał specjalny program nazywany „starsi dla starszych (old to old) polegający na przeszczepieniu nerek od dawców w podeszłym wieku biorcom z podobnej grupy wiekowej [3, 5, 17].

Przed dwoma miesiącami w naszym ośrodku przeszczepiono nerkę pacjentowi 72-letniemu. Zniósł on zabieg doskonale, a obecnie cieszy się dobrym funkcjonowaniem przeszczepionej nerki. Jednakże nie wszyscy pacjenci w podeszłym wieku nadają się do transplantacji, a pogarszając się stan ogólny u niektórych z nich może stać



Ryc. 1. Dializoterapia u pacjentów w podeszłym wieku w Polsce
 a) zmiana wieku w całej populacji leczonych dializami
 b) odsetek pacjentów > 60 r.ż. wśród chorych leczonych dializą otrzewnową

się przyczyną przerwania leczenia nerkozastępczego [10].

Podsumowując należy stwierdzić, że w chwili obecnej wszystkie metody leczenia nerkozastępczego stają się dostępne dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek w podeszłym wieku w coraz większej liczbie krajów świata, przy stale rosnącej liczbie starszych chorych z tym zespołem chorobowym [13, 14, 17, 23, 25].

Wnioski

1. W nerkach ludzi w podeszłym wieku dochodzi do wielu istotnych zaburzeń organicz-

nych i czynnościowych, a uświadomienie sobie tego faktu przez lekarzy powinno zapobiec wielu pomyłkom diagnostycznym i terapeutycznym.

2. Wraz z procesem starzenia się dochodzi do istotnych zmian w epidemiologii schorzeń nerek, a także w ich przebiegu klinicznym.
3. Stałe narastanie liczby pacjentów w podeszłym wieku pośród kwalifikowanych do leczenia dializami oraz tendencji do wcześniejszego rozpoczynania dializoterapii stanowi coraz bardziej istotny problem i wyzwanie nie tylko dla środowiska nefrologicznego, ale dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Ahmed S. i wsp. Opinions of elderly people on treatment of end stage renal disease. *Gerontology* 1999; 45: 156.
2. Baylis C., Corman B. The aging kidney: insights from experimental studies. *J Am Soc Nephrol* 1998; 9: 699.
3. Boned J. i wsp. Transplantation versus haemodialysis in elderly patients. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 5.
4. Chodorowski Z., Rutkowski B. Zaburzenia konserwacji sodu u ludzi w podeszłym wieku. *Nefrol Dial Pol* (w druku).
5. De Meester i wsp. In the queue for a cadaver donor kidney transplant: new rules and concepts in the Eurotransplant International Foundation. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 333.
6. Epstein M. i wsp. Age as a determinant of sodium conservation in normal man. *J Lab Clin Med* 1976; 87: 4.
7. Epstein M. Aging and the kidney. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7: 1106.
8. King H., Aubert R., Herman W. Global burden of diabetes 1995–2025. Prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care* 1998; 1414–1431.
9. Lekie A. i wsp. Discontinuing dialysis: patients wishes and professional judgment. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 318.
10. Levin A. Consequences of late referral on patients outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15 (suppl. 3): 8.
11. Liberek T., Renke M., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. The role Automated Peritoneal Dialysis in peritoneal dialysis programme: one center experience. *Int J Artif Org* 1999; 22: 734.
12. Little J. i wsp. Predicting a patients choice of dialysis modality: Experience in a United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis* 2001; 37: 981.
13. Luke RG, Poehch LH. Gerontologizing. *Nephrology* 2000;10:1824.
14. Lysaght M. Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13: S37–S40.
15. Marinelli G., Cappabianca F., Buono A. i wsp. Dialysis in elderly patients. *The Lancet* 2001; 358: 1463.
16. NKF-DOQI Clinical Practice Guidelines, 1997.
17. Ponticelli C. Should renal transplantation be offered to elderly patients. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 315.
18. Puka J., Rutkowski B., Lichodziejewska-Niemierko M. i wsp. *Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce – 2000*. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2001.
19. Rutkowski B., Tylicki L., Manitius J. i wsp. Hypertensive nephropathy – an increasing clinical problem. *Miner Electrolyte Metab* 1999; 25: 65.
20. Rowe JW i wsp. Age adjusted standards for creatinine clearance. *Ann Intern Med* 1976; 84: 567.
21. Rutkowski B. i wsp. Impaired urine acidification in persons of advanced age, *Acta Med Pol* 1980; 21: 2.
22. Rutkowski B., Wielgosz A. Ostra niewydolność nerek u pacjentów w wieku podeszłym. *Pol Tyg Lek* 1981; 36: 1333.
23. Rutkowski B. Changing pattern of end stage renal disease in central and eastern Europe. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 156–160.
24. Rutkowski B., Chamienia A., Książek A. *Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do leczenia nerkozastępczego*. w: Rutkowski B., Czekalski S. *Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek*. Wyd. Medyczne MAKmed, Gdańsk 2001.
25. Rutkowski B. i wsp. Rozwój leczenia nerkozastępczego w Polsce. *Nefrol Dial Pol* 2001; 5 (supl. 1): 2.
26. Rutkowski B. i wsp. Leczenie nerkozastępcze pacjentów w wieku podeszłym na terenie Pomorza Gdańskiego. *Przeegl Lek* (w druku).
27. Schaefer K., Rohrich B. The dilemma of renal replacement therapy in patients over 80 years of age. Dialysis should not be withheld. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 35.
28. Schuvel J. i wsp. Early referral and its impact on emergent first dialysis health care costs and outcome. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 278.
29. Stehman-Breen CO, Sherrard DJ, Gillen D., Caps M. Determinants of type and timing of initial permanent hemodialysis vascular access. *Kidney Int* 2000; 57: 639.
30. Sulima-Gillow A. Bakteriuria bezobjawowa u osób w podeszłym wieku. *Pol Tyg Lek* 1986; 42: 691.
31. Tannen PL i wsp. Incomplete renal tubular acidosis: some clinical and physiological features. *Nephron* 1975; 15: 111.
32. Zawada ET, Boice JL, Santella RN: *Kidney and aging*. w: Massry SG, Glassock RJ. *Textbook of Nephrology*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

Adres Autora:
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych AM
ul. Dębinki 7
80-211 Gdańsk
e-mail: bolo@amg.gda.pl

Nerki w chorobach układowych

Kidneys in systemic diseases

KAZIMIERZ OSTROWSKI

Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski

Streszczenie Omówiono w dużym skrócie najważniejsze choroby układowe, w których dochodzi często do zajęcia nerek, a czasami objawy ich uszkodzenia jawią się jako pierwsze. Są to schorzenia stosunkowo rzadko występujące, ale o zwykle poważnym rokowaniu, a późno rozpoznane stanowią zagrożenie dla życia. Należą do nich toczeń trzewny, autoimmunologiczne zapalenia naczyń (*vasculitis*), amyloidoza wtórna, twardzina układowa, szpiczak mnogi, skrobiawica pierwotna, zespół Sjögrena, mieszana krioglobulinemia. Ostateczne ustalenie rozpoznania i leczenia odbywać się winno w specjalistycznych ośrodkach, zwykle w warunkach szpitalnych. Z tego względu pominięto specjalistyczne metody diagnostyczne i terapeutyczne. Zwrócono zaś uwagę na wczesne objawy i nieprawidłowe wartości w powszechnie wykonywanych badaniach laboratoryjnych, co pomoże lekarzom rodzinnym odpowiednio wcześniej podejrzewać te choroby i kierować pacjentów do ośrodków specjalistycznych.

Słowa kluczowe: choroby układowe, nerki.

Summary Discussed are main systemic diseases frequently affecting kidneys. The involvement of kidneys often appears to be the first symptom of such condition. Patients with systemic disease are seen seldom but their prognosis is usually poor, and the late diagnosis can be even life threatening. The special attention is given to SLE, autoimmune vasculitis, amyloidosis, systemic sclerosis, multiple myeloma, sarcoidosis, Sjögren's syndrome and mixed cryoglobulinaemia. Final diagnosis and therapy should be performed at specialized, usually in-patient units. This is why the paper focuses on the early symptoms and abnormalities in the routine laboratory findings, which suggest a systemic disease and lead the family physician to refer the patient to the appropriate specialized unit.

Key words: systemic diseases, kidneys.

Poniżej przedstawiam w dużym skrócie najważniejsze choroby układowe, w których dochodzi często do zajęcia nerek, a czasami objawy ich uszkodzenia jawią się jako pierwsze.

Są to schorzenia stosunkowo rzadko występujące, ale zwykle o poważnym rokowaniu, a późno rozpoznane stanowią zagrożenia dla życia.

W moim przekonaniu około 80% chorób, a może i więcej, to choroby dość powszechne – stąd dobrze znane i nietrudne do rozpoznania. Problem jest z tą resztą – chorobami rzadkimi lub o nietypowym przebiegu. Dlatego przypomnienie o tym w gronie lekarzy rodzinnych i lekarzy pierwszego kontaktu jest ogromnie ważne – bo to od nich zależy dalsze prawidłowe postępowanie.

Uważam, że tego typu choroby, z nietypowymi często objawami, lekarz jest w stanie rozpoznać pod warunkiem, że pomyśli i uwzględni w swoich rozważaniach diagnostycznych taką możliwość.

Uwzględniając powyższe uwagi przypomnę te jednostki chorobowe, zwracając szczególną uwagę na wczesne objawy i nieprawidłowe war-

tości w powszechnie wykonywanych badaniach laboratoryjnych.

Ostateczne ustalenie rozpoznania i leczenie odbywać się winno w specjalistycznych ośrodkach, zwykle w warunkach szpitalnych. Z tego względu, jak również ograniczeń czasowych tego wystąpienia, pominię specjalistyczne metody diagnostyczne i terapeutyczne.

W tabeli 1 zestawiono najważniejsze choroby układowe, w których zajęcie nerek jest bardzo częste, a nieraz wiodące.

Tabela 1. Choroby układowe uszkadzające nerki

toczeń trzewny,
autoimmunologiczne zapalenie naczyń (*vasculitis*),
amyloidoza wtórna (RZS),
twardzina układowa,
szpiczak mnogi,
sarkoidoza,
skrobiawica pierwotna,
zespół Sjögrena,
mieszana krioglobulinemia i *hepatitis C*

Toczeń trzewny

Toczeń trzewny jest chorobą o wiele częściej występującą wśród kobiet (9:1). Tabela 2 zestawia najczęściej dotknięte narządy i układy. Zwraca uwagę częste zajęcie nerek. Obserwacje kliniczne wykazują, że zajęcie nerek występuje w ciągu 3 lat od rozpoznania tocznia trzewnego u 35–75% chorych, a przebieg choroby jest różnicowany od łagodnego białkomoczu i krwinkomoczu do ciężkiego zespołu nerczycowego z nadciśnieniem tętniczym i szybko narastającą niewydolnością nerek.

Najważniejsze objawy podano w tabeli 3, a w tabeli 4 badania laboratoryjne.

W tabeli 5 zestawiono charakterystykę kliniczną toczniowego zapalenia nerek.

Tabela 2. Najczęściej dotknięte narządy w toczniu trzewnym

skóra,
nerki (50%),
stawy,
błony surowicze,
naczynia krwionośne,
ośrodkowy układ nerwowy

Tabela 3. Najczęstsze objawy tocznia trzewnego

gorączka,
ból stawów,
charakterystyczna wysypka na twarzy
(rumień w kształcie motyla)
nadwrażliwość na światło

Tabela 4. Najczęstsze odchylenia w badaniach laboratoryjnych

wysokie OB,
małopłytkowość,
niedokrwistość,
leukopenia,
przeciwciała przeciwjądrowe w 90–95%

Tabela 5. Objawy zajęcia procesem chorobowym nerek

białkomocz,
krwinkomocz,
nadciśnienie tętnicze,
zespół nerczycowy,
szybko narastająca niewydolność nerek

Biopsja nerki – 6 klas patomorfologicznych wg WHO

Klasyfikacja zaproponowana przez WHO ma znaczenie dla leczenia i rokowania. Obserwuje się transformację pomiędzy klasami w wyniku stosowanego postępowania. Ogólnie można powiedzieć, że klasy 1–3 mają dobre rokowanie.

Układowe zapalenie naczyń

Układowe zapalenia naczyń (*vasculitis*) charakteryzują się występowaniem nacieków zapalnych i martwicą ścian naczyń, zwłaszcza tętniczych. Mogą występować z różnym nasileniem w poszczególnych narządach i lokalizować się też w naczyniach różnego kalibru (duże, średnie, małe), co warunkuje rozwój określonego zespołu chorobowego.

Przyjęty obecnie podział zapaleń naczyń według The Chapel Hill Consensus (1994 r.) przedstawia tabela 6.

Zmiany występują dość często w nerkach. W niektórych chorobach, jak w guzkowym zapaleniu tętnic czy ziarniniaku Wegenera, w 80–90%, ale także w skórze, płucach, nosogardzieli, stawach, układzie pokarmowym i nerwowym.

Uwzględniając mechanizmy immunologiczne można zapalenie naczyń podzielić na dwie grupy:

1. Zapalenia naczyń związane z występowaniem przeciwciał skierowanych przeciwko składnikom cytoplazmy granulocytów obojętnochłonnych (ang. ANCA). Należą tu ziarniniak Wegenera, guzkowe zapalenie tętnic, zespół Churg-Straussa.
2. Zapalenia naczyń związane z gromadzeniem kompleksów immunologicznych w ścianach naczyń. Należą tu płamica Schönleina-Henocha, krioglobulinemia samoistna mieszana, zespół Goodpasture'a.

Objawy ogólne i nieprawidłowości w zapaleniach naczyń zestawiono w tabeli 7.

W tabeli 8 zebrano nieprawidłowości w badaniach dodatkowych.

Dokładniejsze omówienie tego problemu będzie w referacie Profesora Kazimierza Wardyna pt. „Zapalenie naczyń – trudności diagnostyczne”.

Tabela 6. Podział zapaleń naczyń

Zapalenie dużych naczyń
olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic
choroba Takayasu
Zapalenie średnich naczyń
guzkowe zapalenie tętnic
zespół Kawasaki
Zapalenie małych naczyń
ziarninowatość Wegenera
zespół Churg-Straussa
mikroskopowe zapalenie naczyń
płamica Schönleina-Henocha

Tabela 7. Objawy ogólne i nieprawidłowości w zapaleniu naczyń

- Większość pacjentów z zapaleniem naczyń wszystkich typów skarży się na osłabienie, bóle stawów, bóle mięśni, gorączkę, poty, utratę masy ciała.
- Objawy te są niespecyficzne i mogą być przypisane chorobie nowotworowej lub o podłożu infekcyjnym (gruźlica, bakteryjne zapalenie wsierdza).
- Naczynia skóry, układu oddechowego, nerek, jelit, nerwów i mięśni mogą być zajęte procesem zapalnym.

Tabela 8. Nieprawidłowości w badaniach dodatkowych w zapaleniu naczyń

Morfologia	niedokrwistość leukocytoza trombocytoza wysokie OB
Badania biochemiczne	wzrost stężenia kreatyniny i mocznika hipoalbuminemia wzrost aktywności fosfatazy alkalicznej wysokie CRP
Badanie ogólne moczu	białkomocz krwinkomocz obecność walczków (ziarniste i erytrocytarne)
Immunologia	hiperglobulinemia kompleksy immunologiczne czynnik RF

Amyloidoza

Amyloidoza to grupa schorzeń spowodowanych odkładaniem się specyficznych włókien białkowych w przestrzeni zewnątrzkomórkowej różnych narządów, powodując destrukcję prawidłowych tkanek. Amyloidoza może być schorzeniem pierwotnym (dotyczy wtedy głównie nerek, serca, przewodu pokarmowego, naczyń) lub wtórnym (wtedy złogi amyloidu odkładają się w nerkach, śledzionie i wątrobie).

Amyloidoza wtórna często występuje u chorych z długotrwałym reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS). Najważniejsze cechy kliniczne zestawiono w tabeli 9.

W tabeli 10 podano różne jednostki chorobowe, w których możemy obserwować amyloidozę wtórną.

Tabela 9. Cechy kliniczne amyloidozy

Złogi amyloidu:
nerki
śledziona
wątroba
Zajęcie nerek w 90%
podwyższone stężenie kreatyniny
białkomocz
krwinkomocz
zespół nercycowy
moczówka nerkowa (wielomocz z powodu odkładania amyloidu w cewkach)

Zajęcie nerek jest powszechne w amyloidozie – nawet w 90% przypadków. Zwykle manifestuje się białkomoczem, a często rozwija się zespół nercycowy i niewydolność nerek. Zawsze należy myśleć o amyloidozie u pacjenta z zespołem nercycowym lub niewydolnością nerek w połączeniu z przewlekłymi chorobami zapalnymi, a także złym wchłanianiem, niewydolnością krążenia, hepatomegalią lub neuropatią.

Twardzina układowa

W twardzinie układowej zajęcie nerek dotyczy 30–50% chorych. Uszkodzenie kłębuszków nerkowych ma podłoże niedokrwienne. Przebieg bywa zróżnicowany – od powolnego po rozwój kryzy nerkowej, z pojawieniem się złośliwego nadciśnienia.

Tabela 10. Inne stany chorobowe wywołujące amyloidozę

seronegatywne zapalenia stawów
zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa,
łuszczyca i łuszczycowe zapalenie stawów,
zespół Reitera
choroba Crohna
gruźlica
zakażone odleżyny
przewlekłe zapalenie kości
choroba Hodgkina

nia i szybko postępującą niewydolnością nerek. W tabeli 11 przedstawiono najczęściej dotknięte układy i narządy, a w tabeli 12 zespoły objawów.

Tabela 13 przedstawia przebieg kliniczny twardziny z zajęciem nerek.

Szpiczak mnogi

W szpiczaku mnogim najważniejszym mechanizmem uszkadzającym nerki obok paraprotein szpiczakowych jest hiperkalcemia, która hamuje cewkową resorpcję sodu i wody, powodując hipowolemię i ostrą przednerkową niewydolność nerek. Tzw. nerka szpiczakowa jest wynikiem toksycznego uszkodzenia komórek cewek i komórek śródmiąższu przez łańcuchy lekkie immunoglobulin. Tabela 14 przedstawia charakterystykę kliniczną zajęcia nerek.

Poza wyżej omówionymi istnieją jeszcze rzadziej występujące choroby, w których dochodzi

do uszkodzenia nerek. Są to: sarkoidoza, zespół Sjögrena, mieszana krioglobulinemia często skojarzona z wirusowym zapaleniem wątroby typu C, zespół hemolityczno-mocznicowy czy niedokrwistość sierpowatokrwinkowa.

Ostateczna diagnostyka i leczenie przedstawionych chorób powinno odbywać się w ośrodkach specjalistycznych (nefrologicznych, hematologicznych – w każdym bądź razie zawsze w szpitalu), dlatego zasygnalizuję tylko ogólne zasady postępowania terapeutycznego. Przedstawia to tabela 15.

Reasumując, chciałbym jeszcze raz podkreślić, że roli lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu) w braniu pod uwagę tych schorzeń i wstępnej diagnostyki i prawidłowym, wczesnym kierowaniu do ośrodków specjalistycznych nie można przecenić. To od jego zachowania zależy często los chorego – musimy zawsze o tym pamiętać. Osobiście uważam, że dla pacjenta najkorzystniej jest, gdy ma szczęście do choroby i do lekarza.

Tabela 11. Najczęściej zajęte narządy w twardzinie układowej

skóra
płuca (zwłóknienie płuc)
przewód pokarmowy
nerki (w 50%)

Tabela 12. Objawy twardziny układowej

objaw Reynauda
zwapnienie tkanek miękkich
sklerodaktylia i teleangiektazje
owrzodzenia niedokrwiennie
zaburzenia motoryki przełyku

Tabela 13. Obraz kliniczny twardziny układowej z zajęciem nerek

zajęcie nerek (w 50%)
badanie moczu (osad, ale często bez zmian)
hematuria
nadciśnienie tętnicze (niedokrwienie kłębków)
tzw. kryzy nerkowe (złośliwe nadciśnienie)

Tabela 14. Obraz kliniczny szpiczaka mnogiego z zajęciem nerek

proteinuria
białko Bence-Jonesa
zespół nercycowy (czasami)
hiperkalcemia
podwyższony poziom kreatyniny
niewydolność nerek przyspieszona przez:
hiperkalcemię
odwodnienie
chemioterapię
hiperurykemię
niesterydowe leki przeciwzapalne

Tabela 15. Ogólne zasady postępowania terapeutycznego

Leczenie specjalistyczne:
oddziały nefrologiczne
poradnie nefrologiczne
oddziały hematologiczne
Stosowane metody leczenia:
różne schematy immunosupresji
Sterydy i.v. (pulsy) i doustnie
Cyklofosfamid i.v. (pulsy) i doustnie
programy hematologiczne
leczenie nerkozastępcze (okresowe i stałe)
plazmaferaza
postępowanie objawowe

Adres Autora:
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrologii
AM w Warszawie
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa

Przewlekła niewydolność nerek w praktyce lekarza rodzinnego

Chronic renal failure in family doctor's practice

ANDRZEJ STECIWKO, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Przewlekła niewydolność nerek (pnn) jest zespołem powstającym w wyniku przewlekłe toczących się procesów chorobowych w obrębie nerek. Autorzy omawiają przyczyny oraz podział na okresy przewlekłej niewydolności nerek. Charakteryzują poszczególne okresy przewlekłej niewydolności nerek, opisują obraz kliniczny i najczęstsze powikłania oraz leczenie zachowawcze, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki progresji przewlekłej niewydolności nerek. Przedstawiają znaczenie właściwego podejścia lekarzy pierwszego kontaktu (lekarzy rodzinnych) oraz specjalistów, a także zasady ich wzajemnej współpracy celem spowolnienia dynamiki procesu chorobowego, doprowadzającego do terminalnej niewydolności nerek, a co za tym idzie – konieczności zastosowania leczenia nerkozastępczego w formie hemodializ, dializ otrzewnowych lub przeszczepu nerki. W artykule podkreśla się znaczenie właściwego doboru leków i ich dawek z uwzględnieniem unikania leków nefrotoksycznych w zależności od okresu upośledzenia funkcji nerek ocenianego za pomocą klirensu kreatyniny.

Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność nerek, profilaktyka progresji, obraz kliniczny, leczenie zachowawcze.

Summary Chronic renal failure is a consequence of chronic disease process in kidneys. Authors talk over causes and division in stages of chronic renal failure. They describe stages of chronic renal failure, clinical picture and the most often complications and therapy. They show special meaning of prophylaxis of chronic renal failure's progression. The authors present also meaning of correct attitude and cooperation of general practitioners, family doctors and specialists to decreasing the disease dynamism. The role of correct selection of medicines and their doses is in this article underlined.

Key words: chronic renal failure, prophylaxis of progression, clinical picture, conservative therapy.

Przewlekła niewydolność nerek jest to zespół chorobowy rozwijający się w następstwie postępującego niszczenia różnych struktur nerek przez przewlekły proces chorobowy [1]. Jest to z reguły etap końcowy, wspólny dla większości zarówno pierwotnych, jak i wtórnych przewlekłych nefropatii. Jest to etap choroby niezależny od jej etiologii. Według WHO 150 nowych chorych na 1 milion mieszkańców na rok ma cechy niewydolności nerek, z tego około 100 wymaga leczenia nerkozastępczego. Według National Kidney Foundation (NKF) ponad 20 mln Amerykanów (1 na 9 dorosłych) ma przewlekłą niewydolność nerek i większość z nich o tym nie wie, a ponad 20 mln następnych jest obarczonych ryzykiem wystąpienia pnn. Wg NKF trzy rutynowe badania: ocena stężenia kreatyniny w surowicy krwi, badanie ogólne moczu (białkomocz) oraz pomiar ciśnienia tętniczego (nadciśnienie) wystarczą do wykrycia przewlekłej choroby nerek w jej wczesnym okresie [4].

W zespole tym występują zaburzenia zarówno funkcji wydzielniczej, jak i wydalniczej nerek, o różnym stopniu nasilenia. Pnn podzielić można

również na postać z obniżonym przesączaniem kłębuszkowym, w której w miarę spadku przesączania narastają objawy niewydolności nerek, oraz schyłkową niewydolność nerek, w której jedynie dializoterapia umożliwia podtrzymanie życia chorego. Wyróżnia się również według innego podziału 4 stopnie niewydolności nerek [5, 7]:

- 1 – utajona niewydolność nerek,
- 2 – wyrównana niewydolność nerek,
- 3 – niewyrównana niewydolność nerek,
- 4 – terminalna niewydolność nerek.

Przewlekła niewydolność nerek jest procesem postępującym z różną dynamiką rozwoju. Końcowym etapem pnn jest mocznica (IV okres), w którym pacjent bardzo słabo reaguje lub nie na leczenie zachowawcze i wymaga włączenia do leczenia nerkozastępczego: dializoterapii (w formie hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub kwalifikowany jest do przeszczepienia nerki. Coraz częściej w stanie wyrównania hemodynamicznego i w miarę małej ilości powikłań pnn ze strony różnych narządów i układów, tj. II i III okres, wprowadza się przeszczep nerek bez okresu przejściowe-

go dializoterapii i wydaje się, że tego typu rozwiązanie jest najbardziej optymalne [6].

Rokowanie i przebieg oraz spowolnienie progresji pnn zależą od wczesnego postawienia rozpoznania podstawowej jednostki chorobowej, która bardzo często jest przyczyną nieodwracalnego uszkodzenia nerek. Właściwie podjęte leczenie choroby wyjściowej może zapobiegać wystąpieniu niewydolności nerek [9]. Naszym następnym celem jest utrzymanie chorego w jak najlepszym stanie klinicznym. Na podkreślenie zasługuje fakt, że bardzo często objawy przewlekłej mocznicy rozwijają się podstępnie. Czasami niemal w ostatnim okresie (przełom III i IV) dopiero definiuje się jako pnn, wykazując obniżone przesączanie kłębuszkowe. Obecnie przyjmuje się, że pnn jest to stan obniżonego przesączania kłębuszkowego, trwający powyżej 3 miesięcy. Okres ten został ustalony w celu ułatwienia odróżnienia ostrej niewydolności nerek, najczęściej odwracalnej, od przewlekłej niewydolności nerek, zwykle nieodwracalnej [8]. Niezmiernie istotną sprawą w przebiegu pnn jest fakt, że może ona przebiegać całkowicie bezobjawowo i zarówno pacjent, jak i lekarz nie rozpoznają choroby. Chorzy ci w wielu przypadkach dobrze tolerują nawet wysokie stężenia toksyn uremicznych i bardzo późno zauważają narastające zmiany stanu ogólnego. Opisywane są przypadki, że chory może być zupełnie nieświadomy istnienia choroby nawet w II czy na początku III okresu pnn. Jednak zdecydowanie częściej w miarę spadku przesączania kłębuszkowego (czyli narastania upośledzenia funkcji nerek) pojawiają się objawy podmiotowe i przedmiotowe.

I okres – utajonej niewydolności określony jest jako wstępny (zniszczenie do 50% nefronów), w którym czynność nerek jest nieznacznie upośledzona ($GFR < 80$ do 30 ml/min), izostenuria przy braku objawów klinicznych i biochemicznych. Wzrost stężenia kreatyniny i mocznika w surowicy krwi oraz innych zaburzeń biochemicznych może nastąpić w przypadku, gdy występują choroby przebiegające z wysoką gorączką, wykonywane są zabiegi chirurgiczne, występuje długotrwały nadmierny stres czy nadmierny wysiłek fizyczny [1–3, 5].

II okres – wyrównana przewlekła niewydolność nerek rozwija się wtedy, gdy ponad 50% nefronów ulegnie zniszczeniu ($GFR < 30$ – 50 ml/min). W tym okresie stężenie mocznika, a zwłaszcza kreatyniny jest nieznacznie zwiększone lub pozostaje jeszcze w górnych granicach normy. Występuje w tym etapie wielomocz, nykturia, wzmożone pragnienie, często już nadciśnienie tętnicze i niedokrwistość. W tym okresie różne objawy kliniczne niewydolności nerek, jak i objawy biochemiczne łatwo jest wywołać nawet pod wpływem niezbyt silnych czynników, takich

jak: odwodnienie, dyselektrolitemia oraz wszelkiego rodzaju gorączki i zakażenia wirusowe i bakteryjne, grzybice, wysiłek fizyczny, stres, bogatobiałkowa dieta [2, 3, 5].

III okres – niewyrównania pnn występuje wówczas, gdy ilość czynnego mięszu zmniejsza się do około 25% wielkości prawidłowej ($GFR > 30$ ml/min). Stwierdza się ciągłe podwyższenie wszystkich parametrów biochemicznych w surowicy krwi (mocznik, kreatynina), będących wskaźnikami funkcji nerek, stopniowo narastające różne objawy kliniczne typowe dla zespołu mocznicy (niedokrwistość, neuropatia, osteodystrofia, kardiomiopatia, gastroenteropatia mocznicowa, kwasica metaboliczna, zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej i wodno-elektrolitowej) [2, 3, 5].

Końcowym etapem (**IV okres**) jest **mocznica**. Nie ma ścisłego rozgraniczenia pomiędzy tymi czterema okresami. Przejście do kolejnego okresu odbywa się najczęściej w sposób niezauważalny, w wyniku zadziałania różnych czynników, które wpływają nefrotoksycznie, pogłębiając uszkodzenie nerek. Szczególnie wyraźnie zaznacza się to w II i III okresie pnn, gdy zaistnieje infekcja zarówno wirusowa, bakteryjna, grzybicza, stres, wysiłek fizyczny i psychiczny, zabiegi operacyjne, urazy oraz działanie różnych leków nefrotoksycznych, odwodnienie, dyselektrolitemia – obserwuje się wtedy upośledzenie funkcji nerek wyrażające się nagłym wzrostem stężenia mocznika i kreatyniny w surowicy krwi i zaburzeniami ilości oddawanego moczu. Czas trwania poszczególnych etapów jest osobniczo zróżnicowany. Oczywiście w progresji pnn odgrywa również rolę podstawowa jednostka chorobowa, dynamika toczącego się procesu chorobowego, jak i stopień zniszczenia nerek oraz nakładające się infekcje w zakresie układu moczowego, zwłaszcza śródmiąższowe zapalenie nerek. W okresach od I do III stosuje się leczenie zachowawcze, w IV okresie – tzw. mocznicy terminalnej – jedyną metodą terapeutyczną pozwalającą utrzymać chorego przy życiu jest leczenie za pomocą dializ lub transplantacji nerki [2,3,7].

Patogeneza pnn jest złożona, wynika z wielu faktów:

1. w wyniku ubytku czynnych nefronów i upośledzenia ich funkcji dochodzi do zmniejszenia wydalania produktów przemiany materii z moczem,
2. dochodzi do wielu zaburzeń czynności wewnętrzwydzielniczej oraz metabolizowania przez nerki niektórych hormonów, zwłaszcza polipeptydowych,
3. występują zmiany pH płynów ustrojowych i związane z nimi zaburzenia czynności enzymatycznych,

4. dochodzi do wypierania niektórych wewnątrz- i zewnątrzpochodnych substancji biologicznie czynnych z ich połączeń białkowych,
5. powstają procesy adaptacyjne, które polegają na spaceniu niektórych reakcji biologicznych i hormonalnych, np. zmiany w poziomie większości hormonów, aktywności czynników oraz nadmiernej reaktywności organów docelowych na działające bodźce.

Uogólniając można przyjąć, że patogeneza mocznicy wynika z wypadnięcia zarówno funkcji wydzielniczej, jak i wydalniczej nerek.

Obraz kliniczny

Do najczęstszych i najważniejszych **objawów ogólnych** w przebiegu pnn należą: uczucie ogólnego osłabienia i łatwego męczenia się, złe samopoczucie, rozdrażnienie, ospałość w ciągu dnia, odwrócenie rytmu snu, senność, wzmożone pragnienie; w zakresie **układu moczowego** występuje: oliguria lub poliuria, nykturia. W miarę postępowania choroby dołączają się zaburzenia ze strony **układu nerwowego** (polineuropatia mocznicowa – obwodowa, uczucie palenia, drętwienia kończyn, tzw. zespół niespokojnych nóg, drżenie mięśniowe, zaburzenia funkcji intelektualnych, encefalopatia, drgawki), **przewodu pokarmowego** (nudności, wymioty, objawy dyspeptyczne, czkawka, gastroenteropatia mocznicowa, mocznicowe zapalenie otrzewnej), **układu sercowo-naczyniowego** (przewodzenie, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, zapalenie osierdzia, kardiomiopatia), **układu oddechowego** (może wystąpić obrzęk płuc, tzw. „mocznicowe zapalenie płuc”, oddech Kussmaula, Cheyne-Stockesa), **hormonalnego, immunologicznego** (spada odporność humoralna i komórkowa). **Skóra** bywa przebarwiona, może mieć kolor ziemisto-żółty, jest sucha, szorstka, **błony śluzowe** i spojówki są blade, czasami może pojawić się objaw tzw. „czerwonych oczu”. Występuje **miopatia**, bolesne skurcze mięśniowe, szczególnie rąk i nóg, **niedokrwistość** (upośledzenie wytwarzania przez nerki erytropoetyny), **skaza krwotoczna**, najczęściej płytkowa i osoczowa, **obniżone libido**, **zaburzenia miesiączkowania**, **bezpłodność**. W III i IV okresie dołącza się do tego obrazu świąd skóry, zwiększona apatia, psychoza endogenna z omamami słuchowymi i wzrokowymi. Wreszcie w terminalnej fazie (IV) chory popada w głęboką śpiączkę i umiera.

W przebiegu mocznicy występują zaburzenia w gospodarce węglowodanowej (zwłaszcza wtedy, gdy stężenie kreatyniny przekracza 10mg%), zaburzenia gospodarki lipidowej, (hiperlipoproteinemia typu IV, czasem hipercholesterolemia), zaburzenia gospodarki azotowej (hipoalbuminemia, obniżenie IgM, potem IgA, na końcu IgG,

wzrost stężenia azotu α -aminowego, wzrost stężeń mikroprotein o gęstości względnej około 1500), zaburzenia wydalania produktów przemiany białkowej (wzrost stężenia w osoczu mocznika i kreatyniny, kwasu moczowego i innych), zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej (kwasica metaboliczna). Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej ustroju, w przeciwieństwie do ostrej niewydolności nerek, oraz zaburzenia gospodarki potasowej o charakterze hiperpotasemii w pnn odgrywają drugoplanową rolę. W zakresie zaburzeń układu odpornościowego organizmu obniżona jest szczególnie odporność komórkowa, następuje upośledzenie wytwarzania przez nerki erytropoetyny, $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$, prostaglandyn, meduliny [1–3, 7, 8]. Toksynami, które wiodą do zatrucia organizmu w pnn są: podwyższony poziom mocznika, metyloguanidyna, kreatynina, fenole, indykan, kwas guanidynobursztynowy, podwyższone stężenie PTH. Na przebieg pnn niewątpliwym wpływ mają współistniejące powikłania i stopień ich odwracalności, np. nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, zakażenia (szczególnie wirusowe), jak i zaburzenia wodno-elektrolitowe (odwodnienie). Najczęstszymi przyczynami zgonu chorych z pnn są powikłania sercowo-naczyniowe i zakażenia.

Leczenie zachowawcze pnn oraz zapobieganie progresji pnn to najważniejsze elementy leczenia przeddializacyjnego. Czynności te wymagają odpowiedniej znajomości zagadnienia przez wszystkich lekarzy. Od II okresu leczenie powinien podjąć nefrolog lub lekarz rodzinny, a nefrolog często konsultować pacjenta [3].

Rozpoznanie pnn stawiamy na podstawie obrazu klinicznego, danych anamnestycznych oraz badań biochemicznych surowicy krwi, w których stwierdzamy: znaczne podwyższenie stężenia mocznika i kreatyniny oraz kwasu moczowego w surowicy krwi, jak również znaczny spadek klirensu endogennej kreatyniny. Najważniejszą wartością diagnostyczną stanowi klirens kreatyniny (prawidłowo jest oznaczany z dobowej zbiórki moczu, pod warunkiem prawidłowego wykonania jego oznaczeń u osób z prawidłową masą mięśniową). Wiarygodnym oznaczeniem jest stężenie kreatyniny w surowicy krwi, jako bardziej stały wskaźnik określający funkcję nerek, natomiast stężenie mocznika jest wskaźnikiem mniej czułym i bardziej podatnym na wahania stężeń w zależności od diety, np. obfitej w białko. W celu określenia stopnia upośledzenia funkcji nerek wszystkie trzy parametry odgrywają istotną rolę z akcentem położonym na klirens kreatyniny [3, 5, 7].

Pamiętaj!

Istnieje wskazanie do wykonania klirensu kreatyniny przy prawidłowej lub granicznej wartości kreatyniny w surowicy krwi gdy:

1. Stosujemy leki z grupy nefrotoksycznych lub leki o wąskim zakresie działania terapeutycznego. Cel: dopasowanie dawki leku gdy istnieje konieczność jego podania do stopnia upośledzenia funkcji nerek.
2. Przy zabiegach operacyjnych i diagnostycznych, szczególnie gdy istnieje konieczność użycia środków kontrastowych.
3. W cukrzycy, nadciśnieniu, kolagenozach, akromegalii, przy podwyższonym poziomie kwasu moczowego w surowicy krwi.

Pamiętaj:

- oznaczenie klirensu kreatyniny wykonujemy w ciągu dnia w czasie dobowej zbiórki moczu (chory nie powinien spożywać mięsa ani wykonywać dużych wysiłków fizycznych).

Oznaczanie klirensu endogennej kreatyniny Ckr ml/min w warunkach ambulatoryjnych opiera się na:

1. oznaczeniu stężenia kreatyniny w surowicy (Skr),
2. oznaczeniu stężenia kreatyniny w moczu (Ukr),
3. obliczeniu powierzchni ciała (jest obliczana na podstawie wzrostu i wagi przy użyciu nomogramu).
4. V = dobową ilość moczu w ml

$$\text{Ckr (ml/min)} = \frac{\text{Ukr (mg/dl)} \times V \text{ (ml)}}{\text{Skr (mg/dl)} \times t \text{ (min)}}$$

Zarówno stężenie kreatyniny endogennej, jak i klirens kreatyniny są zależne od masy ciała (powierzchni ciała).

$$\text{Ckr (ml/min)} \times 1,73 \text{ (m}^2\text{)} = \frac{\text{Ckr} \times 1,73}{\text{pow. ciała}}$$

Uwaga!

Dopiero redukcja filtracji kłębuszkowej powyżej 50% powoduje wzrost stężenia kreatyniny w surowicy krwi. Wartość diagnostyczna klirensu przy zwiększonym stężeniu kreatyniny w surowicy krwi, tj. gdy kreatynina wynosi powyżej 3 mg/dl, jest coraz mniejsza wraz ze wzrostem stężenia kreatyniny.

Wyniki fałszywie niskie gdy:

- większa ilość moczu resztkowego,
- leki moczopędne,
- ciężka niewydolność krążenia (zwiększone wchłanianie cewkowe kreatyniny).

Wyniki fałszywie dodatnie gdy:

- proteinuria > 3–3,5 g/dobę,
- duża masa mięśniowa,

Wartości podwyższone (fałszywie) klirensu występują w:

- ciąży
 - wczesnej fazie cukrzycy
- } efekt
} hiperfiltracji

Interpretacja wyników stężenia mocznika w surowicy krwi

1. Na stężenie mocznika ma znaczny wpływ:
 - dieta o dużej zawartości białka,
 - nasilone procesy kataboliczne,
 - diureza.
2. Podwyższone stężenie mocznika w surowicy krwi występuje dopiero przy upośledzeniu funkcji nerek poniżej 25%.
3. Krwawienia z przewodu pokarmowego i odwodnienie dają podwyższone stężenie mocznika. Stężenie kreatyniny w surowicy może wzrosnąć po lekach:
 - trimetoprimie,
 - cymetydynie

Dalszym badaniem jest badanie ultrasonograficzne, które określa wielkość nerki. Z reguły nerki są pomniejszone, o ścięzłej warstwie korowej, noszące cechy marskości o zatartej granicy korowo-rdzeniowej. O wartości diagnostycznej klirensu kreatyniny świadczy fakt, że w I i II okresie zarówno stężenia mocznika, jak i kreatyniny w surowicy krwi mogą być prawidłowe, podczas gdy wykonany prawidłowo klirens kreatyniny wskazuje już na pewien stopień upośledzenia (prawidłowy klirens kreatyniny wynosi od 80–120 ml/min). Na tej podstawie zresztą stawiamy rozpoznanie poszczególnych okresów.

Podsumowanie

Przyczyny pnn w grupie chorych dializowanych w Polsce to najczęściej kłębuszkowe zapalenie nerek (30%), śródmiąższowe zapalenie nerek (20%), nadciśnienie, zwężenie tętnicy nerkowej (10%), wielotorbielowatość nerek (10%), nefropatia cukrzycowa (10%), nefropatia polekowa, zaporowa, rodzinne zapalenie nerek, szpiczak mnogiej, amyloidoza i inne.

Zaostrzenie przewlekłej niewydolności nerek może być spowodowane hipowolemią, np. w wyniku biegunek i wymiotów, nieleczonym nadciśnieniem, zakażeniem dróg moczowych, utrudnionym odpływem moczu, np. w wyniku gruczolaka stercza, działaniem nefrotoksyn lub podawaniem tetracyklin czy aminoglikozydów.

Przyczyny wiodące do wzrostu hiperkaliemii to dieta wysokopotasowa, (należy wystrzegać się sybstitutów zawierających potas, owoców cytrusowych oraz innych pokarmów i napojów zawierających duże ilości potasu). Może to być przyczyna jatrogenna – leki blokujące konwertazę angiotensyny, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki moczopędne oszczędzające potas. Hiperkaliemia może być również wywołana kwasicą. Jon wodoru wypiera wewnątrzkomórkowy jon potasu. Duży katabolizm i kwasica występują np. w przebiegu infekcji i głodzenia.

Piśmiennictwo

1. Kokot F. *Przewlekła niewydolność nerek*. [W:] *Choroby wewnętrzne*. Red. F. Kokot, Warszawa: PZWL; 1996: 333–345.
2. Manitius A., Rutkowski B. *Przewlekła niewydolność nerek*. [W:] Wojtczak A. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; 1995.
3. Myśliwiec M., Kokot F., Chrzanowski W. Rozpoznawanie i leczenie utajonej i wyrównanej niewydolności nerek. [W:] *Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek*. Gdańsk: Wyd. MAKmed; 2001: 186-193.
4. NKF-K/DOQ1 „Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification”. [W:] *American Journal of Kidney Diseases*. February 2002.
5. Rutkowski B. *Przewlekła niewydolność nerek*. [W:] *Dializoterapia w codziennej praktyce*. Gdańsk: Wyd. MAKmed; 1996: 35.
6. Rutkowski B., Rutkowski P., Lizakowski S. *Epidemiologia chorób nerek*. [W:] *Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek*. Gdańsk: Wyd. MAKmed; 2001: 15–23.
7. Steciwko A. *Przewlekła niewydolność nerek*. [W:] *Nefrologia*. Skrypt dla studentów i lekarzy. Red. Szewczyk Z. Wrocław: Wyd. AM; 1996: 225–234.
8. Vanholder RC, Ringoir SM. *The uraemic syndrome*. [W:] Cameron S., Davison AM, Grunefeld J-P, Kerr D., Ritz E. *Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. Oxford University Press, Oxford, New York, 1992.
9. Walker R. Ogólne zasady postępowania w schyłkowej niewydolności nerek. *BMJ* 1998; 315: 1429–1432. Wyd. polskie.

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul.Syrokomla 1

51-141 Wrocław

Wielotorbielowate zwyrodnienie nerek (etiopatogeneza, obraz kliniczny, leczenie)

Polycystic renal degeneration (etiopathogenesis, clinical picture, therapy)

ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Jedną z najczęstszych wad nerek o charakterze morfologicznym jest wielotorbielowate zwyrodnienie nerek (*degeneratio polycystica renum*). Stanowi ono czwartą w kolejności przyczynę przewlekłej niewydolności nerek. Autor przedstawia podłoże genetyczne, obraz kliniczny, diagnostykę i leczenie tej wady układu moczowego.

Słowa kluczowe: wielotorbielowate zwyrodnienie nerek, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie.

Summary One of the most often renal defects is polycystic renal degeneration (*Degeneratio polycystica renum*). It is fourth in order among causes leading to chronic renal failure. The author presents genetic causes, clinical picture, diagnostics and therapy of this renal defect.

Key words: polycystic renal degeneration, clinical picture, diagnostics, therapy.

Wielotorbielowate zwyrodnienie nerek (wzn) należy do wad rozwojowych nerek i układu moczowego, a w zasadzie do zaburzeń rozwoju morfologicznego nerek. Jest to jednostka chorobowa uwarunkowana genetycznie, charakteryzująca się występowaniem licznych torbieli w miejscu prawidłowej struktury nerek [8].

Zaburzenia rozwoju morfologicznego nerek i układu kielichowo-miedniczkowo-moczowodowego mogą występować jako: nieprawidłowa liczba nerek, ich kształt i położenie, zaburzenia rozwojowe moczowodów, hipoplazja i dysplazja nerki, wreszcie wady rozwojowe nerek przebiegające z powstawaniem torbieli [4, 8].

W nerkach, przy obecnym postępie diagnostyki z wykorzystaniem badań ultrasonograficznych, tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego, coraz częściej i łatwiej rozpoznaje się obecność pojedynczych czy mnogich torbieli różnej wielkości. Część z nich (zdecydowanie przeważająca) jest następstwem nabytych chorób nerek. Powstają one w wyniku uszkodzenia lub niszczenia części miąższu, z równoczesnym wytworzeniem się torbieli. Ta grupa schorzeń nie jest uwarunkowana genetycznie.

Torbiele uwarunkowane genetycznie możemy podzielić na dwie grupy chorób nerek z występowaniem torbieli:

- torbiele dotyczące kory nerek,
- zmiany torbielowate w rdzeniu nerek.

Do zaburzeń rozwojowych nerek, w przebiegu których powstają różne rodzaje torbielowości, zaliczamy [3, 8]:

1. wielotorbielowate zwyrodnienie nerek,
2. torbiele pojedyncze nerek,
3. nerkę gąbczastą,
4. tobielowość rdzenia nerek.

Jedną z najczęściej spotykanych wad budowy nerek jest **wielotorbielowate zwyrodnienie nerek (wzn)**. Wśród statystyk ujmujących najczęstsze przyczyny wiodące do przewlekłej niewydolności nerek, wielotorbielowate zwyrodnienie nerek od lat znajduje się wśród czterech najczęstszych przyczyn. Według statystyk polskich (J. Puka, B. Rutkowski i wsp.) wykazano, że najczęstszą przyczyną przewlekłej niewydolności nerek (pnn) wśród chorych hemodializowanych w Polsce od wielu lat jest [7]:

- przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek,
- śródmiąższowe zapalenie nerek,
- na trzecim miejscu nefropatia cukrzycowa, która w ostatnim okresie ma tendencję wzrostową i prawdopodobnie zajmie drugie miejsce, a śródmiąższowe zn trzecie miejsce,
- miejsce czwarte zajmuje wielotorbielowate zwyrodnienie nerek.

Powstające torbiele w nerkach ulegają ciągłemu powiększeniu i prowadzą do zaniku i niszczenia części korowej nerek, znacznego powiększenia nerki i jej zwłóknienia.

Wyróżniamy **postać dziecięcą**, która ma odmienny sposób dziedziczenia, bowiem jest ona dziedziczona jako cecha autosomalna recesywna i **postać występująca u dorosłych**, która dziedziczy się jako cecha autosomalna dominująca o znacznej penetracji [2].

Histologiczna klasyfikacja wzn (wg Osanhanonda, Pottera i Heptinstalla) rozróżnia cztery typy tego schorzenia:

typ I – noworodków,

typ II – dysplastyczny,

typ III – dorosłych,

typ IV – z podtorebkową lokalizacją torbieli i niedrożnością dróg moczowych [3, 6].

Do dziś nie mamy pełnej odpowiedzi dotyczącej patomechanizmu powstawania torbieli. Badania Redersa przeprowadzone w 1985 r. pozwoliły na zlokalizowanie genu odpowiedzialnego za powstawanie wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek. Locus tego genu znajduje się w regionie α -globiny na krótkim ramieniu autosomu 16. Są różne hipotezy na temat etiopatomechanizmu powstawania torbieli w nerkach. Mówi się, że są one następstwem nieprawidłowego łączenia się struktur pochodzących z pęczka moczowodowego z cewkami powstającymi z tkanki nerkotwórczej [3]. Druga hipoteza mówi, że choroba jest wynikiem defektu metabolicznego, uwarunkowanego genetycznie, w efekcie czego powstają nieprawidłowe związki chemiczne, które odpowiedzialne są za zmiany zwyrodnieniowe o charakterze torbielowatym w różnych narządach [5]. Koncepcja ta znalazła potwierdzenie w badaniach eksperymentalnych, w których wykazano tworzenie się torbieli u zwierząt po podaniu im niektórych związków aromatycznych, np. difenylaminy. Jednak najbardziej prawdopodobną hipotezą dotyczącą etiopatomechanizmu powstawania torbieli jest uwzględnianie trzech procesów mających istotny udział w cystogenezie. Są nimi: przyspieszony wzrost komórek, zaburzenia wydzielania wewnątrzkomórkowego oraz zaburzenia budowy substancji pozakomórkowej [5].

Wykazano, że czynniki wzrostu (onkogeny) zaburzają regulację wzrostu komórek epitelium, wpływają na zaburzenie proliferacji komórek. W ścianie cysty powstaje przerost epitelium w kształcie mikropolipa, a sama cysta nie jest tylko i wyłącznie rozdęciem kanalika nerkowego, lecz jest to zwiększenie ilości komórek ściany kanalika, które proliferują i mają tendencję do rozrostu. Inne badania wykazały, że zwiększona proliferacja z towarzyszącym wydzielaniem komórkowym prowadzi do zwiększenia ciśnienia między komórkami, ich rozsunęcia i powstania cyst. Bardzo dużą rolę ma odgrywać powstawanie pod wpływem cAMP zwiększonego wydzielania płynu w cystach i ich rozrost, co doprowadza do powstawania torbieli [3–5].

Obraz kliniczny. Zmiany o charakterze wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek u dorosłych pojawiają się w obu nerkach, cysty mają różną wielkość, wypełnione są żółtawo-żółcistym, przezroczystym płynem, wielkość torbieli jest różna (od małych licznych, do dużych pojedynczych), zlokalizowanych w obrębie kory nerek. Oprócz zmian torbielowatych w nerkach, które dominują w obrazie, towarzyszą również liczne torbiele w zakresie narządów mięsaszowych (najczęściej wątroby, nieco rzadziej w trzustce, płucach, śledzionie). Bardzo często, wg jednych 9 do 11%, wg innych 20–35% chorych z wielotorbielowatym zwyrodnieniem nerek ma tętniaki tętnic podstawy mózgu. Zmiany torbielowate, zarówno w nerkach, jak i innych narządach mięsaszowych, w tym szczególnie w wątrobie, nasilają się z wiekiem pod wpływem wielu czynników, w tym: infekcyjnych, dietetycznych, leków. W miarę upływu czasu dochodzi do wystąpienia wyraźnego upośledzenia funkcji nerek, które w miarę powiększania się torbieli narasta i w efekcie końcowym doprowadza do przewlekłej, terminalnej niewydolności nerek. Dynamika zmian u każdego chorego jest inna i trudno jest prognozować okres wystąpienia pnn, bowiem obserwowani byli pacjenci, którzy chorowali na tę jednostkę chorobową i w wieku powyżej 70 roku życia zmarli z innego powodu bez cech pnn. Są również ludzie młodzi, u których pierwszą manifestacją objawów wzn jest obraz kliniczny przewlekłej niewydolności nerek. Postępujący charakter choroby bardzo często doprowadza do poliglobulii, bowiem dochodzi do zwiększonego wydzielania erytropoetyny przez nieuszkodzone fragmenty mięszu nerkowego. Wynika to z ich niedokrwienia, powstałego wskutek ucisku torbieli na naczynia i mięsz nerki. Jednak u większości chorych pomiędzy 40 a 50 r. ż. pojawiają się cechy różnie nasilonej pnn i bardzo często u tych chorych dalsze leczenie wymaga dializ w formie hemodializ czy dializ otrzewnowych. Rzeczą ciekawą jest, że chorzy z pnn wywołaną wzn zdecydowanie lepiej znoszą toksemie mocznicową i zdecydowanie później mają cechy niedokrwistości wtórnej, bowiem resztki tkanki nerkowej, znajdującej się między torbielami, warunkują produkcję dostatecznej ilości erytropoetyny niezbędnej do właściwej stymulacji erytropoezy w szpiku kostnym. W obrazie klinicznym pierwszym sygnałem bardzo często zauważanym przez chorych jest „obecność” guza czy guzów w obrębie jamy brzusznej, szczególnie widocznych u ludzi szczupłych, wystających powyżej powłok brzusznych w pozycji leżącej (niekiedy o niewielkiej tkliwości). Jednym z pierwszych i najczęstszych objawów jest krwimocz o różnym nasileniu: od krwinkomoczu do masywnego krwimoczu. W okresie późniejszym dołącza się nadciśnienie tętnicze (najczęściej o charakterze rozkurczowo-skurczowym). Pojawiają się dolegliwości bólowe

o charakterze kolki nerkowej. Przyczyną są zakażenia jednej z torbieli lub jej pęknięcie przy większym wysiłku fizycznym, znacznym ucisku na powłoki brzuszne, upadku czy urazie komunikacyjnym itd. Wielkość nerek może być różna, ale z reguły są one znacznie powiększone i sięgają mogą rozmiarów głowy małego dziecka i ważyć od 5 do 7 kg, a nawet więcej. Opisywane były przypadki, gdzie nerki wypełniały prawie całą jamę brzuszną, uciskając inne narządy mięsiste i jelita.

W badaniu podmiotowym chorzy najczęściej podają zmiany w barwie moczu (mocz ciemny, krwisty), nadciśnienie i objawy z nim związane, tj. bóle głowy, bóle w okolicy serca, złe samopoczucie, napady bólów kolkowych jamy brzusznej oraz wywiad rodzinny.

Diagnostyka: ultrasonografia, urografia dożylna, arteriografia nerkowa, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badanie ogólne moczu [6, 8].

Pamiętaj:

Bardzo często chorują dzieci osób dotkniętych tym schorzeniem, z uwagi na jego genetyczne podłoże. Stąd powinno się u dzieci wykonać wcześniej badanie USG, TK i badanie ogólne moczu, celem zastosowania leczenia profilaktycznego i właściwej diety, jak również uświadomienia, czym może grozić mechaniczny ucisk jamy brzusznej podczas wysiłku [1, 2].

W przebiegu wielotorbielowości może dojść do wystąpienia powikłań, m.in. infekcji, krwotoku, krwiaka torbieli, ropniaka torbieli, ucisku moczowodu, wodonercza, kamicy moczowej [9].

W przypadku braku dolegliwości badania kontrolne (takie jak klirens kreatyniny, badanie ogólne moczu, posiew moczu z antybiogramem) należy przeprowadzać co 3–6 miesięcy.

Leczenie: brak jest leczenia przyczynowego. Leczenie zachowawcze polega na wczesnym leczeniu nawet bezobjawowych infekcji (antybiotykoterapia w przypadku dodatnich posiewów moczu), leczeniu nadciśnienia tętniczego. Nie należy wycinać operacyjnie torbieli (w sytuacjach wyjątkowych można usunąć pojedyncze torbiele, np. w przypadku infekcji ropnej torbieli) [3, 8]. Gdy rozwinię się przewlekła niewydolność nerek należy włączyć leczenie nerkozastępcze.

Wieloletnie własne obserwacje wskazują na bardzo ważną rolę właściwej **diety** u tych chorych. Moje 18-letnie badania 26 chorych z wielotorbielowatym zwyrodnieniem nerek przestrzegających diety wykazały, że wydłużył się u nich o 10 do 13 lat okres leczenia zachowawczego,

nim wystąpiły pierwsze objawy przewlekłej niewydolności nerek w porównaniu do grupy 10 chorych, które nie przestrzegały diety i innych zaleceń lekarskich.

W diecie zarówno u chorych, jak i ich dzieci należy wyeliminować następujące potrawy i przyprawy: pieprz, musztarda, ocet, ostra papryka, cebula, alkohol [6, 8, 9].

Te tak zwane „ostre” składniki naszego pożywienia powodują znaczne przekrwienie w zakresie kory nerek i mogą przyspieszać dynamikę narastania torbieli.

U dzieci, u których w USG stwierdzono wzn, dieta z wyeliminowaniem ww. składników jest działaniem spowalniającym powiększanie się torbieli i znacznie opóźniającym okres upośledzenia funkcji nerek. Oddalamy w ten sposób perspektywy leczenia nerkozastępczego za pomocą dializ (hemodializ) [6].

W zakres leczenia nerkozastępczego u tych chorych wchodzi również przeszczep nerki. Warunkiem koniecznym jest wcześniejsze wyrównanie pod względem homeostazy i hemodynamiki danego chorego, usunięcie torbielowato zmienionych nerek (które czasem wypełniają całą jamę brzuszną) i w ten sposób przygotowanie chorego do przeszczepu. Okres od nefrektomii do przeszczepu musi wynosić około 6 miesięcy. U tych chorych w przypadku kwalifikacji do przeszczepu nerek trzeba również bardzo dokładnie ocenić w badaniu ultrasonograficznym lub za pomocą tomografii komputerowej strukturę wątroby, w obrębie której mogą znajdować się liczne torbiele (różnej wielkości) niszczące miąższ wątroby i upośledzające funkcje tego narządu. Stąd też powinno się wykonać wszystkie badania biochemiczne i enzymatyczne określające wydolność wątroby i komórek wątrobowych.

Znaczne upośledzenie funkcji wątroby z licznymi torbielami grozić może wystąpieniem niewydolności wątroby i powikłaniami infekcyjnymi (ropnymi) obejmującymi pojedyncze torbiele wątroby. Uwaga ta nabiera szczególnego znaczenia, gdyż w ostatnich latach w regionie południowo-zachodniej Polski coraz częściej zaczynamy obserwować jednocześnie bardzo duże zmiany torbielowate nerek i wątroby do tego stopnia, że czasami dominują dolegliwości niewydolności wątroby przy braku cech przewlekłej niewydolności nerek i pacjenci umierają z powodu niewydolności wątroby. U niektórych chorych z wielotorbielowatością nerek torbiele mogą rozwinąć się w nerce przeszczepionej.

Piśmiennictwo

1. Browne G., Jefferson JA, Wright GD, Hughes AE, Doherty CC, Nevin NC, Keogh JAB. Von Hippel-Lindau disease: an important differential diagnosis of polycystic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1132–1136.
2. Elzinga LW, Barry JM, Torres VE, Zincke H., Wahner HW, Swan S., Bennett WM. Cyst decompression surgery for autosomal dominant polycystic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 1992; 2: 1219–1226.
3. Gabow PA. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *New Engl J Med* 1993; 329: 332–342.
4. Grantham J.J., Nair V., Winklhofer F. *Cystic diseases of the kidney*. w: *The kidney*. Brennera BM, Saunders WB (red.). Philadelphia; 2000: 1699–1728.
5. Harris PC, Watson ML. Autosomal dominant polycystic kidney disease: neoplasia in disguise? *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1089–1090.
6. Parfrey PS, Bear JC, Morgan J., Cramer BC, McManamon PJ, Gault MH, Vhurchil DN, Singh M., Hewitt R., Somolo S., Reeders ST. The diagnosis and prognosis of autosomal dominant polycystic kidney disease. *New Engl J Med* 1990; 323: 1085–1090.
7. Puka J., Rutkowski B. i wsp. Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce – 2000, wydany przez AMG, Gdańsk, 2001.
8. Steciwko A. *Najczęstsze wady rozwojowe nerek i układu moczowego*. Skrypt. Red. Z. Szewczyk. Wrocław: Wyd. AM; 1996: 147–158.
9. Watson ML. Complications of polycystic kidney disease. *Kidney Int* 1997; 51: 353–365.

Adres Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Problemy diagnostyczne i terapeutyczne okresu menopauzalnego

Diagnostic and therapeutic problems of the menopausal age

SŁAWOMIR JĘDRZEJCZYK

Z Kliniki Ginekologii i Chorób Menopauzy
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński

Streszczenie Okres menopauzy i hormonalna terapia zastępcza stanowią w dzisiejszych czasach duży problem zarówno dla lekarzy, jak i dla kobiet. Jest to złożony zespół objawów, obejmujący objawy fizyczne (np. uderzenia gorąca, poty nocne czy też zawroty głowy) i objawy psychologiczne (takie jak niepokój, depresję, bezsenność czy zaburzenia koncentracji), które mogą poważnie obniżyć jakość życia. Deficyt estrogenów jest w coraz większym stopniu postrzegany jako pierwotna przyczyna różnych zaburzeń metabolicznych, zmian w tkance łącznej i w układzie moczowo-płciowym. Hormonalna terapia zastępcza jest sposobem na podniesienie jakości życia, jednakże zarówno pacjentka, jak i lekarz muszą znać nie tylko jej zalety, ale również wady (np. nieco większe ryzyko raka sutka, choroby zatorowo-zakrzepowej czy też nieregularne krwawienia z narządów rodnych).

Słowa kluczowe: menopauza, hormonalna terapia zastępcza, objawy, leczenie.

Summary Menopause and hormone replacement therapy are important issue today, both for doctors and women. This is a complex syndrome consisting of physical symptoms (e.g. hot flushes, night sweats and dizziness) and psychological symptoms (e.g. anxiety, depression, insomnia and lack of concentration), which can severely affect quality of life. Oestrogen deficiency is increasingly being recognised as a cause of various metabolic changes, connective tissue alterations and genital tract disturbances. Hormone replacement therapy offers a way by which quality of life can be improved, however both patient and doctor should know not only advantages but also disadvantages of HRT (e.g. increased risk of breast cancer, thrombophlebitis or irregular uterine bleedings).

Key words: menopause, hormone replacement therapy, symptoms, treatment.

W ostatnich dekadach ubiegłego wieku odnotowano zdecydowane wydłużenie przeciętnej długości życia ludzkiego i w chwili obecnej średnia długość życia kobiet w Polsce wynosi około 76 lat. Liczba kobiet w wieku powyżej 49 r.ż., szacowana była w naszym kraju na koniec 1997 r. na około 5 703 400 [1], czyli podobnie jak w krajach rozwiniętych stanowi to około 30–35% populacji kobiet [2].

Liczby te uwidaczniają, jakie problemy staną w najbliższym czasie przed ochroną zdrowia w Polsce oraz jakie zaplecze diagnostyczne będzie konieczne, aby zapewnić tak dużej liczbie patientek odpowiednią diagnostykę, a następnie leczenie zmian patologicznych związanych z tym okresem. Ze względu na tak dużą liczbę potencjalnych chorych diagnostyka ta powinna być szeroko dostępna, mało inwazyjna, wielostopniowa i możliwie mało kosztowna [3].

Rzadko zdarza się, aby krwawienia miesięczne kończyły się raptownie. Najczęściej perimenopauza trwa kilka lat i rozpoczyna się różnymi zaburzeniami w miesiączkowaniu, spowodowa-

nymi w pierwszym etapie głównie zaburzeniami II fazy cyklu. Stopniowo zaczynają ujawniać się inne objawy związane z obniżaniem się poziomu estrogenów.

Nowoczesne podejście do problemów zdrowotnych kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym polega na nie tylko uzupełnianiu niedoborów hormonalnych powodujących wiele dolegliwości w tym okresie, ale także na wprowadzaniu wszystkich możliwych zmian w stylu życia prowadzących do poprawy jego jakości. Dotyczy to zarówno zmiany nawyków żywieniowych, jak i propagowania sportu i rekreacji oraz szeroko pojętej oświaty prozdrowotnej. Nie bez znaczenia jest również propagowanie niepalenia tytoniu, który ma wpływ na czas wystąpienia menopauzy.

Naturalna menopauza występuje na świecie średnio w wieku 51,4 lat z rozkładem wahającym się od 40 do 58 lat. Istnieje wiele czynników mających wpływ na czas wystąpienia menopauzy [4]. Największe znaczenie mają czynniki dziedziczne [5, 6] i wpływające na genetyczny polimorfizm receptorów estrogenowych [7]. Wielo-

ródki, kobiety z podwyższonym BMI (body mass index) przechodzą menopauzę później, natomiast nieródki, kobiety leczone antydepresyjnie, mające kontakt z substancjami toksycznymi, leczone z powodu nowotworów wieku dziecięcego, przechodzą menopauzę wcześniej. Wczesniejsza menopauza dotyczy również kobiet palących [8, 9]. Przedwczesna menopauza (< 40 r.ż.) dotyczy często kobiet z nieprawidłowościami w obrębie chromosomu X [10].

Najbardziej znaczącymi zmianami w poziomie hormonów u kobiet po menopauzie jest obniżenie poziomu estriadolu i estronu oraz podwyższenie poziomu FSH i LH. Pozostałe hormony przysadkowe (hormon wzrostu, TSH, ACTH) pozostają na prawidłowym poziomie. Poziom prolaktyny w osoczu może być nieznacznie obniżony w związku z pewną zależnością występującą w stosunku do estrogenów. Po menopauzie jajniki i nadnercza kontynuują produkcję androgenów. Jajniki produkują androstedion i testosteron, a produkcja ta częściowo uzależniona jest od hormonu luteinizującego (LH).

Do najczęściej występujących dolegliwości klimakterycznych w okresie przedmenopauzalnym i wczesnym okresie pomenopauzalnym należą objawy naczynioruchowe przejawiające się najczęściej uderzeniami gorąca, potami nocnymi i bólami głowy. Dokuczliwe dla kobiet w tym wieku są również objawy psychiczne, do których należą: uczucie zmęczenia, lęki i depresje, drażliwość, zaburzenia koncentracji, osłabienie pamięci, utrata poczucia własnej wartości, zmniejszone libido oraz zaburzenia rytmu snu.

W późniejszym okresie pojawiają się ponadto objawy ze strony narządów moczowo-płciowych, takie jak suchość pochwy, dyspareunia, zanikowe zapalenia pochwy (objawiające się brunatnymi upławami), nawracające zapalenia dróg moczowych, nietrzymanie moczu oraz zaburzenia statyki narządów płciowych.

Również do późnych objawów menopauzy należą zmiany zachodzące w tkance łącznej powodujące ścięczenie skóry, zmniejszona aktywność gruczołów potowych i łojowych, wypadanie włosów, bolesność stawów, kości, łamliwość paznokci oraz utrata masy kostnej prowadząca w rezultacie do osteoporozy.

Spośród zagadnień klinicznych dotyczących okresu menopauzy istotny problem stanowią dodatkowo występujące problemy internistyczne, takie jak: otyłość, insulinooporność i hiperinsulinemia, upośledzenie tolerancji glukozy lub cukrzyca typu 2, nadciśnienie i dyslipidemia.

W rozpoznawaniu otyłości posługujemy się wskaźnikiem masy ciała BMI (masa/wzrost m²), którego wartość prawidłowa wynosi 25. W przedziale wskaźnika 25–30 rozpoznajemy nadwagę, a powyżej 30 mówimy o otyłości.

Oprócz oceny zaawansowania stopnia otyłości duże znaczenie ma rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie, w ocenie tego rozmieszczenia pomocny jest wskaźnik określający stosunek obwodu talii do obwodu bioder WHR (waist to hip ratio). Na podstawie tego wskaźnika możemy podzielić otyłość na gynoidalną (nadmiar tkanki tłuszczowej występuje w okolicy bioder i pośladków) i androidalną (nadmiar tkanki tłuszczowej występuje w okolicy jamy brzusznej). U kobiet po menopauzie tkanka tłuszczowa jest miejscem obwodowego metabolizmu hormonów płciowych (obwodowa aromatyzacja androgenów do estronu), stąd otyłość może być czynnikiem inicjującym zaburzenia hormonalne, które szczególnie nasilają się u kobiet po menopauzie.

Jednym z bezpośrednich następstw utrzymującej się otyłości jest występowanie zjawiska insulinooporności i w następstwie hiperinsulinemii. Insulina jest hormonem mającym bardzo silny wpływ na liczne procesy metaboliczne, np. przyspiesza procesy syntezy glikogenu w wątrobie, białek w mięśniach czy też tłuszczów w tkance tłuszczowej. Dodatkowo umożliwia przechodzenie glukozy i innych substancji do wnętrza komórek mięśniowych i tłuszczowych. W przypadku insulinooporności dochodzi do zaburzeń w przebiegu tych procesów, a także występuje wysoki poziom kwasów tłuszczowych ze względu na nieadekwatną supresję lipolizy przez insulinę. U kobiet otyłych sytuacja pogarsza się dodatkowo ze względu na to, że obfita tkanka tłuszczowa uwalnia duże ilości kwasów tłuszczowych do krwi, które trafiają do wątroby i tam zmniejszają wychwytywanie insuliny z krążenia. To powoduje podwyższenie poziomu insuliny i powstanie błędnego koła. Dodatkowo zwiększona oksydacja kwasów tłuszczowych jest przyczyną spadku reakcji wątroby na insulinę, co stymuluje glukoneogenezę i zwiększoną produkcję glukozy w wątrobie.

Mechanizmy regulujące są w stanie przez wiele lat utrzymywać prawidłowy poziom insuliny mimo wzrastania masy ciała, jednakże w pewnym momencie dochodzi do wyczerpania rezerw czynnościowych organizmu i rozwinięcia się cukrzycy typu 2 [11, 12].

Hiperinsulinemia często prowadzi do nadciśnienia ze względu na stymulujące działanie insuliny na układ współczulny. Katecholaminy zwiększają produkcję glukozy w wątrobie i zmniejszają jej wykorzystanie przez mięśnie, prowadząc do podwyższonego poziomu glukozy we krwi. Z kolei nadmiar insuliny utrzymujący się we krwi przez długi okres stymuluje rozwój komórek śródbłonna i mięśni gładkich tętniczek poprzez nasilanie syntezy czynnika proliferacji IGF-1, prowadząc tym do przerostu ściany naczyń i w efekcie podwyższenia ciśnienia krwi.

Nadciśnienie powodowane jest także przez zależną od insuliny retencję sodu i wody. Wydalanie sodu przez nerki spada nawet przy niewielkim wzroście poziomu insuliny [13].

Podwyższony poziom trójglicerydów zwiększa aktywność lipazy wątrobowej, prowadząc do hydrolizy trójglicerydów do kwasów tłuszczowych i glicerolu. Zwiększone wydzielanie insuliny, będące skutkiem insulinooporności, podwyższa aktywność lipazy wątrobowej. W przypadku podwyższonego poziomu VLDL lipaza wątrobową powoduje znaczące obniżenie HDL cholesterolu, działając poprzez enzym (CEPT) powodujący transfer estrów cholesterolu poza cząsteczkę HDL, wprowadzając na ich miejsce triglicerydy, które zostają gwałtownie hydrolizowane przez lipazę wątrobową. Powstająca w ten sposób cząsteczka HDL jest mniejsza i zawiera mniej cholesterolu, dodatkowo lipaza wątrobową posiada zdolność do hydrolizy fosfolipidowej otoczki cząsteczki HDL.

Spadek aktywności lipazy lipoproteinowej poza wpływem na poziom triglicerydów może bezpośrednio wpływać na metabolizm HDL cholesterolu. Jedną z hipotez jest to, że niedobór lipazy lipoproteinowej może spowolnić transfer cholesterolu z VLDL do HDL, powodując tym samym spadek poziomu HDL.

Jak widać, wieloletni niedobór estrogenów powoduje zwiększenie ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, osteoporozy, a najnowsze doniesienia mówią także o chorobie Alzheimera i raku jelita grubego.

Wydaje się, że najprostszym rozwiązaniem, aby nie doszło do przedstawionych powyżej zmian, jest zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), jednakże należy pamiętać, że oprócz niekwestionowanych korzyści, niesie ona również ze sobą wiele zagrożeń.

Korzyści ze stosowania HTZ są następujące: poprawia się jakość życia po ustąpieniu dolegliwości naczynioruchowych (bez stosowania HTZ objawy wypadkowe mogą się utrzymywać nawet przez 10 lat po menopauzie). W przypadkach pierwotnej prewencji spada ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego nawet o 50%, chociaż w badaniach HERS podnosi się problem częstszych zgonów w 1 roku podawania hormonów u pacjentek z rozpoznaną chorobą wieńcową [14]. Pozytywny wpływ estrogenów na układ krążenia polega przede wszystkim na wywoływaniu korzystnych zmian w poziomie lipoprotein, cholesterolu, fibrynogenu i ochronnym działaniu na ściany naczyń. Zredukowane zostają objawy ze strony układu moczowo-płciowego, takie jak: zanik nabłonków, zapalenia pochwy i dróg moczowych, nietrzymanie moczu. Powrót prawidłowego poziomu estrogenów umożliwia wznowienie proliferacji i dojrzewania komórek nabłonka pochwy,

co jest niezbędne do rozwoju prawidłowej flory bakteryjnej i utrzymania pH w granicach prawidłowych wartości. Zahamowany zostaje proces wiotczenia skóry ze względu na pozytywny wpływ estrogenów na gospodarkę kolagenem. Poprawia się zdolność koncentracji, pamięć, stabilizują się emocje. Związane jest to z oddziaływaniem estrogenów na ośrodkowy układ nerwowy przez poprawę krążenia mózgowego, lepszą gospodarkę glukozą, wpływ na aktywność synaptyczną. Zmniejsza się ryzyko wystąpienia osteoporozy. Przyjmuje się, że estrogeny powodują powrót równowagi w działaniu między osteoklastami a osteoblastami, zapobiegając tym samym spadkowi gęstości kości.

Niekorzystne i niepożądane objawy mogące występować podczas stosowania HTZ: w początkowym okresie mogą wystąpić nudności, bolesność piersi, przyrost masy ciała. U części pacjentek dochodzi do niezaplanych krwawień z dróg rodnych podczas stosowania HTZ. Może wystąpić niewielki wzrost dolegliwości związanych z kamicą pęcherzyka żółciowego, a także nieznaczny wzrost mięśniaków macicy. Rzadko dochodzi do rozwoju reakcji idiosyncrasykicznych manifestujących się skokami ciśnienia tętniczego lub reakcjami alergicznymi. Dyskusyjną pozostaje sprawa zwiększonego ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania HTZ. Wiadomo, że ryzyko to jest wyższe podczas pierwszego roku stosowania hormonów, następnie spada do poziomu nieznacznie wyższego od grupy nieleczonej. Istnieją doniesienia mówiące, że ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej jest o połowę mniejsze podczas HTZ niż w fizjologicznej ciąży. Najważniejszym problemem podczas stosowania HTZ jest rozwój nowotworów złośliwych estrogenozależnych.

Trzeba zdawać sobie sprawę, że w wieku pomenopauzalnym opisane powyżej zaburzenia metaboliczne oraz nieprawidłowo prowadzona hormonalna terapia zastępcza stanowią ogólnie znane czynniki ryzyka nowotworów błony śluzowej jamy macicy [15, 16].

Niebezpieczeństwo wystąpienia raka endometrium jest prawie całkowicie zniesione przez stosowanie podczas HTZ progestagenów, które zapobiegają powstawaniu rozrostów endometrium, natomiast w tym wieku wzrasta również ryzyko zachorowania na nowotwory sutka, a także, chociaż nie ma to żadnego związku z HTZ, również na złośliwe nowotwory jajnika.

Rozwój diagnostyki obrazowej oraz inwazyjnych technik, takich jak biopsja celowana oraz histeroskopia, w istotny sposób przyczyniły się, w ostatnich latach, do zwiększenia wykrywalności wyżej wymienionych nowotworów we wczesnym stadium – poprawiło to znacznie rokowanie i średnie przeżycie tych chorych.

Biorąc pod uwagę wszystkie niekorzystne

zmiany metaboliczne i wzrost zagrożenia nowotworami, należy dobitnie podkreślić, że badania laboratoryjne i obrazowe (USG przezpochwowe i mammografia) muszą bezwzględnie poprzedzać rozpoczęcie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), gdyż pozwalają już na wstępie wyeliminować grupę chorych nie kwalifikującą się do niej i grupę chorych, gdzie HTZ powinna odbywać się pod ścisłą opieką lekarza i z częstymi badaniami kontrolnymi, oraz stanowią odniesienie do kontrolnych badań w trakcie prowadzenia HTZ [17].

Wykonywanie badań diagnostycznych konieczne jest również we wszystkich przypadkach nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych, gdyż w tej grupie wiekowej ryzyko wystąpienia nowotworu jest duże. Dotyczy to zarówno kobiet stosujących, jak i niestosujących HTZ [18], uważa się bowiem,

że raki endometrium w 70–80% przypadków występują u kobiet po menopauzie [19, 20], więc każde nieprawidłowe krwawienie po menopauzie wymaga weryfikacji histopatologicznej.

Reasumując można stwierdzić, że menopauza nie jest chorobą, ale ma swoje implikacje kliniczne. Na lekarzu spoczywa obowiązek przeprowadzenia kobiety przez okres okołomenopauzalny tak, by mogła cieszyć się w pełni zdrowym i aktywnym życiem. Pomocna w tym jest hormonalna terapia zastępcza, która prawidłowo wdrożona i połączona z systematyczną kontrolą zdrowia pacjentki, ze szczególnym uwzględnieniem badania piersi, nie niesie ze sobą poważnych zagrożeń, natomiast w istotny sposób poprawia jakość życia i zmniejsza ryzyko wystąpienia poważniejszych schorzeń w późniejszym wieku.

Piśmiennictwo

1. *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 1998*. Warszawa: PWS; 1998.
2. Buchsbaum J. *Menopauza*. Warszawa: PZWL; 1989.
3. Pertyński T., Jędrzejczyk S. Diagnostyka obrazowa narządów płciowych, w tym gruczołów piersiowych w okresie menopauzy. *Gin Prak* 1995; 3: 19–20.
4. Kato I., Toniolo P., Akmedkhanov A. i wsp. Prospective study of factors influencing the onset of natural menopause. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1271–1276.
5. Cramer DW, Xu H., Harlow BL. Family history as a predictor of early menopause. *Fertil Steril* 1995; 64: 740–745.
6. Torgerson DJ, Thomas RE, Reid DM. Mothers' and daughters' menopausal ages: is there a link? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 74: 63–66.
7. Weel AE, Uitterlinden AG, Westendorp IC. Estrogen receptor polymorphism predicts the onset of natural and surgical menopause. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999; 84: 3146–3150.
8. Cramer DW, Harlow BL, Xu H. i wsp. Cross-sectional and case-controlled analyses of the association between smoking and early menopause. *Maturitas* 1995; 22: 79–87.
9. Windham GC, Elkin EP, Swan SH. Cigarette smoking and effects on menstrual function. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 59–65.
10. Devi A., Benn PA. X-chromosome abnormalities in women with premature ovarian failure. *J Reprod Med* 1999; 44: 321–324.
11. Bell DSH. Insulin resistance. *Postgrad Med* 1993; 93(7): 99–107.
12. Eschwege E., Richard JL, Thibault N. i wsp. Coronary heart disease mortality in relation with diabetes, blood glucose and plasma insulin levels: the Paris prospective study, ten years later. *Horm Metab Res* 1985; 15 (suppl.): 41–46.
13. Landin KL, Tengborn L., Smith U. Elevated fibrinogen and plasminogen activator inhibitor (PAI-1) in hypertension are related to metabolic risk factors for cardiovascular disease. *J Int Med Res* 1990; 227: 273–278.
14. Hulley S., Grady D., Bush T., Furberg C., Herrington D., Riggs B., Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998 Aug 19; 280(7): 605–613.
15. Markowska J. Epidemiologia raka endometrium. *Klin Perinatol Ginekol* 1993; VI: 54–64.
16. Sobczuk A., Woźniak P., Pertyński T., Połać I., Stetkiewicz T. Zależność między współistnieniem raka endometrium oraz wzrostu atypowego a czynnikami uznanymi jako czynniki ryzyka rozwoju raka endometrium. *Gin Pol* 1997; 68(6): 368.
17. Ylöstalo P., Granberg S., Bäckström A.-C., Hirsjärvi-Lahti T. Uterine findings by transvaginal sonography during percutaneous estrogen treatment in postmenopausal women. *Mauritas* 1996; 23: 313–317.
18. Granberg S., Ylöstalo P., Wikland M., Karlsson B. Endometrial sonographic and histologic findings in women with and without replacement therapy suffering from postmenopausal bleeding. *Mauritas* 1997; 27: 35–40.
19. Goldstein SR, Nachtigal M., Nyder JR. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(1): 119–123.
20. Spaczyński M. *Onkologia ginekologiczna*. Wrocław: Urban&Partner; 1997.

Adres Autora:

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rogowska 281/289
93-338 Łódź

Zasady postępowania z pacjentem palącym

How to deal with a smoking patient

KONSTANTY RADZIWIŁŁ

Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej

Mimo znaczącego w ostatnich latach spadku liczby palących tytoń Polaków nadal odsetek palaczy wśród dorosłych pacjentów zgłaszających się do lekarzy wszelkich specjalistów dochodzi do 50%. Zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób nałóg palenia jest odrębną jednostką chorobową, a zatem żadnemu lekarzowi nie wolno przejść nad tym problemem do porządku. Ze względu na rozpowszechnienie problemu mamy tu do czynienia z całą pewnością z jednostką wypełniającą wszystkie kryteria uznania jej za chorobę społeczną. Nie bez znaczenia także dla konsekwencji postawienia rozpoznania nikotynizmu jest fakt licznych (czy raczej niezliczonych) powikłań tej choroby. Walka z nałogiem palenia tytoniu nie jest wobec tego zadaniem dla wybranych specjalistów. W opinii autora to problem, przed którym staje każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, większość specjalistów przyjmujących pacjentów w opiece otwartej, a także lekarze pracujący w szpitalach. Trudno znaleźć dziedzinę medycyny, w której palenie tytoniu nie miałoby jakichś implikacji zdrowotnych. Wreszcie także każdy lekarz nie przestaje być doradcą w sprawach zdrowia również w stosunku do swojej rodziny i szeroko rozumianego kręgu znajomych i współpracowników. Oczywiście jednak ze względu na ciągłość i długotrwałość, a także wszechstronność kontaktu z pacjentami najpoważniejsze zadanie w tym zakresie spoczywa na lekarzu rodzinnym.

Problem niewątpliwie ma wiele wątków, ale warto zwrócić uwagę na jeden aspekt rozpoznania nałogu. Dostępność środka wywołującego chorobę (głównie papierosów), a nawet możliwość jego promocji (mimo wprowadzonych w ostatnich latach ograniczeń), jest w praktyce powszechna. Zupełnie inaczej wygląda jednak możliwość uzyskania przez chorego pomocy, a dostępność środków farmakologicznych niekiedy koniecznych do rzucenia palenia jest bardzo ograniczona. Trzeba również przyznać, że wiedza

teoretyczna, jak i umiejętności praktyczne w zakresie leczenia nikotynizmu nie są powszechne wśród lekarzy; wielu z nich posługuje się w tym zakresie raczej osobistym doświadczeniem lub intuicją.

Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zaniepokojone nierównowagą pomiędzy dostępnością papierosów z jednej strony a środków i sposobów pomagających w rzuceniu palenia z drugiej opracowało wytyczne postępowania z pacjentami-palaczami*. Oparte są one na wynikach wieloletnich badań i doświadczeń prowadzonych w wielu ośrodkach w różnych krajach (w tym także w Polsce).

Doświadczenia te prowadzą do wniosku, że są trzy sposoby interwencji w przypadku kontaktu z pacjentem palącym tytoń:

- 1) krótka okazjonalna interwencja podczas rutynowej pracy lekarza,
- 2) intensywne wsparcie, które w niektórych przypadkach może być udzielane przez lekarzy i terapeutów specjalizujących się w leczeniu nałogu palenia,
- 3) pomoc farmakologiczna.

Podstawowe wytyczne dla krótkiej interwencji

Wytyczne te można w skrócie sprowadzić do pięciu „p” (w oryginalnej wersji angielskojęzycznej jest to pięć „a”):

1. **Pytaj** (ask) pacjenta o palenie i prowadź w tym zakresie bieżącą dokumentację.
2. **Przypomnij** (...) pacjentowi o korzyściach, jakie odniesie z rzucenia palenia w sposób odnoszący się bezpośrednio do niego (np. biorąc pod uwagę jego stan kliniczny).
3. **Promuj** (...) motywację pacjenta do rzucenia palenia.
4. **Pomóż** (assist) pacjentowi w jego staraniach (w praktyce oznacza to wsparcie emocjonalne lub informację o możliwości leczenia farma-

* First World Health Organisation European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, 2001.

kologicznego, czasem też skierowanie do lekarza lub terapeuty specjalizującego się w pomocy w wychodzeniu z nałogów).

5. **Poproś** (...) pacjenta o utrzymywanie stałego kontaktu w celu kontroli i ewentualnej dalszej pomocy w tym zakresie.

Podczas takiej krótkiej rozmowy, dla zwiększenia skuteczności interwencji, warto namówić pacjenta, aby:

- określił, jeśli to możliwe, datę rzucenia palenia i rzucił je całkowicie w tym wyznaczonym przez siebie dniu,
- zastanowił się nad swoimi doświadczeniami z przeszłości (co było pomocne, a co przeszkadzało w rzuceniu palenia),
- spróbował nakreślić swój osobisty plan rzucenia palenia),
- zastanowił się nad tym, jakie problemy mogą wystąpić i z góry pomyślał, jak będzie sobie z nimi radził,
- poprosił rodzinę i przyjaciół o pomoc.

Wytyczne dla intensywnego leczenia nałogu palenia

Autorzy opracowania WHO uważają, że w niektórych trudniejszych przypadkach „oporni” palacze powinni być poddani bardziej intensywnej terapii przez osoby profesjonalnie zajmujące się tego typu pomocą. W wielkim skrócie: polega ona na indywidualnych lub grupowych spotkaniach z lekarzem lub terapeutą (standardowo powinno to być pięć godzinnych sesji w ciągu miesiąca, z ewentualną poradą w zakresie farmakoterapii). Eksperti WHO uważają, że taka pomoc powinna się należeć pacjentom w zakresie wynikającym z powszechnej opieki zdrowotnej. W praktyce polskiej w związku ze znanymi problemami natury ekonomicznej na razie wydaje się to mało realne, stąd obowiązki w zakresie pomocy palaczom (na pewno jednak nie w takim zakresie) także długotrwałej (np. podczas kolejnych wizyt pacjenta niekoniecznie w związku z problemem palenia) spada głównie na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Farmakoterapia

Obecnie wśród metod farmakoterapeutycznych stosowanych dla wsparcia rzucania nałogu palenia tytoniu istnieją dwie grupy środków: jedna to zastępcza terapia nikotynowa (NRT – nicotine replacement therapy), druga to stosowanie bupropionu. Obecnie na rynku spotyka się sześć postaci produktów NRT: plastry, gumy do żucia, aerozole donosowe, inhalatory, tabletki do łykania, tabletki do ssania. W Polsce zarejestrowane preparaty to:

1. NRT: Nicofree – kapsułki, Nicorette i Nicorette mint – guma do żucia, Nicorette – plastry, Nicotinell – guma do żucia, Nicotinell TTS – plastry. Preparaty te dostępne są w sprzedaży odstępnej.
2. Bupropion: Zyban – tabletki. Preparat ten dostępny jest w aptekach wyłącznie po przedstawieniu recepty.

Osoby wypalające więcej niż 10 papierosów dziennie można zachęcać do rzucania palenia za pomocą NRT lub bupropionu. Lekarze udzielający pomocy w paleniu powinni umieć udzielić wyczerpującej informacji na temat tych preparatów.

Szczególne grupy palaczy

Nadal spora liczba profesjonalistów medycznych (lekarze, w tym lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki, położne, aptekarze) to także palacze. Trudno wyobrazić sobie, aby takie osoby w przekonujący sposób potrafiły motywować do rzucenia palenia swoich podopiecznych. Stąd istnieje potrzeba czynnego skupienia się na tej grupie jako celu szczególnych zadań. Trzeba jednak podkreślić, że zadania terapeutyczne w stosunku do pacjentów muszą być realizowane w równym stopniu przez wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych bez względu na ich osobistą sytuację (tak, jak we wszystkich innych sytuacjach klinicznych).

Personel szpitali powinien rozmawiać z chorymi o problemie palenia już od momentu przyjmowania do szpitala, a także oferować pomoc w rzuceniu palenia tym, którzy byliby tym zainteresowani. Należy rozważyć zastosowanie NRT lub bupropionu, jeśli nie koliduje to z procesem leczenia.

Placówki opieki zdrowotnej i ich najbliższe otoczenie należy uznać za strefę, w której palenie jest zabronione.

Kobiety ciężarne, które palą, muszą otrzymać jasną i dokładną informację na temat ryzyka palenia dla płodu i należy namawiać je do rzucenia palenia. O ile to konieczne, powinny otrzymać stosowne wsparcie.

Metody interwencji mających na celu pomoc w rzuceniu palenia u dorosłych można z niewielkimi modyfikacjami stosować u młodzieży.

Rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia

Opłacanie leczenia nałogu palenia jest jedną z najbardziej efektywnych (przy stosunkowo niewielkich nakładach) metodą redukcji ryzyka wielu chorób oraz przedłużania życia. Z tego powodu interwencje medyczne oparte na dowodach nau-

kowych w tym zakresie powinny być finansowane przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Publiczny system ochrony zdrowia musi oferować pomoc tego rodzaju wszystkim podopiecznym. Powinien on także gwarantować dostęp do zarówno behawioralnych, jak i farmakologicznych metod leczenia, bez względu na status społeczny, jak i finansowy pacjenta. Należałoby rozważyć przynajmniej częściową refundację kosztów takiego leczenia także w zakresie kosztu leków.

Profesjoniści medyczni, a głównie lekarze, powinni być szkoleni w dziedzinie pomocy udzielanej palaczom papierosów. Szkolenie w tym zakresie powinno być obecne w programach kształcenia przed- i podyplomowego. Wydaje się, że szczególnie ten rodzaj szkoleń mógłby być przynajmniej częściowo finansowany z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Także kasy chorych mogłyby być zainteresowane zorganizowaniem akcji uświadamiającej o możliwościach rzucania palenia, darmowych infolinii o tej tematyce itp.

Jest jednak oczywiste, że większość wysiłku w zakresie pomocy skierowanej bezpośrednio do konkretnego chorego pozostanie w gestii lekarza. Świadomość tego muszą mieć przede wszystkim lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Paleniem wśród swoich pacjentów powinni zajmować się oni zarówno w związku z określonymi schorzeniami u nich, jak też traktując go jako odrębny problem kliniczny wymagający postępowania terapeutycznego. Nie bez znaczenia także, zwłaszcza przy dłuższej perspektywie praktykowania w jednej grupie podopiecznych, może stać się aspekt ekonomiczny, także dla lekarza. Należy bowiem pamiętać, że osoby niepalące po prostu rzadziej zapadają na wiele chorób, które w przyszłości mogą spowodować konieczność podejmowania przez tego lekarza licznych interwencji terapeutycznych, zlecenia badań dodatkowych oraz zasięgnięcia konsultacji u innych lekarzy, co przy założeniu, utrzymania na dłuższy czas kapitacyjnego sposobu wynagradzania może mieć bardzo konkretne skutki finansowe.

Rehabilitacja pacjentów uzależnionych od narkotyków leczonych metadonem, objętych programem socjoterapii i readaptacji społecznej

Rehabilitation of drug Addicted patients on methadone treatment within the framework of sociotherapy and social readaptation programme

BEATA KARAKIEWICZ, TADEUSZ KOZIELEC

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec

Wstęp

Od wielu lat problem uzależnienia od narkotyków jest przedmiotem rozważań na różnych płaszczyznach: medycznej, psychologicznej, prawnej, a nawet politycznej. Narkomania jest chorobą złożoną, prowadzi do wielu schorzeń somatycznych i psychicznych oraz strat moralnych i społecznych. Nie leczona grozi śmiercią. Regularne stosowanie substancji psychoaktywnych prowadzi do zmian w zachowaniu osoby uzależnionej i wiąże się z pogorszeniem jej funkcjonowania w sferze zawodowej, społecznej, fizycznej i emocjonalnej. Jeżeli przedmiotem uzależnienia jest substancja nielegalna – do zaburzeń funkcjonowania jednostki dochodzi szybciej i na ogół spycha ją to na margines społeczeństwa [16]. Natura uzależnienia definiowana jest przez wiele teorii. Biologiczne podejście do tego problemu skupia się przede wszystkim na poznawaniu sposobów oddziaływania narkotyków na układ nerwowy. Teorie psychologiczne próbują wyjaśnić zależność między stanem umysłu i procesami psychicznymi a skłonnością do używania narkotyków. Zwolennicy teorii behawioralnych interpretują uzależnienie jako uwarunkowanie instrumentalne, które tworzy się w zależności od zachowania innych. Modele socjokulturowe dowodzą, że priorytetowy jest wpływ środowiska społecznego.

Poszczególne grupy substancji i środków uzależniających powodują różne typy uzależnienia. W większości przypadków mechanizm uzależnienia jest podobny. Aktem prawnym, regulującym w Polsce kwestię narkomanii jest Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r. z późniejszymi zmianami [14, 15]. Ustawa określa również zasady przeciwdziałania narkomanii, do których należy: działalność wychowawcza i zapobiegawcza, leczenie i rehabili-

tacja osób uzależnionych, kontrola nad substancjami, których używanie może doprowadzić do uzależnienia, zwalczanie, nielegalnego ich obrotu, wytwarzanie, przetwarzanie i posiadanie oraz nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje narkotyczne. Według nowych przepisów karane jest posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych, wytwarzanie, przetwarzanie środków odurzających, przywóz z zagranicy, wywóz za granicę, tranzyt lub wprowadzanie ich do obrotu. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii definiuje narkomanię jako stałe lub okresowe używanie w celach niemedycznych środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało od nich uzależnienie [14]. Każdy typ uzależnienia rozwija się w różnym czasie i w różnych okolicznościach, powodowany jest różnymi uwarunkowaniami środowiskowymi oraz posiada odrębne cechy kliniczne. Wskazówki diagnostyczne określające typ czy głębokość uzależnienia zawiera [7].

W diagnostyce psychiatrycznej funkcjonuje terminologia klasyfikująca zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.

Według ICD-10 uzależnienie opiatowe można zakwalifikować jako używanie szkodliwe: „Jest to taki sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, który powoduje szkody zdrowotne. Mogą to być szkody somatyczne (np. zapalenie wątroby u osób wstrzykujących narkotyki) albo psychiczne (np. epizody zaburzeń depresyjnych)” [5]. W Polsce mamy często do czynienia z polityksykomanią, w przebiegu której przyjmowane są jednocześnie narkotyki o różnym działaniu. Jednak jednym z głównych problemów jest nadal uzależnienie typu morfinowego, ze względu na wielkość szkód w zakresie zdrowotnym, społecz-

nym czy ekonomicznym. Coraz częściej pojawiają się jednak problemy związane ze stosowaniem substancji psychostymulujących między innymi amfetamin i jej pochodnych [10]. Obserwuje się na świecie występowanie pewnych odrębności dotyczących rodzajów narkotyków czy sposobów ich zażywania. Taką odrębność charakterystyczną dla naszego kraju jest „polska heroina”, nazywana również „kompotem”. Ten domowej produkcji narkotyk, o wysokiej toksyczności uzależnionej od procesu produkcyjnego, wciąż spotyka się na całym świecie z dużym zainteresowaniem wśród osób zajmujących się leczeniem i rehabilitacją uzależnienia. Ostatnio spotykany jest coraz częściej w krajach graniczących z Polską, takich jak Białoruś, Ukraina czy Czechy. Jednak według danych policji pochodzi on z nielegalnych produkcji w Polsce [9]. Podobnie jak ma to miejsce w całym kraju, zjawisko narkomanii w województwie zachodniopomorskim przejawia stałą tendencję wzrostową. Coraz bardziej dotkliwe stają się społeczne skutki spowodowane stosowaniem narkotyków, coraz większe jest również zagrożenie powodowane przestępczością kryminalną, mającą związek z narkotykami [11].

Leczenie uzależnień jest bardzo trudne ze względu na specyfikę samej choroby, trudności w jednoznacznym określeniu obrazu „wyzdrowienia” (zalecenia), a także konieczność zastosowania różnych procedur medycznych w niezwykle starannie określonych warunkach zewnętrznych. Trudność leczenia wynika również, a nawet przede wszystkim, z faktu, że postępy zależą od woli i chęci samego zainteresowanego, a proces leczenia wymaga czasu. Stosowanie najbardziej nowoczesnych procedur medycznych bez zadbania o środowisko terapeutyczne najczęściej skazane jest na niepowodzenie.

W polskim systemie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, oprócz punktów konsultacyjnych, poradni profilaktyki i terapii uzależnień, oddziałów detoksykacyjnych i nielicznych oddziałów dziennych, jest dobrze rozwinięty i bogaty w doświadczenia system opieki stacjonarnej krótko- i długoterminowej. Większość ośrodków stacjonarnej pomocy przyjęła w pracy metodę społeczności terapeutycznych (The Therapeutic Community). Koncepcja ta stworzona została przez amerykańskiego psychiatrę Maxwela Jonesa. Podkreśla ona, jako czynnik najistotniejszy w terapii, udział pacjentów, ich zaangażowanie i wpływ na podejmowane w oddziale decyzje. Przeciwstawia się tradycyjnej hospitalizacji, w której pacjent najczęściej czuł się zagubiony i samotny. Koncepcja społeczności terapeutycznych prowadzona jest w polskich ośrodkach opieki stacjonarnej od ponad 20 lat [8]. Jednym z głównych założeń Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii jest stworzenie cało-

ściowej strategii, obejmującej między innymi zmniejszenie rozmiarów szkód zdrowotnych (Harm Reduction) spowodowanych używaniem środków odurzających i substancji psychoaktywnych przez doskonalenie programów edukacyjnych, wymiany igieł i strzykawek oraz leczenia substytucyjnego.

Leczenie substytucyjne stosowane jest w USA począwszy od lat sześćdziesiątych [4]. W Polsce metadon zastosowano po raz pierwszy w 1992 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W 1993 r. metadon został wprowadzony do pionu leczenia zakaźnego (HIV/AIDS) [1, 2, 12]. W krajach zachodnich programowe leczenie metadonem zbiegło się z epidemicznym zakażeniem się wirusem HIV przez dożylnych narkomanów. Od 1997 r. leczenie substytucyjne metadonem jest prawnie uznaną formą leczenia uzależnienia opiatowego. W 2001 r. w Polsce funkcjonowało 10 programów leczenia substytucyjnego uzależnień opiatowych metadonem. Opieką w programach metadonowych objętych jest około 500 osób.

Przeciwnicy stosowania metadonu w rehabilitacji narkomanów nie uznają tej metody jako metody leczenia i twierdzą, że jest to zastępowanie jednego uzależnienia drugim. Podkreślają, że podawanie metadonu jest działaniem szkodliwym dla samego pacjenta, ponieważ uniemożliwia mu podjęcie decyzji o leczeniu i zerwaniu z nałogiem. Problemy związane z fizycznym uzależnieniem są mniej istotne od problemów natury psychologicznej, a podawanie metadonu jako środka zastępczego nie daje poczucia wewnętrznej kontroli i utwierdza narkomana w postawie wyuczonej bezradności [4, 6].

Zwolennicy programów metadonowych uznają je za instrument prowadzący do umożliwienia powrotu do życia osobom, które nie są zdolne do podjęcia innych sposobów leczenia. Metadon jest dla nich ostatnim i jedynym sposobem, a zatem pierwszym krokiem na drodze do wyjścia z nałogu. Podkreśla się również inne: profilaktyczne, medyczne, społeczne i badawcze korzyści ze stosowania metadonu, np. ograniczenie dokażania się zmutowanymi wirusami innych narkomanów, przedłużenie okresu bezobjawowego u seropozytywnych narkomanów, zmiana funkcjonowania społecznego, umożliwienie oceny wpływu toksycznego „kompotu” na szybkość rozwijania się objawów AIDS [3].

Osoby przyjmowane do udziału w programie leczenia substytucyjnego muszą spełniać kryteria naboru, co ma wykluczyć przyjmowanie osób, które nie są uzależnione od opiatów, lub co do których istnieje przesłanka, że uzależnienie to można wyleczyć innymi metodami skierowanymi na uzyskanie abstynencji. Osoby objęte programem metadonowym, które odbudowują swo-

je życie i normalnie funkcjonują, nie powinny być postrzegane jako narkomani, lecz jako pacjenci wymagający opieki medycznej, leczonymi z powodu przewlekłego schorzenia [13].

Od dwóch lat w szczecińskim programie metadonowym prowadzona jest rehabilitacja pacjentów mająca na celu osiągnięcie zmiany zachowań pacjentów leczonych dotychczas bez efektu innymi metodami nakierowanymi na uzyskanie trwałej abstynencji od środków uzależniających. Jest to model postępowania z pacjentem uzależnionym stworzony przez terapeutów Centrum Psychiatrycznego w Szczecinie, realizowany jako autorski program socjoterapii i readaptacji społecznej.

Realizacja programu socjoterapii i readaptacji społecznej w rehabilitacji osób uzależnionych

Program socjoterapii i readaptacji społecznej jest nastawiony na pracę z pacjentem, który w trakcie trwania programu metadonowego w wyniku oddziaływań terapeutycznych przechodzi drogę zakończoną wyzerowaniem i przejściem w stan postrehabilitacji. Dla każdego uczestnika programu indywidualnie dostosowane jest postępowanie. Zależy ono od różnych czynników osobowościowych i środowiskowych. U pacjentów tych najważniejsze jest wyeliminowanie zachowań patologicznych, zwłaszcza kryminogennych, kontrola abstynencji od innych środków narkotycznych, zapobieganie prostytucji wśród kobiet, podjęcie próby zmiany funkcjonowania i poprawa warunków psychospołecznych.

Program ten realizowany jest równolegle z farmakologiczną substytucją, jaką jest podawanie pacjentom metadonu. Proces rehabilitacji podzielić można na etapy, które w efekcie prowadzonych oddziaływań terapeutycznych doprowadzą do trwałej abstynencji i zaadaptowania się do warunków życia w środowisku rodzinnym.

Podczas diagnozy wstępnej analizowany jest życiorys pacjenta, okres dzieciństwa, relacje rodzinne przed przyjmowaniem substancji psychoaktywnych i obecnie, proces edukacji, historia somatyczna i psychiatryczna pacjenta, obecna sytuacja przyjmowania substancji psychoaktywnych, historia używania środków psychoaktywnych. Następnym etapem jest diagnoza motywacji, podczas której sprawdzane są cechy osobowościowe pacjenta, poczucie wartości, możliwości wsparcia ze strony rodziny.

Pierwszy etap można uznać za tzw. wstępną stabilizację. Rozpoczyna się dwutygodniowym pobytem na oddziale detoksykacyjnym w celu ustalenia dawki metadonu, by uczęszczać codziennie do „ambulatorium metadonowego”. Jest

to czas stabilizowania się stanu somatycznego organizmu, odpoczynku od toksyn, stopniowego odtruwania się, jak również czas wzajemnego poznawania się pacjentów i terapeuty. W tym okresie najważniejszym elementem jest terapia indywidualna, aby jak najszybciej powstawały więzi zaufania pacjenta do terapeuty. Spotkania grupowe odbywają się raz w tygodniu. Są one nieco mniej sformalizowane i mają głównie charakter edukacyjny. Jest to czas ukierunkowania, uczenia zasad wspólnej pracy, zarówno w grupie, jak i pracy indywidualnej.

Charakterystycznym zachowaniem pacjentów jest początkowa euforia w związku z działaniem metadonu. Objawy ze strony zespołu abstynencyjnego mijają. Rolą terapeuty w tym trudnym okresie jest przygotowanie pacjentów na możliwość pojawienia się chęci przyjęcia narkotyku i minimalizowanie ich skutków. Zachowując zasady pełnej indywidualizacji przygotowujący jest wstępny plan leczenia, angażując w terapię osoby ważne dla pacjenta, z zastosowaniem wszelkich metod wsparcia w sytuacjach trudnych. W tym czasie następuje uporządkowanie prawnych, administracyjnych i socjalnych problemów pacjenta. W miarę doskonalenia relacji pacjent–terapeuta następuje łagodne przejście od socjoterapii do psychoterapii i rozpoczyna się drugi etap – właściwej rehabilitacji. Rytm terapii grupowych zwiększa się do dwóch tygodniowo. Bardzo ważne w tym czasie jest konsekwentne oddziaływanie, poprzez stawianie wymagań kolejnych kroków na drodze rehabilitacji. Szczególnie ważne na tym etapie są dwa problemy:

1. Dostosowanie oczekiwań do indywidualnych możliwości pacjenta.
2. Ujednoczenie postaw i oczekiwań wszystkich osób pracujących w programie: lekarza, terapeutów, pielęgniarek, pracownika socjalnego.

Prowadzone w tym kierunku działania terapeutyczne mają na celu przywrócenie tych osób społeczeństwu w pewnym zakresie normalnego funkcjonowania społecznego, poprawę warunków socjalno-bytowych, redukcję szkód zdrowotnych i społecznych, zwłaszcza gdy chodzi o zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi [17].

Przy takim schemacie postępowania z pacjentem głęboko uzależnionym szanse na wzbudzenie lub wzrost motywacji do leczenia znacznie wzrastają. Założenie utrzymania pacjentów uczestników programu metadonowego w abstynencji pozwala im na uporządkowanie życia rodzinnego i zawodowego. Niektórzy pacjenci po wielu latach przerwy podejmują pracę zarobkową, odnawiają kontakty rodzinne, a nawet zakładają nowe rodziny.

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione założenia programu socjoterapii jako kontynuację działań od 1999 r., efektem pracy, który można przedstawić jako wyznacznik dla dalszej kontynuacji

programu, są osoby, które w wyniku oddziaływań terapeutycznych wyzerowały się i dotychczas zachowują całkowitą abstynencję. Dotychczas było 9 takich osób.

W osiągnięciu opracowanych celów i kontynuowaniu programu socjoterapii wykorzystane zostały metody:

- behawioralno-poznawcza, opierająca się na pracy dotyczącej zachowań pacjentów,
- psychodynamiczna (wolnoskojarzeniowa), opierająca się na prostych zadaniach wynikających z pracy w grupie i jej aktywności,
- elementy psychoedukacji, dotyczące samej istoty uzależnienia, możliwości leczenia i rehabilitacji.

Zaproponowane zajęcia terapeutyczne były re-alizowane w perspektywie dwóch lat działania programu we wszystkich grupach. Większość z nich stanowiło pewien cykl spotkań jako bardziej wnikliwa analiza problemu. Tempo pracy dostosowane do dynamiki pracy poszczególnych grup.

Ogólna tematyka zajęć prowadzonych w terapii indywidualnej i grupowej

- Jak sobie radzić z przykrymi emocjami?
- Rozwiązywanie problemów.
- Co należy wiedzieć o problemie HIV/AIDS.
- Zachowania ryzykowne.
- Skuteczne poszukiwanie pracy.
- Planowanie budżetu i wydatków.
- Żałoba po narkotykach, wchodzenie w trzeźwość.
- Negatywne skutki używania alkoholu podczas terapii metadonem.
- Negatywne skutki używania marihuany i innych substancji podczas terapii metadonem.
- Zachowania asertywne.
- Normy społeczne.
- Kształtowanie i zmiana postaw.
- Pojęcie odpowiedzialności w różnych aspektach.
- Postawy wobec odpowiedzialności przed uzależnieniem, w trakcie i obecnie.
- Kształtowanie pozytywnych postaw interpersonalnych.
- Unikanie zachowań nieaprobowanych społecznie.
- Jak konstruktywnie rozwiązywać konflikty?
- Wpływ grupy na jednostkę jako oddziaływanie terapeutyczne.
- Motywacja jako jeden z ważniejszych czynników wyjścia z uzależnienia.
- Poprawa relacji w rodzinie i wynikające z niej zmiany mające wpływ na samopoczucie pacjenta.

- Poczucie nieprzystosowania społecznego a funkcjonowanie.
- Poprawne komunikaty jako czynnik mający wpływ na relacje i funkcjonowanie w społeczeństwie.
- Rozumienie własnych potrzeb i ich zaspokajanie.
- Konflikty w rodzinie, w grupie i umiejętność ich rozwiązywania.
- Prawdy i mity o narkotykach.
- Straty związane z uzależnieniem.
- Omówienie i nazwanie celów w procesie rehabilitacji i trzeźwienia.
- Układanie planów i realizowanie celów wcześniej ustalonych.
- Wgląd emocjonalny i nazywanie uczuć.

Główne cele osiągnięte poprzez realizację programu socjoterapii i readaptacji w przebiegu leczenia substytucyjnego metadonem

- Zminimalizowanie skutków zdrowotnych i społecznych narkomanii dożyłnej, zatrzymanie i stopniowe zmniejszanie trendu rozwoju narkomanii opiatowej w Szczecinie i okolicznych powiatach.
- Ograniczenie produkcji i handlu heroiną dożylną.
- Zmniejszenie ilości zakażeń wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi w środowisku narkomanów dożylnych i ich partnerów seksualnych.
- Umożliwienie lepszego zdrowotnego i społecznego funkcjonowania pacjentów uzależnionych od wielu lat, w stosunku do których zawiodły inne metody leczenia.
- Poprawa funkcjonowania rodziny, w której istnieje problem uzależnienia.
- Umożliwienie nadzoru medycznego nad kobietą ciężarną uzależnioną od narkotyków oraz podniesienie jakości opieki nad noworodkiem.
- Zmniejszenie liczby przestępstw typowych dla narkomanii.
- Zmniejszenie nakładów finansowych na nieefektywne metody leczenia w stosunku do grupy pacjentów trwale uzależnionych.
- Ochrona dobra zdrowia publicznego.
- Poprawa funkcjonowania w środowisku i rehabilitacja osób uzależnionych jatrogennie od substancji opiatopochodnych w związku z chorobą nowotworową.

Program metadonowy, aby mógł być skuteczny, zakłada kompleksową opiekę medyczną, psychologiczną i środowiskową dla osób uzależnionych i ich rodzin lub osób im najbliższych. Nie może ograniczać się jedynie do podawania wy-

znacznej dawki metadonu. Ważne zatem jest prowadzenie tzw. działań okołometadonowych, tj. wszechstronnego wsparcia, edukacji, terapii

indywidualnych i grupowych ukierunkowanych na stabilizację życiową oraz umożliwiających samodzielną egzystencję.

Piśmiennictwo

1. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. Terapia metadonem. *Alkohol Narkom* 1994; 15: 45–49.
2. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. *Uzależnienia, obraz kliniczny i leczenie*. Warszawa: PZWL; 1999.
3. Chmielewska K., Baran H., Dąbrowski S. i wsp: Kontynuowanie terapii w programie substytucyjnego leczenia metadonem przez pacjentów uzależnionych od opiatów i niektóre czynniki wpływające na długość tego leczenia. *Alkohol Narkom* 1998; 32: 309.
4. Heinemann A., Iwersen-Bergman S., Stein S., Schmoldt A., Puschel K., Methadone related fatalities in Hamburg 1990–1999 implications for quality standards in maintenance treatment? *Forensic Sci Int* 2000; 113: 445–449.
5. Horban A. *Schorzenia somatyczne związane z narkomanią*. VIII Europejska Konferencja dotycząca Rehabilitacji i Polityki Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 5–8 września 2001.
6. Karaczyńska B., Sękiewicz J. *Przeciw metadonowi*. Materiały z konferencji „Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS. Jadwisin, 12–14.09.1994: 5–74.
7. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 – Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Versalius; 1997.
8. Koczurowska J. Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym. *Probl Narkom, Biuletyn* 2001; 3: 50–58.
9. Komenda Główna Policji „Przestępczość w Polsce związana z narkotykami w latach 1995–1999. Raport KGP. Biuro Prezydyjne. Warszawa, marzec 2000.
10. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 1999–2001.
11. Ministerstwo Zdrowia [Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999–2003], Warszawa 1999.
12. Ministerstwo Zdrowia. Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego Dz. Min. Zdr., Dz.U. nr 77, poz. 873.
13. Pach J., Kamieńczak A., Chrostek Maj J., Foryś Z. Ocena stanu zdrowia uczestników programu metadonowego po roku leczenia substytucyjnego. *Przegl Lek* 2001; 58: 240–244.
14. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz.U. nr 75, poz. 468.
15. Ustawa z dnia 26 października 2000 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz.U. nr 103, poz. 1097.
16. Wachowiak R., Kołowski J., Żukociński G. Aktualne problemy toksykologiczno-sądowe wynikające z dystrybucji i używania środków psychoaktywnych w aspekcie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. *Arch Med Sąd Krym* 2000; Supl. 1. 50: 49–58.
17. Wodowski G. *Doświadczenia personelu Oddziału Monaru w Krakowie w promocji i kwalifikacji do programu metadonowego*. Materiały zebrania naukowo-szkoleniowego nt. Współczesnych metod leczenia uzależnienia opiatowego. 1–10. 2000.

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej PAM w Szczecinie
ul. Podgórna 22/23
70-205 Szczecin

Problemy diagnostyczno-terapeutyczne lekarzy pierwszego kontaktu w pracy z pacjentem młodocianym uzależnionym od narkotyków

Diagnosis and therapeutic problems of general practitioners in their work with adolescent drug users

TADEUSZ KOZIELEC

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec

W ostatnich latach zjawisko narkomanii w Polsce znacznie się nasiliło. Narkotyki są praktycznie wszędzie dostępne. Stosują je różne grupy społeczne. Jest to jedna z najniebezpieczniejszych chorób cywilizacyjnych. Coraz częściej bardzo młodzi ludzie nieświadomi skutków sięgają po środki odurzające, uzależniają się, chorują, umierają. Przyczyny sięgania po środki psychoaktywne są wysoce zindywidualizowane, od zwykłej ciekawości poprzez pewnego rodzaju ekscytację, sposób na oderwanie się od problemów życia codziennego, albo poczucie samotności czy brak zainteresowania ze strony najbliższych. Światowa Organizacja Zdrowia dzieli narkotyki ze względu na właściwości farmakologiczne na trzy podstawowe grupy:

- środki działające depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n.),
- środki stymulujące,
- środki halucynogenne.

Do grupy narkotyków działających depresyjnie należą między innymi opioidy, w tym: heroína, morfina, kodeina, dihydrokodeina, metadon, petydyna. Środki stymulujące to: amfetamina i większość jej pochodnych, kokaina i inne, których działanie powoduje polepszenie nastroju oraz pobudzenie psychiczne i fizyczne. Narkotyki halucynogenne wywołują zmianę stanu świadomości z omamami słuchowymi i wzrokowymi. Są to: LSD, fencyklidyna, meskalina, psylocybina. Są również substancje psychoaktywne, które mogą działać zarówno depresyjnie, jak i halucynogenne. Są to produkty otrzymane z konopii (np. marihuana, haszysz).

Narkotyki „projektowane” (designer drugs, WHO 1991) są to związki chemiczne otrzymane syntetycznie w nielegalnych laboratoriach, najczęściej poprzez chemiczną modyfikację podstawowej struktury środków psychoaktywnych. Najbardziej znanymi w tej grupie są po-

chodne amfetaminy (np. MDA, MDMA, MDEA, DOB) oraz pochodne fenantylu (m.in. 4-fluorofenantyl, butylofenantyl, cis-3-metylofenantyl i inne). Związki te wykazują bardzo silne działanie odurzające i toksyczne. Nowo zsyntetyzowane substancje często wymykają się spod kontroli prawnej ze względu na konieczność każdorazowej weryfikacji wykazu środków zakazanych przez obowiązujące systemy legislacyjne. Z prawnego punktu widzenia narkotykiem jest każda substancja naturalna lub syntetyczna zaliczona do tej grupy substancji przez uchwaloną w Nowym Jorku Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających z 1966 r. Wzrastający popyt i podaż substancji psychoaktywnych spowodował odrębne uregulowanie tej kwestii w Konwencji o Substancjach Psychotropowych podpisanej w Wiedniu w 1971 r. Państwa, które ratyfikowały te i inne międzynarodowe konwencje, mają obowiązek ustanowienia przepisów wewnętrznych regulujących kwestie narkotyków i narkomanii.

Dane zawarte w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001 wskazują, że na rynku dostępne są praktycznie wszystkie rodzaje narkotyków. Pochodzą one głównie z przemytu, nie licząc produkowanych w kraju [5].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) substancje i środki uzależniające to:

1. Opiaty i opioidy, np. kompot, morfina, heroína, fenantyl, tramadol.
2. Alkohol, barbiturany, benzodiazepiny i inne leki anksjolityczne, np. metakwalon, diazepam, nitrazepam.
3. Amfetamina i inne substancje pobudzające, np. metamfetamina, MDMA (Ecstasy).
4. Kokaina (z *Erythoxylon Coca* i *E. Novogranatense*).
5. Substancje halucynogenne, np. lyzergid (LSD 25), psylocyna, niektóre grzyby.

6. Konopie indyjskie (zwane także siewnymi) *Cannabis sativa* v. *Indica*, np. haszysz, „trawka”, „Mary Jane”, „Maryśka”.
7. Lotne rozpuszczalniki, np. toluen, aceton, czterochlorek węgla, składniki klejów do mas plastycznych.
8. Katina i pochodne z katu (*Catha edulis* Forssk.).
9. Nikotyna.

Poszczególne grupy substancji i środków uzależniających powodują różne typy uzależnienia. W większości przypadków mechanizm uzależnienia jest podobny. Aktem prawnym regulującym w Polsce kwestię narkomanii jest Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r. z późniejszymi zmianami [10]. Ustawa określa również zasady przeciwdziałania narkomanii, do których należy: działalność wychowawcza i zapobiegawcza, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych, kontrola nad substancjami, których używanie może doprowadzić do uzależnienia, zwalczanie nielegalnego ich obrotu, wytwarzanie, przetwarzanie i posiadanie oraz nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje narkotyczne [8]. Według nowych przepisów karane jest posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych, wytwarzanie, przetwarzanie środków odurzających, przywóz z zagranicy, wywóz za granicę, tranzyt lub wprowadzanie ich do obrotu. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii definiuje narkomanię jako stałe lub okresowe używanie w celach niemedycznych środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało od nich uzależnienie. Każdy typ uzależnienia rozwija się w różnym czasie i w różnych okolicznościach, powodowany jest różnymi uwarunkowaniami środowiskowymi oraz posiada odrębne cechy kliniczne. Wskazówki diagnostyczne określające typ czy głębokość uzależnienia zawiera [2].

Toksykologia środków uzależniających postuluje się następującymi pojęciami i definicjami: **uzależnienie lekowe** (zależność lekowa, lekozależność, Drug dependence). Według terminologii Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia jest ono stanem psychicznym, a nieraz także fizycznym, spowodowanym zażywaniem leku wywołującym potrzebę stałego przyjmowania jednego lub wielu leków [2].

Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres w ciągu ostatniego roku:

- a) silne pragnienia przyjmowania substancji albo przymusu jej przyjmowania,
- b) trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości,
- c) fizjologiczne objawy stanu odstawienia wy-

stępujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych,

- d) stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze potrzebne są dawki coraz większe (typowym przykładem są osoby uzależnione od alkoholu lub od opiatów, przyjmujące dawki dobowe, które u osoby bez zwiększonej tolerancji mogą być przyczyną zatrucia lub śmierci),
- e) z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęcanego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo odwracanie następstw jej działania,
- f) przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów jawnie szkodliwych następstw.

W diagnostyce psychiatrycznej funkcjonuje terminologia klasyfikująca zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.

W Polsce często mamy do czynienia z politoksykomanią w przebiegu, której przyjmowane są jednocześnie narkotyki o różnym działaniu.

Alkaloidy opium wpływają depresyjnie na centralny układ nerwowy i układ oddechowy, działają uspokajająco, usypiająco i przeciwbólowo. Powodują rozszerzenie naczyń wieńcowych i mózgowych. W większych dawkach mogą wpływać paraliżująco na centralny układ nerwowy. Śmierć następuje najczęściej na skutek porażenia ośrodkowego układu oddechowego lub zakrzepienia się wymiocinami. Do widocznych objawów odurzenia należą: zwężone źrenice, brak apetytu, katar, wymioty, bóle mięśni i stawów, gęsia skórka, gorączka, zimne poty, łzawienie.

Po przyjęciu opium występuje euforia, uczucie wewnętrznego spokoju, błogostanu i harmonii, trwające od 3 do 6 godzin. Po pewnym czasie następuje głęboki sen narkotyczny. Zwykle już po 8–12 godzinach od przyjęcia ostatniej dawki euforia mija i pojawiają się pierwsze objawy abstynencji [3]. W zespole odstawiennym organizm reaguje kołataniami serca, bólami głowy, wymiotami, biegunką, podwyższoną temperaturą, zaburzeniami oddychania i widzenia, epilepsją, zaburzeniami neurologicznymi, paraliżem i zapaścią. Pojawia się odczucie niepokoju, rozdrażnienia. Często towarzyszy bezsenność. Stan ten w efekcie doprowadza do epizodów depresyjnych [6].

Regularne przyjmowanie opioidów powoduje wytworzenie się bardzo silnego uzależnienia psychicznego i fizycznego.

Jednak jednym z głównych problemów jest nadal uzależnienie typu morfinowego, ze względu na wielkość szkód w zakresie zdrowotnym, społecznym czy ekonomicznym. Coraz częściej pojawiają się jednak problemy związane ze stosowaniem substancji psychostymulujących, m.in. amfetamin i jej pochodnych.

Bardzo młodzi ludzie, nieświadomi skutków sięgają po środki odurzające, uzależniają się, chorują, umierają. U dzieci i młodzieży inicjacja narkotyczna odbywa się często w grupie. Przyczyny sięgania po środki psychoaktywne są wysoce zindywidualizowane, od zwykłej ciekawości poprzez pewnego rodzaju ekscytację, sposób na oderwanie się od problemów życia codziennego, albo poczucie samotności czy brak zainteresowania ze strony najbliższych.

Sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych są bardzo zróżnicowane. Może to być droga doustna: jedzenie, picie, żucie, palenie, przez śluzówkę nosa: wdychanie, wąchanie, różnego rodzaju wstrzyknięcia: podskórne, domięśniowe, dożylnie, narkotyk może zostać również umieszczony pod powieką w przypadku LSD. Sposób przyjmowania substancji ściśle związany jest z intensywnością jej oddziaływania oraz z możliwymi powikłaniami zdrowotnymi, np. w przypadku wstrzykiwania możliwe jest rozposzczernienie zakażeń wirusami hepatotropowymi i wirusem HIV. Amfetamina i metamfetamina przyjmowane mogą być drogą pokarmową, dożylnie, palone lub wdychane przez nos. Zależnie od drogi przyjęcia ich działanie wykazuje pewne różnice. Podanie dożylnie czy palenie narkotyku powoduje krótkotrwały okres niezwykle intensywnej euforii, natomiast przyjęcie narkotyku drogą pokarmową czy przez śluzówkę nosa znacznie osłabia te odczucia.

Farmakologiczny związek z przemocą wykazuje używanie kokainy, mogące rodzić poczucie wielkiej siły fizycznej i czujności psychicznej w połączeniu z paranoicznymi iluzjami i halucynacjami, co powoduje, że używający stają się niebezpieczni. Także przy znacznym nadużyciu amfetaminy mogą wystąpić toksyczne psychozy amfetaminowe, z urojeniami, niepokojem i agresją.

Narkomania wywołuje negatywne skutki w całym społeczeństwie – powoduje ogromne straty. Narkoman, jeżeli nie podejmie leczenia, naraża się na przedwczesną śmierć. Pacjent musi wziąć pełną odpowiedzialność za własne leczenie, a terapia uzależnienia powinna być kompleksowa, czyli ma uwzględniać różne aspekty funkcjonowania człowieka.

Od lat problem uzależnienia od narkotyków stanowi przedmiot rozważań na różnych płaszczyznach: medycznej, psychologicznej, prawnej, a nawet politycznej. Narkomania jest chorobą złożoną, prowadzi do wielu schorzeń soma-

tycznych i psychicznych oraz strat moralnych i społecznych. Nie leczona grozi śmiercią. Regularne stosowanie substancji psychoaktywnych prowadzi do zmian w zachowaniu osoby uzależnionej i wiąże się z pogorszeniem jej funkcjonowania w sferze zawodowej, społecznej, fizycznej i emocjonalnej.

Długotrwałe przyjmowanie środków odurzających, poza skutkami zdrowotnymi i społecznymi, prowadzi do zmian osobowościowych, a szczególnie silne spustoszenie w psychice dokonuje się u ludzi młodych, znajdujących się na etapie dojrzewania [9]. Prowadzi to do głębokiej psychodegradacji i zaburzeń zachowania u wielu pacjentów. W przypadku politoksykomanii zaburzenia zachowania są jedną z głównych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych. Pojawiające się dysfobie objawiają się wybuchami agresji słownej i ruchowej lub reakcjami obniżonego nastroju. Stany depresyjne mogą być konsekwencją przyjmowania narkotyków, ale mogą pojawiać się z chwilą nagłego ich odstawienia.

Dożylnie przyjmowanie narkotyków prowadzi do wielu powikłań zdrowotnych. Są to między innymi: głębokie infekcje skóry, stany zapalne naczyń, epilepsja (często polekowa), zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi, gruźlica. Istotnym, choć bezpośrednio nie zagrażającym życiu problemem są zmiany próchnicze u pacjentów uzależnionych od opiatów. W wielu przypadkach dochodzi do zaostrzenia psychoz, zwłaszcza u pacjentów z tzw. podwójną diagnozą.

Według oszacowań UNAIDS i WHO pod koniec 1998 r. na świecie żyło z HIV/AIDS 33,4 mln osób, a od początku pandemii zmarło 13,9 mln. Jedna osoba dorosła na około 100 w wieku 15–49 lat żyje z HIV, przy czym tylko niewielki odsetek wie o zakażeniu. Stale dochodzi do nowych zakażeń (około 16 000 na dobę), nie należy spodziewać się samoograniczenia infekcji.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej, sytuacja jest względnie stabilna. Do końca 1999 r. odnotowano w naszym kraju ogółem 5620 zakażeń HIV i 737 zachorowań na AIDS; 415 chorych zmarło. Liczbę osób żyjących z zakażeniem HIV Państwowy Zakład Higieny szacuje na 12 000. Liczba zachorowań na AIDS będzie zależała między innymi od dostępności i jakości opieki medyczno-socjalnej sprawowanej nad osobami zakażonymi HIV [7].

Niedożywienie, wyniszczenie, bezdomność, niska odporność sprzyjają zapaleniu dróg oddechowych. Prostytycja i choroby przenoszone drogą płciową są nieodłącznie związane ze środowiskiem narkomanów. Problemem jest ciąża, zwłaszcza w przypadku czynnej narkomanii. Zagrożenia dla płodu i matki związane są zarówno z dożywianiem przyjmowaniem opiatów, jak i zakażeniami różnymi patogenami [1].

Motywacja do leczenia jest jednym z najważniejszych czynników dla osiągnięcia sukcesu terapeutycznego. Bardzo ważne jest rozpoznanie stanu wyjściowego w celu ustalenia dalszej realizacji oddziaływań.

Leczenie uzależnień jest bardzo trudne ze względu na specyfikę samej choroby, trudności w jednoznacznym określeniu obrazu „wyzdrowienia” (zalecenia), a także konieczność zastosowania różnych procedur medycznych w niezwykle starannie określonych warunkach zewnętrznych. Trudność leczenia wynika również, a nawet przede wszystkim, z faktu, że postępy zależą od woli i chęci samego zainteresowanego, a proces leczenia wymaga czasu. Stosowanie najbardziej nowoczesnych procedur medycznych bez zadbania o środowisko terapeutyczne najczęściej skazane jest na niepowodzenie.

Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 spośród wielu zadań ważnych dla kształtowania zdrowia publicznego w Polsce wymienia również przedsięwzięcia związane z problematyką uzależnień. W polskim systemie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, oprócz punktów konsultacyjnych, poradni profilaktyki i terapii uzależnień, oddziałów detoksykacyjnych i nielicznych oddziałów dziennych, jest dobrze rozwinięty i bogaty w doświadczenia system opieki stacjonarnej krótko-

i długoterminowej. Większość ośrodków stacjonarnej pomocy przyjęła w pracy metodę społeczności terapeutycznych (The Therapeutic Community). Koncepcja ta stworzona została przez amerykańskiego psychiatrę Maxwela Jonesa. Podkreśla ona, jako czynnik najistotniejszy w terapii udział pacjentów, ich zaangażowanie i wpływ na podejmowane w oddziale decyzje. Przeciwstawia się tradycyjnej hospitalizacji, w której pacjent najczęściej czuł się zagubiony i samotny. Koncepcja społeczności terapeutycznych prowadzona jest w polskich ośrodkach opieki stacjonarnej od ponad 20 lat [4]. Jednym z głównych założeń Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii jest stworzenie całościowej strategii obejmującej między innymi zmniejszenie rozmiarów szkód zdrowotnych (Harm Reduction) spowodowanych używaniem środków odurzających i substancji psychoaktywnych poprzez doskonalenie programów edukacyjnych, wymiany igieł i strzykawek oraz leczenia substytucyjnego.

Lekarze rodzinni powinni zwracać szczególną uwagę na przestrzeganie praw pacjenta, zwłaszcza w przypadku osób uzależnionych od narkotyków zakażonych wirusem HIV. Często pacjenci seropozytywni traktowani są z pominięciem wielu podstawowych zasad, które gwarantują pacjentom przepisy prawne.

Piśmiennictwo

1. Horban A. *Schorzenia somatyczne związane z narkomanią*. VIII Europejska Konferencja dotycząca Rehabilitacji i Polityki Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 5–8 września 2001.
2. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Versalius; 1997.
3. Jaffe JH. *Opiates: Clinical Aspects*. w: *Substance Abuse, Comprehensive Textbook*. Lowinson IH, Ruiz P., Millman RB, Langrod JG (red.), Williams and Wilkins; 1992. Rozdz. 14.
4. Koczurowska J., Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym. *Probl Narkomanii, Biuletyn* 2001; 3: 50–58.
5. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 1999–2001.
6. Gold MS, Johnson ChR. *Handbook of Substance Abuse: Neurobehavioral Pharmacology*. Tarter et al. (ed.) New York: Plenum Press; 1998.
7. Ministerstwo Zdrowia [Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999–2003]. Warszawa 1999.
8. Morawska J. Regulacje prawne dotyczące narkomanii w Polsce i na tle porównawczym. *Przeegl Lek* 2001; 58: 208–214.
9. Sierosławski J. *Rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych*. w: *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności*. Pr. zbior. pod red. J. Kiwerskiego i A. Ostrowskiej, Warszawa; 1994.
10. Ustawa z dnia 26 października 2000 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz.U. nr 103, poz. 1097.

Adres Autora:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej PAM w Szczecinie
ul. Podgórna 22/23
70-205 Szczecin

Badania laboratoryjne w praktyce lekarza rodzinnego

Clinical laboratory tests in family doctors practice

JÓZEFA LORENC

Z Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Józefa Lorenc

Streszczenie Dla prawidłowej interpretacji wyniku badania laboratoryjnego na podstawie zakresu wartości prawidłowych czy referencyjnych konieczna jest znajomość odpowiednich wartości decyzyjnych, które pozwalają na rozgraniczenie wyników populacji zdrowych i chorych. Bardzo duże znaczenie nie tylko medyczne, ale także ekonomiczne w codziennej praktyce lekarskiej ma znajomość kryteriów diagnostycznych oraz analitycznych wiarygodności badania laboratoryjnego.

W praktyce lekarza rodzinnego badania laboratoryjne są wykorzystywane do następujących celów: profilaktyka, diagnostyka zaburzeń wydolności narządów i rozpoznawanie przyczyn tych zaburzeń, monitorowanie terapii oraz prognozowanie. Działania profilaktyczne w przypadku miażdżycy mają szczególne znaczenie praktyczne z uwagi na ciężkość powikłań klinicznych, jak choroba niedokrwienna serca oraz udar mózgu. Wśród czynników ryzyka miażdżycy, które można za pomocą badań laboratoryjnych określić ilościowo są hiper- i dyslipoproteinemia, hiperfibrinogenemia oraz przewlekłe stany zapalne. Bardzo istotne znaczenie mają badania laboratoryjne w rozpoznawaniu, monitorowaniu leczenia oraz profilaktyce powikłań cukrzycy.

Niestety ciągle zbyt mała jest rola badań laboratoryjnych w ocenie zagrożenia chorobą nowotworową. Do grupy chorych o wysokim stopniu ryzyka należą osoby z rodziny chorych z rakiem rdzeniastym tarczycy lub rakiem jelita grubego, a także osoby po przebytych zapaleniu wątroby typu B oraz mężczyźni po 50 roku życia. Okresowe badania odpowiednio kalcytoniny, antygenu rakowo-płodowego (CEA), alfa-fetoproteiny (AFP) czy swoistego antygenu sterczowego (PSA) mogą być pomocne we wczesnym rozpoznaniu zmian.

Słowa kluczowe: badania laboratoryjne, lekarz rodzinny.

Summary The process leading to a clinical laboratory result involves an examination and assessment process that is composed of the following steps: preanalytical phase, specimen analysis, analytical assessment and medical assessment. The utility, relevance or reliability of such result for medical information is also referred to as the validity of a clinical laboratory result and is characterized by its clinical sensitivity, clinical specificity and predictive value. The clinical utility of a test depends on the decision threshold in the distribution of healthy and diseased populations.

Clinical laboratory tests are useful in prophylaxis, diagnostics, monitoring and prognosis. Atherosclerosis is a disease which has a silent course for many years until it reaches an advanced stage, when the first clinical manifestation occurs. This is usually cardiovascular disease, the major cause of invalidity and early death. Early recognition is based on identification of risk factors, especially hyperlipidaemia, dyslipoproteinaemia and hyperfibrinogenemia. Clinical laboratory tests are indispensable in diagnosis and therapy monitoring of diabetes.

The incidence of malignant disease drastically increases. In industrialized countries, cancer is the second most common cause of death after cardiovascular diseases. Tumor markers are not suited for screening asymptomatic individuals because they have a too low organ and tumor specificity as well as a too low predictive value positive of a test. Tumor markers are used in: early detection of malignant tumours in high risk groups, primary diagnosis, therapy monitoring, early detection of tumour recurrence, and prognostic utility.

Key words: laboratory tests, family doctors.

Wykorzystanie informacji zawartej w wyniku badania laboratoryjnego wymaga oceny, czy uzyskany wynik jest prawidłowy. Celem otrzymania tej informacji konieczne jest jego odniesienie do zakresu wartości, które uznano za prawidłowe. Dlatego tak ważny jest sposób zapisu wykonanego badania – obok wyniku przeprowadzonego badania musi być zawsze podany zakres wartości prawidłowych czy referencyjnych dla danej metody, zweryfikowany przez laboratorium.

Kliniczna interpretacja wyniku badania laboratoryjnego na podstawie zakresu wartości prawidłowych czy referencyjnych jest łatwa, jeśli dysponuje się odpowiednią wartością decyzyjną lub krytyczną. Jest to wartość, która pozwala na rozgraniczenie wyników populacji zdrowych i chorych. Wybór tej wartości musi uwzględniać wiele czynników związanych z cechami metody, charakterem choroby oraz następstwami spowodowanymi błędną decyzją. Przy wyborze optymalnej wartości decyzyjnej

należy więc uwzględniać następujące czynniki: wagę rozpoznania, częstość występowania choroby, wielkość błędu oznaczenia, głównie precyzję. Ustalenie wartości decyzyjnej jest więc jednym z głównych zadań ścisłej współpracy lekarza – praktyka z diagnostą laboratoryjnym.

Ocena wiarygodności analitycznej wyniku badania laboratoryjnego oraz jego przydatności

celów: 1. profilaktyka, 2. diagnostyka zaburzeń wydolności narządów i rozpoznawanie przyczyny tych zaburzeń, 3. monitorowanie terapii oraz 4. prognozowanie [3].

Dla uzasadnienia szeroko rozwiniętych działań profilaktycznych przedstawię wyniki umieralności w 1990 r. oraz ich zmianę na przestrzeni poprzedzającego dziesięciolecia w USA:

	Umieralność w 1990 r.	Zmiana w stosunku do lat 1979–1988
1. choroby serca	35,3%	spadek o 16,6%
2. nowotwory	22,4%	wzrost o 1,5%
3. udary	6,9%	spadek o 28,6%

w klinicznej interpretacji wymagają znajomości analitycznych oraz diagnostycznych kryteriów oceny. Podstawowe kryteria analityczne wiarygodności wyniku badania laboratoryjnego to dokładność oraz precyzja oznaczenia. Dokładność określa zgodność wyniku z wartością rzeczywistą badanego składnika. Im różnica między wartością uzyskaną z pomiaru a wartością rzeczywistą składnika badanego jest mniejsza, tym dokładność większa, a błąd oznaczenia mniejszy. Precyzja jest miarą zmienności wyników uzyskanych tą samą metodą, tej samej cechy, w tym samym materiale. Precyzja w jednej serii nazywa się powtarzalnością, a w różnych seriach i w różnym czasie – odtwarzalnością. Im większy jest rozrzut wyników oznaczeń, tym mniejsza jest precyzja, a błąd – zwany przypadkowym – większy. Miarą zmienności analitycznej, czyli precyzji, jest współczynnik zmienności, czyli standardowe odchylenie wyrażone w procentach średniej arytmetycznej. Ustalenie granic dopuszczalnego błędu oznaczenia wymaga także ścisłej współpracy lekarza z diagnostą laboratoryjnym dla uzgodnienia potrzeb użytkownika z możliwościami wykonawcy.

Główne diagnostyczne kryteria oceny badania laboratoryjnego to czułość oraz swoistość diagnostyczna. Czułość diagnostyczna badania laboratoryjnego jest to zdolność do wykrywania rzeczywiście chorych (na daną chorobę) na podstawie wyniku tego badania. Natomiast swoistość diagnostyczna badania laboratoryjnego to zdolność do wykluczenia choroby, np. oznaczenie aktywności całkowitej kinazy kreatynowej (CK) charakteryzuje się wysoką czułością, lecz stosunkowo małą swoistością diagnostyczną w rozpoznawaniu zawału mięśnia sercowego.

Uwzględnienie kryteriów diagnostycznych, a także analitycznych wiarygodności badania laboratoryjnego w codziennej praktyce lekarza rodzinnego ma bardzo duże znaczenie nie tylko medyczne, lecz także ekonomiczne [1, 2].

W praktyce lekarza rodzinnego badania laboratoryjne są wykorzystywane do następujących

Działania profilaktyczne w przypadku miażdżycy mają szczególne znaczenie praktyczne z uwagi na ciężkość ich powikłań klinicznych, jak choroba niedokrwienna serca oraz udar mózgu. Wśród czynników ryzyka miażdżycy, które można określić ilościowo za pomocą badań laboratoryjnych są hiper- i dyslipoproteinemia, hiperfibrinogenemia oraz przewlekłe stany zapalne, wywołane głównie przez *Chlamydia pneumoniae* lub *Helicobacter pylori*.

Podstawowe badania lipidowe, jako wskaźniki zagrożenia miażdżycą, są następujące: cholesterol całkowity surowicy (CH), triglicerydy całkowite surowicy (TG), cholesterol frakcji LDL (LDL-CH) oraz cholesterol frakcji HDL (HDL-CH). Do pogłębionych badań lipidowych należą lipoproteina (a) Lp(a), apolipoproteina B, fenotypy apo E oraz frakcjonowanie lipoprotein metodą ultrawierowania w przypadku znacznej hipertriglicydemii, która uniemożliwia ilościową ocenę HDL-CH z wykorzystaniem prostych metod strąceniowych [4, 5].

Dla wczesnego rozpoznania zagrożenia miażdżycą wskazane jest stosowanie odpowiedniej strategii badań lipidowych [6, 7]. Badaniem wstępnym – przesiewowym – jest oznaczenie cholesterolu całkowitego we krwi, do którego badany nie wymaga żadnego przygotowania. Jeżeli jego stężenie u człowieka dorosłego nie przekracza 200 mg/dl (5,2 mmol/l) oraz nie stwierdza się obecności innych czynników zagrożenia miażdżycą, wskazane jest następne badanie kontrolne za 2–5 lat zależnie od wieku badanego. W przypadku dzieci i młodzieży stężenie to nie powinno przekraczać wartości 170 mg/dl (4,4 mmol/l). Stężenia CH w zakresie wartości granicznych, tj. do 240 mg/dl (6,2 mmol/l) i powyżej u dorosłych oraz do 200 mg/dl (5,2 mmol/l) i powyżej u dzieci i młodzieży, wymagają pełnego zestawu badań lipidowych. Dla uzyskania prawidłowej odpowiedzi o stanie zagrożenia miażdżycą chory **musi** być odpowiednio przygotowany do tych badań. Jednym z podstawowych warunków jest, aby był 12 godzin **na czczo** przed pobraniem krwi do badania.

Stężenia lipidów i lipoprotein dla dorosłych jako wskaźnik zagrożenia miażdżycą

	pożądane	graniczne	wysokie ryzyko
cholesterol	< 200	do 239	≥ 240 mg/dl
triglicerydy	< 200	do 400	> 400 mg/dl
LDL-CH	< 130	do 159	≥ 160 mg/dl
HDL-CH	≥ 60	–	< 35 mg/dl

Stężenia cholesterolu całkowitego i LDL-CH dla dzieci i młodzieży jako wskaźniki zagrożenia miażdżycą

	pożądane	graniczne	wysokie ryzyko
cholesterol	< 170	do 200	> 200 mg/dl
LDL-CH	< 110	do 129	≥ 130 mg/dl

Jednym z „najmłodszych” laboratoryjnych testów wskazujących na zagrożenie miażdżycą, szczególnie miażdżycą naczyń wieńcowych, jest stężenie białka C-reaktywnego (CRP) we krwi. Stwierdzono bowiem, że utrzymujące się nawet nieznacznie podwyższone stężenia CRP, jako wynik ogólnoustrojowego działania infekcji bakteryjnych, stanowią znaczne zagrożenie chorobą niedokrwienną serca [8].

Bardzo istotne znaczenie mają badania laboratoryjne w rozpoznawaniu, monitorowaniu leczenia oraz profilaktyce powikłań w cukrzycy. Aczkolwiek zarówno nieprawidłowa glikemia na czczo (impaired fasting glucose – IFG), jak i upośledzona tolerancja glukozy nie posiadają swoistych cech klinicznych i – jeśli nie występują u kobiet w ciąży – nie należy ich traktować jak choroby, to jednak są czynnikami zagrożenia cukrzycą w przyszłości. Zatem zarówno glikemię na czczo, jak i doustny test obciążenia glukozą należy w określonych warunkach traktować jak badania profilaktyczne. Rola badań laboratoryjnych w rozpoznawaniu cukrzycy i jej powikłań wykracza poza ramy tego przedstawienia – wymaga bowiem szerszego omówienia. Niemniej pragnę zwrócić uwagę lekarza rodzinnego na znaczenie testu wykrywającego mikroalbuminurię, tj. wydalanie albumin z moczem w granicach 30–300 mg/dobę. Zmiany te nie ujawniają się w ogólnym badaniu moczu. Jest to uznany test laboratoryjny wcześniej wykrywający mikroangiopatie na poziomie nerek [9].

Niestety ciągle zbyt mała jest rola badań laboratoryjnych w ocenie zagrożenia chorobą nowo-

tworową. Kiedy na początku lat osiemdziesiątych XX wieku stwierdzono znaczną zbieżność między hipocholesterolemią a chorobą nowotworową – jeszcze bez cech wyniszczenia – wydawało się, że będzie to uznany czynnik zagrożenia tymi zmianami. W dalszych badaniach nie znaleziono jednak dostatecznego uzasadnienia metabolicznego. Niemniej wyraźna hipocholesterolemia u chorego bez cech klinicznych i laboratoryjnych nadczynności tarczycy, zaburzeń zdolności syntetyzujących wątroby oraz niedożywienia lub wyniszczenia winna skierować nasze rozważania diagnostyczne na chorobę nowotworową.

Do grupy chorych o wysokim stopniu zagrożenia rozwojem choroby nowotworowej należą osoby z rodziny chorych z rakiem rdzeniastym tarczycy lub rakiem jelita grubego, a także osoby po przebytych zapaleniu wątroby typu B. Okresowe badania odpowiednio kalcytoniny, antygeny rakowo-płodowego (CEA) lub tylko obecności krwi utajonej w kale oraz α -fetoproteiny (AFP) mogą być pomocne we wczesnym rozpoznaniu zmian [2, 10].

U mężczyzn po 50. roku życia, z uwagi na znaczne zagrożenie zmianami rozrostowymi w gruczole krokowym, wskazane jest okresowe badanie stężenia swoistego antygeny sterczowego (PSA). Należy jednakże pamiętać, że po badaniu *per rectum* zwiększa się poziom zarówno PSA, jak i izoenzymu sterczowego kwaśnej fosfatazy (PAP) we krwi. Zatem krew do tych badań pobiera się przed badaniem *per rectum* [2, 11].

Piśmiennictwo

1. Tomaszewski J. *Diagnostyka laboratoryjna*. Warszawa: PZWL; 1997. Wyd. II.
2. Moss DW, Rosalki SB. *Enzyme tests in diagnosis*. London, Sydney, Auckland: Arnold; 1996.
3. Thomas L. *Clinical laboratory diagnostics. Use and assessment of clinical laboratory results*. Frankfurt/Main: TH-Books Verlagsgesellschaft GmbH; Germany 1998.
4. Krzemińska-Pakuła M. (red.). Standardy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: Hiperlipidemia. *Kardiologia Pol* 1997; 46: 64–72.

5. Smith JD. Apolipoprotein E4: an allele associated with many diseases. *Ann Med* 2000; 32: 118–127.
6. Lorenc J. *Strategia badań lipidowych w ocenie zagrożenia miażdżycą*. Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej. MAK Sp. z o.o. 1991.
7. Lorenc J. Rola badań laboratoryjnych we wczesnym wykrywaniu hiperlipoproteinemii. *Przegl Lek* 1991; 48: 303–306.
8. Blake GJ, Ridker PM. Novel clinical markers of vascular wall inflammation. *Circular Res* 2001; 89: 763–771.
9. Sieradzki J. (red.). *Przewlekłe powikłania cukrzycy*. Fundacja Rozwoju Diagnostyki Laboratoryjnej, Kraków 1998.
10. Angielski S., Jakubowski Z., Dominiczak MH. *Biochemia kliniczna*. Gdańsk: Wydawnictwo Perseusz 1996.
11. Dembińska-Kieć A., Naskalski J. *Diagnostyka laboratoryjna z elementami biochemii klinicznej*. Wrocław: Volu-med; 1998.

Adres Autorki:

Katedra Diagnostyki Laboratoryjnej AM

ul. Narutowicza 76

90-153 Łódź

Alergia przewodu pokarmowego u dzieci

Allergy in gastrointestinal tract in children

KRYSTYNA WĄSOWSKA-KRÓLIKOWSKA

Z Kliniki Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej Instytutu Pediatrii
Akademii Medycznej w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Wąsowska-Królikowska

Streszczenie Alergia przewodu pokarmowego u osób predysponowanych stanowi formę nieprawidłowej odpowiedzi na antygenowe składniki pożywienia, która realizuje się na drodze mechanizmów immunologicznych. Alergia na białka mleka krowiego, model badawczy najlepiej poznany, jest ważnym problemem w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa. Obok predyspozycji genetycznej istotne znaczenie mają odrębności związane z fizjologiczną niedojrzałością przewodu pokarmowego. Mechanizmy patogenetyczne leżące u podłoża alergii pokarmowej obejmują immunologiczne reakcje IgE zależne i IgE niezależne oraz zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego. Odpowiedź IgE zależna wzbudza objawy fazy natychmiastowej, natomiast IgE niezależna częściej indukuje manifestację reakcji późnej, spowodowaną przewlekłym zapaleniem błony śluzowej poszczególnych piętér anatomicznych przewodu pokarmowego. Taki patomechanizm w uzasadnionych przypadkach upoważnia do poszerzenia diagnostyki alergologicznej o badania endoskopowe górnego lub/i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W leczeniu właściwie rozpoznanej alergii na białka mleka krowiego stosowanie hipoalergiczných mieszanek mlekozastępczych, wspomagającej farmakoterapię oraz probiotyków stwarza możliwości uzyskania zadowalających efektów terapeutycznych.

Słowa kluczowe: alergia pokarmowa, reakcja natychmiastowa i późna, diagnostyka, leczenie.

Summary Allergy in the gastrointestinal tract occurring in predisposed subjects is a form of abnormal reaction to antigens contained in the food, based on immunological mechanisms. Allergy to cow milk proteins, which is the most extensively studied model, poses a serious problem in infancy and early childhood. Here, genetic predisposition plays a significant role, as well as factors connected with physiological immaturity of the gastrointestinal tract. Pathogenic mechanisms which determine food allergy comprise IgE-dependent and IgE-independent immunological reactions, and inflammation of the mucous membrane in the gastrointestinal tract. The IgE-dependent response triggers immediate symptoms, while IgE-independent response more frequently induces the late response manifestation, caused by chronic inflammation of the mucous membrane in various parts of the alimentary tract. This pathomechanism in justified cases makes it necessary to combine allergologic diagnostic methods with endoscopic examination of the upper or/and lower gastrointestinal tract. Treatment of properly diagnosed allergy to cow milk proteins is based on hypoallergenic milk mixtures, adjuvant pharmacotherapy and probiotics, leading to satisfactory therapeutic effects.

Key words: food allergy, immediate and late response, diagnostics, treatment.

Spożywany przez człowieka pokarm stanowi materiał energetyczny, budulcowy oraz źródło przemian biochemicznych i powinien stanowić zbilansowaną dietę w każdym okresie życia. Różnorodność składników odżywczych, w tym duży udział obcogatunkowych białek pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, może być jednak przyczyną indywidualnie zróżnicowanych dolegliwości chorobowych, nakazujących modyfikację diety.

Zaangażowanie w ich wyzwalanie mechanizmów immunologicznych stanowi podstawę definicji alergii pokarmowej. Ten rodzaj nadwrażliwości stanowi problem kosmopolityczny, o tendencji narastającej, może ujawnić się w każdym okresie życia człowieka i być prowokowany przez

różnorodne obcogatunkowe białkowe składniki pokarmowe [1]. Do najczęściej uczulających, tzw. głównych alergenów pokarmowych, zalicza się: białka mleka krowiego, białko i żółtko jaj, ryby, różne gatunki mięsa, soję, białka zbóż, owoce cytrusowe, orzeszki ziemne, skorupiaki [2].

Historia naturalna alergii pokarmowej najczęściej rozpoczyna się w okresie niemowlęcym jako nadwrażliwość na białka mleka krowiego. Szczególne ryzyko stanowi sztuczne żywienie niemowląt mieszankami na bazie mleka krowiego, ze względu na maszyną ekspozycję (ok. 15,0 g/dobę). Dotyczy 3–4% niemowląt i stopniowo zmniejsza się wraz z wiekiem, ustępując u 60–87% dzieci przed 4 rokiem życia [2]. Alergia na białka mle-

ka krowiego, model badawczy zjawiska alergii pokarmowej, spowodowana jest defektem doustnej tolerancji. Tolerancję pokarmową warunkuje sprawność mechanizmów układu limfatycznego błony śluzowej przewodu pokarmowego (GALT), które zapobiegają miejscowej i uogólnionej odpowiedzi immunologicznej po kolejnym spożyciu tego samego alergenu. W warunkach prawidłowych odpowiedź immunologiczna ograniczona jest do indukcji lokalnej produkcji przeciwciał IgA, zaś reakcje ogólne, jak wytwarzanie immunoglobulin IgM, IgG, IgE, a zwłaszcza systemowa odpowiedź komórkowa, są ograniczone lub nieobecne. Gdy zawodzą mechanizmy regulacyjne, zwłaszcza przy długotrwałej i masywnej ekspozycji, rozwijają się objawy zapalne odpowiedzi immunologicznej w obrębie błony śluzowej przewodu pokarmowego, układu oddechowego, skóry i innych narządów [3, 4].

Taki mechanizm tłumaczy między innymi wielonarządowość objawów alergii pokarmowej, charakterystyczną dla wieku dziecięcego.

Manifestacja kliniczna alergii pokarmowej ujawnia się w różnym czasie od spożycia uczulającego pokarmu, a zmiany zapalne dokonujące się w błonie śluzowej przewodu pokarmowego mogą dotyczyć każdego odcinka anatomicznego [5, 6].

Reakcja natychmiastowa (anafilaktyczna). Pierwsze objawy kliniczne mogą wystąpić już po kilku minutach do godziny od kontaktu ze szkodliwym pokarmem i obejmują silne bóle lub pobolewania w jamie brzusznej, nudności, wymioty, objawy ze strony skóry i układu oddechowego. Dobrze poznane objawy natychmiastowe u niemowląt z alergią na białka mleka krowiego przebiegają najczęściej pod postacią wysypki pokrzywkowej, wymiotów i biegunki. Wykazano, że wiodącym mechanizmem w tym typie odpowiedzi jest reakcja IgE zależna. Potwierdzają to dodatnie testy wykrywające swoiste przeciwciała IgE, a także ich obecność w aspiratach z jelita cienkiego, w treści kałowej i popłuczynach jelitowych. Głównymi mediatorami tych reakcji jest histamina i tryptaza, uwalniana po degranulacji komórek tucznych. W biopsjach błony śluzowej dwunastnicy, pobranych od chorych z objawami żołądkowo-jelitowymi w przebiegu alergii pokarmowej, wykazano uwalnianie histaminy po stymulacji alergenem oraz podwyższone jej stężenia w surowicy po prowokacji doustnej. Uwalniane mediatory mają istotny wpływ na funkcję jelita i prowadzą do nadmiernego wydzielania śluzu, wzrostu przepuszczalności nabłonka, nasilenia motoryki i biegunki [6, 7].

Reakcja późna w odpowiedzi na spożyty pokarm następują w 6–10–24 godz. od czasu wystąpienia reakcji ostrej. Jest wyrazem przewlekłych zmian zapalnych w tkankach, indukowanych cy-

tokinami wydzielanymi przez mastocyty (TNF- α , IL-1, IL-4), które przyciągają do miejsca reakcji zapalnej i aktywują takie komórki, jak: bazofile, neurofile, eozynofile, limfocyty. Ich wzmożone występowanie w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego decyduje o aktywności i charakterze nacieku zapalnego. Przedłużona ekspozycja na szkodliwy składnik pokarmowy prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, stymulowanego uwalnianiem cytokin prozapalnych (IL-2, TNF- α , IFN- γ), które z kolei stymulują wydzielanie przez uaktywnione makrofagi kolejnych mediatorów kaskady zapalnej, podtrzymując mechanizm „błędnego koła” [7]. W zależności od lokalizacji zmian zapalnych w przewodzie pokarmowym wyróżnia się *gastritis*, *colitis allergica*, a krańcowym przejawem jest eozynofilowe zapalenie przewodu pokarmowego, z dominowaniem w nacieku zapalnym eozynofili i pogrubieniem ściany jelita.

Wśród limfocytów T naciekających nabłonek proksymalnej części jelita cienkiego szczególne znaczenie przypisuje się limfocytom śródnabłonkowym, produkującym liczne limfokiny silnie cytotoksyczne wobec enterocytów. Niszczenie komórek absorpcyjnych i zanik kosmków jelitowych powoduje enteropatię, która klinicznie manifestuje się objawami zespołu złego wchłaniania. W obrazie chorobowym dominuje przewlekła biegunka i zahamowanie przyrostu lub spadek masy ciała. Mechanizm przewlekłej biegunki jest wynikiem redukcji powierzchni wchłaniania i obniżenia aktywności enzymów odpowiedzialnych za trawienie kontaktowe, zwłaszcza laktazy. Wzmożona fermentacja bakteryjna niestrawionych dwucukrów wyzwala z kolei efekt osmotyczny i pobudzenie perystaltyki jelitowej [8]. W alergii na białka mleka krowiego odzyny późne, przebiegające pod postacią zapalenia jelita cienkiego i okrężnicy, zapalenia odbytnicy, enteropatii lub eozynofilowego zapalenia żołądkowo-jelitowego, częściej uwarunkowane są przez mechanizmy IgE niezależne. U większości tych dzieci testy wykrywające IgE zależne uczulenie wypadają negatywnie. Stwierdzono natomiast zmniejszoną aktywność supresorową limfocytów oraz w kale obecność czynnika martwicy guza TNF- α i eozynofilowego białka kationowego, co wskazuje na udział komórek jednojądrzastych i eozynofili w patogeniezie niepożądanych reakcji pokarmowych [4].

Aktualna wiedza wskazuje więc, iż mechanizmy patogenetyczne leżące u podłoża alergii pokarmowej obejmują odpowiedź immunologiczną na przyjęty doustnie pokarm (zarówno IgE zależną, jak IgE niezależną) oraz zapalenie błony śluzowej jelita. Ze względu na znane odrębności w budowie i funkcjonowaniu przewodu pokarmowego w okresie niemowlęcym należy zwrócić

uwagę na przyczyny wyższej częstości i odmiennego przebiegu niepożądanych reakcji pokarmowych w porównaniu z osobami dorosłymi. Ten przedział wieku charakteryzuje niedojrzałość barier ochronnych przewodu pokarmowego: morfologicznej, enzymatycznej, immunologicznej i enterohormonalnej. Brak również pełnego działania ochronnego ze strony czynników nieimmunologicznych, wśród których wymienia się: kwas solny, enzymy trawienne, kwasy żółciowe, produkcję śluzu i prawidłowość perystaltyki. Sumujące się działania niekorzystne mają częste infekcje i antybiotykoterapia, poprzez zaburzenie składu fizjologicznej mikroflory jelitowej. Wszystko to nie zabezpiecza właściwej szczelności połączeń międzykomórkowych nabłonka błony śluzowej, ułatwiając wzmożoną penetrację obcogatunkowych białek pokarmowych. Dlatego najwłaściwszym pokarmem w wieku niemowlęcym jest mleko matki, które ze względu na swoje unikatowe właściwości zabezpiecza prawidłowe dojrzewanie przewodu pokarmowego.

Z kolei alergeny mleka krowiego, zwłaszcza 3-laktoglobulina, mogą wyzwalać miejscowy odczyn nadwrażliwości zaburzający integralność bariery jelitowej. Ta dysfunkcja prowadzi do nieprawidłowej absorpcji wewnątrzjelitowych antygenów, podtrzymując długotrwałe miejscowe i ogólne odczyny zapalne [8].

Manifestacja kliniczna alergii na białka mleka krowiego i inne kolejno wprowadzane do diety niemowląt alergeny uległa pewnym modyfikacjom na przestrzeni ostatnich lat. Zmiana modelu żywienia, a zwłaszcza propagowanie karmienia naturalnego, zmniejszyła częstość enteropatii w przebiegu alergii na białko mleka krowiego. Wśród objawów klinicznych, w miejsce przewlekłej biegunki, na pierwszy plan ze strony przewodu pokarmowego wysuwają się wymioty. Przewlekłość tego objawu nakazuje uwzględniać współistnienie wstecznego odpływu żołądkowo-jelitowego, który kojarzy się z alergią na białka mleka krowiego w ok. 40% przypadków [8].

Uwzględnienie wszystkich elementów patogenetycznych alergii pokarmowej uzasadnia poszerzenie rutynowego panelu badań alergologicznych o diagnostykę endoskopową przewodu pokarmowego. Ocena histopatologiczna pobranego materiału biopsyjnego jest pomocna w dociekanii mechanizmów patogenetycznych, jak również w ocenie reakcji na leczenie i do określania właściwego czasu stosowania diet elimina-

cyjnych. Zastosowanie całkowitej eliminacji szkodliwego alergenu powoduje [9, 10]:

- łagodzenie lub ustąpienie objawów klinicznych,
- poprawę integralności błony śluzowej jelita,
- eliminację nieprawidłowej absorpcji antygenów,
- ustąpienie zaburzonej odpowiedzi humoralnej i komórkowej,
- wzbudzenie tolerancji pokarmowej.

Rutynowe leczenie alergii na białka mleka krowiego polega na stosowaniu hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy kazeiny lub serwatkii [11, 12]. Ich antygenowość jest zmniejszona około milion razy w porównaniu z antygenowością białek natywnych mleka krowiego, co powinno zapewnić skuteczność w około 90% przypadków (Nutramigen, Babilon pepti).

Całkowite pozbawienie właściwości alergizujących charakteryzują receptury zawierające syntetyczną lub naturalną mieszaninę aminokwasów (Babilon pepti amino, Neocate). Aktualne zalecenia do ich stosowania obejmują:

- wczesne pojawienie się objawów atopii z nasilonym wypryskiem atopowym, zwłaszcza w trakcie karmienia piersią,
- specjalne rodzaje reakcji nadwrażliwości żołądkowo-jelitowej, np. eozynofilowe,
- zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego,
- odczyny anafilaktyczne po stosowaniu hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy.

W każdym przypadku dieta eliminacyjna musi być indywidualnie dobrana i w pełni zbilansowana u dzieci, uwzględniająca potrzeby rosnącego i rozwijającego się ustroju.

Lepsze poznanie patomechanizmu zjawisk nadwrażliwości pokarmowej poszerzyło zakres stosowanej terapii. Poza oczywistą eliminacją alergenu należy przeciwdziałać mechanizmom, które wyzwalają i utrwalają odczyny zapalne, prowadząc w ten sposób do wzbudzenia tolerancji na szkodliwy składnik pokarmowy. Istotną rolę odgrywa fizjologiczna mikroflora jelitowa, która ma udział w powstawaniu populacji komórek T-helper, odpowiedzialnych za wywołanie doustnej tolerancji pokarmowej [13, 14]. Uzupełnienie leczenia dietetycznego (mlekozastępcze mieszanki eliminacyjne) właściwą farmakoterapią i stosowaniem probiotyków stwarza warunki dalszej poprawy efektów leczenia alergii pokarmowej u dzieci.

Piśmiennictwo

1. Wąsowska-Królikowska K. Uwarunkowania alergii pokarmowej u dzieci. *Med Sc Rev Pediatrics* 1998; 5: 47–52.
2. Kaczmarski M. (red.). Sympozjum Medyczne. Czasopismo Zjazdowe (Stanowisko Polskiej Grupy Ekspertów, 1997, 1).
3. Blumberg R., Stenson W. The Immune System. *Textbook Gastroenter* 1995: 110–114.
4. Seitas Y., Isolauri E. Alergia na mleko krowie: mechanizmy, postępowanie i przyszłe wyzwania. *Alergologia* 2000; 2: 128–133.
5. Wąsowska-Królikowska K. Profilaktyka alergii pokarmowej w okresie niemowlęcym – wybór preparatu żywieniowego. *Szkoła Interny Kliniki Nowej* 2000; 13: 1317–1319.
6. Hill DJ, Firer MA, Shelton MJ i wsp. Manifestations of cow milk allergy in infancy: clinical immunologic findings. *J Pediatr* 1986; 109: 270–276.
7. Gordon J., Burd P., Gali S. Must celis as a source of multifunctional cytokines. *Immunol Today* 1990; 11: 458–464.
8. Wąsowska-Królikowska K. Znaczenie wybranych czynników środowiska w ujawnianiu się alergii pokarmowej u dzieci. w: *Ekologia, jej związek z różnymi dziedzinami wiedzy medycznej*. Red. A. Kurnatowska. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2001: 65–84.
9. Maciorkowska E., Kaczmarski M., Kemon A. Ocena endoskopowa błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego u dzieci z nadwrażliwością pokarmową. *Med Wieku Rozw* 2000; 4: 37–48.
10. Woś H., Krauze M. Obraz endoskopowy błony śluzowej żołądka u dzieci z alergią pokarmową. *Klinika* 1997; 4: 474–476.
11. Suomalainen H., Soppi J., Isolauri E. Lymphocyte response to cow's milk protein in patients with milk allergy: relationship to antigen exposure. *Pediatr Allergy Immunol* 1995; 5: 20–26.
12. Wąsowska-Królikowska K. Mieszanki mlekozastępcze – uzasadnienie wyboru. *Med Sc Rev Pediatrics* 1998; 5: 53–58.
13. Danysz A. Probioza w profilaktyce i leczeniu niektórych chorób przewodu pokarmowego. *Nowa Med* 1997; 5: 17–23.
14. Ouwehand A., Scitas Y., Salminen S. Probiotic therapies present and future. *Int Semin Gastroenterol Nutr* 1998; 7: 7–15.

Adres Autorki:

Klinika Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej Instytutu Pediatrii AM
ul. Sporna 36/50
91-738 Łódź

Rola lekarza rodzinnego jako lekarza pierwszego kontaktu w procesie opieki nad dzieckiem z urazem

The role of a GP as an emergency doctor in the treatment process in trauma children

JERZY CZERNIK, ANDRZEJ SZMIDA

Z Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Czernik

Streszczenie Autorzy przedstawiają punkt widzenia chirurga dziecięcego dotyczący zadań lekarza rodzinnego. Podkreślają, że usytuowanie lekarza rodzinnego w środowisku, jego kontakt z wieloma pokoleniami, rozumienie ich potrzeb może znacznie wpłynąć na zmniejszenie liczby urazów u dzieci, a posiadane umiejętności i dobra współpraca z lekarzem specjalistą stwarzają podstawę w uzyskaniu satysfakcjonujących wyników.

Słowa kluczowe: urazy u dzieci.

Summary The authors present a paediatric surgeon's point of view concerning GP'S duties. It is underlined that the place of a GP in the environment, his contact with many generations, understanding their needs can have essential influence on the decrease in a number of injuries in children. Satisfactory results can be achieved through acquired abilities and good cooperation with a specialist.

Key words: injuries in children.

Większość specjalności precyzuje swój zakres kompetencji, stosując różnego rodzaju ograniczenia, takie jak: wiek, płeć, narząd bądź układ. Medycyna rodzinna nie ma granic tego rodzaju; jest to specjalność, której atrybutem jest scalanie. W centrum uwagi medycyny rodzinnej znajduje się pacjent, a nie choroba.

Edward J. Shahady

Narastające zjawisko urazów u dzieci w Polsce stanowi bardzo poważny problem społeczny, wymagający ogromnej mobilizacji nie tylko struktur ochrony zdrowia, z zasady zajmujących się skutkami urazów (obrażeniami), ale ogromnej odpowiedzialności ze strony władz państwowych i lokalnych oraz organizacji pozarządowych, zgodnie z konstytucją i ustawami, zobowiązanych do działań, które mogą w sposób spektakularny zmniejszyć ich liczbę i skutki [2–5]. Urazem nazywamy działanie czynnika zewnętrznego na organizm ludzki powodujący skutki anatomiczne i czynnościowe miejscowe i ogólnoustrojowe [6]. Urazy u dzieci występują stosunkowo często i są najczęstszą przyczyną śmierci i kalectwa [7, 8]. W Polsce urazom ciała ulega około 300 000 dzieci rocznie, a 100 000 z nich wymaga leczenia szpitalnego. 1900 dzieci ginie w wyniku urazów, a około 30 000 jest obciążone kalectwem [4, 7, 8]. Do urazów i związanych

z nimi obrażeń ciała dochodzi w środowisku bytowym dziecka.

Celem pracy jest przedstawienie roli, jaką powinien odgrywać lekarz rodzinny w procesie opieki nad dzieckiem urazowym, postrzeganej przez chirurga dziecięcego.

Ustawowe zadania każdego lekarza kształtuje konstytucja, składana przez niego przysięga, ustawa o zawodzie lekarza, karta praw pacjenta, a w przypadku lekarza rodzinnego zakres jego kompetencji, który obejmuje [9]:

1. Zapobieganie urazom poprzez kształtowanie świadomości społecznej o możliwości powstania urazów, a przez to o możliwości ich zapobiegania.
2. Doskonalenie umiejętności własnych w udzielaniu pomocy ofiarom urazów.
3. Umiejętność selekcji i kierowania poszkodowanego do właściwego leczenia.
4. Umiejętność organizowania opieki poszpitalnej i postępowania rehabilitacyjnego.

Medycynę rodzinną określono sześcioma zasadami [1]:

1. Ciągłość opieki – opieka profilaktyczna nad człowiekiem zdrowym i leczenie chorego przez tego samego lekarza.
2. Wszec stronność opieki – pacjent w kontekście wszystkich jego potrzeb (biologicznych, socjalnych i psychologicznych).

3. Koordynacja opieki – planowanie wielospecjalistycznej opieki nad chorym.
4. Środowisko społeczne – wiedza na temat problemów zdrowotnych danej społeczności i ich uwarunkowań społecznych.
5. Zapobieganie.
6. Rodzina – wzajemne korelacje w rodzinie, uwarunkowania chorobowe, nałogi.

Jest wiele podziałów urazów, jednak ze względu na praktycznych przyjęliśmy następujący podział:

1. urazy okołoporodowe,
2. urazy komunikacyjne,
3. upadki w poziomie i z wysokości,
4. urazy termiczne, elektryczne i chemiczne,
5. urazy zaistniałe w wyniku maltretowania.

W wyniku tych urazów może dochodzić do obrażeń pojedynczych – około 74% przypadków, mnogich – 16% przypadków i oparzeń 10% przypadków [6]. Większość obrażeń pojedynczych i małych oparzeń będzie zaopatrywana i leczona przez lekarza rodzinnego, często we współpracy ze specjalistami.

Urazy okołoporodowe jest to grupa urazów u noworodka, zaistniałych w wyniku przebytych porodów i najczęściej wiążących się z niestosunkiem porodowym. Czy lekarz rodzinny jest w stanie przeciwdziałać tego typu urazom? Ciąża jest okresem szczególnie dobrych kontaktów rodziców z lekarzem, a wyposażenie praktyki lekarza rodzinnego pozwala na opiekę nad kobietą ciężarną oraz prześledzenie rozwoju płodu. W wykonanych USG, poza rozpoznaniem wad wrodzonych, można określić nie tylko rozwój, ale również wielkość płodu, jak również warunki anatomiczne miednicy i dróg rodnych. Pozwala to na współpracę i sugerowanie położnikowi poprzez uczestniczącego w porodzie lekarza rodzinnego sposobu prowadzenia porodu oraz zapobieganie jego powikłaniom [11]. W ten sposób można zapobiec obrażeniom głowy, struktur śródczaszkowych nerwów naczyń i kości. Zaistniałe obrażenia mogą dotyczyć części przodującej, jaką jest główka, począwszy od krwiaków zewnętrznych, poprzez złamania kości czaszki, a kończąc na krwiakach i wylewach śródczaszkowych. W przypadku lekarza rodzinnego wczesne wypisanie noworodka z oddziału położniczego może wymagać od niego umiejętności obserwacji krwiaków zewnętrznych i kwalifikacji do wykonania punkcji takiego krwiaka. Wymaga również pewnego daru obserwacji noworodka, oceny jego zachowania dla wykrycia krwiaków śródczaszkowych (noworodek nadmiernie spokojny lub z okresami gwałtownie przebiegającego pobudzenia, okresowymi drżeniami czy drgawkami). Umiejętność wykonania USG mózgu pozwoli na wykrycie takiego krwiaka i skierowanie do leczenia w oddziale chirurgii dziecięcej. Złamania ko-

ści długich u noworodka dotyczą obojczyka, kości ramiennej i kości udowej. Pamiętać należy o tym, że złamanie obojczyka aż w 60% przypadków może pozostać nierozpoznane w oddziale noworodkowym i dopiero pojawiający się w rzucie obojczyka guz (8–12 dzień życia) będący świadectwem zrostu kostnego – nadmiernie rozwinętej kostniny – pozwala na ustalenie rozpoznania i uspokojenie rodziców, z uwagi na fakt, że na tym etapie dziecko nie wymaga już dalszego leczenia. Jednym z cięższych uszkodzeń okołoporodowych jest uszkodzenie spłotu ramiennego. Należy pamiętać, że głównie dotyczą one dzieci dużych, z dużą masą urodzeniową i znacznym niestosunkiem porodowym. Dzieci te będą wymagały szczególnej troski, szybkiego postępowania rehabilitacyjnego, diagnostyki i wczesnego leczenia operacyjnego. Ze względu na wagę problemu, zostało powołane przy Akademii Medycznej we Wrocławiu Centrum Leczenia Obrażeń Spłotu Ramiennego. Należy jednak pamiętać, że po leczeniu w specjalistycznym ośrodku takie dziecko powróci do domu, gdzie będzie wymagało zorganizowania przez lekarza rodzinnego rehabilitacji (np. metodą Wojty) oraz dalszej opieki. Wylewy do mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego prowadzą do przykurczu bliznowatego tego mięśnia z wszystkimi następstwami, jakimi jest kręczy. Należy pamiętać, że szybka diagnostyka różnicowa, wykluczenie kręczu ocznego, ułożeniowego, bloków kostnych, pozwoli na wczesną rehabilitację – fizykoterapię i zapobiegnie zmianie proporcji twarzy i skrzywieniom kręgosłupa, łącznie z wadą wzroku w postaci zezu.

Urazy komunikacyjne dotyczą dzieci jako pieszych, jako pasażerów pojazdów, jak i kierowców. Szczególnie w tej grupie urazów olbrzymiego znaczenia nabiera profilaktyka oraz edukacja [8, 10, 12, 13]. Koniecznością jest wczesne uświadomienie dziecku, jak i jego otoczeniu, o możliwości ich zaistnienia, przedstawienie najczęściej spotykanych sytuacji, w jakich do nich dochodzi, jak i sposobów postępowania z chorym urazowym. Szczególny nacisk kładzie się na edukację dotyczącą sytuacji, w których dochodzi do takich urazów, zarówno kierowców, jak i dzieci i ich rodziców oraz dotyczącą sposobów zapobiegania. Należy pamiętać, że wzrost dziecka czyni je niewidzialnym dla kierowcy, jak również dziecko wychodzące zza przeszkody nie widzi jezdni. Dziecko często nie potrafi rozróżnić prawej strony od lewej, nie ma wyczucia odległości. Samochód, zwłaszcza osobowy, zajmujący istotne miejsce w każdej rodzinie, jest przyjacielem i nie stwarza poczucia zagrożenia. Pamiętając o tym lekarz rodzinny powinien stwarzać świadomość sytuacji, w których najczęściej dochodzi do wypadków drogowych, a poprzez ich przedstawianie zapobiegać wypadkom. Propago-

wanie ubiorów z odpowiednimi fluorescencyjnymi oznaczeniami pozwoli na uwidocznienie sylwetki dziecka i może wpłynąć na obniżenie liczby wypadków. Odpowiednie zabezpieczenie drogi do i ze szkoły, opieka dorosłych, jak i nauka o zasadach ruchu drogowego również może zmniejszyć liczbę wypadków. W świadomości lekarza rodzinnego powinna być zapisana pasja społecznikowska i wiedza o tym, że odpowiednio zaprojektowane osiedla, dzielnice, oddzielenie ruchu kołowego od ruchu pieszego, placów zabaw, boisk może wpłynąć na ograniczenie liczby wypadków [8]. Należy również pamiętać o uwarunkowaniach psychicznych dzieci i tak zwanej „osobowości wypadkowej” występującej u dzieci nadmiernie ruchliwych i wszędobylskich, wychwycić takie dzieci podczas badań profilaktycznych i uczulić rodziców na prawdopodobieństwo wystąpienia obrażeń [8, 12, 13]. Szczególnie należy propagować bezpieczeństwo przewozu dziecka samochodem, doradzać zastosowanie odpowiednich fotelików dostosowanych do wieku i wagi dziecka [8, 10]. Dziecko będące kierowcą zarówno małego trójkołowego rowerka, roweru, jak i pojazdów wyposażonych we własny napęd, powinno być odpowiednio edukowane i zaopatrzone w sprzęt ochronny (kaski, ochraniacze) [8, 10].

Upadki w poziomie i z wysokości najczęściej związane są ze środowiskiem bytowym dziecka. Dlatego też szczególnie ważne jest zapobieganie tego typu urazom poprzez zwracanie uwagi na sposób zdobywania nowych umiejętności przez dziecko w warunkach domowych, uświadamianie sytuacji, w jakich może dojść do zagrożeń i jakie mogą być ich skutki. Opiekujący się dzieckiem powinni być zorientowani co do możliwości powstania obrażeń w poszczególnych grupach wiekowych, jak również co do sposobu udzielenia pierwszej pomocy w warunkach domowych. Odpowiednie zabezpieczenie szklanych drzwi, segmentów meblowych, dostępu dzieci do ostrych narzędzi, nauka posługiwania się sprzętem AGD zapobiegnie wielu wypadkom [10]. Również odpowiednia organizacja placów zabaw i ich zabezpieczenie, wprowadzenie sprzętów zapewniających bezpieczeństwo dzieciom pozwoli na uniknięcie wielu obrażeń [6, 10]. Zajęcia szkolne, a zwłaszcza lekcje WF, mogą być przyczyną wielu urazów. Dlatego wydaje się niezbędna obecność lekarza rodzinnego w szkole. Może on wpływać na dostosowanie rodzaju zajęć, ćwiczeń w ramach lekcji WF, do wydolności fizycznej i umiejętności dziecka z uwagi na wiedzę o stanie zdrowia dziecka. Wielokrotnie spostrzega się, że niedostosowane indywidualnie programy zwiększają urazowość i mogą stanowić zagrożenie dla dalszego rozwoju dziecka niezależnie od konfliktowości proble-

mu na linii dziecko – nauczyciel – dom – środowisko i negatywnym wpływie na wrażliwą psychikę dziecka [10].

Urazy termiczne, chemiczne i elektryczne, powodujące rozległe obrażenia ciała, są szczególnie wdzięcznym tematem działań profilaktycznych. Są to głównie urazy bytowe, dotyczące najczęściej małych dzieci i znajomość mechanizmów ich powstawania może im zapobiegać. Ograniczenie możliwości kontaktu dziecka z gorącymi płynami, odpowiednie przechowywanie chemikaliów w firmowych opakowaniach w miejscach niedostępnych dla dzieci, odpowiednie zabezpieczenie gniazdek i przewodów elektrycznych (wtykanie palców do gniazdka, przegryzanie przewodów), a w przypadku dzieci starszych uświadomienie ich, jak może być groźny prąd, zwłaszcza wysokiego napięcia, może zapobiec wielu oparzeniom i zatruciom. Natomiast wiedza o sposobie udzielenia pomocy w dużej mierze może zniwelować ich skutki.

W ostatnich latach coraz częściej obserwuje się **zjawisko przemocy w rodzinie** oraz wśród grup rówieśniczych. Znajomość środowiska rodzinnego dziecka, a zwłaszcza problemów i umiejętność ich dostrzegania, pozwoli na wychwycenie tej grupy urazów nie tylko fizycznych, ale również psychicznych. Według statystyk 1/3 ofiar przemocy domowej to dzieci. Krzywdzeniu fizycznemu ulega 15–20% dzieci, a psychicznie 52% dzieci [14, 15]. Niestety zjawisko to rozpoznajemy w Polsce niesłychanie rzadko. Stąd na lekarzu rodzinnym spoczywa ogromny obowiązek [14–16]:

- rozpoznania,
- interwencji,
- zgłoszenia policji,
- powiadomienia prokuratora,
- powiadomienia sądu rodzinnego (sędziego dyżurny może podjąć postępowanie natychmiastowe),
- umieszczenia dziecka w pogotowiu opiekuńczym – nie wymaga to zgody rodziców ani postanowienia sądu.

Szeroki zakres kompetencji lekarza rodzinnego pozwala na diagnostykę RTG układu kostnego, USG, badania endoskopowe, stwarza możliwość kierowania na badania specjalistyczne – tomografię komputerową, scyntyografię, a wyposażenie gabinetu pozwala opatrzyć drobne urazy, takie jak stłuczenia, otarcia naskórka, krwiaki powłok, rany w zakresie skóry, udzielić pierwszej pomocy w opanowaniu krwotoku, założenia tymczasowego unieruchomienia w urazach narządu ruchu. Po leczeniu szpitalnym dziecko powróci do gabinetu lekarza rodzinnego i będzie wymagało obserwacji, rehabilitacji, zmiany opatrunków, a w przypadku wątpliwości konsultacji specjalisty.

Tak więc przedstawiony przez nas problem dzieci pokrzywdzonych w urazach stanowi tylko jedno z zagadnień, którymi pod względem zawodowym, jak i naukowym zajmuje się chirurgia dziecięca, która jest specjalnością podstawową. Szeroki zakres zagadnień, które mogą stanowić wspólną płaszczyznę działań lekarza rodzinnego i chirurga dziecięcego, wymaga bezwarunkowo zmiany programu kształcenia lekarza rodzinnego, dla dobra

chorego dziecka i obopólnej satysfakcji zawodowej. Należy pamiętać, że instytucja lekarza rodzinnego w naszym kraju ma długą i chwalebnią tradycję. Jej renesans, który ma miejsce od niedawna już w zmienionych warunkach społeczno-ekonomicznych, przy istniejącym ogromnym postępie technicznym i nauk medycznych, narzuca inne formy organizacji i zadań. Zmianie nie uległ tylko podmiot naszej pracy – chory.

Piśmiennictwo

1. Shahady EJ. *Podstawy medycyny rodzinnej – zagadnienia ogólne*. w: *Medycyna rodzinna*. Red. A. Steciwko. Wrocław: Urban&Partner; 1998: 3–8.
2. Graliński JS. *Zdrowie publiczne w aspekcie urazów i wypadków u dzieci i młodzieży*. *Rocz Dziec Chir Uraz* 2000, 4 (XXVIII): 111–118.
3. Steciwko A. *Wybrane zagadnienia prawne dotyczące lekarzy rodzinnych*. w: *Medycyna rodzinna*. Red. A. Steciwko. Wrocław: Urban&Partner; 1998: 475–479.
4. Osemlak J. *Ratownictwo medyczne w stanach zagrożenia życia u dzieci – kontakt osobisty*.
5. Karta praw pacjenta MZiOS.
6. Płowaś-Goral M., Goral A. *Mnogie obrażenia ciała – aspekty epidemiologiczne urazowości dziecięcej*. *Rocz Dziec Chir Uraz* 2000, 4 (XXVIII): 9–12.
7. Broen B., Sypniewski J., Mandat K. *Występowanie urazów wielomiejscowych u dzieci z okręgu przemysłowego leczonych w oddziale chirurgii dziecięcej w Chorzowie w latach 1997–1998*. *Rocz Dziec Chir Uraz* 2000, 4 (XXVIII): 19–21.
8. Szmida A. *Urazy komunikacyjne u dzieci w wieku 0–14 lat z terenu miasta Wrocławia w latach 1969–1978*. Praca doktorska. AM Wrocław 1982.
9. Windak A., Jarosz M., Kulczycka J., Suedacki A., Tomasik T. *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*. Departament Nauki i Kształcenia MZiOS, Warszawa 1994.
10. Beatty LA, Sigmon JL. *Opieka nad zdrowym dzieckiem*. w: *Medycyna rodzinna*. Red. A. Steciwko Wrocław: Urban&Partner; 1998: 131–160.
11. Helton MR. *Opieka prenatalna*. w: *Medycyna rodzinna*. Red. A. Steciwko. Wrocław: Urban&Partner; 1998: 117–129.
12. Bierman G. *Wypadek drogowy w przeżyciu dziecka*. Hexagon Roche 1980, 1, 5.
13. Bierman G. *Wypadek drogowy w przeżyciu dziecka*. Hexagon Roche 1980, 6, 18.
14. Salber PR, Taliaferro E. *O przemocy domowej*. Państwowa Agencja Rozwoju Probl. Alk., Warszawa 1998.
15. Szymańczak M. *Pojęcie „krzywdzenia dzieci”*. Materiały Urzędu Marszałkowskiego. Wrocław.
16. Mellibruda J., Durda R., Sasal HD. *O przemocy domowej – poradnik dla lekarza pediatry*. Państwowa Agencja Rozwoju Probl. Alk., Warszawa 1988.

Adres Autorów:

Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 52
50-369 Wrocław

Współczesne problemy w rehabilitacji w praktyce lekarza rodzinnego

Current rehabilitation problems in family practice

MIROŚLAW JANISZEWSKI, KATARZYNA SOBAŃSKA, ANNA BŁASZCZYK, EWA GACZKOWSKA

Z Samodzielnego Oddziału Rehabilitacji Klinicznej Akademii Medycznej w Łodzi
Kierownik: dr hab. Mirosław Janiszewski

W naszej populacji znajduje się pokaźna liczba dzieci i dorosłych niepełnosprawnych, różniących się od innych pod względem poziomu rozwoju fizycznego, sprawności fizycznej, wzorców zachowania. Wymagają oni różnych sposobów postępowania w celu uzyskania maksymalnej sprawności fizycznej i psychicznej.

Doświadczenie historyczne uczy, iż na przestrzeni dziejów postawy społeczne wobec inwalidów były w przeważającej części nieprzychylnie. W społeczeństwach pierwotnych dzieci niepełnosprawne najczęściej ginęły albo były porzucone jako nieprzydatne w stawianiu czoła twardym rygorom życia. Nawet w cywilizowanych społeczeństwach starożytności, np. w Grecji, dzieci niepełnosprawne zabijano lub pozostawiano własnemu losowi, skazując je wcześniej na zagładę. Podobny los spotykał osoby niepełnosprawne w starożytnym Rzymie.

W średniowieczu spotykano się ze społeczną akceptacją inwalidztwa, jednak większość postaw oparta była na przesądach i lęku. Ludzi ułomnych fizycznie czy psychicznie uważano za nawiedzonych przez szatana za grzeszne postępowanie ich samych lub rodziców. W związku z tym traktowanie osób niepełnosprawnych było w przeważającym stopniu ostre i nieprzychylnie.

Filozofia humanistyczna, jaka rozkwitła w epoce renesansu, niewątpliwie zmieniła niezyczliwe postawy wobec inwalidów, a rewolucja przemysłowa kreowała przepisy legislacyjne dotyczące osób niepełnosprawnych.

W czasie pierwszej i drugiej wojny światowej pojawiła się olbrzymia liczba inwalidów wojennych, zmuszając władze państwowe do zajęcia się w skali społecznej problemem inwalidztwa.

Sukcesy w pracy z osobami niepełnosprawnymi zależą od zrozumienia ich specyficznych problemów. Jest rzeczą charakterystyczną, że większość problemów inwalidztwa jest raczej natury

psychologicznej niż somatycznej. Niezależnie od stanu fizycznego, miejscowego i ogólnego, inwalidztwo stwarza wiele problemów psychologicznych. Częstym objawem są stany lękowe dotyczące teraźniejszości i przyszłości. Inwalidzi doświadczają często stanów frustracyjnych, odczuwają zagrożenie swego bezpieczeństwa. Pojawia się niekiedy poczucie winy jako przekonanie, iż inwalidztwo jest karą za grzechy. Problemy te są niezmiernie trudne do pokonania, a ich obecność często wpływa negatywnie na sam proces ruchowego usprawniania leczniczego.

Jednym z najważniejszych problemów rehabilitacji psychologicznej i społecznej jest przystosowanie inwalidy do życia w nowej sytuacji, a więc zmiany wzorów zachowania i zaakceptowania przez niego aktualnych warunków otoczenia. Czynniki, jakie wpływają na ten proces, są następujące:

Inteligencja. Jej poziom określa ilość i jakość wzorów zachowania i kontroli zachowania. Lepsze rozumienie problemu pozwala na szybsze przyswajanie oraz modyfikację postaw i wzorów zachowania.

Wygląd zewnętrzny. Jest on ważnym czynnikiem w procesie przystosowania ze względu na konieczność uwzględnienia takich cech, jak: budowa ciała, rysy twarzy, widoczne ułomności. Najmniejsze nawet dewiacje cech somatycznych dotyczące takich cech, jak wzrost czy waga, powodują różnego rodzaju postawy zaczepne czy drwiące ze strony otoczenia. Na przystosowanie inwalidy wpływa więc w znacznym stopniu wzajemna relacja postaw jego samego i społeczeństwa wobec danego schorzenia.

Temperament. Wzory zachowania i przystosowanie uzależnione są od ogólnego poziomu procesów pobudzenia i hamowania w ośrodkowym układzie nerwowym.

Między postawami inwalidy a otoczeniem istnieje stała interakcja. Społeczeństwo reaguje

w rozmaity sposób: wyśmiewaniem, ciekawością, nadmiernym współczuciem, manifestacyjną pomocą. Ze względu na dysfunkcję i niemożność uczestniczenia w aktywności swoich współtowarzyszy inwalida często pozostaje na uboczu.

Jeśli inwalidztwo powstało w dzieciństwie, dziecko może przez pierwszy okres uczestniczyć w normalnym życiu, ponieważ aktywność zabawowa jest samoukierunkowana. Może się bawić z rówieśnikami nie współdziałając w zabawie, wymyślając własne techniki adaptacyjne zabawy, na które rówieśnicy specjalnie nie zwracają uwagi. Pierwsze zmiany postaw powodują rodzice, otaczając dziecko niepełnosprawne nadmierną opieką, czym wzbudzają u niego poczucie „inności”. W trakcie dorastania dziecko staje się bardziej świadome innych reakcji otoczenia wobec swojej osoby. Coraz większa niezdolność uczestniczenia w zabawach z rówieśnikami izoluje je od nich. Nie może zaspokoić potrzeb społecznych, takich jak: sukces, uznanie, potrzeba przewodzenia. Zagrożona zostaje wiara we własne siły, proces przystosowania jest utrudniony. Następuje powolny proces zmian psychicznych inwalidy.

Istnieje także grupa ludzi, których inwalidztwo zaskoczyło nagle, na skutek choroby czy urazu, zmieniając gwałtownie tryb codziennego życia. Również tutaj musi nastąpić proces przystosowania. Jeśli dotychczasowa adaptacja psychiczna do różnych warunków była dobra, to osoba, którą zaskoczyło inwalidztwo, potrafi szybko wypracować właściwe rozwiązania problemów emocjonalnych wynikających z nowych okoliczności. Osoby ogólnie nieprzystosowane będą się borykały z różnorodnymi trudnościami. Każda osoba, u której pojawiło się nabyte inwalidztwo, przechodzi okres emocjonalnych zaburzeń, związanych z koniecznością przyjęcia nowego stylu życia. Pojawia się uzależnienie od pomocy innych osób. Ten fakt oraz postawy rodziny i otoczenia powodują utratę wiary w siebie. Początkową odpowiedzią na to jest lęk, cierpienie, rozpacz, litość nad samym sobą. Z chwilą rozpoczęcia rehabilitacji odczucia te stopniowo zanikają, pacjent wchodzi w okres lepszego psychicznego przystosowania się w miarę nabywania nowych umiejętności ruchowych.

Rodzaj inwalidztwa i jego rozległość wydaje się nie mieć większego wpływu na proces przystosowania. Analizy osobowości inwalidy nie wykazały specyficznych cech związanych z poszczególnymi rodzajami upośledzenia. Obserwacje poszczególnych grup osób niepełnosprawnych doprowadziły niektórych autorów do wniosku, iż problemy, z jakimi borykają się inwalidzi, są analogiczne do tych, które spotyka się u ludzi zdrowych. Niewątpliwie główną rolę w przystosowaniu odgrywają indywidualne cechy osobowości. Jednostka o charakterze ekspansywnym prawdo-

podobnie w większym stopniu osiągnie pożądaną kompensację niż jednostka powolna, spokojna.

Środowisko, w jakim obraca się inwalida odgrywa olbrzymią rolę w procesie przystosowania. Osoba niepełnosprawna bowiem redukuje więzi społeczne ze środowiskiem, ogranicza w ten sposób korzyści, jakie może osiągnąć z kontaktów z otoczeniem. Właściwa pomoc i zrozumienie przez społeczeństwo problemów inwalidy wpływa bardzo pozytywnie na proces przystosowania. Nikt własnym wysiłkiem – bez udziału rodziny, przyjaciół, nauczycieli – nie osiągnie społecznie akceptowanych cech osobowości. Nieodłączną częścią kompleksowej rehabilitacji jest ukierunkowanie aktywności człowieka niepełnosprawnego na te formy zajęć, które jest w stanie wykonywać i które mogą zastępować nieosiągalne z powodu inwalidztwa cele. W ten sposób inwalida pokonuje lęk, wstyd, frustrację, społeczne niedostosowanie zmuszające go do szukania ucieczki w nieadekwatnych formach zachowania.

Przedstawione problemy inwalidztwa pozwolą na lepsze zrozumienie roli korektywy u osób niepełnosprawnych. Jej funkcje można rozpatrywać w aspekcie leczniczym, pedagogiczno-psychologicznym, estetycznym, społecznym i ekonomicznym.

Rola lecznicza. Rehabilitacja ruchowa jest częścią programu leczniczego usprawnienia ruchowego pacjenta. Jej program jest tak dobierany, aby występujące w nim ruchy pojedyncze, złożone czy całe szablony ruchowe były analogiczne do programu kinezyterapii w danym schorzeniu, usprawniając miejscowo chory narząd oraz pełniąc rolę gimnastyki kompensacyjnej w substytucyjnym rozwijaniu sprawności układów nie zaatakowanych chorobą. Dobór obciążeń wysiłkowych uwzględnia tolerancję wysiłkową i jest czynnikiem treningowym dla układu krążenia i oddechowego. Rehabilitacja ruchowa zapobiega wtórnym zmianom towarzyszącym dysfunkcji (zapobiega przykurczom, zanikom mięśniowym). Pozwala na utrzymanie właściwej biomechaniki narządu ruchu, wypracowuje **hiperkompensacyjnie** większą ruchomość w stawach zdrowych oraz większą siłę mięśniową w pozostałych odciśniętych narządach ruchu. Zapewnia w ten sposób lepszą funkcjonalność organizmu jako całości, wpływając na lepszą ekonomikę wysiłku, a tym samym mniejszy wydatek energetyczny we wszystkich czynnościach dnia codziennego.

Czynnik ruchu, jaki zapewnia korektywa, jest ważnym stymulatorem wszystkich funkcji życiowych człowieka. Wpływa na poprawę czynności wentylacyjnej układu oddechowego, sprawności pracy serca jako pompy, adaptacji krążenia obwodowego, podnosi poziom odporności nieswoistej, zapobiega biologicznym skutkom starzenia się. Ruch ma szczególne znaczenie w przypad-

kach dysfunkcji u dzieci. Zmniejsza bowiem ujemny wpływ inwalidztwa na rozwój fizyczny dziecka, hartując organizm, wyrabiając odporność na szkodliwe czynniki otoczenia, działając ogólnie lub miejscowo. Uprawienie rehabilitacji ruchowej daje umiejętności lepszej kontroli stanu zdrowia, pogłębia nawyki właściwej pielęgnacji i higieny.

Program rehabilitacji ruchowej dla osób niepełnosprawnych w sposób ścisły i precyzyjny określa przeciwwskazania wykonywania pewnych ewolucji ruchowych w określonych schorzeniach. W ten sposób rehabilitacja aplikuje ruch jako cenny środek leczniczy, nie posiadający żadnych objawów ubocznych w przeciwieństwie do środków farmakologicznych.

Rola pedagogiczno-psychologiczna. Pedagogiczny aspekt rekreacji ruchowej wynika z większej niż u zdrowych dzieci potrzeby stosowania jej u niepełnosprawnych ze względu na możliwości kształtowania pozytywnych cech osobowości. U dzieci i młodzieży inwalidzkiej obserwuje się nieprawidłowe postawy izolacji społecznej, agresji, apatii, zaburzenia przystosowania. Rekreacja ruchowa, szczególnie prowadzona zespołowo, normuje postępowanie w grupie, wpływa na kształtowanie się więzi społecznych. Osoby dorosłe mają motywację do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, ponieważ pragną szybkiego powrotu do zdrowia, do pracy. U dzieci motywacja ta nie występuje i dlatego konieczne jest wprowadzenie metod kinezyterapeutycznych, które poprzez formę zabawy ruchowej – wprowadzenie dodatkowych elementów oddziaływania bodźców środowiska – podnoszą dyspozycję motywacyjną u dzieci do wykonywania ćwiczeń leczniczych oraz uatrakcyjniają kinezyterapię.

Zarówno osobom dorosłym, jak i dzieciom korektywa dostarcza uczucia przyjemności i zadowolenia. Monotonia tradycyjnej kinezyterapii na sali gimnastycznej nie zawsze odpowiada zainteresowaniom ćwiczących. Korektywa zawiera rozrywkowy i pobudzający charakter ruchu. Wykorzystując dostępne środki i możliwości, stwarza warunki dające pełne zadowolenie uczestnikom. Zadowolenie to pogłębia ciągła poprawa sprawności ruchowej i wydolności fizycznej, powiązana z uprawianą formą rekreacji. Uczestnictwo w zajęciach jest dużym urozmaiceniem codziennego życia, szczególnie dla osób nie pracujących zawodowo. Pojawiają się możliwości zmiany środowiska, nawiązania kontaktów towarzyskich czy koleżeńskich.

Ruch fizyczny stosowany w odpowiedniej formie jest również czynnikiem psychoterapeutycznym, który pozytywnie wpływa na zaburzenia nerwicowe, postawy lękowe czy depresyjne.

Rola estetyczna. Korektywa, poza spełnianiem funkcji usprawniającej, kształci estetykę ru-

chu. Stałe ćwiczenie odpowiednich ewolucji, dostosowanych do stopnia dysfunkcji, wyrabia płynność i harmonię ruchów zbliżoną do ogólnie przyjętych wzorców. Wykształcone, wykonywane bezbłędnie czynności, maskują dysfunkcję ruchową, zaspokajając potrzeby piękna i harmonii wykonywanie ruchu. Umiejętności te, przenoszone na czynności dnia codziennego, zmniejszają znacznie dostrzegalność zewnętrznych oznak inwalidztwa.

Rola społeczna. Większość trudności, z jakimi borykają się osoby niepełnosprawne w procesie przystosowania, wiązana jest z negatywnymi postawami wobec nich ze strony najbliższego otoczenia, pracodawców, kierowników szkół, nauczycieli itp. Postawy te są złożone, wiążą się z pewnym napięciem emocjonalnym, obciążeniem psychicznym przejawiającym się w przykrych uczuciach lub antycypacji przykrych doświadczeń czy doznań. Antycypacja przykrości wynika z doświadczeń własnych danej osoby lub ze stereotypowych opinii i przekonań przejętych od innych osób, a wynikających z rozpowszechnionych uprzedzeń wobec inwalidów. Postawa negatywna, która wyraża się chęcią unikania inwalidów, ma dla nich bardzo rozległe niekorzystne skutki. Istnieją różne formy społecznego odtrącenia osób niepełnosprawnych, m.in. traktowanie ich jako jednostki mniej wartościowe, co wynika z obaw przed ewentualnymi trudnościami, jakie mogłyby być skutkiem akceptacji inwalidy jako ucznia, pracownika, współpracownika, towarzysza zabaw czy partnera życiowego. Mechanizm powstawania tych negatywnych postaw jest podobny w różnych sytuacjach, a decydującym czynnikiem jest tu wystąpienie lub antycypacja obciążenia psychicznego.

Usprawnianie rehabilitacji ruchowej przez osoby niepełnosprawne zmienia znacznie w sposób pozytywny te postawy. Odgrywają tutaj rolę następujące mechanizmy. Przede wszystkim następuje ciągły kontakt osób z otoczenia z inwalidą. Wszelkiego rodzaju uczestnictwo w zajęciach rehabilitacyjnych daje okazję do bezpośredniego stykania się z osobami, które wyrobiły sobie negatywną postawę wobec inwalidztwa, co znosi częściowo izolację osoby niepełnosprawnej. Następnie pojawiają się formy pozytywnych zachowań wobec inwalidy (współuczestniczenie w rozgrywkach, wymiana doświadczeń w zakresie sposobu usprawniania zajęć ruchowych, użytkowanie odpowiedniego sprzętu itp.). Końcowym etapem tego procesu jest zmiana przekonań odnoszących się do inwalidy. Możliwość zaprezentowania przez pacjentów z różnymi dysfunkcjami umiejętności ruchowych w grze, posiadania formalnych uprawnień świadczących o wysokich kwalifikacjach w danej dziedzinie rekreacji (karta pływacka, karta pływacka specjalna, patent że-

glarza czy sternika jachtowego) podnosi znacznie autorytet i prestiż inwalidy wobec otoczenia. Kształtują się w ten sposób pozytywne postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych, przejawiające się w życzliwości i sympatii dla nich, w akceptacji i chęci utrzymywania z nimi różnego rodzaju kontaktów społecznych oraz w pozytywnej ocenie ich cech. Postawy te z kolei wpływają na postawy samych inwalidów. Zmienia się obraz własnej osobowości, ocena własnej zdolności do pracy i możliwości, wzrasta poziom aspiracji życiowych.

Rola ekonomiczna. Występują tutaj dwa czynniki: zwiększenie potencjału aktywności zawodowej inwalidy poprzez ogólne usprawnienie fizyczne oraz ekonomika samego usprawniania ruchowego.

Aktywna, twórcza postawa zawodowa jest jednym z najważniejszych celów rozumianej powszechnie kompleksowej rehabilitacji. Wyrobienie tej postawy nie zależy tylko od właściwego

wyszkolenia zawodowego inwalidy. Wiadomo, iż warunkiem dobrej wydajności pracy osoby niepełnosprawnej jest uprzednie maksymalne usprawnienie fizyczne, psychiczne i społeczne, w którym rekreacja ruchowa odgrywa bardzo ważną rolę. Niezatrudnianie inwalidów spowodowałoby konieczność utrzymywania ich przez społeczeństwo, podobnie jak osób w wieku emerytalnym, dzieci i młodzieży niepracującej. Podejmowanie pracy zarobkowej znacznie odciąża państwo ze świadczeń rentowych z funduszu ubezpieczenia społecznego, a w wielu przypadkach również ze świadczeń z funduszy opieki społecznej. Podkreślić trzeba także odciążenie rodzin od utrzymywania inwalidów, którzy nie zarobkują i nie mają innych źródeł dochodu.

Nakłady pieniężne związane z organizacją korektywy dla osób niepełnosprawnych są niewielkie. Większość zajęć odbywa się dzięki wykorzystaniu naturalnej bazy i nie wymaga drogiego, specjalistycznego sprzętu.

Piśmiennictwo

1. Anderson JA. *Back pain occupation. The lumbar spine and back pain*. Jayson M.I.V. Pitman Med. Ltd; 1980.
2. Broadhurst NA. *Funktionsstorung des Beckens*. Springer-Verlag; 1995.
3. Dziak A. *Ćwiczenia usprawniające w uszkodzeniach kości i stawów*. Warszawa: PZWL; 1990.
4. Janiszewski M. *Rekreacja ruchowa dla osób niepełnosprawnych*. Łódź: Wyd. UŁ; 1989.
5. Janiszewski M. *Podstawy korektywy*. Warszawa: PWN; 1994.
6. Lewit K. *Leczenie manualne zaburzeń czynności narządu ruchu*. Warszawa: PZWL; 1984.
7. Metz EG. *Rücken und Kreuzschmerzen*. Heidelberg: Springer-Verlag; 1986.
8. Schildt-Rudloff K. *Manuelle Medizin und Krankengymnastik*. Springer-Verlag; 1995. *Manuelle Medizin* 1995, 33: 176–181.
9. Still AT. *Autobiography – with a history of the discovery and development of the science of osteopathy*. Publ. by the Author, Kirksville; 1908.
10. Traczyk W. *Fizjologia człowieka w zarysie*. Warszawa: PZWL; 1993.

Adres Autorów:
Klinika Rehabilitacji AM
ul. Drewnowska 75
91-002 Łódź

Program badań przesiewowych w profilaktyce raka jelita grubego – zadania lekarza rodzinnego

Screening program in colon cancer prophylaxis – tasks for family doctors

JERZY BŁASZCZUK, MARTA STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA

Z Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Witold Knast

Streszczenie W celu osiągnięcia lepszych wyników leczenia raka jelita grubego niezbędne jest wykrywanie przypadków wczesnego raka jelita grubego w badaniach przesiewowych wykonywanych u bezobjawowych pacjentów. W celu zmniejszenia wydatków związanych z prowadzeniem badań przesiewowych należy zastosować zasadę stosowania badań u pacjentów z podwyższonym ryzykiem powstania raka. Wyłonienie takich grup stanowi podstawowe zadanie lekarzy rodzinnych. Najlepszą metodą wyłonienia grup podwyższonego ryzyka, jest starannie zebrany wywiad dotyczący zarówno przeszłości chorobowej pacjenta, jak i przeszłości chorobowej jego rodziny. Powinno się badać raz w roku wszystkich pacjentów po przekroczeniu 50. roku życia. Jako badanie podstawowe używane jest badanie kału na krew utajoną. Efekty ekonomiczne tak prowadzonego programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego są znacznie lepsze niż programów przesiewowych w raku piersi czy szyjki macicy oraz programu przeszczepów serca. Taka zmiana podejścia do problemu przyniesie liczne korzyści: umożliwi zastosowanie mniej obciążającego leczenia, wpłynie na zmniejszenie kosztów stosowanej terapii, przyniesie również zmniejszenie częstości powikłań, ograniczy liczbę kaleczących zabiegów oraz zmniejszy liczbę chorych przechodzących po leczeniu na rentę. Wszystkie wymienione czynniki spowodują, że budżet państwa odniesie wymierne korzyści ekonomiczne.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, badania przesiewowe, lekarz rodzinny, endoskopia, polipy jelita grubego.

Summary Better results of colon cancer treatment it is necessary to diagnose early cases of malignancy in screening of non-symptomatic patients. To diminish the cost of screening patients with increased colon cancer risk should be examined. Identification of those patients depends on family physician. The best method is detailed medical history both personal and family. All patients over fifty should have been tested once a year. The basis is occult blood test. Economical results of that type screening are far better than those of breast cancer, uterine cancer or heart transplantation programme. Change of attitude towards colon cancer diagnosis will result in less invasive treatment and will decrease the therapy cost also. The number of therapy complications will be controlled also, less number mutilated surgery will be possible and smaller number of patients will quite work. All those factors will cause substantial economical profit for state budget.

Key words: colon cancer, screening, family physician, endoscopy, colonic polyps.

Rak jelita grubego stanowi drugi w Polsce co do częstości występowania nowotwór. Przeżycia 5-letnie u chorych z rakiem okrężnicy odbiegają od średniej europejskiej i wynoszą 30,8% wśród mężczyzn oraz 32,4% u kobiet. Średnia dla całej Europy wynosi u obu płci – 40% [1]. Różnica wynika z obserwowanego w Polsce opóźnienia rozpoznania.

Mimo wielu osiągnięć nadal jesteśmy skupieni na leczeniu, a nie na wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu rozwojowi nowotworów. Do dzisiaj w podręcznikach podawane są tzw. wczesne objawy różnych nowotworów. Są to objawy, które skłaniają pacjentów do szukania pomocy medycznej. Niestety ich pojawienie się świadczy

o tym, że mamy do czynienia z rozwiniętą chorobą nowotworową i często nie ma już możliwości uzyskania wyleczenia. Z tej obserwacji wynikała potrzeba zastosowania badań przesiewowych w celu szybkiego wyodrębnienia grupy pacjentów z wysokim ryzykiem rozwoju nowotworu [2].

Dla osiągnięcia lepszych wyników niezbędne jest wykrywanie przypadków wczesnego raka jelita grubego w badaniach przesiewowych wykonywanych u bezobjawowych pacjentów. Powszechnie zaakceptowanym badaniem przesiewowym w przypadku nowotworów jelita grubego jest badanie kału na krew utajoną. W przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania przesie-

wowego lekarz powinien zaproponować wykonanie odpowiednich badań diagnostycznych.

Skuteczność testu na krew utajoną była oceniana w trzech randomizowanych badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i Europie. Wykazano, że śmiertelność z powodu raka jelita grubego w grupie poddanej badaniom spadała o 15–33% w porównaniu z populacją nie poddaną badaniom. Najciekawsze wyniki uzyskano w badaniach TOPS-1, przeprowadzonych w populacji ludzi w wieku 50–59. W badaniu tym przy zgłaszalności 81% i 13-letnim okresie obserwacji stwierdzono skumulowaną częstość raka 2/400 przy spodziewanej 10/400. U żadnego z chorych poddanych 13-letniej obserwacji nie doszło do rozwoju raka jelita grubego [3].

Najskuteczniejszym badaniem wykrywającym wczesne zmiany nowotworowe jelita grubego jest kolonoskopia. Wykryte w trakcie kolonoskopii polipy, będące podłożem powstania inwazyjnego nowotworu, powinny być usunięte endoskopowo. Ponieważ rak jelita grubego rozwija się po wielu latach od powstania polipa, jego usunięcie przerwie sekwencję zmian prowadzących do rozwoju inwazyjnego nowotworu. Osoby zakwalifikowane do badań przesiewowych powinny uzyskać pełną informację dotyczącą proponowanych badań, związanego z nimi ryzyka oraz ich ewentualnych korzyści.

Celem zmniejszenia wydatków związanych z prowadzeniem badań przesiewowych należy zastosować zasadę stosowania badań u pacjentów z podwyższonym ryzykiem powstania raka. Wyłonienie takich grup stanowi podstawowe zadanie lekarzy rodzinnych [4]. Najlepszą metodą wyłonienia z populacji ogólnej grup podwyższonego ryzyka jest starannie zebrany wywiad dotyczący zarówno przeszłości chorobowej pacjenta, jak i przeszłości chorobowej jego rodziny [5].

Najważniejszą rolę do odegrania ma w tej dziedzinie lekarz rodzinny, w którego rękach spoczywa możliwość identyfikacji grup podwyższonego ryzyka. Zastosowanie u tych pacjentów proponowanych badań przesiewowych pozwoli wykryć nowotwory w okresie bezobjawowym [6]. Aby to osiągnąć, należy zmienić obecną praktykę stosowania badania endoskopowego u chorych z dolegliwościami na stosowanie go u pacjentów zagrożonych ryzykiem rozwoju nowotworów [7].

Lekarze rodzinni nie tylko przeprowadzają badania przesiewowe za pomocą testu na krew utajoną w kale, ale również uświadamiają pacjentów o konieczności zmiany stylu życia oraz stosowania odpowiedniej diety. Oświata zdrowotna i propagowanie zachowań prozdrowotnych spoczywa w rękach lekarzy pierwszego kontaktu i tylko od ich zaangażowania zależy, czy uda się osiągnąć takie wyniki leczenia jak

w Japonii, gdzie wyleczenie raka jelita grubego następuje w ponad 60% przypadków [8].

Profilaktyka raków jelita grubego obejmuje zmianę stylu życia. Zależność między rakiem a sposobem odżywiania i stylem życia jest najlepiej przebadana w przypadku raka jelita grubego [9]. Wśród zidentyfikowanych środowiskowych czynników ryzyka raka jelita grubego znajdują się: dieta bogata w tłuszcze, palenie papierosów, alkohol, cukrzyca, wczesna cholecystektomia. Czynniki ochronnymi są: dieta bogata w błonnik oraz nienasycone tłuszcze, wysoki poziom wapnia, spożywanie dużych ilości witamin A oraz E [11]. Istotnym czynnikiem zmniejszającym ryzyko rozwoju raka jelita grubego jest również aspiryna oraz inne niesteroidowe leki przeciwzapalne. Mechanizm działania tych leków związany jest z hamowaniem syntezy prostaglandyn oraz wzrostem skłonności do apoptozy.

W Polsce najczęściej stosowaną metodą rozpoznawania zmian w jelicie grubym jest wlew kontrastowy z podwójnym kontrastem. Z jego pomocą można zbadać całe jelito grube. Badanie to jest bezpieczniejsze i tańsze niż kolonoskopia. Nie można jednak pobrać materiału do badania histopatologicznego ani usunąć polipa, dlatego u chorych ze zmianami we wlewie konieczne jest wykonanie kolonoskopii. Z jej pomocą można zbadać całe jelito grube oraz w czasie tego samego zabiegu dokonać ostatecznego leczenia: wyjęcia polipów lub wczesnych nowotworów [10].

Polski Komitet Zwalczenia Raka zaleca przeprowadzanie populacyjnego badania przesiewowego u wszystkich osób po przekroczeniu 50. roku życia. Jako badanie podstawowe proponowane jest badanie kału na krew utajoną wykonywane raz do roku. Wadą tego postępowania jest fakt, że obecnie stosowane testy nie wykrywają wszystkich przypadków polipów jelita grubego, ani nawet nie wszystkie przypadki raka [12], dlatego proponuje się uzupełnienie tego testu sigmoidoskopią.

W Stanach Zjednoczonych zaleca się przeprowadzanie populacyjnego badania przesiewowego u wszystkich osób po przekroczeniu 50. roku życia. Jako badanie podstawowe proponowane jest badanie kału na krew utajoną wykonywane raz w roku [13].

Stosowanie kolonoskopii w badaniach przesiewowych okazało się najbardziej korzystną ekonomicznie strategią w badaniach raka jelita grubego przeprowadzonych w Duke HMO. Efekty ekonomiczne proponowanego programu są znacznie lepsze niż programów przesiewowych w raku piersi czy szyjki macicy oraz programu przeszczepów serca [3]. Stwierdzone korzyści programu badań przesiewowych będą miały duży wpływ na podejście lekarzy do problemu nowotworów jelita grubego.

Wydaje się, że aby osiągnąć pożądane efekty, musimy zmienić nasze nastawienie wobec problemu wczesnego rozpoznania. Nie możemy zdać się na przypadkowe wykrycie nowotworu. Musimy aktywnie poszukiwać nowotworu w okresie bezobjawowym [14].

Taka zmiana podejścia do problemu przyniesie liczne korzyści: umożliwi zastosowanie mniej obciążającego leczenia, wpłynie na zmniejszenie kosztów stosowanej terapii. Przyniesie również zmniejszenie częstości powikłań, ograniczy liczbę kaleczących zabiegów oraz zmniejszy liczbę chorych przechodzących po leczeniu na rentę. Wszystkie wymienione czynniki spowodują, że budżet państwa odniesie wymierne korzyści ekonomiczne.

W populacji polskiej, podobnie jak w innych krajach europejskich, rak jelita grubego stanowi drugi co do częstości występowania nowotwór [15]. Na rycinie 1 przedstawiono proponowany sposób postępowania diagnostyczno-leczniczego u pacjentów z podwyższonym ryzykiem raka jelita grubego [16].

W przypadku dodatniego wyniku testu zaleca się powtórne oznaczenie w dwóch kolejnych stolcach, a przy dodatnim odczynie w co najmniej jednym z nich – kolonoskopię. W odniesieniu do osób z podwyższonym ryzykiem raka wskazane jest skierowanie do placówek specjalizujących się w leczeniu chorób jelita grubego.

Stanami przedrakowymi w przypadku jelita grubego są: wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego-Crohna, polipy gruczolowe i stany po przebytych leczeniu raka jelita grubego. Odrębną grupę stanowią pacjenci

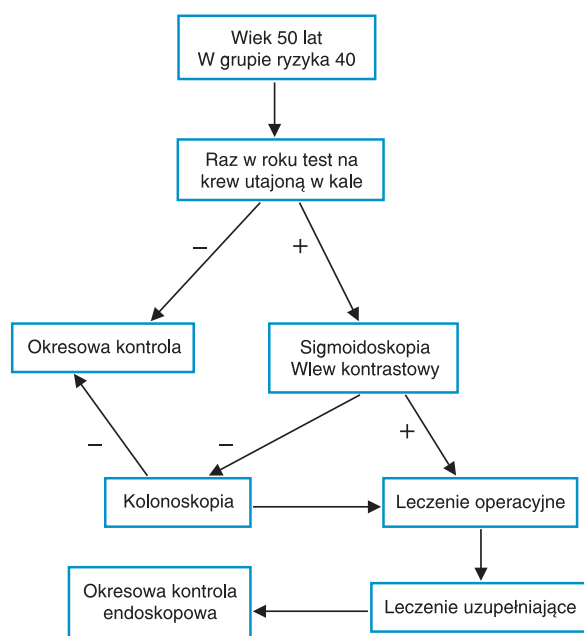
z rodzin obciążonych polipowatością rodzinną oraz zespołem raka jelita grubego nie związanego z polipowatością.

Kolonoskopia pozwala zbadać całe jelito grube, a w czasie tego samego zabiegu dokonać ostatecznego leczenia: wycięcia polipów i niektórych nowotworów [17]. Takie postępowanie zmniejszyło częstość występowania raka jelita grubego w objętej programem grupie [18].

Podsumowując pragniemy raz jeszcze podkreślić, że drogą prowadzącą do zwiększenia ilości wykrywanych wczesnych zmian nowotworowych jelita grubego jest zaplanowanie badań przesiewowych w grupach podwyższonego ryzyka. U chorych z podwyższonym ryzykiem raka jelita grubego należy rozpocząć badania przesiewowe wcześniej niż w populacji ogólnej. Wydaje się, że w tej grupie można przyjąć ukończenie 40. roku życia jako moment rozpoczęcia badań przesiewowych.

Wobec braku jednej z metod pozwalającej na wczesne rozpoznanie nowotworu należy zwrócić uwagę na współpracę między różnymi specjalistami. Ważne jest, aby zaangażowani w to zadanie byli zarówno lekarz rodzinny, jak i epidemiolog, histopatolog, onkolog oraz radiolog. Dużą rolę do odegrania ma również lekarz wykonujący badanie endoskopowe, to od jego staranności i uwagi zależy ostateczny wynik badania.

Ponieważ wyłonienie grup podwyższonego ryzyka jest możliwe głównie na podstawie staranne zebranego wywiadu dotyczącego przeszłości chorobowej pacjenta oraz wywiadu rodzinnego, należy uznać, że profilaktyka przeciwnowotworowa znajdzie swoje właściwe miejsce w praktyce lekarzy rodzinnych.



Ryc. 1. Algorytm diagnostyczno-terapeutyczny w raku jelita grubego

Piśmiennictwo

1. Wronkowski Z. Epidemiologia raka jelita grubego. Konferencja naukowa: Campto – Znaczący krok naprzód w leczeniu raka jelita grubego i odbytu. Warszawa 19.11.1998: 2–9.
2. Desoubeaux N., Herbert C., Launoy G., Vallee JO, Bouvier V., Maurel J., Nee E., Gignoux M. Part of general practitioners in determination of target population for colorectal cancer mass screening. *Gastroenter Cliniq Biol.* 1997; 21: 760–763.
3. Early DS. Colorectal Cancer Screening: An Overview of Available Methods and Current Recommendations. *South Med J* 1999; 92: 258–265.
4. Karner-Hanusch J., Mittlböck M., Fillipitsch T., Herbst F. Family history as a marker of risk for colorectal cancer: Austrian experience. *World J Surg* 1997; 21: 205–209.
5. Elsas LJ 2nd; Trepanier A. Cancer genetics in primary care. When is genetic screening an option and when is it the standard of care? *Postgrad Med* 2000; 107: 191–194, 197–200, 205–208.
6. Błaszczuk J., Nienartowicz M., Adamus A. Rola lekarza rodzinnego we wczesnym wykrywaniu nowotworów przewodu pokarmowego. *Pol Med Rodz* 2000; 2: 304–307.
7. Ołędzki J., Nowacki MP. Komentarz do: Shelton AA, Wong WD. Rak jelita grubego. *Med Prakt – Chir* 1998; 5: 130–132.
8. Koyama Y., Kotake K. Overview of colorectal cancer in Japan: Report from the registry of the Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. *Dis Col Rect* 1997; 40: S2–S9.
9. Ghadirian P., Lacroix A., Maisonneuve P., Perret C., Potvin C., Gravel D., Bernard D., Boyle P. Nutritional factors and colon carcinoma: A case-control study involving French Canadians in Montreal, Quebec, Canada. *Cancer* 1997; 80: 858–864.
10. Richter P., Szura M., Matyja A., Legutko J., Osuch C., Nowak K. Wyniki endoskopowej diagnostyki i leczenia polipów jelita grubego – 17-letnie prospektywne obserwacje. *Acta Endosc Pol* 1998; 8: 33–39.
11. Winawer SJ, St.John DJ, Bond JH, Rozen P., Burt RW, Waye JD, Kronborg O., O'Brien MJ, Bishop DT, Kurtz RC, Shike M., Swaroop SV, Levin B., Fruhmorgen P., Lynch HT. Prevention of colorectal cancer: guidelines based on new data. *Bull World Health Organis* 1995; 73: 7–10.
12. Nakama H., Fattah AA, Zhang B., Kamijo N., Fujimori K., Miyamata K. Detection rate of immunochemical fecal occult blood test for colorectal adenomatous polyps with severe dysplasia. *J Gastroenter* 1997; 32: 492–495.
13. Levin B., Bond J. Colorectal cancer screening. Recommendations of the US Preventive Services Task Force. *Gastroenterology* 1996; 111: 1382–1384.
14. Popiela T. Współczesny algorytm diagnostyczno-terapeutyczny w raku jelita grubego. *Acta Endosc Pol* 1998; 8: 73–75.
15. Levin KE, Dozois RR. Epidemiology of large bowel cancer. *World J Surg* 1991; 15: 562–567.
16. Błaszczuk J., Klonowski K., Adamus A. Wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego. *Pol Med Rodz* 2000; 2: 33–36.
17. Fazio VW, Tjandra JJ. Primary therapy of carcinoma of the large bowel. *World J Surg* 1991; 15: 568–575.
18. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MH, Gottlieb L., Sternberg SS. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993; 60: 1977–1981.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego

AM we Wrocławiu

ul. Traugutta 57/59

50-417 Wrocław

Gastroenterologiczne problemy chorób czynnościowych w praktyce lekarza rodzinnego

Gastrointestinal problems of the functional diseases in the family doctor's practice

JAN CHOJNACKI¹, KRYSZYNA STEC-MICHALSKA²

¹ Z Kliniki Gastroenterologii IMWiF WAM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jan Chojnacki

² Z Zakładu Medycyny Rodzinnej IMWiF WAM

Kierownik: dr n. med Krystyna Stec-Michalska

Streszczenie W pracy omówiono najczęstsze problemy gastroenterologiczne w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem chorób o podłożu czynnościowym: choroba refluksowa przełyku, dyspepsja czynnościowa, zespół jelita drażliwego.

Słowa kluczowe: choroba refluksowa przełyku, dyspepsja czynnościowa, eradykacja *H. pylori*, zespół jelita drażliwego, dieta.

Summary This account discusses the most often appearing in the practice of the family doctors gastroenterological problems related to the functional disorders: gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, irritable bowel syndrome.

Key words: gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, eradication *H. pylori*, irritable bowel syndrome, dietary.

Z ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy rodzinnych wynika, że choroby układu pokarmowego sprawiają niemało trudności w codziennej praktyce lekarskiej. Dotyczy to zazwyczaj diagnostyki oraz terapii takich dolegliwości, jak: przewlekłe bóle brzucha, dyspepsja, wzdęcia i uporczywe zaparcia. Przyczyną tych objawów są najczęściej zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego, gdyż w dostępnych badaniach diagnostycznych zwykle nie stwierdza się zmian organicznych.

Od kilkudziesięciu lat obserwuje się systematyczny wzrost zapadalności na **choroby czynnościowe przewodu pokarmowego**. Wiele jest przyczyn tego zjawiska. Zaburzenia czynnościowe ujawniają się szczególnie w przypadku współistnienia wielu czynników etiologicznych. Chociaż trudno je usystematyzować według siły aktywności chorobotwórczej, to na pierwszym miejscu wymienia się przewlekły dyskomfort psychiczny, który jest dość powszechnym stanem. Dyskomfort w różnym stopniu towarzyszy nam od urodzenia aż do śmierci. Już u niemowląt przyczyną bólów brzucha mogą być napięcia lękowe matki, w różny sposób uzewnętrzniane. Następnie niepowodzenia w szkole, na studiach, w pracy zawodowej, brak możliwości w zaspokajaniu włas-

nych potrzeb materialnych i duchowych, nierealna lub nadmierna ambicja, lęk przed bezradnością w wieku podeszłym – to podłoże do rozwoju zaburzeń czynnościowych, nerwic i chorób psychosomatycznych. Długotrwałych lub zbyt silnych napięć emocjonalnych, szczególnie z towarzyszącymi zaburzeniami vegetatywnymi, nie są w stanie wytrzymać nawet tak zwane silne organizmy. Gniew, strach, lęk czy depresja wywołują w każdym organizmie liczne zmiany w procesach fizjologicznych, głównie poprzez pobudzenie vegetatywnego układu nerwowego.

W układzie pokarmowym zależność między procesami emocjonalnymi a zmianami czynnościowymi jest bardzo złożona. Stymulacja układu cholinergicznego prowadzi do skurczu mięśniówki podłużnej, ale równocześnie (głównie pośrednio) do skurczu warstwy okrężnej, szczególnie w rejonie zwieraczy. Układ adrenergiczny poprzez receptory dopa i beta wywiera działanie relaksacyjne na mięśnie podłużne, ale poprzez receptory alfa kurczy mięśnie okrężne. Między tymi układami istnieje złożona i bardzo dynamiczna równowaga utrzymana chociażby przez fakt udziału części adrenergicznej w uwalnianiu acetylocholiny na zakończeniach cholinergicznym. Ponadto oba układy mogą uczestniczyć w uwal-

nianiu kilkunastu enterohormonów, działających w zróżnicowany sposób na mięśnie przewodu pokarmowego.

W górnym odcinku przewodu pokarmowego najczęstszym zaburzeniem czynnościowym jest refluks żołądkowo-przełykowy, o charakterze kwaśnym, rzadziej alkalicznym lub mieszanym. W następstwie tego rozwija się **choroba refluksowa przełyku**. Rozpoznanie choroby opiera się na typowych objawach, takich jak zgaga, kwaśne odbijania, bóle za mostkiem oraz stwierdzenie zmian zapalnych przełyku podczas endoskopii [4]. Oprócz tego mogą występować inne objawy, w tym z odległych narządów, a choroba może występować pod postacią różnych masek klinicznych.

Maska stomatologiczna choroby refluksowej przełyku może objawiać się zapaleniem dziąseł, paradontozą, nasileniem próchnicy, czasami może im towarzyszyć pieczenie języka, suchość w jamie ustnej, rzadziej ślinotok [24].

Maska laryngologiczna cechuje się przewlekłym zapaleniem gardła i krtani, nawracającą chrypką, zmiennością tonacji głosu, uczuciem przeszkody w gardle [23]. Przyczyną przewlekłego zapalenia oskrzeli, w tym spastycznego, dyshawicy oskrzelowej, nocnych i powysiłkowych napadów duszności, nawracającego zapalenia płuc, może być **maska oskrzelowo-płucna** [21].

Maska sercowa najczęściej przypomina dławicę sercową, ale może manifestować się i zaburzeniami rytmu serca [22].

Chorobie refluksowej przełyku mogą towarzyszyć także objawy ze strony brzucha pod postacią zespołu rzekomo wrzodowego oraz wątrobowo-trzustkowego. Wszystko to wymaga wnikliwej uwagi lekarza rodzinnego. W przypadku podejrzenia choroby refluksowej można rozpocząć leczenie, stosując środki hamujące wydzielanie żołądkowe i/lub środki prokinetyczne; postępowanie takie można wdrożyć tylko u osób do 45. roku życia. U osób starszych lub w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, pacjentów należy kierować na specjalistyczne badania. Trzeba podkreślić, że u około połowy chorych makroskopowe zmiany w błonie śluzowej przełyku nie występują lub są minimalne [4]. Badaniem rozstrzygającym w tych przypadkach jest 24-godzinna pH-metria. Całodobowy zapis zmian pH przełyku pozwala także na ustalenie związku czasowego epizodów refluksu z występującymi dolegliwościami. Najważniejszym kryterium diagnostycznym dla patologicznego refluksu kwaśnego jest obniżenie pH w przełyku poniżej pH 4,0, minimum przez 4,2% całkowitego czasu rejestracji [4, 5].

W przypadku gdy czas ten jest krótszy rozpoznaje się dyspepsję czynnościową refluksopodobną, której obraz kliniczny jest podobny do choroby refluksowej przełyku, ale nie występują

objawy z innych narządów [4]. Wyróżnia się ponadto inne **rodzaje dyspepsji czynnościowej**: wrzodopodobną, dysmotoryczną i niespecyficzną [1].

W **dyspepsji wrzodopodobnej** występują między innymi bóle w nadbrzuszu, w tym głodowe i nocne, ale w badaniu endoskopowym nie stwierdza się ubytków w błonie śluzowej żołądka i dwunastnicy.

W **dyspepsji dysmotorycznej** występuje dyskomfort w nadbrzuszu, wczesne przesycaenie, uczucie wzdęcia brzucha, nudności, objawy neurowegetatywne. Objawem obiektywnym jest opóźnione opróżnianie żołądkowe zarówno z posiłków stałych, jak i płynnych.

Wyróżnia się także **dyspepsję niespecyficzną**, która charakteryzuje się głównie uporczywymi bólami w nadbrzuszu. Bóle te zwykle nie ustępują po środkach hamujących wydzielanie żołądkowe ani po lekach prokinetycznych. Brak też wyraźnej reakcji po środkach rozkurczowych i przeciwbólowych. Utrwała to błędne przekonanie pacjentów, że przyczyną dolegliwości jest poważna choroba organiczna, co jeszcze bardziej nasila dolegliwości. Przyczyną tego zespołu jest prawdopodobnie obniżenie progu czucia bólu trzewnego. Poprawę w tym względzie mogą przynieść leki psychotropowe, w tym przeciwdepresyjne [4].

Należy pamiętać, że bóle brzucha mogą być manifestacją depresji. W tych przypadkach bólowi zwykle towarzyszy osłabienie łaknienia, uczucie szybkiego przesycaenia i ciężaru w dołku podsercowym, podobnie jak w dyspepsji dysmotorycznej. W rzeczywistości opróżnianie żołądkowe jest opóźnione. W leczeniu, jeżeli nie ma przeciwwskazań, zaleca się leki łączące w sobie właściwości przeciwdepresyjne i prokinetyczne (np. sulpirid).

Osobnym zagadnieniem jest **zakażenie *Helicobacter pylori***, które dotyczy ponad 50% populacji osób dorosłych. Zakażenie to u części osób daje poważne następstwa w postaci przewlekłego zapalenia żołądka i wrzodów trawiennych, a nawet nowotworów żołądka [6, 7, 13, 19]. U większości zakażenie to przebiega bezobjawowo, co nie wyklucza wystąpienia wyżej wymienionych następstw. Zakażenie objawowe występuje głównie pod postacią dyspepsji wrzodopodobnej [14, 18]. W tych przypadkach należy dążyć do eradykacji *H. pylori* [2, 9]. Opinie na ten temat są jednak podzielone, a wyniki leczenia nie w każdym przypadku zadowalające [10, 16, 17, 20]. Oczywistym wskazaniem do leczenia jest czynna choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz chłoniak żołądka. W pozostałych przypadkach należy rozważyć, czy nie jest to zakażenie towarzyszące. Nie powinno się także leczyć zakażeń bezobjawowych, gdyż szkody po antybiotykoterapii mogą

być większe niż korzyści. Wyjątek w tym względzie stanowi leczenie na życzenie osoby, która jest rodzinnie obciążona rakiem żołądka [7].

Po wykluczeniu chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego lekarz rodzinny często rozpoznaje **przewlekłe zapalenie trzustki** jako przyczynę zespołu dyspeptycznego [12]. Można się z tym częściowo zgodzić, gdyż narząd ten często ulega zmianom patologicznym. Przekonanie takie utwierdzają opisy badań ultrasonograficznych wskazujące na hiperchogeniczność lub niejednorodność struktury trzustki, poszerzenie przewodu trzustkowego. Nie brakuje w tym względzie wyników błędnych, gdyż ocena trzustki wymaga odpowiedniego przygotowania pacjenta, wysokiej klasy aparatu USG oraz dużego doświadczenia badającego. Zalecona jednak odpowiednia dieta oraz leki rozkurczowe zwykle przynoszą poprawę [8, 11]. Nie ma powodu, aby w każdym przypadku długotrwale stosować substytucyjne drogie preparaty enzymów trzustkowych. Nawet w przypadku rzeczywistego zapalenia trzustki (postać obrzękowa) preparaty trzustkowe mogą utrudniać procesy regeneracyjne w tym narządzie; wystarczy odpowiednia dieta [15]. Dieta zależy od fazy zapalenia trzustki – od głodówki do diety prawie pełnowartościowej. Jeżeli przy łatwo strawnej i oszczędzającej diecie występują objawy dyspeptyczne, należy rozważyć, czy nie istnieje inna przyczyna dolegliwości. Bywa jednak i tak, że pacjent używając preparatów trzustkowych uważa, że nie musi przestrzegać diety. Z drugiej strony lekarz często zalecając „dieta” stosuje zbyt dalekie uproszczenia, nie wyjaśniając szczegółów dietetycznych.

Należy pamiętać, że w procesie prawidłowego trawienia i wchłaniania biorą udział nie tylko enzymy wydzielane przez trzustkę, ale również liczne enzymy jelitowe. W ostatnich latach na skutek nadużywania leków enterotoksycznych, w tym antybiotyków, stan morfologiczny i czynnościowy przewodu pokarmowego u wielu osób jest zaburzony. Niedobór enzymów trawiennych manifestuje się **nietolerancją produktów żywnościowych**, czasem paradoksalnie łatwo strawnych, takich jak produkty mleczne i mączne.

Niedobór laktazy jelitowej lub sacharydaz rozkładających gluten, to coraz częściej spostrzegane zaburzenia. Choroba trzewna może ujawniać się nie tylko w dzieciństwie, ale w każdym wieku. Nic w tym nadzwyczajnego, że chory nie toleruje bułki z masłem, a może bezpiecznie spożywać golonkę.

W przepisach dietetycznych obowiązuje wykaz produktów stosownie do rodzaju choroby, niemniej do zaleceń tych należy podchodzić poważnie, a nie rutynowo. Ideałem byłoby komputerowe dobranie każdemu pacjentowi diety, tak jak dobiera się okulary. Postępy w badaniach prowa-

dzonych w tym zakresie w niedługim czasie zapewnią i tę możliwość. Sprawa jest jednak trudna, gdyż i produkty żywnościowe stale się zmieniają i są coraz bardziej przetwarzane technologicznie. Ten sam produkt wytworzony przez różne firmy może mieć inną jakość dietetyczną, zawierać odmienne środki konserwujące lub różne ich stężenia. Nie bez znaczenia są także różne związki biologicznie czynne pochodzące np. ze składników paszy. Coraz większego znaczenia nabiera problem „zdrowej żywności” w znaczeniu żywności bezpiecznej dla człowieka. W codziennej praktyce lekarskiej należy pamiętać, że produkty żywnościowe wchodzą często w interakcje z lekami, które przyjmuje pacjent. Powszechnym zjawiskiem jest np. nadużywanie soku grejfrutowego dla celów „terapeutycznych”, otrąb dla regulacji pasażu jelitowego oraz mięsa grillowanego dla urozmaicenia diety. Soki cytrusowe zawierające flawonoidy, mogą z jednej strony prowadzić do podwyższenia stężenia we krwi pochodnych benzodwuzepin, statyn oraz glinu (przy używaniu alugastrinu, maaloxu i innych związków alkalicznych), a z drugiej zaś opóźniać wchłanianie wielu antybiotyków. Błonnik wpływa na obniżenie wchłaniania leków przeciwdepresyjnych. Grillowane mięso przyspiesza metabolizm teofiliny. Osoby przyjmujące wyżej wymienione preparaty mogą doświadczać wielu objawów niepożądanych lub nie osiągać spodziewanych efektów terapeutycznych.

Coraz częstszym problemem staje się także **alergia pokarmowa**, szczególnie skąpoobjawowa.

Znajomość podstawowych zasad dietetyki pozwala lekarzowi rodzinemu łatwiej zrozumieć wiele przewlekłych dolegliwości dotyczących układu pokarmowego. Do tych dolegliwości należy zaliczyć wzdęcia brzucha i zaparcia.

Przyczyny wzdęć brzucha są bardzo zróżnicowane i mogą towarzyszyć wielu chorobom układu trawiennego. Do nich najczęściej należy hipersekrecja żołądkowa, przewlekłe zapalenie trzustki, choroby wątroby i dróg żółciowych, choroby jelit. Mogą też być również choroby innych układów, np. niewydolność krążenia, niedoczynność tarczycy, mocznica. Jak już wspomniano, wzdęcia brzucha są jednym z objawów nietolerancji pokarmowej, a także grybicy i dysbakteriozy.

Statystycznie w połowie przypadków przyczyną wzdęć brzucha są czynnościowe zaburzenia jelit – określane jako **zespół jelita nadwrażliwego** [3, 25]. W tych przypadkach wzdęciom z reguły towarzyszą biegunki. Stan spastyczny jelita grubego manifestuje się również bólami brzucha. Bóle te charakteryzują się zmienną lokalizacją i nasileniem, czasami są napadowe i zmniejszają się po wypróżnieniach, masażu brzucha lub miejscowym ciepłym okładzie. Nasilają się pod wpływem stresów, nie prowadzą do spadku masy

ciała, ale często towarzyszą im liczne objawy neurowegetatywne, jak bóle głowy, bicie serca, zaburzenia snu i inne [4].

Zaparciom sprzyja siedzący tryb życia, mała ilość wypijanych płynów i spożywanego błonnika. Do rozpoznania zespołu jelita nadwrażliwego należy podejść krytycznie u osób starszych. Wraz z wiekiem zmienia się morfologia narządów, ich czynność wydzielnicza, flora bakteryjna jelit. Zmniejsza się wrażliwość odbytnicy prowadząca do osłabienia odruchu defekacji, co sprzyja zaleganiu mas kałowych w końcowej części jelita grubego. Należy również wyjaśnić, co chory rozumie pod pojęciem zaparcia. Często pacjenci dążą do uzyskania codziennego wypróżnienia, a przecież to nie jest bezwzględnie konieczne. Nadużywanie, zazwyczaj bez porozumienia z lekarzem, środków przeczyszczających zaburza gospodarkę elektrolitową, wywołując między innymi hipokaliemię, która sprzyja atonii jelit.

Ludzie starsi ze względu na wiele chorób zmuszeni są do przyjmowania leków, z których liczne mogą wywoływać lub nasilać zaparcia.

Należy jednak pamiętać, że przewlekłe zaparcia mogą być objawem poważnych chorób organicznych. Stąd też u każdego cierpiącego na zaparcia konieczne jest wykonanie badania *per rectum*, gdyż w ten sposób można wykryć zmiany w kanale odbytu i bańce odbytnicy, mogące być przyczyną utrudnionych wypróżnień. U kobiet nie należy zapominać o badaniu ginekologicznym.

Powszechne powinny być badania kału na krew utajoną. W razie jakichkolwiek wątpliwości dalszą diagnostykę powinni prowadzić specjaliści.

Po wykluczeniu chorób organicznych ważną wstępną fazą leczenia jest psychoterapia. Rozmowa z pacjentem wyjaśniająca mu przyczynę dolegliwości jest bardzo ważna. Należy przekonać pacjenta, że za jego dolegliwościami nie kryje się niebezpieczna choroba. Należy zwrócić uwagę na odruch żołądkowo-jelitowy, powodujący wypróżnienia; taki odruch może wywołać szklanka wody wypita na czczo.

Błonnik w diecie powinien stanowić około 50% dziennego kalorycznego zapotrzebowania, a ilość wypijanych płynów (jeśli nie ma przeciwwskazań) około 3 litrów na dobę. Wśród płynów zaleca się różne wody mineralne, najchętniej siarczanowe i magnezowe, gdyż uwalniają one fizjologiczny odruch defekacji. Przydatny też jest masaż ręczny lub elektryczny (prądem interferencyjnym) dolnej części brzucha. Jeżeli są one niewystarczające, uzupełniamy je farmakoterapią, stosując kolejno środki działające osmotycznie, nadające poślizg masom kałowym, drażniące i modyfikujące pracę jelit.

Niezależnie od sposobu leczenia pacjenta należy zawsze w wywiadzie lekarskim uwzględnić jego sytuację rodzinną, zawodową i ekonomiczną, aby wyeliminować negatywne skutki psychospołeczne wpływające na stan zdrowia. W uzasadnionych przypadkach należy sięgnąć po pomoc doświadczonego psychologa klinicznego lub psychiatry i zastosować profesjonalne sposoby psychoterapii. Istotne znaczenie ma również zmiana trybu życia, sposobu odżywiania, porzucenie nałogu palenia papierosów oraz poprawienie ogólnej sprawności fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Agreus L., Talley N. Challenges in managing dyspepsia in general practice. *Br Med J* 1997, 315: 1284–1288.
2. Armstrong D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. *Scan J Gastroenterol* 1996, 31 (suppl. 215): 38–47.
3. Camilleri M. Irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997, 11: 3–9.
4. Chojnacki J. *Czynnościowe zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego*. Janssen-Cilag, Łódź 1997.
5. Chojnacki J. Przyczyny i następstwa refluksu żołądkowo-przełykowego. *Lek Wojsk* 1998, 74: 627–632.
6. Correa P. *Helicobacter pylori* and gastric carcinogenesis. *Am J Surg Pathol* 1995, 19: 37–43.
7. El-Omar EM, Oien K., Murray LS, El-Nujumi A., Wirz A., Gillen D., Williams G., Fullarton G., McColl KE. Increased prevalence of precancerous changes in relatives of gastric cancer patients: critical role of *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology* 2000, 118: 22–30.
8. Ihse I. Pancreatic pain: causes, diagnosis and treatment. *Acta Chir Scand* 1990, 156: 257–259.
9. Jakkimainen RL, Boyle E., Tudirer F. Is *Helicobacter pylori* associated with non-ulcer dyspepsia and with eradicated improve symptoms? A meta-analysis. *Brit Med J* 1999, 319: 1040–1044.
10. Labenz J., Rokkas T. *Helicobacter pylori* and dyspepsia. *Curr Op Gastroenterol* 1997, 13: 48–51.
11. Lankisch PG. Natural cause chronic pancreatitis. Pain, exocrine and endocrine pancreatic insufficiency and progression of the disease. *Digestion* 1993, 54: 148–155.
12. Leahy AL, Carter DC. Pain and chronic pancreatitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1991, 3: 425–433.
13. Ley C., Parsonnet T. *Helicobacter pylori* infections and gastric cancer. *Gastroenterology* 2001, 120: 324–325.
14. Lieber CS. *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. *N Eng J Med* 1999, 340: 1508–1509.
15. Malesci A., Gaia A., Fioretta A., Bocchia P., Ciravegna G., Cantor P., Vantini J. No effect of long-term treatment with pancreatic extracts on recurrent abdominal pain in patients with chronic pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 1998, 30: 392–398.
16. Malfertheiner P. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia; new evidence for symptomatic benefit. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001, 13, 2: 9–11.

17. McColl KE. *Helicobacter pylori* and dyspepsia. Pro and against. *Dig Liver Dis* 2000, 32 (suppl. 3): 199–201.
18. McColl KE, Malfertheiner P. *Helicobacter pylori* and functional dyspepsia. *Curr Op Gastroenterol* 2000, 16: 29–32.
19. Moss SF. The carcinogenesis effect of the *Helicobacter pylori* on the gastric epithelial cell. *J Physiol Pharmacol* 1999, 50: 847–856.
20. Pantoflickova D., Blum AL. Antagonist: Should we eradicate *Helicobacter pylori* in non-ulcer dyspepsia? *Gut* 2001, 448: 758–759.
21. Romanowski M., Grzegorzczak K., Chojnacki J. Zmiany w układzie oddechowym u osób z chorobą refluksową przełyku. *Gastroenterol Pol* 1999, 6: 449–452.
22. Romanowski M., Grzegorzczak K., Chojnacki J. Objawy pozaprzełykowe choroby refluksowej przełyku. *Pol Arch Med Wew* 2001, 4: 89–94.
23. Romanowski M., Grzegorzczak K., Chojnacki J. Maska laryngologiczna choroby refluksowej przełyku. *Otolaryng Pol* 2001, 55: 1–5.
24. Romanowski M., Wierzbicka-Ferszt A., Grzegorzczak K., Chojnacki J. Maska stomatologiczna choroby refluksowej przełyku. *Pol Przegl Lek* 2002, 12: 81–83.
25. Thompson WG. What is the irritable bowel syndrome? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1994, 6: 460–466.

Adresy Autorów:

Jan Chojnacki
ul. Falista 85
94-116 Łódź

Krystyna Stec-Michalska
ul. Orkana 3
95-054 Ksawerów

Diagnostyka różnicowa krwawień z przewodu pokarmowego z punktu widzenia lekarza rodzinnego

Differential diagnosis of bleedings from the alimentary tract

HALINA HAŃCZYC, TADEUSZ SEBZDA, ROBERT SKOWROŃSKI

Z Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Babińskiego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Halina Hańczyc

Streszczenie Przeanalizowano różne postaci krwawień z przewodu pokarmowego i uszeregowano je w dwie grupy: krwawienie z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, małe (przewlekłe/i/ostre), masywne krwotok z przewodu pokarmowego. Podawano najczęstsze przyczyny prowadzące do krwotoków. W tym celu przeprowadzono diagnostykę różnicową krwawień. Opisywano postępowanie doraźne, diagnostyczne i terapeutyczne, podkreślając, że w tak ciężkim stanie, jakim jest krwotok z przewodu pokarmowego i mogące wystąpić gwałtowne powikłania z potrzebą leczenia chirurgicznego, konieczna jest obecność w czasie ostrego dyżuru zespołu: internista, chirurg, anestezjolog.

Słowa kluczowe: krwawienie z przewodu pokarmowego, diagnostyka różnicowa, doraźne postępowanie lecznicze.

Summary Various forms of bleedings from the alimentary tract have been analyzed and divided into two groups: bleeding from the upper and lower parts of the alimentary tract, mild (chronic/and/acute) massive alimentary tract bleeding. Differential diagnosis of the bleedings was carried out. Immediate management, diagnostic and therapeutic procedures have been described, emphasizing that in a condition as severe as bleeding from the alimentary tract possibly resulting in acute complications necessitating surgical treatment, the presence of a team consisting of a physician, a surgeon and an anaesthesiologist is required on the emergency duty.

Key words: bleeding from the alimentary tract, differential diagnosis, immediate diagnosis and treatment.

Krwawienie z przewodu pokarmowego należy do zmian zagrażających życiu, jest obarczone mniejszym lub większym stopniem śmiertelności oraz tak jak inne groźne dla życia zmiany, np. silny ból w jamie brzusznej, duży ból serca czy znaczna duszność itp., wymaga natychmiastowej diagnostyki, w tym diagnostyki różnicowej i leczenia. Dlatego bardzo ważne jest określenie czy mamy do czynienia z krwawieniem mikroskopowym (małym, przewlekłym z utratą około 50 ml krwi/dobę) czy masywnym, nagłym krwawieniem – krwotokiem. Nagła utrata około 1000 ml

krwi/30% objętości krwi krążącej, jest to stan masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego – krwotoku. W postaci wymiotów krwawych (haematemesis), stolców krwawych (haematochesis) lub smolistych (melaena) [1, 13, 17, 19].

Określenie ilości utraconej krwi na podstawie wywiadu jest nieściśle i trudne lub wręcz niemożliwe do osiągnięcia, jeśli chory znajduje się w ciężkim stanie, z zagrażającym lub zaczynającym się wstrząsem pokrwotocznym hipowolemicznym.

Dlatego niezmiernie ważna jest obserwacja stanu chorego, wygląd stolca i treści wymiotnej oraz znajomość diagnostyki różnicowej chorób przewodu pokarmowego, które w swoim przebiegu mogą wikać się krwotokiem.

Nagła utrata do przewodu pokarmowego do 50 ml krwi daje się wykryć tylko próbą benzydynamową. Utrata około 500 ml krwi prowadzi do smolistych stolców, gdy źródło krwawienia nie jest położone niżej niż obszar dwunastnicy lub w jelitach przy bardzo powolnym pasażu jelitowym. W krwawieniu z górnego odcinka wymioty „fusowate” i stolec smolisty wynikają z przemiany hemoglobiny na hematinę kwaśną pod wpływem

Tabela 1. Podział ogólny krwawienia z przewodu pokarmowego

1. Krwawienie małe (przewlekłe) ok. 75% przypadków
 2. Krwawienie duże: a) umiarkowane, b) intensywne, „masywne” krwotok – ok. 25% przypadków
- ad 2.
1. Krwotok do światła przewodu pokarmowego
 2. Krwotok do jamy otrzewnowej
 3. Postać mieszana krwotoku

Tabela 2. Klasyfikacja aktywności krwotoku według Forresta

Aktywne krwawienie	Forrest typ Ia – krwotok tętniczy Forrest typ Ib – krwotok żylny, włósniczkowy
Stan bezpośrednio po krwotoku	Forrest typ IIa – widoczny kikut naczynia w obrębie wrzodu Forrest typ IIb – świeży skrzep krwi w obrębie wrzodu Forrest typ IIc – hematyna w obrębie owrzodzenia
Nieaktywne źródło krwawienia	Forrest III – owrzodzenie bez wyżej wymienionych zmian

Tabela 3. Objawy kliniczne masywnego krwotoku

1. Nagłe zasłabnięcie lub omdlenie
2. Nudności, dreszcze, poty
3. Wymioty krwawe lub fusowate, smolisty stolec (przy krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego), nagłe oddawanie smolistych stolców (przy krwawieniu z dolnego odcinka przewodu pokarmowego), biegunka i stolec krwawy
4. Zblednięcie powłok ciała
5. Przyspieszenie tętna powyżej 100/min
6. Spadek ciśnienia skurczowego krwi poniżej 90 mm Hg
7. Wzrost temperatury powyżej 38°C
8. Przyspieszenie częstości oddechu
9. Wzrost aktywności perystaltycznej jelit
10. Przy znacznej utracie krwi – objawy wstrząsu hipowolemicznego

wem kwasu solnego – natomiast w jelicie ma miejsce rozkład bakteryjny hemoglobiny.

Im niżej w jelicie znajduje się źródło krwawienia, tym jaśniejsza jest krew, w umiejscowionym źródle w okrężnicy stolce są zabarwione jasnoczerwoną, świeżą krwią „podbarwiającą” stolec od zewnątrz. Więzadło Treitza stanowi umowną granicę między krwawieniem z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Śmiertelność wywołana krwotokiem wynosi 8–10% [2, 5, 6, 11].

Niezwykle ważne jest ustalenie lokalizacji ogniska krwawienia oraz znajomość ogólnych przyczyn krwotoków [7, 24].

Tabela 4. Lokalizacja krwawienia

1. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego
 - a) krwawienie z przełyku
 - b) krwawienie z żołądka
 - c) krwawienie z dwunastnicy
2. Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego
 - a) z jelita cienkiego
 - b) z jelita grubego

Wśród etiologii krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego można wyróżnić przyczyny najczęściej spotykane, znajomość których pomaga w ratowaniu chorego. Jeśli w diagnostyce krwawienia nie można znaleźć jednej z nich, należy przeprowadzić szybką diagnostykę różnicową, aby lekarz rodzinny, najczęściej znając dobrze chorego, mógł ustalić prawdopodobne rozpoznanie, które może być pomocne w ewentualnym leczeniu operacyjnym źródła krwawienia. W etiologii krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego istotne znaczenie pogarszające przebieg krwawienia ma infekcja *Helicobacter pylori*. W Polsce około 70% populacji jest zakażona *Helicobacter pylori*. Około 80% krwotoków umiejscowiona jest w górnym odcinku przewodu pokarmowego [3–6, 11, 12].

Inne zestawienie według Konturka i wsp. [11].

Te dwa zestawienia różnią się od siebie wymienionymi jednostkami chorobowymi, uderza jednak znamiennej najczęściej przyczyna krwawienia w postaci wrzodów i nadżerek żołądka i dwunastnicy.

Krwotok z żyłaków przełyku jest najczęściej gwałtowny, masywny, zagraża życiu chorego,

Tabela 5. Ogólne przyczyny krwotoków

1. Miejscowe choroby przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i grubego
2. Ogólnoustrojowe choroby krwi i naczyń, zatrucia, choroby zakaźne, mocznica, nadciśnienie bramne
3. Choroby narządów sąsiednich: wątroby, śledziony, trzustki, tętniaki tętnicy głównej, miejsca zespożeń alloplastycznych przeszczepów naczyniowych itp.

Tabela 6. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego – najczęstsze przyczyny

1. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy – 50–60%
2. Żylaki przełyku – 10%
3. Rak żołądka – 5%
4. Ostry krwotoczny nieżyt żołądka – 5%
5. Przepuklina rozworu przełykowego – 5%

Tabela 7. Krwotoki z przewodu pokarmowego według częstości występowania

1. Wrzody i nadżerki – 65%
2. Żylaki przełyku oraz wpustu żołądka – 20%
3. Uszkodzenia śluzówki typu Mallory-Weissa – 10%
4. Nowotwory żołądka – 4%
5. Choroba Rendu-Oslera, wrzód Dieulafoy i in. – 1%

Tabela 8. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego – rzadsze przyczyny

1. Nowotwory łagodne – polipy (polipowatość), gruczolaki, mięśniaki żołądka i dwunastnicy, naczyniaki
2. Inne nowotwory złośliwe – pierwotne i przerzutowe, mięsaki limfatyczne
3. Zespół Mallory-Weissa
4. Rak przełyku
5. Żylaki żołądka
6. Choroba Menetriera
7. Uchyłki przełyku i żołądka
8. Gruźlica i promienica żołądka
9. Krwawienie z dróg żółciowych do dwunastnicy, tzw. haemobilia
10. Przebicie kamieni żółciowych do dwunastnicy z następowym krwawieniem
11. Ostry żółty zanik wątroby
12. Schorzenia tętnicy kręzkowej górnej i trzewnej
13. Choroby krwi – skazy krwotoczne (osoczone, małopłytkowe i naczyniowe), białaczka szpikowa i choroba Hodgkina
14. Choroby naczyń – choroba Rendu-Oslera
15. Choroby nerwowe – tabes dorsalis, guzy mózgu
16. Schorzenia ogólne – zatrucia, choroby zakaźne, mocznica, polekowe (aspiryna, NLPZ, sterydy, tetracyklina)
17. Ciała obce
18. Procesy zapalne i nowotworowe śródpiersia, tętniaki z przebicciem do przełyku
19. Choroba refluksowa przełyku w okresie powikłań. Przełyk Barretta
20. Przetoki aortalno-tętnicze
21. Wrzód w zespoleniu żołądkowo-jelitowym po resekcji żołądka

Tabela 9. Następstwa krwotoku z żyłaków przełyku w marskości wątroby

krwotok	przedostanie się krwi do przewodu pokarmowego
utrata krwi	wewnątrzjelitowy rozpad krwi
upośledzenie ukrwienia wątroby	przeładowanie wątroby produktami wewnątrzjelitowego rozpadu krwi
zaburzenia funkcji wątroby	uszkodzenie wątroby martwica wątroby wzrost związków azotowych we krwi śpiączka wątrobowa

Tabela 10. Przyczyny krwawienia z jelita cienkiego

1. Guzy złośliwe – raki, mięsaki, rakowiaki
2. Guzy łagodne – tłuszczaki, włókniaki, naczyniaki
3. Polipy, polipowatość jelita, choroba Pentza-Jeghersa
4. Choroba Leśniowskiego-Crohna
5. Owrzodzenie w uchyłku Meckela z ekspozycją błoną śluzową żołądka
6. Ostry krwotoczny nieżyt jelit
7. Gruźlica jelit
8. Wgłobienie jelita
9. Czerwonka bakteryjna, pełzakowa
10. Zatrucia rtęcią
11. Zespół Ehlersa-Danlosa
12. Inne przyczyny, np. polekowe (NLPZ, potas), po radioterapii

Tabela 11. Przyczyny krwawienia z jelita grubego

1. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
2. Rak jelita grubego, czerniak, mięsak chłonny
3. Zapalenie gruczlicze jelita grubego
4. Polipy (polipowatość)
5. Guzy łagodne – naczyniaki, brodawczaki
6. Uchyłki (uchyłkowatość)
7. Żylaki odbytu
8. Choroba Rendu-Oslera
9. *Lipodystrophia intestinalis* – choroba Whipple'a
10. Przebicie tętniaka aorty do światła jelita
11. Ciała obce
12. Wypadanie odbytu

Tabela 12. Postępowanie doraźne w krwotokach z przewodu pokarmowego

Równoległe do innych badań – prowadzenie badań laboratoryjnych:

Oznaczenie grupy krwi (lub oparcie się na oznaczonej i wpisanej do dowodu osobistego grupy krwi)

Pobranie krwi do próby krzyżowej

Morfologia krwi – w tym bardzo ważna leukocytoza, hemoglobina i hematokryt

Płytki krwi

Czas protrombinowy, czas krwawienia i krzepnięcia

Glicaemia

Kreatynina

Elektrolity

Gazometria

Elektrokardiogram

Tabela 13. Postępowanie doraźne w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego

umiarkowany endoskopia do 24 godz.		masywny endoskopia w trybie pilnym		
diagnoza (równoczesne badania laboratoryjne)/najczęstsze przyczyny				
wrzód żołądka czy dwunastnicy	rak żołądka	żylaki przełyku	ostry krwotoczny nieżyt żołądka	uwięźnięta przepuklina rozworu przełykowego
leczenie zachowawcze:				
farmakoterapia: leczenie endoskopowe – sonda Blakemore’a – leczenie zachowawcze – Sengstakena, jeśli nieskuteczne leczenie operacyjne				

Tabela 14. Postępowanie doraźne w krwawieniu z dolnego odcinka przewodu pokarmowego

wywiad (o ile to możliwe) badanie fizykalne jamy brzusznej równoczesna diagnostyka laboratoryjna rektoskopia identyfikacja źródła krwawienia doraźne postępowanie lecznicze	
krwawienie z jelita cienkiego angiografia, scyntygrafia, gdy wynik ujemny kolonoskopia, gdy wynik ujemny i nie ustaje krwotok leczenie operacyjne	krwawienie z jelita grubego rektoskopia z sigmoidoskopią, gdy wynik ujemny kolonoskopia i zatrzymanie endoskopowe krwawienia, gdy bez efektu leczenie operacyjne

prowadzi szybko do wstrząsu oligowolemicznego. Bardzo groźnym powikłaniem jest też rozwijająca się często śpiączka wątrobowa [9, 10, 14, 16, 18, 20, 26].

Około 20% wszystkich krwotoków z przewodu pokarmowego stanowią krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, tj. jelita cienkiego i grubego, manifestujące się stolcami smolistymi lub krwawymi, które mogą być groźne dla życia chorego [11, 21–23, 25].

Hematokryt jest uważany za miernik wykrwawienia, jednakże ulega zmianie dopiero po 10 godz. od chwili krwotoku. Natomiast szybkim

wskaźnikiem jest leukocytoza wzrastająca do 20–30 tys. w czasie krwotoku i szybko wracająca do normy po ustaniu krwawienia.

Reasumując, należy podkreślić, że w tak ciężkim stanie zagrażającym życiu chorego, jakim jest krwawienie z przewodu pokarmowego, konieczne jest natychmiastowe postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne oraz dokładna znajomość diagnostyki różnicowej, w celu jak najszybszego ustalenia źródła krwawienia i jego opanowania leczeniem zachowawczym. W tym celu konieczne jest działanie wysoko wyspecjalizowanego zespołu: internisty, chirurga i anestezjologa.

Tabela 15. Doraźne postępowanie lecznicze zachowawcze równoczesne z diagnostyką krwawienia

1. Leczenie wstrząsu oligowolemicznego i w tym celu założenie karty obserwacyjnej chorego (RR, tętno, hematokryt, objętość płynów podanych i wydalonych) (zacewnikowanie chorego)

Leczenie wstrząsu: krew lub płyny krwiozastępcze

W krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego:

1. Antagoniści, H₂ receptorów, Cymetydyna (co 4 godz. 200 mg i.v.), Ranitydyna (co 6–8 godz. 50 mg i.v.), Omeprazol, Lanzoprazol, Lanzol, Losec, Pantoprazol, Controloc i.v., tj. inhibitory pompy protonowej parenteralnie
2. Somatostatyna, Sandostatyna 0,3–1 Eq/kh/h 250 mg i.v. w ciągłym wlewie dożylnym lub Oktreotyd i.v. (50 µg/h)
3. Sekretyna
4. Mrożenie i oziębianie żołądka, tamponada żołądka i przełyku przy użyciu zgłębnika Blakemore'a-Senkstakena, usuwanie krwi z żołądka przez stałe odsysanie jego zawartości, przepłukiwanie oraz stosowanie doodbytniczych wlewków oczyszczających jelito grube z produktów rozpadu krwi (głównie w masywnym krwotoku z żyłaków przełyku)
5. Leki wspomagające – uspokajające, p/bólowe, wzmagające krzepliwość (np. Cyjanoakrylat) daje w 80–90% szybkie zahamowanie krwotoku

W razie nieustępowania krwawienia – leczenie operacyjne [2].

Tabela 16. Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (np. w *colitis ulcerosa*)

1. Leczenie wstrząsu
2. Leczenie ogólne: Salazopiryna: 3–4,0 mg/dobę
Encorton 20–60 mg/dobę (do rozważenia)
Antybiotyki – tylko w razie infekcji
Leki p/biegunkowe – Reasec, Imodium
3. Leczenie miejscowe: Salazopiryna w czopkach lub wlewkach doodbytniczych
4. Leki wspomagające

W razie nieustępowania krwawienia – leczenie operacyjne [15]

Piśmiennictwo

1. Audibert F., Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets) syndrome. *Am J Obst Gynecol* 1996; 175: 460–464.
2. Bitton A., Pippercorn MA, Antonioni DA. Clinic, biologic and histologic parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis. *Gastroenterol* 2001; 120: 13–20.
3. Cheney FK, Cheny SC, Suen BY. Prevention recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter* infections who are taking low-dose aspirin or naproxen. *N Eng J Med* 2001; 344: 967–973.
4. Farmer RG, Achkar E., Flasher B. *Clinical gastroenterology*. New York: Raven Press; 1983.
5. Gibiński K., Nowak A. *Endoskopia gastroenterologiczna*. Warszawa: PZWL; 1979.
6. Gibiński K., Nowakowska-Duwała E., Brzozowski R. (red.). *Choroby przewodu pokarmowego*. Warszawa: PZWL; 2000.
7. Hope RL, Chu G., Hope AH, Newcombe RG, Gillespie PE, Williams SJ. Comparison of three faecal occult blood tests in the detection of colorectal neoplasia. *Gut* 1996; 39: 722–725.
8. Hunt PS, McIntyre RL. Choice of emergency operative procedure for bleeding duodenal ulcer. *Br J Surg* 1990; 77: 1004–1011.
9. Kelly DA, Tuddenham EG. Haemostatic problems in liver disease. *Gut* 1986, 27: 339–349.
10. Knauer CM. Mallory-Weiss syndrome. *Gastroenterol* 1976; 71: 5–12.
11. Konturek S. (red.). *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 2001.
12. Levine SJ. (red. K. Bielecki). *Podjęmowanie decyzji w gastroenterologii*. D.W. Publishing Co., Cleveland, OH, USA, 1992.
13. Lieberman DA, Wiess DG. One time screening for colorectal cancer with combined faecal occult-blood testing and examination of the distal colon. *N Eng J Med* 2001; 345: 555–560.
14. Richter JM, Christensen MR, Colditz GA, Nishioka NS. Angiodysplasia. Natural history and efficacy of therapeutic interventions. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 1542–1549.
15. Rutgeerts PJ. Review article: the limitation of corticosteroid therapy in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 1515–1525.
16. Sanyal AJ, Purdunn III PP, Luletic VA. Bleeding gastro-esophageal varices. *Semin Liver Dis* 1993; 13: 328–342.
17. Sellah J., Katz G. Evaluation of bleeding disorders: a detailed history and laboratory tests provided clues. *Postg Med* 1998; 103: 209–218.

18. Sharara AI, Roehy DC. Gastroesophageal variceal hemorrhage. *N Eng J Med* 2001; 345: 669–681.
19. Spirt MJ (red. Zb. Knapik). *Stany naglące w chorobach przewodu pokarmowego*. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner; 2000.
20. Stanley AJ, Hayes PC. Portal hypertension and variceal haemorrhage. *Lancet* 1997; 350: 1235–1239.
21. Stokmes NH, Roskin JB. Diagnosis and management of diverticulitis disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3110–3121.
22. Travis SPL, Taylor RH, Misiewicz JJ. *Stany nagłe w gastroenterologii*. w: *Gastroenterologia praktyczna*. Bielsko-Biała: ∞-Medica Press; 2001.
23. Tytgat GNJ. *Gastrointestinal haemorrhage – Endoscopic diagnosis*. *Gastrinetstinal Endoscopy*. w: Salmon PR. (red.). *Advances in diagnosis and therapy*. London; 1984.
24. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterol* 1988; 94: 204–216.
25. Winower SJ, Zamber AG, Gesrer H. Risk of colorectal cancer in the familiar of patients with adenomatous polyps. *N Eng J Med* 1996; 334: 82–87.
26. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singli G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Eng J Med* 1999; 340: 1888–1899.

Adres Autorów:

Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Babińskiego
pl. 1 Maja 8
51-209 Wrocław

Korzystanie z badań endoskopowych przewodu pokarmowego przez lekarza rodzinnego – kiedy, który pacjent, czego oczekujemy od badania

Use of endoscopy for family doctors – when, which patient, what should we expect

JERZY BŁASZCZUK, MARTA STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA

Z Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Witold Knast

Streszczenie Podstawę rozpoznawania schorzeń przewodu pokarmowego obecnie stanowią badania endoskopowe. Do najczęściej zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości dotyczących przewodu pokarmowego należą: zgaga, pieczenie za mostkiem, bóle w nadbrzuchu, nudności, wymioty, wzdęcia, zaparcia, krew w stolcu, pieczenie i świąd odbytu. Ryzyko wykonania badania endoskopowego, nawet u pacjenta z towarzyszącymi schorzeniami, nie jest wysokie. Nowotwory przewodu pokarmowego stanowią ponad 20% wszystkich nowotworów złośliwych. Ponieważ wyłonienie grup podwyższonego ryzyka jest możliwe głównie na podstawie starannie zebranego wywiadu dotyczącego przeszłości chorobowej pacjenta oraz wywiadu rodzinnego, należy uznać, że profilaktyka przeciwnowotworowa znajdzie swoje właściwe miejsce w praktyce lekarzy rodzinnych. Zastosowanie u pacjentów z takich grup badań przesiewowych pozwoli wykryć nowotwory w okresie bezobjawowym. Przyniesie to zwiększenie liczby chorych leczonych we wczesnych stadiach choroby. Zmieni się nastawienie pacjentów, którzy obecnie rozpoznanie raka przyjmują za wyrok.

Słowa kluczowe: endoskopia, nowotwory przewodu pokarmowego, badania przesiewowe, wrzód trawienny, choroba refluksowa przełyku.

Summary Endoscopy is the main method of diagnosing gastrointestinal disorders. The most common complaints are: heartburn, pain in the upper abdomen, nausea, vomiting, meteorismus, constipation, blood in stool, aching and swelling of the anus. Risk of endoscopic examination even in patient with concomitant disorders is not high. Gastrointestinal tract malignancies constitute about 20 per cent of all malignant diseases. As identification of group of patients with increased risk of neoplastic disorder is possible by medical history gathering, it is obvious that anticancerous prophylactic will find its place in family practice. Screening of those patients will allow diagnosing the cancers in pre-symptomatic stage. This will result in increasing the number of patients treated in early stages of the disease. It will change patients attitude toward diagnosis of cancer which still is thought as a sentence of death.

Key words: endoscopy, gastrointestinal malignancies, screening, peptic ulcer, reflux oesophagitis.

Podstawę rozpoznawania schorzeń przewodu pokarmowego obecnie stanowią badania endoskopowe. Od ich właściwego zaplanowania i wykorzystania uzyskanych dzięki nim wyników zależy sukces w leczeniu chorych zgłaszających się do lekarza rodzinnego.

Do najczęściej zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego należą: zgaga, pieczenie za mostkiem, bóle w nadbrzuchu, nudności, wymioty, wzdęcia, zaparcia, krew w stolcu, pieczenie i świąd odbytu. Objawy te mogą występować w wielu różnych chorobach, i jakkolwiek są bardzo ważne, ponieważ ukierunkowują myślenie lekarza na konkret-

ne narządy i ich schorzenia, nie wystarczają do postawienia ostatecznego rozpoznania. Uzupełnieniem wniosków wysuniętych na podstawie rozmowy z chorym jest wykonanie odpowiednich badań diagnostycznych. Dokładnie zebrany wywiad pozwala lekarzowi na zawężenie kręgu koniecznych do postawienia rozpoznania badań.

Przed podjęciem decyzji o zleceniu wykonania konkretnego badania lekarz musi umieć sprecyzować pytania i wątpliwości, jakie badanie wykonać, aby uzyskać odpowiedź. Musi również zastanowić się, jak na planowaną terapię może wpłynąć uzyskany wynik. Jeżeli niezależnie od wyniku postępowanie lecznicze nie ulegnie zmia-

nie, to nie należy narażać chorego na, obciążone ryzykiem powikłań, badania inwazyjne [1].

Obecnie spośród najczęściej wykonywanych badań endoskopowych jest gastroscopia. Pozwala ona na wyjaśnienie tła wielu dolegliwości związanych ze schorzeniami górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wielu chorych zgłaszających się do lekarza rodzinnego skarży się na zgagę, pieczenie za mostkiem i inne dolegliwości sugerujące refluks żołądkowo-przełykowy. Jednakże nie każdy chory z wywiadem sugerującym refluksowe tło dolegliwości wymaga badania gastroscopowego. Do badania endoskopowego powinni być kierowani pacjenci, u których refluks ma charakter uporczywy, nie poddaje się leczeniu lub nawraca po jego zaprzestaniu. Endoskopię należy wykonać również u chorych z kilkuletnim przebiegiem choroby refluksowej w celu rozpoznania lub wykluczenia przełyku Barretta.

Pacjenta ze stwierdzonym przełykiem Barretta należy otoczyć ścisłą, okresową kontrolą. W przypadku niestwierdzenia zmian dysplastycznych powinno się zalecać endoskopię co 2–3 lata. Jeśli w badaniu histopatologicznym wycinków stwierdzono dysplazję małego stopnia, powinno się wykonać kontrolę endoskopową oraz histologiczną za 6 miesięcy. Jeśli w kolejnych 2–3 badaniach nie wystąpi powiększenie stopnia dysplazji, można kolejne badania wykonywać w odstępach rocznych [2].

Celem zwiększenia czułości biopsji wykonywanych u chorych z przełykiem Barretta należy korzystać z przyżyciowego barwienia błony śluzowej przełyku. Najczęściej stosowanymi środkami używanymi do barwienia śluzówki jest płyn Lugola lub błękit metylenowy. W Polsce częściej wykorzystywany jest płyn Lugola. Przy jego stosowaniu zabarwieniu na ciemnobrązowy kolor ulega prawidłowa błona wielowarstwowa płaska, stanowiąca normalnie warstwę pokrywającą przełyk. Nabłonek cylindryczny oraz zmiany dysplastyczne nie ulegają wybarwieniu i pozostają białoróżowe. Umożliwia to łatwą identyfikację miejsc, z których należy pobrać wycinki do badania mikroskopowego [3].

Nie ma zgody, jak postępować z chorym, u którego rozpoznano dysplazję wysokiego stopnia. Jedni autorzy uważają, że chory powinien być jak najszybciej zoperowany, podczas gdy inni zalecają częste (co 3 miesiące) wykonywanie badań histopatologicznych wycinków z przełyku, a operację dopiero po stwierdzeniu pojawienia się inwazyjnego ogniska raka [4].

Endoskopię należy bezwzględnie wykonać u pacjenta, u którego na podstawie wywiadu podejrzewamy możliwość wystąpienia raka przełyku. Takie podejrzenie nasuwa się wtedy, kiedy chory podaje utrudnienie w połykaniu pokarmów stałych, niezaplanowaną utratę masy ciała, uczucie zatrzymywania się pokarmów za mostkiem.

Chory z dolegliwościami sugerującymi chorobę wrzodową powinien mieć wykonane badanie endoskopowe. Tylko bowiem gastroscopia pozwala na pewne postawienie rozpoznania choroby wrzodowej wraz z jej lokalizacją. Co prawda dobrze zebrany wywiad daje podstawy do odróżnienia wrzodu w dwunastnicy od wrzodu żołądka, ale nie jest to pewne kryterium i chory z wrzodem żołądka może podawać w wywiadzie objawy „typowe” dla wrzodu dwunastnicy. Badanie endoskopowe w tym przypadku nie tylko rozstrzyga wątpliwości, ale pozwala na pobranie wycinków na obecność *Helicobacter pylori* lub do badania histopatologicznego.

Obecnie u chorego z wrzodem dwunastnicy nie jest wymagane pobieranie wycinków na CLO test, ponieważ u zdecydowanej większości chorych bakteria ta jest obecna i eradykacja jest zalecana rutynowo. Natomiast w przypadku kontroli wyników leczenia i skuteczności postępowania eradykacyjnego korzystne jest stosowanie endoskopii z pobraniem wycinków z części odzwiernikowej oraz trzonu żołądka na CLO test.

W przypadku chorego z wrzodem żołądka konieczne jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego w celu wykluczenia nowotworowego tła owrzodzenia. Technika pobrania wycinków zakłada pobranie tych wycinków na granicy między wrzodem a otoczeniem. Wycinki pobieramy z każdej ćwiartki owrzodzenia oraz z jego części centralnej. Następnie choremu zalecamy odpowiednie leczenie przeciwwrzdowe i informujemy o konieczności konsultacji po uzyskaniu wyniku badania mikroskopowego wycinków. Chorego należy uprzedzić o konieczności wykonania kontrolnej endoskopii za 4–6 tygodni. U większości pacjentów, leczonych nowoczesnymi lekami hamującymi wydzielanie kwasu solnego, badanie wykonane po takim czasie od początku leczenia nie wykaże czynnego owrzodzenia. Ale też jego celem nie jest tylko kontrola skuteczności leczenia, lecz ponowne pobranie, z miejsca po wygojonym wrzodzie, wycinków do badania histopatologicznego. Takie postępowanie ma na celu niedopuszczenie do przeoczenia wczesnego raka żołądka [5].

Nie należy się sugerować młodym wiekiem chorego z wrzodem żołądka, ponieważ nie jest to kryterium wykluczające obecność choroby nowotworowej. Wykonanie endoskopii u chorego z wrzodem żołądka bez pobrania wycinków do badania histopatologicznego należy traktować jako błąd w sztuce. Ryzyko wykonania badania endoskopowego, nawet u pacjenta z towarzyszącymi schorzeniami, nie jest wysokie [6].

Każdy chory zgłaszający się do lekarza ze skargami na krwiste wymioty powinien być skierowany na badanie endoskopowe w trybie pilnym. Tylko endoscopia pozwala na pewne usta-

lenie źródła krwawienia, w dużej części przypadków w trakcie diagnostycznego badania endoskopowego możliwe jest wykonanie zabiegów tamujących krwawienie. Nawet chory, u którego wywiad sugeruje pewne źródło krwawienia, powinien mieć wykonane badanie endoskopowe. Taką grupę chorych stanowią krwawiący z górnego odcinka przewodu pokarmowego chorzy z marskością wątroby i powstałymi na jej podłożu żyłakami przełyku. Ponad 40% z nich krwawi z innego źródła niż żyłaki i zastosowanie leczenia bez postawienia pewnego rozpoznania źródła krwawienia może prowadzić do poważnych komplikacji.

Pacjenci w starszym wieku zgłaszający się do lekarza ze skargami na cuchnący zapach z ust, uczucie zatrzymywania się pokarmów wysoko za mostkiem lub na szyi oraz utratę wagi powinni mieć przede wszystkim wykonane badanie radiologiczne przełyku. Objawy sugerują uchyłek gardłowo-przełykowy (Zenker) i w tym przypadku endoscopia nie wnosi dużo do rozpoznania, a może być nawet niebezpieczna dla chorego.

Kolejną dużą grupę pacjentów szukającą pomocy u lekarza rodzinnego stanowią pacjenci z dolegliwościami dotyczącymi dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Najczęściej zgłaszane dolegliwości to pieczenie i świąd odbytu oraz obecność krwi w stolcu. Z niezrozumiałych przyczyn manualne badanie okolicy odbytu jest zaniebawiane przez wielu lekarzy. Jest to proste i tanie badanie pozwalające na wizualną ocenę odbytu i postawienie rozpoznania dotyczących tej okolicy schorzeń. Rozpoznanie zmian zapalnych żyłaków odbytu lub szczeliny odbytu nie wymaga wykonania innych badań.

W przypadku krwawienia z odbytu należy wykonać przynajmniej badanie rektoskopowe. W zasięgu rektoskopu, około 30 cm, znajduje się cała odbytnica oraz, w sprzyjających okolicznościach, końcowy odcinek esicy. W związku z tym wszelkie zmiany chorobowe dotyczące odbytnicy mogą być rozpoznane dzięki temu prostemu i bezpiecznemu badaniu. Pozwala to na pewne rozpoznanie zmian zapalnych odbytnicy, żyłaków odbytu oraz ewentualnych przetok odbytniczych.

Również wrzodziejące zapalenie jelita grubego może być rozpoznane na podstawie rektoskopii. Tylko nadzór nad chorym z ciężką, nawracającą postacią tego schorzenia jelit wymaga stosowania bardziej zaawansowanych badań endoskopowych. Wykonuje się je w celu wykluczenia obecności, powstałego na skutek długotrwałego stanu zapalnego, raka jelita grubego. Należy przy tym pamiętać, że co prawda do charakterystycznego obrazu należy powstawanie licznych pseudopolipów, ale ryzyko rozwoju raka dotyczy całej zmienionej chorobowo błony

śluzowej, a nie – jak mylnie sądzą niektórzy – polipów. Polipy w *colitis ulcerosa* są polipami zapalnymi i nie mają charakteru gruczolaków.

Stwierdzenie obecności polipa w rektoskopii stanowi wskazanie do wykonania pełnej kolonoskopii i endoskopowego usunięcia wszelkich stwierdzanych w tym badaniu polipów. Tylko bowiem badanie histologiczne całego usuniętego polipa pozwala histologowi na pełne rozpoznanie charakteru zmian w polipie i wykluczenie lub potwierdzenie obecności inwazyjnego raka. Pacjenci po polipektomii, ze względu na zwiększone ryzyko powstania kolejnych zmian, powinni być poddani kontrolnym badaniom endoskopowym [7].

Rak jelita grubego stanowi drugi w Polsce co do częstości występowania nowotwór. Dla osiągnięcia lepszych wyników niezbędne jest wykrywanie przypadków wczesnego raka jelita grubego w badaniach przesiewowych wykonywanych u bezobjawowych pacjentów. Polski Komitet Zwalczania Raka zaleca przeprowadzanie populacyjnego badania przesiewowego u wszystkich osób po przekroczeniu 50. roku życia. Jako badanie podstawowe proponowane jest badanie kału na krew utajoną wykonywane raz do roku. Z tego względu do jednego z ważniejszych zadań lekarza rodzinnego należy zarówno oświata zdrowotna, jak i rekrutacja pacjentów powyżej 50. roku życia do badań przesiewowych [8]. Ta grupa pacjentów powinna raz do roku wykonywać badanie kału na krew utajoną. W przypadkach z dodatnim wynikiem należy wykonać badania endoskopowe w celu wykrycia przyczyny obecności krwi [9].

Nowotwory przewodu pokarmowego stanowią ponad 20% wszystkich nowotworów złośliwych. Najczęstszymi nowotworami przewodu pokarmowego są: rak przełyku, żołądka oraz jelita grubego. Wysoka częstość występowania nowotworów przewodu pokarmowego oraz znane schorzenia zwiększające ryzyko rozwoju nowotworu sprawiają, że jest możliwe, w określonych grupach, zastosowanie badań przesiewowych w celu wykrycia wczesnych zmian [10]. W badaniach mających na celu wczesne wykrycie nowotworów należy dążyć do zapewnienia współpracy między licznymi lekarzami różnych specjalności. W przeprowadzenie takiego programu powinni być zaangażowani lekarz rodzinny, genetycy, gastrologi i wielu innych [11].

Ostatnio w endoskopii pojawiło się nowe narzędzie ułatwiające diagnostykę wczesnych zmian na błonie śluzowej przewodu pokarmowego. Jest to endoskopowo indukowana fluorescencja żywej tkanki [12]. Pozwala ona na różnicowanie pomiędzy dysplazją wysokiego stopnia i rakiem, z jednej strony, a dysplazją niskiego stopnia i normalną błoną śluzową, z drugiej strony [13].

Ponieważ wyłonienie grup podwyższonego ryzyka jest możliwe głównie na podstawie starannie zebranego wywiadu dotyczącego przeszłości chorobowej pacjenta oraz wywiadu rodzinnego, należy uznać, że profilaktyka przeciwnowotworowa znajdzie swoje właściwe miejsce w praktyce lekarzy rodzinnych [14].

Takie postępowanie pozwoli na zwiększenie częstości wykrywania wczesnych nowotworów przewodu pokarmowego. Jest to najtańsza i najszybsza droga poprawy odległych wyników leczenia tych schorzeń. Najważniejszą rolę do odegrania ma w tej dziedzinie lekarz rodzinny, w którego rękach spoczywa możliwość identyfikacji grup podwyższonego ryzyka. Zastosowanie u pacjentów z takich grup badań przesiewowych pozwoli wykryć nowotwory w okresie bezobjawowym. Aby to osiągnąć, należy zmienić obecną praktykę stosowania badania endoskopowego u chorych z dolegliwościami na stosowanie go

u pacjentów zagrożonych ryzykiem rozwoju nowotworów [14]. Przyniesie to zwiększenie liczby chorych leczonych we wczesnych stadiach choroby. Zmieni się nastawienie pacjentów, którzy obecnie rozpoznania raka przyjmują za wyrok.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że lekarz rodzinny musi być świadom możliwości diagnostycznych i terapeutycznych współczesnej endoskopii przewodu pokarmowego. Przed podjęciem decyzji o celowości wykonania badania endoskopowego należy zebrać dokładny wywiad oraz określić pytania, na które chcemy uzyskać odpowiedź od wykonującego badanie endoskopisty. Lekarz musi znać przeciwwskazania do wykonania endoskopii, aby nie narażać pacjenta na niepotrzebne ryzyko. Właściwie zaplanowana współpraca z innymi specjalistami pozwoli lekarzowi rodzinemu na zapewnienie swoim pacjentom dobrej opieki, zmniejszając ich zagrożenie chorobami nowotworowymi przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo

1. Cappell MS, Iacovone FM Jr. Safety and efficacy of esophagogastroduodenoscopy after myocardial infarction. *Am J Med* 1999; 106: 29–35.
2. Błaszczuk J., Adamus A. Early oesophageal cancer. Does it exist? Why we cannot find it? *Acta Chir Hung* 1999; 38: 13–14.
3. Canto MI, Setrakian S., Willis J., Chak A., Petras R., Powe NR, Sivak MV Jr. Methylene blue-directed biopsies improve detection of intestinal metaplasia in Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 560–568.
4. Błaszczuk J., Nienartowicz M., Czapl L., Adamus A., Woźniak S. Oesophageal cancer detecting – the role of endoscopy. *Polish Surg* 2000; 2 (suppl. 1): 27–29.
5. Wayman J., Hayes N., Raimes SA, Griffin SM. Prescription of proton pump inhibitors before endoscopy. A potential cause of missed diagnosis of early gastric cancers. *Arch Fam Med* 2000; 9: 385–388.
6. Cappell MS. Gastrointestinal endoscopy in high-risk patients. *Dig Dis* 1996; 14: 228–244.
7. Richter P., Szura M., Matyja A., Legutko J., Osuch C., Nowak K. Wyniki endoskopowej diagnostyki i leczenia polipów jelita grubego – 17-letnie prospektywne obserwacje. *Acta Endosc Pol* 1998; 8: 33–39.
8. Karner-Hanusch J., Mittlböck M., Fillipitsch T., Herbst F. Family history as a marker of risk for colorectal cancer: Austrian experience. *World J Surg* 1997; 21: 205–209.
9. Popiela T. Współczesny algorytm diagnostyczno-terapeutyczny w raku jelita grubego. *Acta Endosc Pol* 1998; 8: 73–75.
10. Błaszczuk J., Klonowski K., Adamus A. Wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego. *Pol Med Rodz* 2000; 2: 33–36.
11. Elsas LJ 2nd, Trepanier A. Cancer genetics in primary care. When is genetic screening an option and when is it the standard of care? *Postgrad Med* 2000; 107: 191–194.
12. Da Costa RS, Wilson BC, Marcon NE. Light-induced fluorescence endoscopy of the gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2000; 10: 37–69.
13. Abe S., Izuishi K., Tajiri H., Kinoshita T., Matsuoka T. Correlation of *in vitro* autofluorescence endoscopy images with histopathologic findings in stomach cancer. *Endoscopy* 2000; 32: 281–286.
14. Błaszczuk J., Nienartowicz M., Adamus A. Rola lekarza rodzinnego we wczesnym wykrywaniu nowotworów przewodu pokarmowego. *Pol Med Rodz* 2000; 2: 304–307.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego
AM we Wrocławiu
ul. Traugutta 57/59
50-417 Wrocław

Chlamydia trachomatis – znaczenie w klinice infekcji dróg moczowych

Chlamydia trachomatis – the meaning in urinary infections

ANDRZEJ STECIWKO, IWONA PIROGOWICZ, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Zakażenia dróg moczowych to bardzo częsty problem diagnostyczno-terapeutyczny w pracy lekarza rodzinnego. Jak dowodzą badania i praktyka, etiologia chlamydiowa stanów zapalnych układu moczowego musi być coraz częściej rozważana, szczególnie dlatego, że wymaga ukierunkowanego leczenia i profilaktyki. Lekarz pierwszego kontaktu musi wykazać wiedzę w tym kierunku, szczególnie, że ewentualne powikłania są poważne i często nieodwracalne w następstwach.

Słowa kluczowe: zakażenia układu moczowego, etiologia, *Chlamydia trachomatis*, diagnostyka.

Summary Urinary infections are very often problems in family doctor's practice. General practitioner and family doctor should know, how to detect and treat these infections, including *Chlamydia trachomatis* infections, because complications are often very serious.

Key words: urinary infections, aetiology, *Chlamydia trachomatis*, diagnostics.

Zakażenie układu moczowego (ZUM) po infekcjach układu oddechowego jest najczęstszym problemem diagnostycznym i terapeutycznym w praktyce lekarza rodzinnego. ZUM występuje w każdym przedziale wiekowym, najczęściej u kobiet, z wyjątkiem okresu niemowlęcego, kiedy zakażenia tego układu dominują u chłopców. ZUM prawie zawsze ma charakter infekcji wstępującej – 95%, a tylko 5% to zakażenia krwiopochodne. Badania epidemiologiczne i statystyczne wskazują, że częstość ZUM wzrasta wraz z wiekiem. Około 80% infekcji ma klinicznie ostry przebieg, ale najtrudniejsze w diagnostyce i terapii są ZUM o przebiegu nawracającym lub bezobjawowym.

Sytuacja epidemiologiczna ZUM objawowych, jak i bezobjawowych ulega stałym zmianom w zależności od populacji, warunków społecznych i statusu ekonomicznego, środowiska i świadomości zdrowotnej. Zasadniczy wpływ na ten stan mają także zachowania seksualne.

Większość ZUM wywoływana jest pałeczkami jelitowymi – *Enterobacteriaceae*. U ponad 80% pacjentów w hodowlach moczu identyfikuje się *Escherichia coli*, rzadziej *Pseudomonas mirabilis*, który szczególnie często stwierdzany jest u chorych z kamicą dróg moczowych. Pałeczki z gatunku *Klebsiella pneumoniae* wraz z *Escherichia coli* dominują w ZUM u niemowląt i dzieci

młodszych. Inne gatunki z rodziny *Enterobacteriaceae* i rodzaju *Pseudomonas* oraz paciorkowce kałowe – *Enterococcus* spp. występują częściej w zakażeniach nawracających i szpitalnych.

W postępowaniu diagnostycznym zasadnicze znaczenie mają badania mikrobiologiczne wymazów z cewki, pochwy i szyjki macicy, hodowle z moczu, szczególnie pobranego cewnikiem, oraz ustalenie czynników predysponujących do ZUM. Należą do nich: cukrzyca, ciąża, wady układu moczowego, przerost prostaty, menopauza, kamica dróg moczowych, zaniedbania higieniczne, aktywność i zachowania seksualne.

Badania i statystyki ostatnich lat pozwalają na coraz częstsze rozpatrywanie *Chlamydia trachomatis* jako czynnika etiologicznego ZUM. Chlamydie to najmniejsze organizmy prokariotyczne, taksonomicznie zakwalifikowane do bakterii, rozmnażające się wyłącznie wewnątrzkomórkowo. *Chlamydia trachomatis* wywołuje schorzenia, które często przebiegają bezobjawowo i mają niespecyficzny charakter kliniczny. Nastręcza to wiele trudności diagnostycznych, chociaż obecne możliwości laboratoryjne pozwalają na identyfikację antygeny bakteryjnego, jak i swoistych przeciwciał, jakie powstają w trakcie zakażenia. Infekcja daje często poważne powikłania, szczególnie dotyczące układu rodnego – niepłodność u obu

Tabela 1. Czynniki etiologiczne chorób przenoszonych drogą płciową, w tym ZDM	
Choroba	Czynnik infekcyjny
Kiła Rzeżączka Nieswoiste zapalenie dróg moczowych	<i>Treponema pallidum</i> spp. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> serotyp D-K <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Ureoplasma urealyticum</i>
Rzęsistkowica Kandydiaza Brodawki narządów rodnych Opryszczka narządów rodnych AIDS Wirusowe zapalenie wątroby	<i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Candida albicans</i> <i>Papillomavirus</i> <i>Herpes simplex virus typ 1 i 2</i> <i>Human immunodeficiency virus HIV</i> <i>Hepatitis virus C HVC</i> <i>Hepatitis virus B HVB</i>

płci, przedwczesne porody czy przewlekłe bóle w obrębie miednicy małej [5–7].

Szczególnie duże rozpowszechnienie zakażenia *Chlamydia trachomatis* wynika z:

- dużej zakaźności,
- długiego okresu przetrwania bakterii w komórkach gospodarza,
- bezobjawowego przebiegu zakażenia,
- braku właściwego postępowania epidemiologicznego,
- niewielkiej dostępności metod diagnostycznych w porównaniu z metodami identyfikacji innych patogenów.

Statystyki sugerują, że najczęściej ZUM wywołane przez *Chlamydia trachomatis* występuje w Rumunii, a najrzadziej w Grecji i Szwecji.

Zakażenie *Chlamydia trachomatis* przenoszone jest drogą płciową, a bakterie wykazują tropizm do komórek nabłonka cylindrycznego układu moczowo-płciowego [8]. Komórki te są zakażane formą rozwojową określaną jako ciało elementarne i stanowią miejsce namnażania – powstaje ciało siateczkowe wymagające bezwzględnego bytowania wewnątrzkomórkowego. Po ukończeniu namnażania uwalniane są z ciała wtrętowego – kolejnej formy rozwojowej na drodze pęknięcia komórki, zakaźne for-

my bakterii – ciała elementarne. Cykl trwa 72 godziny.

Zakażenie *Chlamydia trachomatis* w większości przypadków u kobiet przebiega bezobjawowo. Mikroorganizm zasiedlając poszczególne odcinki dróg rodnych i układu moczowego może dawać:

- zespół objawów ze strony cewki moczowej,
- zapalenie szyjki macicy,
- zapalenie gruczołów Bartholina,
- zapalenie endometrium,
- zapalenie jajowodów,
- zapalenie narządów miednicy mniejszej,
- zespół Fitz-Hugh-Curtisa (zapalenie tkanki okołowątrobowej i przydatków).

U mężczyzn można zaobserwować objawy zakażenia przejawiające się jako:

- zapalenie cewki moczowej,
- zapalenie najądrzy,
- zapalenie odbytu,
- zespół Reitera.

Zakażenie u dzieci wywołane tą bakterią, a nabyte w czasie porodu z kanału rodowego, może ujawnić się w pierwszych tygodniach życia noworodka lub nawet w 3–4 lata później przy sprzyjających do tego okolicznościach klinicznych [2].

Obserwuje się:

- zapalenie płuc o charakterze śródmiąższowym,
- zapalenie spojówek,
- zapalenie gardła oraz przewodu pokarmowego.

W latach siedemdziesiątych nastąpił gwałtowny wzrost zakażeń *Chlamydia trachomatis* w świecie. W niektórych krajach odnotowano 10-krotnie częstsze występowanie chlamydiozy niż rzeżączki [9]. Obserwacje te pozwoliły na określenie grupy szczególnego ryzyka zakażenia, są to kobiety w wieku 15–24 lat, u których nosicielstwo tych bakterii w drogach rodnych jest bezpośrednią przyczyną zakażeń okołoporodowych [10, 11]. W niektórych krajach istnieją już

Tabela 2. Częstość występowania *Chlamydia trachomatis* w różnych regionach świata (Lubos, 2000)

Kraj	% zakażonych
Szwecja	6–8
Grecja	7
Francja	11
Chiny	13
Izrael	34
Rumunia	35
POLSKA	?

Tabela 3. Częstość występowania *Chlamydia trachomatis* w różnych regionach Polski (Pawlik, 2000)

Miasto	Materiał	% zakażonych	Autor
Kraków	szyjka macicy	14,3	Szostek, 1993
Poznań	szyjka macicy	0,5–2,0	Słomko, 1994
Wrocław	szyjka macicy	27,0	Elias, 1995
Wrocław	mocz	18,1	Choroszy-Król, 1996
Wrocław	cewka moczowa	8,9–27,5	Choroszy-Król, 1996
Lublin	spojówki	24,2	Szymulska, 1995

określone standardy postępowania – wymagające przy rozpoznaniu ciąży pobierania wymazu w kierunku *Chlamydia trachomatis*, który obligatoryjnie musi być powtórnie wykonany przed porodem. Takie postępowanie należy do kompetencji lekarza rodzinnego w Norwegii.

Zapobieganie infekcji *Chlamydia trachomatis* wiąże się z edukacją seksualną szczególnie w grupach ryzyka, planowaniem rodziny i badaniami prenatalnymi (III trymestr ciąży), weryfikacją zachowań seksualnych oraz leczeniem stanów klinicznych predysponujących do ZUM.

Do wykrywania zakażeń *Chlamydia trachomatis* wykorzystuje się testy mikrobiologiczne i serologiczne [12]. Są to:

1. Hodowla na komórkach McCoy
 - test referencyjny – wykrywanie ciałek wtrętowych Chlamydii w zakażonych komórkach hodowli tkankowej.
2. Metody immunofluorescencyjne

- Micro Trak, Chlamyset – znakowane przeciwciała monoklonalne wykrywane w mikroskopie fluorescencyjnym.

3. Testy immunoenzymatyczne
 - Chlamydiazyme, Chlamyset Antibody EIA, Imx Select Chlamydia – reakcje antygen–przeciwciało z użyciem enzymów indykatorowych.
4. Techniki genetyczne
 - analiza, hybrydyzacja i specyficzna amplifikacja DNA i rRNA.

W leczeniu stosuje się tetracykliny lub erytromycynę i jej pochodne. Terapia jest długotrwała – obejmuje 14–21 dni podawania antybiotyku [13]. Badanie kontrolne powinno być wykonane około 10 dnia od ukończenia leczenia. W razie ponownego stwierdzenia obecności bakterii kurację należy powtórzyć. Istnieje prawdopodobieństwo nosicielstwa nawet po właściwym postępowaniu terapeutycznym.

Piśmiennictwo

1. Galar A. Zakażenia układu moczowego u dzieci ze szczególnym uwzględnieniem *Chlamydia trachomatis* jako czynnika etiologicznego. Praca doktorska, Wrocław 1990.
2. Magott M., Choroszy-Król I., Czyż W., Szewczyk Z.: Zakażenia *Chlamydia trachomatis* układu moczopłciowego we własnej obserwacji klinicznej. *Przegl Lek* 1992; 5:141–144.
3. Stokes T. Screening for Chlamydia in general practice: a literature review and summary of the evidence. *J Public Health Med* 1997 Jun; 19(2): 222–232.
4. Laskus T., Ślusarczyk J. Zakażenia chlamydiami u ludzi. *Pol Arch Med Wewn* 1991; 85:245–255.
5. Błaszczak G., Barłowska Z., Lubera K., Rzeszutek K. *Chlamydia trachomatis* w zagrażających porodach przedwczesnych. *Pol Merk Lek* 1997; III, 17.
6. Choroszy-Król I. *Badanie częstości zakażeń Chlamydia trachomatis w stanach zapalnych cewki i szyjki macicy w środowisku wrocławskim*. Praca doktorska, Wrocław 1987.
7. Chrzanowski S., Laskowska B. Czynniki infekcyjne w niepłodności małżeńskiej. *Gin Pol* 1994; Supl. 2: 992–995.
8. Choroszy-Król I., Galar A., Ruczkowska J., Morawska Z. Występowanie *Chlamydia trachomatis* w komórkach nabłonka cewki moczowej u dzieci. *Ped Pol* 1996; 71(2): 127–129.
9. Oh MK, Cloud GA, Fleenor M., Sturdevant MS, Nesmith JD, Feinstein RA. Risk for gonococcal and chlamydial cervicitis in adolescent females: incidence and recurrence in a prospective cohort study. *Adolesc Health* 1996 Apr; 18(4): 270–275.
10. Bavastrelli M., Midulla M., Rossi D., Salzano M., Calzolari E., Midulla C., Sanguigni S., Torre A., Giardini O. Sexually active adolescents and young adults: a high-risk group for *Chlamydia trachomatis* infection. *J Travel Med* 1998 Jun; 5(2): 57–60.
11. Deák J., Nagy E., Veréb I., Mészáros G., Kovács L., Nyári T., Berbik I. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection in a low-risk population in Hungary. *Sex Transm Dis* 1997 Oct; 24(9): 538–542.
12. Choroszy-Król I., Ruczkowska J. *Laboratoryjna diagnostyka chlamydióz*. AM Wrocław 1999.
13. Steciwko A. *Zasady leczenia zakażeń układu moczowego*. w: *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*. T. 1, Wrocław: Wyd. Continuo; 1997: 25–29.

Adres Autorów:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Badania w kierunku *Chlamydia trachomatis* w populacji ludzi w podeszłym wieku

Chlamydia trachomatis in population of elderly people

ANDRZEJ STECIWKO¹, TOMASZ CHMIELEWSKI¹, EDYTA KUŹMIŃSKA¹, IWONA PIROGOWICZ¹, IRENA CHOROSZY-KRÓL², DOROTA TERYKS-WOŁYNIĘC², DONATA KURPAS¹

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

² Z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska

Streszczenie Współczesne metody diagnostyczne stwarzają duże możliwości rozpoznawania zakażeń dróg moczowych wywołanych przez *Chlamydia trachomatis*. Infekcja tą bakterią może być przyczyną rozmaitych powikłań, takich jak: poronienia, niepłodność, zapalenie spojówek, zapalenie płuc szczególnie u noworodków i niemowląt, zapalenie tkanki okołowątrobowej z zapaleniem przydatków. Podjęte badania miały na celu wykazanie znaczenia klinicznego zakażenia tym patogenem w populacji osób w podeszłym wieku. Wyniki badań wskazują na małe znaczenie kliniczne infekcji *Chlamydia trachomatis* w tej grupie wiekowej.

Słowa kluczowe: *Chlamydia trachomatis*.

Summary *Chlamydia trachomatis* urinary infection in population of older people contemporary possibilities of diagnosis allowed stating very often urinary infections cause by *Chlamydia trachomatis*. This infection brings also various complications – miscarriage, infertility, conjunctivitis, pneumonia especially in newborns and infants, as well as prehepatic tissue inflammation with salpingitis. The investigations have been taken in order to show the clinical significance of this infection in population of older people. The results indicate little clinical importance of *Chlamydia trachomatis* infections in this age group.

Key words: *Chlamydia trachomatis*.

Wstęp

Chlamydia trachomatis jest wewnątrzkomórkowym organizmem taksonomicznie zakwalifikowanym do bakterii. Nie posiada własnego układu enzymatycznego do syntezy wiązań wysokoenergetycznych, czego efektem jest niemożność syntetyzowania kwasu adenosynotryjfosforowego. Bakterie te występują w dwóch formach rozwojowych określanych jako ciało elementarne EB (elementary body) i ciało siateczkowe ER (reticulate body). Forma EB jest postacią zakaźną i pozwalającą na przebywanie poza komórkami żywiciela. Drugą formą jest niezakaźne RB, wymagające bezwzględnego bytowania wewnątrzkomórkowego. W tej postaci RB *Chlamydia* może namnażać się w komórce żywiciela, obserwuje się wówczas powstawanie ciała wtrętowego – IB (inclusion body). Wypełniony ciałkami elementarnymi wtręt cytoplazmatyczny ulega pęknięciu i uwalnia EB, które mogą zakażać zdrowe

komórki. Pełny cykl rozwojowy trwa około 72 godzin.

Na podstawie różnic antygenowych MOMP (major outer membrane protein) wyróżnia się 18 serotypów *Chlamydia trachomatis* o zróżnicowanej patogenności:

- wywołujących jaglicę (A, B, Ba, C),
- odpowiedzialnych za zapalenie dolnych odcinków dróg moczowo-płciowych i powikłania, takie jak: zapalenie spojówek, zapalenie płuc u noworodków (D, Da, E, F, G, H, I, Ia, J, K),
- powodujących ziarnicę weneryczną (L1, L2, L2a, L3).

Zakażenie *Chlamydia trachomatis*, zwłaszcza szczepami okulo-genitalnymi, może szerzyć się drogą kontaktów płciowych w wyniku autoinfekcji i jako zakażenie okołoporodowe [1, 2].

Szczególnie duże rozpowszechnienie zakażenia chlamydiami wiąże się:

- z dużą zakaźnością patogenu,

- długim okresem przetrwania w komórkach gospodarza w postaci EB (nawet do 8 lat),
- wywoływaniem objawów klinicznych o niewielkim nasileniu lub zakażeniem bezobjawowym,
- brakiem właściwego postępowania epidemiologicznego (z partnerami),
- niewielką dostępnością metod diagnostycznych w porównaniu z metodami identyfikacji innych patogenów.

W praktyce diagnostycznej wykorzystywane są następujące materiały:

- wymaz z cewki moczowej,
- wymaz z szyjki macicy,
- wymaz z odbytu,
- mocz,
- kał,
- surowica krwi.

Do wykrywania zakażeń *Chlamydia trachomatis* wykorzystuje się testy diagnostyczne identyfikujące sam antygen – DNA, rRNA lub swoiste przeciwciała [3–7].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie częstości zakażeń chlamydiami dróg moczowych w populacji ludzi w podeszłym wieku przy wykorzystaniu oznaczeń serologicznych i na podstawie wymazów z cewki moczowej. Poszukiwano więc obecności patogenu, jak i serologicznego odzwierciedlenia ewentualnego zakażenia.

Materiał

Badaniami objęto 175 osób w wieku powyżej 65 lat (65–98 r.ż.). Wśród badanych było 77 kobiet i 98 mężczyzn. Wszyscy byli pensjonariuszami Domu Pomocy Społecznej we Wrocławiu.

Metody

- I etap prowadzonych badań składał się z:
- wypełnienia ankiety (dotyczącej przeszłości chorobowej, ze szczególnym uwzględnieniem symptomatologii z układu moczowo-płciowego, aktualnie występujących objawów dyzurycznych, warunków sanitarnych i higienicznych oraz aktywności seksualnej);
 - wykonania badania ogólnego moczu przy użyciu aparatu Clinitek firmy Bayer;
 - badania fizykalnego przeprowadzonego według kwestionariusza opartego na szpitalnej historii choroby dostosowanej do potrzeb Domu Pomocy Społecznej.

Obecność dolegliwości dyzurycznych, stwierdzenie leukocyturii oraz zmian w badaniu fizykalnym sugerujących patologię w układzie moczowo-płciowym pozwalały na zakwalifikowanie pacjentów do II etapu badania.

II etap prowadzonych badań opierał się na oznaczaniu w surowicy krwi przeciwciał skierowanych wobec *Chlamydia trachomatis* w klasie IgG i IgA. Używano do tego celu testu IPAzyme Chlamydia firmy Savyon Diagnostic. Wyniki interpretowano jako dodatnie, wątpliwe lub ujemne zgodnie ze wskazówkami producenta odczynników. Oznaczenia wykonywano w Medycznym Centrum Laboratoryjnym „Diagnostyka” we Wrocławiu.

III etap badań obejmował chorych, u których stwierdzono obecność przeciwciał badaniem serologicznym. W tej grupie wykonywano wymaz z cewki moczowej celem wykrycia antygenów *Chlamydia trachomatis* przy użyciu metody IMx Select Chlamydia firmy Abbot. Oznaczenia przeprowadzono w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu w Pracowni Naukowej Chlamydzioz.

Wyniki i ich omówienie

W I etapie badań wyłoniono grupę 102 pacjentów spełniających kryteria kwalifikacyjne do II etapu badań: 47 kobiet i 55 mężczyzn.

W tej grupie stwierdzono:

- objawy dyzuryczne u 70 osób – 68,6%,
- leukocyturie u 63 pacjentów – 61,8%,
- odchylenia w badaniu fizykalnym mogące sugerować patologię w układzie moczowo-płciowym u 17 osób – 16,6%.

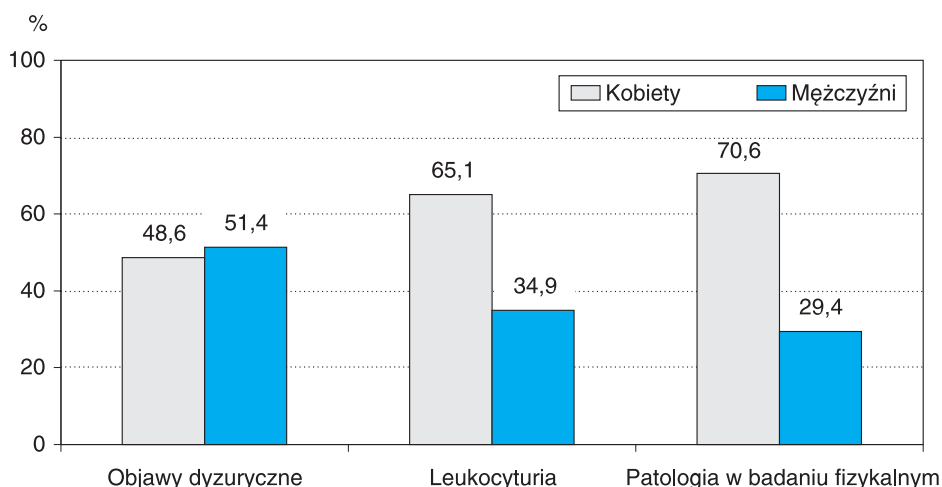
Objawy dyzuryczne występowały z podobną częstotliwością u obu płci. Różnice stwierdzano w przypadku pozostałych dwóch badań. Leukocyturia występowała dwa razy częściej u kobiet – stwierdzono ją u 41 pacjentek (65,1%) i 22 pacjentów (34,9%) (ryc. 1, tab. 1).

Odchylenia w badaniu fizykalnym wykazano u 12 kobiet i 5 mężczyzn.

W II etapie badań oznaczono przeciwciała skierowane przeciw *Chlamydia trachomatis* i uzyskano 35 wyników dodatnich, 35 wątpliwych i 32 ujemne.

W grupie pacjentów z dodatnimi badaniami serologicznymi (sugestia aktywnej infekcji) znajdowało się 21 kobiet oraz 14 mężczyzn. Wyniki wątpliwe stwierdzono u 17 kobiet i 18 mężczyzn. Wynik ujemny wykazano u 9 kobiet i 23 mężczyzn (tab. 2).

W III etapie badań, spośród 70 pacjentów z dodatnim i wątpliwym wynikiem oznaczeń serologicznych, w żadnym z wykonanych wymazów nie stwierdzono obecności antygenów *Chlamydia trachomatis*. Pozwalało to na wykluczenie aktywnego zakażenia w badanej grupie.



Ryc. 1

Tabela 1. Wyniki I etapu badań

	K	M	Razem (%)
Objawy dyzuryczne	34	36	70 (68,6)
Leukocyturia	41	22	63 (61,8)
Patologia w badaniu fizykalnym	12	5	17 (16,6)

Tabela 2. Wyniki II etapu badań

	K	M	Razem (%)
Wynik serologiczny dodatni	21	14	35 (34,3)
Wynik serologiczny wątpliwy	17	18	35 (34,3)
Wynik serologiczny ujemny	9	23	32 (31,4)

Pomimo wzrastającej liczby zakażeń *Chlamydia trachomatis* w grupie aktywnych seksualnie partnerów i często bezobjawowego przebiegu infekcji wydaje się, że ta bakteria nie stanowi w przebadanej populacji ludzi w podeszłym wieku istotnie częstego czynnika etiologicznego. Sytuację tę można wiązać z nabyciem odporności na zakażenie we wcześniejszym okresie życia – za czym może przemawiać obecność zidentyfikowanych przeciwciał w badaniu serologicznym, jak i z obniżeniem aktywności hormonalnej rzutującej na metabolizm nabłonka narządów moczowo-płciowych, a także obniżeniem libido [8]. Jednak konieczne jest rozważenie w przypadku interpretacji obecności przeciwciał możliwości wystąpienia fałszywie dodatnich wyników, będących konsekwencją kontaminacji pobranych próbek bakteriami o wspólnych cechach antygenowych LPS.

Istnieją także dane w piśmiennictwie, które wiążą syntezę tych przeciwciał z przebiegiem

przewlekłych chorób układu kostno-stawowego [10].

Badanie przeprowadzono w grupie ludzi w podeszłym wieku o specyficznych uwarunkowaniach bytowych – mieszkańcach domu pomocy społecznej, co z pewnością rzutuje na uwarunkowania higieniczne, międzyludzkie i epidemiologiczne. Stanowi to przesłanie do przeprowadzenia badań w tej samej grupie wiekowej ludzi prowadzących samowystarczalny tryb życia.

Należy zaznaczyć, że pacjenci z objawami klinicznymi byli nadal diagnozowani – wykonano u nich posiewy moczu i włączano terapię zgodną z antybiogramem.

Wnioski

1. Stwierdzanie dodatnich lub wątpliwych wyników badań serologicznych (przy ujemnych wynikach na obecność antygenów *Chlamydia trachomatis*) można wiązać z wcześniej nabytą odpornością lub ewentualnie fałszywie dodatnim wynikiem wskutek kontaminacji pobranych próbek bakteriami o wspólnych cechach antygenowych.
2. Wydaje się, że ocena stężenia przeciwciał nie jest wyznacznikiem aktywnego zakażenia i konieczne jest badanie identyfikujące obecność antygenów w komórkach nabłonka cylindrycznego układu moczowo-płciowego.
3. Zakażenie *Chlamydia trachomatis* nie stanowi istotnego klinicznie problemu w populacji osób w podeszłym wieku, co warunkuje ukierunkowanie diagnostyki zakażeń dróg moczowych w tej populacji na inne patogeny.
4. Często stwierdzana leukocyturia, jak i obecność objawów dyzurycznych wymaga wprowadzenia szerokiej diagnostyki: metabolicznej, hormonalnej i infekcyjnej.

Piśmiennictwo

1. Postema E., Remeijer L., van der Meijden WI. Epidemiology of genital chlamydial infections in patients with chlamydial conjunctivitis; a retrospective study. *Genitourin Med* 1996; 72(3): 203–205.
2. Eilas M., Choroszy-Król I., Ruczkowska J., Byczyńska B., Stankiewicz M. *Chlamydia trachomatis* i flora współistniejąca w wewnętrznych narządach płciowych kobiet bez klinicznych objawów zapalnych. *Gin Pol* 1996; 37(5): 264–269.
3. Steciwko A., Lubos K., Murawa A. *Chlamydia trachomatis* – epidemiologia, przegląd chorób, diagnostyka i leczenie. *Pol Med Rodz* 2000; 4(2): 495–502.
4. Black CM. Current methods of laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. *Clin Microbiol Rev* 1997; 10(1): 160–184.
5. Choroszy-Król I., Ruczkowska J. IMx Select Chlamydia vs Chlamyset w diagnostyce *Chlamydia trachomatis*. *Diagn Lab* 1998; 34: 291–296.
6. Dieterle S., Mahony JB, Luinstra KE, Stibbe W. Chlamydial immunoglobulin IgG and IgA antibodies in serum and semen are not associated with the presence of *Chlamydia trachomatis* DNA or rRNA in semen from male partners of infertile couples. *Hum Reprod* 1995 FCP, 10(2): 315–319.
7. Kazanowska W., Zdrodowska-Stefanow B., Kuczyńska K. Wykrywalność badaniami bezpośrednimi i serologicznymi zakażeń *Chlamydia trachomatis* szyjki macicy kobiet. *Med Dośw Mikrobiol* 1993; 45: 349–355.
8. Rivierre P., Dauphin L., Lemonier JY. Reac., Chavanne D., Gauvain JB. Urinary infection in geriatric short stay: value of urinary strips. *Rev Med Interne* 1997; 18(190): 765–768.
9. Selibórska Z., Dajek Z., Więcko-Jankowska E. Fałszywe rozpoznanie zakażeń *Chlamydia trachomatis* u dzieci jako rezultat nieprzestrzegania zaleceń stosowania testu immunoenzymatycznego Chlamydiazyme. *Diagn Lab* 1995; 31: 195–202.
10. Bas S., Vicher TL. *Chlamydia trachomatis* antibody detection and diagnosis of reactive arthritis. *Br J Rheumatol* 1998; 37(10): 1054–1059.

Adres I Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych

Patient satisfaction at services provided by the family doctors

DONATA KURPAS^{1,2}, ANDRZEJ STECIWKO¹, KATARZYNA OLSZEWSKA²

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Z Praktyki Lekarza Rodzinnego afiliowanej przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Satysfakcja pacjentów jest coraz częściej rozważana jako jeden z ważniejszych czynników w pomiarze jakości opieki zdrowotnej. Problem satysfakcji pacjentów lekarzy rodzinnych jest dobrze znany badaczom europejskim, jednak prace dotyczące tego zagadnienia są w Polsce nieliczne. Kwestionariusz EUROPEP został przetłumaczony na język angielski. W badaniach wzięli udział pacjenci modelowej praktyki lekarza rodzinnego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ostatecznie 127 pacjentów wypełniło kwestionariusz. 71% respondentów oceniło opiekę jako dobrą. Wyniki pokazały zagadnienia, które wymagają poprawy jakości, takie jak zmiany organizacyjne prowadzące do skrócenia czasu oczekiwania w poczekalni oraz konieczność większego nacisku na umiejętność komunikacji z pacjentem.

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjenta, opieka podstawowa, jakość opieki medycznej.

Summary The patient satisfaction is increasingly considered to be one of the most important factors in the measurement of quality of medical care. The importance of GP patients' satisfaction problem is well known to European researchers but the studies regarding this aspect are rare in Poland. The EUROPEP questionnaire was translated into Polish. Patients from the model GP practice in Wrocław Medical Academy participated in the study. Finally 127 patients filled in the questionnaires.

On average 71% of respondents rated the received level of care as good. The results showed areas needed for quality improvement: organizational changes to shorten the waiting time in the waiting room and greater emphasis on the communication skills.

Key words: patient satisfaction, primary care, quality of medical care.

Satysfakcja pacjenta rozpatrywana jest jako jedna ze składowych jakości opieki medycznej oraz główny czynnik warunkujący przestrzeganie zaleceń lekarza, prowadzący do lepszych efektów klinicznych samej opieki zdrowotnej [1–4].

Niewątpliwą wagę przywiązuje się do poziomu satysfakcji w krajach anglosaskich oraz USA. Wskazują na to chociażby liczne kwestionariusze, będące standaryzowanymi narzędziami, służącymi do jej oceny [5–7]:

- Patient Request Form – opracowany przez S. Williams z Department of General Practice and Primary Care, London University,
- Medical Interview Satisfaction Scale – opracowany przez S. Williams z Department of General Practice and Primary Care, London University,
- Quality Assurance Program Questionnaire of the Columbia Medical Plan, USA,
- Messer Associates' Hypothetical Time Attitude

Questionnaire of the National Institute of Mental Health, USA,

- Messer Associates' Hypothetical Questionnaire for Retrospective User Satisfaction of the National Institute of Mental Health, USA,
- Questionnaire for Patients' of the American Society of Internal Medicine,
- Family Practice Clinic – Patient Satisfaction Questionnaire of the University of Oregon, USA.

W Polsce uznaje się za istotne oczekiwania pacjentów i związaną z ich realizacją satysfakcję z otrzymanych usług w opiece podstawowej, jednak badania dotyczące czynników wpływających na jej osiągnięcie są nadal rzadko podejmowane.

Trudność oceny samego zjawiska satysfakcji pacjenta wynika z wielowymiarowości czynników prowadzących do jego osiągnięcia, nasilanej przez stale kształtującą się opiekę zdrowotną w naszym kraju.

Utrudnienia obiektywnej oceny stopnia satysfakcji pacjentów oraz czynników, które ją kształ-

tuja, były tematem badań grupy EUROPEP, stanowiącej agendę Equip (Europejska Grupa Robocza ds. Jakości w Medycynie Rodzinnej), czego rezultatem jest standaryzowany kwestionariusz skierowany do pacjentów lekarzy rodzinnych. Od 1997 r. jest on wykorzystywany w 16 krajach Europy, w Polsce nie znalazł jeszcze uznania.

Wyniki narodowych badań europejskich [8, 9]

Kwestionariusz EUROPEP składa się z siedmiu modułów dotyczących odpowiednio: I – odczuć pacjenta podczas wywiadu lekarza, II – odczuć pacjenta podczas badania fizykalnego, III – informacji otrzymywanych przez pacjenta od lekarza na temat choroby i terapii, IV – odczuć pacjenta dotyczących jego chorobowej przeszłości (poprzednie wizyty) i przyszłości (konsultacje specjalistyczne, hospitalizacje), V – oceny kontaktów pacjenta z innymi niż lekarz pracownikami praktyki, VI – ogólnej oceny lekarza rodzinnego, VII – informacji personalnych pacjenta.

Badania za pomocą kwestionariusza EUROPEP prowadzono w 16 krajach (Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Islandii, Izraelu, Niemczech, Norwegii, Portugalii, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, Wielkiej Brytanii). W sumie randomizowane badania przeprowadzono wśród 23 892 chorych, w 28–48 praktykach lekarzy rodzinnych w każdym z krajów (w Finlandii w 14).

Średnio wypełniło go 78,9% pacjentów, którzy otrzymali kwestionariusz. 64,5% respondentów stanowiły kobiety, średni wiek pacjentów wynosił 51 lat. Chorzy z Dani byli młodsi (średni wiek 46 lat), ze Szwecji – starsi (średni wiek 57 lat). Liczba wizyt w ciągu 12 miesięcy wahała się od 3,7 w Szwecji do 12,3 w Niemczech (średnio 7,8 wizyt).

Około 30% pacjentów uznało swój stan zdrowia za średni lub słaby. Około 40% podało, że cierpi na chorobę przewlekłą (w Islandii – 119%, w Portugalii – 74%).

Pacjenci we wszystkich krajach wypowiedzieli się pozytywnie o swoich lekarzach rodzinnych w większości (80%) uważając jakość podstawowej opieki zdrowotnej za dobrą lub bardzo dobrą.

Największą satysfakcję notowano wśród starszych osób, uważających swój stan zdrowia za dobry.

Szczególnie pozytywne opinie uzyskały:

- utrzymywanie danych pacjentów w poufności,
- umiejętność wysłuchania pacjenta przez lekarza,
- czas poświęcony przez lekarza rodzinnego podczas wizyty,
- szybka pomoc w przypadkach nagłych.

Chorzy wypowiedzieli się negatywnie głównie na temat organizacji pracy praktyk, np. możliwości kontaktu z lekarzem rodzinnym przez telefon oraz czasu oczekiwania na wizytę.

Zauważono, że najbardziej cenione przez pacjentów we wszystkich krajach są:

- wystarczający (w opinii pacjenta) czas konsultacji,
- możliwość szybkiej pomocy w nagłych przypadkach,
- poufność informacji,
- pełna informacja na temat choroby,
- sprawianie, że pacjent czuje się swobodnie, mówiąc o swojej chorobie,
- krótki okres oczekiwania na wizytę,
- możliwość leczenia się stale u tego samego lekarza,
- informacje uzyskane od lekarza na temat prewencji chorób.

Stosunkowo niewielką rolę pacjenci przywiązywali do:

- czasu oczekiwania przed gabinetem lekarza,
- pomocy ze strony lekarza rodzinnego w radzeniu sobie przez pacjenta z problemami emocjonalnymi,
- wygody praktyki,
- kosztów opieki medycznej,
- pisemnych informacji dotyczących telefonów i godzin otwarcia praktyki.

W ramach badań z wykorzystaniem kwestionariusza EUROPEP dodatkowo przeprowadzono ankietę wśród lekarzy rodzinnych: 263 z nich wypełniło kwestionariusz EUROPEP, kierując się własną opinią na temat najważniejszych aspektów podczas wizyty pacjenta u lekarza, równocześnie 237 lekarzy rodzinnych wypełniło ten sam kwestionariusz, kierując się najważniejszymi według nich dla pacjentów aspektami wizyty.

Opinie lekarzy i pacjentów były zbieżne, jednak chorzy kładli większy nacisk na:

- informacje dotyczące choroby,
- krótki czas oczekiwania na wizytę,
- wizyty u tego samego lekarza,
- możliwość rozmowy z lekarzem przez telefon. Według lekarzy rodzinnych istotniejsze były:
- pisemne informacje na temat przyjęć w praktyce,
- dobra współpraca lekarza z innymi pracownikami praktyki,
- wizyty domowe u ciężiej chorych pacjentów.

Badania własne z wykorzystaniem kwestionariusza EUROPEP

Za pomocą międzynarodowego, standaryzowanego narzędzia agendy Equip dokonaliśmy oceny stopnia satysfakcji pacjentów w modelowej praktyce lekarza rodzinnego afiliowanej przy

Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Kwestionariusz otrzymało 180 pacjentów, natomiast wypełniło 127 (71%), w tym 74% kobiet i 26% mężczyzn, w wieku od 18 do 82 lat (średnia 44 lata, mediana 45 lat). 42% stanowili chorzy z wykształceniem wyższym, 42% – ze średnim, 16% – z podstawowym. Średnia częstość wizyt u lekarza rodzinnego wynosiła: 7,5 wizyty w ciągu 12 miesięcy (mediana 5). 5,3% ankietowanych określiło ich zdrowie jako znakomite, 21% – bardzo dobre, 42% – dobre, 21% – wystarczające, 10,7% – słabe, przy czym u 26% występowały choroby trwające ponad 3 miesiące.

Respondenci wysoko (powyżej średniej w Europie) ocenili: możliwość telefonicznego skontaktowania się z praktyką (69% bardzo usatysfakcjonowanych vs 4% bardzo nieusatysfakcjonowanych), kontakty z personelem praktyki (69 vs 2%), informacje lekarza na temat wcześniejszej wizyty pacjenta (65 vs 2%), możliwość wysłuchania przez lekarza (60 vs <1%), możliwość ustalenia odpowiadającego terminu wizyty (51 vs 2%), możliwość telefonicznego skontaktowania się z lekarzem rodzinnym (50 vs <1%) (tab.1).

Pacjenci wysoko ocenili poufność danych (71 vs 1%) i sumienność lekarza (55 vs 1%), a wyniki te są bliskie średnim w Europie (tab.1).

Wprawdzie nasi badani nisko ocenili szybkie złagodzenie przez lekarza objawów chorobowych (43 vs 3%) oraz czas oczekiwania przed gabinetem lekarza (26 vs 3%), wyniki te jednak nie odbiegają od średnich w Europie (tab. 1).

Pacjenci nisko ocenili pomoc w przypadkach nagłych (46 vs 4%), zainteresowanie lekarza sytuacją osobistą pacjenta (41 vs 6%), ułatwienie pacjentowi przez lekarza opowiedzenia o problemach (39 vs 21%), czas konsultacji (38 vs 10%), przygotowanie pacjenta przez lekarza do konsultacji specjalistycznej lub hospitalizacji (29 vs 5%). Wartości te jednak mieszczą się w zakresach wyników badań europejskich (tab. 1).

Badani okazali się bardzo krytyczni w stosunku do badania fizykalnego przeprowadzane-go przez lekarza podczas wizyty (41 vs 20%), wyjaśniania przez lekarza przyczyn objawów i testów dodatkowych (32 vs 12%), zaangażowania pacjenta w decyzje dotyczące terapii i postępowania diagnostycznego (30 vs 42%), oceny szybkości powrotu do zdrowia (30 vs 10%), prewencji chorób (25 vs 12%), wyjaśniania przez lekarza przyczyn objawów i choroby (29 vs 12%), akcentowania wagi wskazówek lekarza (12 vs 4%), pomocy ze strony lekarza w radzeniu sobie przez pacjenta z problemami emocjonalnymi związanymi z chorobą (10 vs 6%) (tab. 1).

Tabela 1. Średni procent odpowiedzi pacjentów bardzo usatysfakcjonowanych z danego aspektu opieki podstawowej w Europie w porównaniu z pacjentami polskimi (na podstawie [8, 9])

Pytania ankiety	Europa	Polska*
1. Czas wizyty	55,0 (35–76)	38
2. Zainteresowanie sytuacją osobistą	53,6 (38–76)	41
3. Ułatwienie opowiedzenia o problemach	54,6 (36–74)	39
4. Dopuszczenie do decyzji o leczeniu	51,5 (33–64)	30
5. Wysłuchanie przez lekarza	61,8 (40–81)	60
6. Utrzymywanie danych w poufności	74,2 (61–91)	71
7. Szybkie ulżenie dolegliwościom	45,6 (32–63)	43
8. Pomoc w takim stopniu, że można podjąć codzienne czynności	49,5 (32–72)	30
9. Sumienność	54,1 (42–80)	55
10. Badanie fizykalne	53,2 (42–76)	41
11. Prewencja chorób	51,8 (37–77)	25
12. Wyjaśnienie przyczyn terapii i badań dodatkowych	53,6 (38–76)	32
13. Wyjaśnienie przyczyn objawów choroby	55,0 (34–75)	29
14. Pomoc w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi	49,4 (34–67)	10
15. Pomoc w zrozumieniu wagi rad lekarza	51,4 (33–76)	12
16. Informacje o wcześniejszej wizycie	48,4 (29–76)	65
17. Przygotowanie do konsultacji specjalistycznej lub pobytu na oddziale szpitalnym	47,9 (30–75)	29
18. Pomoc ze strony personelu praktyki (pielęgniarki, recepcjonistki)	53,8 (24–71)	69
19. Termin wizyty	54,1 (24–79)	51
20. Możliwość telefonicznego kontaktu z praktyką	52,7 (25–78)	69
21. Możliwość telefonicznego kontaktu z lekarzem	49,8 (24–72)	50
22. Czas oczekiwania pod gabinetem	27,8 (14–52)	26
23. Szybka pomoc w przypadkach nagłych	59,0 (36–77)	46

* W kolumnie 3 wyróżniono wartości zbliżone do średnich w Europie.

Ogółem 71% pacjentów stwierdziło, że może polecić swojego lekarza rodzinnego znajomym, a 89%, że nie ma powodów, aby rozważać zmianę praktyki.

Należy tu nadmienić, że dane CBOS wskazują, że prawie 80% respondentów w 2000 r. oceniło funkcjonowanie publicznej służby zdrowia jako „raczej złe” lub zdecydowanie „złe” [10].

Zanotowaliśmy zależność proporcjonalną między wiekiem pacjenta, częstością wizyt u lekarza rodzinnego, oceną zdrowia a stopniem satysfakcji. Nasze badania wykazały również zależność między płcią ankietowanego a stopniem satysfakcji (wyżej lekarzy rodzinnych oceniali kobiety).

Wnioski

Wykonanie badań z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza EUROPEP pozwoli-

ło na porównanie naszych wyników z uzyskanymi w innych krajach europejskich.

Na podstawie przeprowadzonych ankiet możemy stwierdzić, że:

1. poziom satysfakcji w modelowej praktyce jest stosunkowo wysoki w porównaniu z badaniami europejskimi,
2. średnia częstość wizyt pacjentów polskich jest zbliżona do występującej w innych krajach europejskich,
3. zmian wymagają: komunikacja między lekarzem i pacjentem oraz promocja programów profilaktycznych, a także organizacja pomocy w przypadkach nagłych,
4. zadowolające okazały się: organizacja funkcjonowania praktyki, kontakty interpersonalne z lekarzem i pozostałym personelem praktyki,
5. najbardziej satysfakcjonującym w opinii pacjentów jest partnerski model opieki podstawowej, będący powszechnym w Europie.

Piśmiennictwo

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality Health Care* 1992; 1: 247–251.
2. Longo DR, Daugrid AJ. The quality of ambulatory-based primary care: a framework and recommendations. *Quality Health Care* 1994; 6: 133–146.
3. Brook RH, Kamberg CJ, McGlynn EA. Health system reform and quality. *JAMA* 1996; 276: 476–480.
4. Halpern J. The measurement of quality of care in the Veterans Health Administration. *Med Care* 1996; 34: MS55–MS68.
5. Hirschhorn N., Lamstein SM, Klein S. i wsp. *Quality by Objectives. A Practical Method for Quality of Care. Assessment and Assurance for Ambulatory Health Centers*. G.K. Hall&CO. Medical Publications Division, Boston, Massachusetts.
6. Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family Practice* 1995; 12(2): 193–201.
7. Williams S., Weinman J., Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 1998; 15(5): 480–492.
8. Grol R., Wensing M., Mainz J., Jung HP, Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P., Olesen F., Reis S., Ribacke M., Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000 (in press).
9. Grol R., Wensing M. *Patients evaluate general/family practice*. The EUROPEP Instrument. Mediagroup KUN/UMC, 2000.
10. E-mail contact: Derczyński w: Opinie o opiece zdrowotnej po wprowadzeniu reformy. www.cbos.pl/SPI-SKOM.POL/2000/KOM019

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul.Syrokomli 1

51-141 Wrocław

e-mail: dkurpas@hotmail.com

Porady specjalistyczne w opinii lekarzy rodzinnych

Specialist consultations in family doctors' opinion

DONATA KURPAS, URSZULA GRATA-BORKOWSKA, ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Przeprowadziliśmy ankietę wśród lekarzy biorących udział w kształceniu podyplomowym w Regionalnym Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. Zawierała ona pytania dotyczące współpracy lekarzy pierwszego kontaktu z poradniami specjalistycznymi oraz oceny reformy służby zdrowia. Nasza praca stanowi próbę określenia stanu obecnego poziomu współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ze specjalistami, a także wyciągnięcia wniosków, co do możliwości poprawy kontaktów pomiędzy opieką specjalistyczną a podstawową i poprzez to podwyższenia jakości kompleksowej opieki nad pacjentami.

Słowa kluczowe: opieka podstawowa, specjalista, lekarz rodzinny.

Summary We carried out the questionnaire survey among doctors participating in the vocational training in Regional Family Doctors Educational Centre the Department of Family Medicine in Wrocław Medical Academy. It included questions concerned cooperation general practitioners with specialist out-patient clinics and assessment of health service reform. Our paper presents attempt on the present state of general practitioners with specialists cooperation level as well as draw conclusions regarding possibilities of specialist and primary care contacts improvement and by this – increasing of comprehensive patients care quality.

Key words: primary care, specialist, family doctor.

Wstęp

Przez ponad 50 lat polski pacjent miał bezpośredni dostęp do opieki specjalistycznej. Zmiana systemu ochrony zdrowia spowodowała, że to lekarz pierwszego kontaktu (docelowo lekarz rodzinny) zaczął decydować o konieczności konsultacji specjalistycznej i od ponad trzech lat ciężar opieki podstawowej spoczywa na jego barkach. To lekarze pierwszego kontaktu zajmują się opieką nad dziećmi, dorosłymi, nierzadko również opieką prenatalną i geriatryczną. Zwłaszcza w małych ośrodkach, gdzie utrudniony jest dostęp do opieki specjalistycznej, muszą być mu znane arkaana laryngologii, okulistyki, ortopedii, „małej chirurgii” czy dermatologii.

Z założeń reformy systemu ochrony zdrowia wynika, że filar opieki nad pacjentem mają stanowić lekarze rodzinni. Jednak ta pełna profesjonalizmu współpraca specjalisty z lekarzem rodzinnym zapewni wartościową opiekę nad pacjentem, zwłaszcza chorym przewlekle czy terminalnie.

Cel, materiał i metody

W naszych badaniach postanowiliśmy określić, jaki jest stopień porozumienia lekarzy pod-

stawowej opieki zdrowotnej z poradniami specjalistycznymi.

Zapytaliśmy lekarzy z Dolnego Śląska, biorących udział w kształceniu podyplomowym w Regionalnym Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu o ich ocenę współpracy ze specjalistami.

Pytania ankiety dotyczyły średniej liczby wypisywanych skierowań, poradni specjalistycznych, do których najczęściej kierowani są pacjenci, ogólnej oceny współpracy ze specjalistami, zastrzeżeń, jakie lekarze mają do tej oceny jakości otrzymywanych przez lekarzy konsultacji specjalistycznych, możliwości poprawy w opinii respondentów współpracy między lekarzami podstawowej opieki a specjalistami, oczekiwań pacjentów co do porad specjalistycznych.

Zapytaliśmy także o ocenę samej reformy systemu ochrony zdrowia oraz korzyści, jakie niesie zdobycie uprawnień lekarza rodzinnego.

Wyniki

Ankietę wypełniło 59 lekarzy (68% kobiet, 32% mężczyzn) w wieku od 28 do 58 lat (media-

na: 43 lata), w 56% z uzyskaną specjalizacją z medycyny rodzinnej, w 44% podczas tej specjalizacji, w 59% posiadający co najmniej specjalizację pierwszego stopnia z chorób wewnętrznych. 78% respondentów pracuje w województwie dolnośląskim, w 41% w miastach o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Nasi ankietowani mają kontakt z pacjentami zarówno w niepublicznych (78%), jak i publicznych zakładach podstawowej opieki zdrowotnej (22%).

49,2% lekarzy uznało, że ich współpraca z poradniami specjalistycznymi mogłaby być lepsza, 37,3% ma do niej wiele zastrzeżeń. W opinii tylko 3,5% lekarzy ich współpraca ze specjalistami jest bez zastrzeżeń.

Ankietowani równocześnie pracujący na oddziałach internistycznych i co najmniej z I stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych wyżej oceniają jakość porad specjalistycznych.

Lekarze jako najgorszą ocenili współpracę z poradniami: rehabilitacyjnymi (22%), kardiologicznymi (17%), chirurgicznymi (14%), neurologicznymi (8,5%) oraz ortopedycznymi, laryngologicznymi i urologicznymi (po 7%).

Główne uwagi dotyczyły:

- zbyt lakonicznej opinii specjalisty (54,3%),
- żądania badań dodatkowych, których w zakresie swoich kompetencji nie mogą wykonać lekarze rodzinni (53%) i były to najczęściej: PSA, fT3, fT4, spirometria, audiometria, przepływy naczyniowe metodą Dopplera, USG prostaty, serca i tarczycy, ocena zalegania moczu po mikcji, EMG, EEG, mammografia, NMR, TK,
- nieotrzymywania kart konsultacyjnych (47,6%),
- nierealizowania przez specjalistów celu skierowania (41%),
- długich terminów oczekiwania na konsultację specjalistyczną (26%),
- braku możliwości konsultacji telefonicznej (20,4%),

poza tym:

- żądania zbyt częstych wizyt kontrolnych u specjalisty nie mających uzasadnienia,
- wyznaczania pacjentowi terminu następnej wizyty, co stawia lekarza rodzinnego w niezręcznej sytuacji, zwłaszcza gdy lekarz uważa, że wizyta nie jest konieczna.

Pojawiły się również uwagi, że pacjent podczas konsultacji specjalistycznych niejednokrotnie nie otrzymuje skierowań na badania w ramach ubezpieczenia, ale ma polecenie wykonania badań prywatnie. Często powtarzano również, że opisy konsultacji polegają jedynie na prośbie o kolejne kilka skierowań bez umieszczenia uzasadnienia na karcie konsultacji.

Warto zauważyć, że często spotykane na kartach konsultacyjnych sformułowanie „Wymagana jest ponowna wizyta” 61% respondentów uznało za dyskusyjne. Po otrzymaniu takiej karty

konsultacyjnej 17% bez wahania wystawia pacjentowi kolejne skierowanie, ale nie zawsze zgadza się z jego uzasadnieniem, 7% – zawsze zgadza się z tym sformułowaniem.

W opinii lekarzy najczęściej nieuzasadnione prośby o skierowanie na kolejną konsultację specjalistyczną otrzymują z poradni: chirurgicznych (31%), kardiologicznych (15,3%), diabetologicznych i laryngologicznych (po 14%), rehabilitacyjnych i neurologicznych (po 12%), endokrynologicznych (10,2%).

Skłanianie chorych do ponownych konsultacji specjalistycznych budzi w nich postawę roszczeniową oraz konflikty w gabinetach lekarzy rodzinnych. Ankietowani sugerują, że powinna być bezwzględnie przestrzegana zasada, że to lekarz kierujący chorego powinien decydować o potrzebie ponownej konsultacji, a jest to możliwe tylko w przypadku, gdy specjalista dokładnie odpowiada na pytania kierującego lekarza.

49,2% ankietowanych uznało, że ceny konsultacji są nieproporcjonalnie wysokie do oferowanej jakości usług oraz zbyt wysokie w stosunku do puli przeznaczanej na badania i konsultacje w opiece podstawowej.

66% lekarzy chętnie korzystałoby w opiece nad pacjentami z porad specjalistów, ale: nakłady finansowe przeznaczone na porady specjalistów zbyt niskie (41%), a ceny porad są zbyt wysokie (17%).

Tylko 15,3% lekarzy twierdzi, że jest w stanie zapewnić pacjentom satysfakcjonującą opiekę specjalistyczną (tzn. nie stanowi to zbyt dużego obciążenia finansowego dla ich praktyki).

Współpracę lekarzy rodzinnych ze specjalistami można by według ankietowanych poprawić przez:

- szkolenia wspólne dla lekarzy rodzinnych i specjalistów (39%),
- wprowadzenie kontroli jakości porad specjalistycznych (21%),
- zwiększenie nakładów na porady specjalistyczne (14%),
- obniżenie cen porad specjalistycznych (10,2%), a także – dokładne ustalenie zakresu kompetencji i badań (odpowiednie standardy) wykonywanych przez lekarzy rodzinnych i specjalistów.

Stale ankietowani podkreślali korzyści płynące z ustalania wspólnie ze specjalistami dalszej terapii pacjenta. Duże ułatwienie widzieliby lekarze rodzinni, np. w możliwości rozmowy telefonicznej ze specjalistą.

Celem opieki podstawowej jest nie tylko zadowalający stan kliniczny pacjentów, ale też wysoki poziom ich satysfakcji z opieki podstawowej, stąd zapytaliśmy lekarzy również o oczekiwania pacjentów.

Respondenci stwierdzili, że sami pacjenci proszą bez uzasadnienia o skierowania głównie

do poradni neurologicznych (27,2%), endokrynologicznych (22%), kardiologicznych (20,4%), ortopedycznych i laryngologicznych (18,6%) oraz chirurgicznych (15,3%).

Szczególnie silną presję lekarze obserwują ze strony pacjentów korzystających z konsultacji w gabinecie prywatnym specjalisty.

Mimo nadal kształtujących się zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej – 51% lekarzy uznało, że służba zdrowia funkcjonowała przed 1999 r. gorzej, 37,3% – że lepiej, 11,7% – nie miało zdania na ten temat. Przy czym 49,2% uważa, że dla lekarzy rodzinnych bardziej satysfakcjonujący byłby system stawek za wykonaną usługę (for service) – zwłaszcza gdy przyjmuje się dużą liczbę pacjentów, 41% – stawek za każdego pacjenta na liście (per capita) przy wyższych stawkach kapitałowych, a 14% stwierdza, że idealny byłby system połączony.

Warto zauważyć, że lekarze pozytywnie oceniają korzyści wynikające z uzyskania specjalizacji z medycyny rodzinnej. Przede wszystkim podkreślają możliwość niezależności, pogłębienia nie tylko wiedzy teoretycznej, ale i umiejętności praktycznych. Przy czym ankietowani wielokrotnie podkreślali, że specjaliści nie cenią doświadczenia lekarzy rodzinnych, uzyskanych specjalizacji i konieczności budowy autorytetu lekarza w opiece nad całą rodziną. Widoczna jest według lekarzy pierwszego kontaktu również niechęć specjalistów do lekarzy rodzinnych oraz podkreślanie ich niewystarczającego poziomu wykształcenia.

Wnioski

Niezaprzeczalnie dobra współpraca lekarzy pierwszego kontaktu ze specjalistami to przyszłość polskiej medycyny rodzinnej. Na podstawie zebranych ankiet możemy stwierdzić, że główne słabe punkty współpracy lekarzy pierwszego kontaktu ze specjalistami wynikają z:

1. braku jasnych standardów postępowania w kierowaniu pacjentów do poradni specjalistycznych,
2. nadużywania wskazań do kolejnych skierowań przez specjalistów przy braku uzasadnienia w stanie klinicznym pacjentów,
3. braku możliwości konsultacji telefonicznych,
4. nierealizowania celu skierowania przez specjalistów.

Faktem pozostaje, że to z lekarzem pierwszego kontaktu spotyka się pacjent i to ten lekarz decyduje o jego dalszych losach. Lekarze widzą potrzebę konsultacji specjalistycznych, ale rzetelnych i umożliwiających opiekę nad pacjentem na poziomie ambulatorium.

Konieczność wzajemnego zaufania i zrozumienia, a przez to lepszej współpracy bez niepotrzebnych konfliktów wydaje się jednak wymagać zmiany mentalności pacjentów, specjalistów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu.

Lekarz rodzinny nigdy nie próbował i nigdy nie będzie próbował zastąpić specjalisty. To konstruktywna, rzetelna i pełna profesjonalizmu współpraca specjalisty z lekarzem rodzinnym zapewni wartościową opiekę nad pacjentem.

Adres Autorów:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
e-mail: dkurpas@hotmail.com

Chlamydie w chorobach układu oddechowego

ANDRZEJ EMERYK

Z Kliniki Pediatrii, Chorób Płuc i Reumatologii Akademii Medycznej w Lublinie

Chlamydie są bezwzględnie Gram-ujemnymi wewnątrzkomórkowymi bakteriami (pasożytami) z unikalnym dwuetapowym cyklem rozwojowym. Specyficzne i patogenne dla człowieka są 3 gatunki: *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis* oraz *Chlamydia psittaci*. Chlamydie wykazują swoisty tropizm i cytotoksyczność wobec komórek nabłonka oddechowego, gdzie się rozmnażają i niszczą zakażone komórki w mechanizmie lizy lub apoptozy (między innymi poprzez stymulację wydzielania prozapalnych cytokin z zajętych komórek).

Diagnostyka zakażeń układu oddechowego chlamydiami opiera się na badaniach serologicznych (swoiste IgA, IgG, IgM) oraz wykrywaniu DNA chlamydii metodą PCR w wymazach z nosa, gardła, w płynie z płukania oskrzelowo-pęcherzykowego, biopsatach z dróg oddechowych.

Chlamydia trachomatis jest przyczyną 25% zapaleń płuc u dzieci w pierwszych 6 miesiącach życia wymagających hospitalizacji oraz 75% bezgorączkowych zapaleń płuc u niemowląt. Ten rodzaj zakażeń układu oddechowego spotyka się też często w zbiorowiskach dziecięcych (sierocińce).

Chlamydia pneumoniae są jednym z najczęstszych ludzkich patogenów – przeciwciała przeciwko tej bakterii stwierdza się u 10% dzieci 5–10-letnich, u 40% osób w wieku 20–40 lat i u ponad 80% osób starszych. Ostre zakażenia górnych dróg oddechowych o etiologii *Chlamydia pneumoniae* (zapalenie gardła, migdałków, ucha środkowego) występują bardzo często w każdym wieku. W zależności od użytych metod diagnostycznych udaje się je potwierdzić u 3–58% badanych. Drobnoustrój ten jest przyczyną 10–20% pozaszpitalnych zapaleń płuc

u dorosłych i 6–35% (w zależności od wieku) u dzieci. Zakażenia te przebiegają najczęściej jako tzw. atypowe zapalenie płuc, a u starszych chorych mogą być skąpoobjawowe. Lekiem z wyboru w zakażeniach układu oddechowego wywołanych przez chlamydie są makrolidy (azytromycyna, klarytromycyna, roksytromycyna, spiramycyna, telitromycyna, diryromycyna). Rzadziej stosuje się fluorochinolony oraz tetracykliny (głównie u dorosłych).

Od wielu lat rozważa się też rolę zakażeń *Chlamydia pneumoniae* w patogenezie astmy oskrzelowej oraz w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Szereg badań dowodzi udziału *Chlamydia pneumoniae* w wyzwalaniu, zaostrzaniu i modulowaniu przebiegu astmy oskrzelowej u dzieci i u dorosłych. Stwierdzono serologiczne cechy ostrego zakażenia tym drobnoustrojem u 27–35% dzieci chorych na astmę oskrzelową, sugerując związek przyczynowy między zakażeniem *Chlamydia pneumoniae* a zaostrzeniem astmy. Obserwowano też częstsze zaostrzenia astmy u dzieci z cechami serologicznymi przewlekłego zakażenia *Chlamydia pneumoniae* i poprawę przebiegu klinicznego astmy po kilkutygodniowej terapii makrolidem. Wykazano, iż przewlekłe występowanie przeciwciał przeciwko *Chlamydia pneumoniae* jest czynnikiem ryzyka wystąpienia astmy wieku dorosłego. Udowodniono związek między świeżym (ostрым) zakażeniem *Chlamydia pneumoniae* a zaostrzeniem astmy dorosłych (u 28–50% pacjentów), i to zarówno u chorych atopowych, jak i nieatopowych. W tej grupie wiekowej wykazano także korzystny wpływ wielotygodniowej terapii makrolidami na objawy kliniczne astmy oraz zachowanie się parametrów spirometrycznych.

Metody oceny umiejętności praktycznych lekarzy rodzinnych w wypowiedziach uczestników ankiety

JANUSZ WASYLUK¹, ANDRZEJ STECIWKO², ZBIGNIEW WĘGRZYN¹, BEATA MIEŃKOWSKA¹, MARZENNA KOSTKA¹

¹ Z Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

² Z Katedry i Kliniki Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Cel pracy

Medycyna rodzinna jest specjalnością, w której w Polsce dotąd nie ma ustalonych metod i opracowanych kryteriów oceny umiejętności praktycznych. Przeprowadzono ogólnopolskie badanie ankietowe, mające na celu uwidocznienie potrzeb i zaproponowanie metod i kryteriów oceny umiejętności praktycznych kandydatów na specjalistów w medycynie rodzinnej.

Celem pracy jest uzyskanie opinii dotyczących formy, treści, zakresu i kryteriów oceny wyników kształcenia w tej specjalności, w której takie egzaminy mają obowiązywać się od 2002 roku. Egzamin ten powinien być egzaminem obiektywnym, czyli mającym ustaloną z góry strukturę, zapewniającą trafny dobór treści, precyzyjne kryteria oceny i obiektywne metody egzaminowania. Autorzy chcą zweryfikować zaproponowane elementy i strukturę egzaminu drogą ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy tej specjalności.

Metoda i materiał

Przygotowano kwestionariusz ankiety badawczej, w którym przedstawione zostały elementy proponowanego egzaminu praktycznego i kryte-

ria oceny umiejętności kandydata oraz postawiono pytania badawcze otwarte, gromadzące opinie i propozycje respondentów. Trafność i obiektywność egzaminu ma zapewnić odpowiednia jego struktura i zastosowanie skal szacunkowych.

Dokonano wyboru respondentów, którymi są specjaliści medycyny rodzinnej z ośrodków akademickich, regionalnych Ośrodków Kształcenia (ROK) i innych placówek szkolących oraz rezydentów, specjalizujący się w medycynie rodzinnej.

Kwestionariusz ankiety rozesłano drogą pocztową do 250 osób. Część respondentów, kształcąca się w regionie wrocławskim, otrzymała kwestionariusz pośrednio przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Otrzymano zwrotnie 124 kwestionariusze, co stanowi 49% wysłanych egzemplarzy. Ankieta była anonimowa, od respondentów nie wymagano danych osobistych.

Kwestionariusze uszeregowano jedynie według regionów, w których odbywało się kształcenie. Największą liczbę odpowiedzi uzyskano z regionu wrocławskiego (53), a pozostałe 71 kwestionariuszy z innych regionów kraju.

Opracowanie zawiera odpowiedzi na pytania „zamknięte” (tak/nie).

Szczegółowe opracowanie wyników ankiety, łącznie z odpowiedziami na pytania „otwarte”, przewidziane jest na dalszy etap prac.

Obrady Okrągłego Stołu „Menopauza”

Wiek okołomenopauzalny stanowi bardzo interesujący z punktu widzenia fizjologii i kliniki okres w życiu kobiety, gdyż ze względu na zmiany hormonalne związane z wygasaniem czynności jajników dochodzi do szeregu niekorzystnych dla organizmu zmian. Pojawiają się również zaburzenia metaboliczne i wzrasta również ryzyko wystąpienia niektórych chorób.

Podczas obrad poruszone zostaną następujące tematy:

1. Doc. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk przedstawi temat **„Nieinwazyjne metody diagnostyczne w okresie menopauzy”**

W wystąpieniu omówione zostaną nieinwazyjne badania diagnostyczne, które należy wykonać u pacjentek kwalifikowanych do hormonalnej terapii zastępczej, oraz postępowanie diagnostyczne, które pozwala na wczesne wykrycie tych chorób, których częstość wzrasta wraz z wiekiem.

Omówione zostaną następujące nieinwazyjne techniki obrazowe:

1. Ultrasonografia przezpochwowa jako badanie przesiewowe.
2. Nowoczesne techniki ultrasonograficzne jako uzupełnienie diagnostyki w przypadkach podejrzenia zmian w badaniach przesiewowych.
3. Mammografia i ultrasonografia gruczołów piersiowych.
4. Densytometria.

2. Dr n. med. Anna Sobczuk przedstawi temat **„Diagnostyka inwazyjna w okresie menopauzy”**

Omówione zostanie postępowanie ginekologiczne w przypadkach stwierdzenia zmian patologicznych u kobiet w wieku okołomenopauzalnym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wskazania do wyłżeczki kanału szyjki i jamy macicy oraz na wskazania do wykonania histeroskopii. Przedstawione zostaną wady i zalety obu metod oraz znaczenie mniej inwazyjnych metod diagnostyki histopatologicznej.

Przedstawione zostaną również algorytmy diagnostyczne obejmujące wszystkie techniki inwazyjne łącznie z zabiegami operacyjnymi.

3. Dr n. med. I Połać przedstawi temat **„Problemy otyłości w okresie menopauzy”**

Według badań przeprowadzonych w Klinice Menopauzy ICZMP, 66% kobiet w okresie okołomenopauzalnym charakteryzuje się otyłością lub nadwagą. Tkanka tłuszczowa to nie tylko – jak kiedyś uważano – magazyn tłuszczu, jest to również tkanka produkująca wiele hormonów i substancji biologicznie czynnych (estrogeny, leptyny, prostaglandyny, angiotensynogen, adypsynę, IGF-1, TNF α , IGF-1). Bierze również udział w produkcji PAI-1, inhibitora fibrynolizy – kluczowego czynnika regulującego procesy fibrynolizy – i wpływa na poziom czynników hemostazy. W 1947 r. Jean Vague wyodrębnił i nazwał 2 typy otyłości: otyłość androidalna i gynoidalna (występująca głównie u kobiet przed okresem menopauzy). Otyłość brzuszna współwystępuje z: insulinoopornością, hiperinsulinemią, IGT (zaburzenia tolerancji glukozy), NIDDM (cukrzyca insulinozależna), nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami fibrynolizy, dyslipidemią, wzrostem zapadalności na chorobę wieńcową. U otyłych kobiet w okresie pomenopauzalnym wzrasta ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych, szczególnie dotyczy to nowotworów błony śluzowej jamy macicy (nadwaga 20 kilogramów powyżej należnego ciężaru ciała powoduje 20-krotny wzrost ryzyka wystąpienia raka), a dodatkowo u kobiet z otyłością brzuszną ryzyko wystąpienia nowotworu błony śluzowej jamy macicy jest ponad 3 razy większe niż u kobiet z otyłością gynoidalną.

4. Dr n. med. Grzegorz Stachowiak przedstawi temat **„Zaburzenia krzepnięcia w okresie menopauzy”**

Podczas wystąpienia omówione zostaną dokładnie zmiany w układzie krzepnięcia i fibrynolizy zachodzące w okresie okołomenopauzalnym.

W badaniach przeprowadzonych w Klinice Ginekologii i Chorób Menopauzy w ICZMP w Łodzi na grupie kobiet pomenopauzalnych, kwalifikowanych do hormonalnej terapii zastępczej, stwierdziliśmy – w porównaniu z grupą kontrolną – wyższe stężenia fibrynogenu, wyższą aktywność czynnika VII krzepnięcia, wyższą aktywność PAI-1 oraz niższe stężenia t-PA; brak było natomiast zmian w stężeniu płytek krwi, aktywności AT III, aktywności białka C, aktywności białka S,

stężeniu D-dimerów oraz stężeniu kompleksów trombina-antytrombina III (TAT).

Wymienione powyżej zmiany w krzepnięciu i fibrynolizie ustrojowej są niekorzystne oraz świadczą o zwiększonej skłonności do powstawania zakrzepów i wzroście ryzyka dla choroby wieńcowej serca oraz żyłnej choroby zakrzepowatorowej u kobiet w okresie pomenopauzalnym.

5. Lek. med. Andrzej Pakalski przedstawi temat **„Wskazania i przeciwwskazania do hormonalnej terapii zastępczej”**

Podczas wykładu przedstawione zostaną wskazania i przeciwwskazania do hormonalnej terapii zastępczej i ich zmiana w okresie ostatnich 10 lat.

Obniżenie dawek preparatów hormonalnych i zastosowanie gestagenów nowszej generacji wpłynęło na zmianę poglądów na wskazania do stosowania HTZ, a także w istotny sposób zmniejszyło liczbę zarówno przeciwwskazań, jak i objawów niepożądanych mogących występować w trakcie HTZ.

Przedstawione zostaną szczegółowo powikłania mogące towarzyszyć hormonalnej terapii zastępczej oraz sposoby postępowania w przypadkach ich wystąpienia.

6. Dr n. med. Tomasz Stetkiewicz przedstawi temat **„Wpływ HTZ na nowotwory sutka”**

Rak sutka jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. W Polsce stwierdza się 11 000 zachorowań rocznie na ten nowotwór, z czego umiera 5500 kobiet. Istnieje szereg dobrze poznanych czynników ryzyka raka sutka. Jednym z tych czynników może być stosowanie egzogennych hormonów w postaci coraz popularniejszej w wieku około- i pomenopauzalnym hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Związek pomiędzy stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej a ryzykiem raka sutka jest nadal tematem kontrowersyjnym. Z jednej strony istnieją prace potwierdzające wzrost ryzyka raka sutka, towarzyszący substytucji estrogenowej, z drugiej strony pojawiają się doniesienia o braku wpływu HTZ na to ryzyko, a nawet wyniki badań świadczące o mniejszym ryzyku u kobiet przyjmujących estrogeny w porównaniu do kobiet ich nie stosujących. Ze względu na to, że publikowane prace dotyczą różnych preparatów, różnych dawek, różnych metod diagnostycznych, różnych grup kontrolnych, konieczne jest branie pod uwagę bardziej obiektywnych wniosków, jakich dostarczają metaanalizy dotychczasowego piśmiennictwa.

Po wystąpieniach uczestnicy okrągłego stołu zapraszają do dyskusji dotyczącej zarówno prezentowanych tematów, jak i wszystkich innych zagadnień dotyczących menopauzy i jej wpływu na życie i zdrowie kobiety.

Satysfakcja pacjentów korzystających z porad Praktyki Lekarza Rodzinnego

KRZYSZTOF BUCZKOWSKI¹, MARCIN ZIÓŁKOWSKI², SŁAWOMIR JEKA³, KATARZYNA KLUCZ¹

¹ Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

² Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

³ NZOZ „Nasz Lekarz” w Toruniu

Większa satysfakcja pacjentów z usług podstawowej opieki zdrowotnej stanowi jeden z celów wprowadzanej od 1999 roku reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Satysfakcja pacjenta zależy od wielu czynników, m. in. od dostępności do świadczeń lekarskich i pielęgniarских, jakości świadczeń, komunikacji pomiędzy personelem medycznym i pacjentem, czasem przeznaczonym pacjentowi podczas wizyty. Rozwój medycyny rodzinnej nierozdzielnie związany jest z poprawą funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i poprawą satysfakcji pacjenta.

Cel pracy. Celem pracy była ocena satysfakcji pacjentów korzystających z usług Praktyk Lekarzy Rodzinnych.

Badana grupa i metoda. Badanie przeprowadzono w Praktykach Lekarzy Rodzinnych w Bydgoszczy i Toruniu jesienią 2001 roku. W badaniu brało udział 380 losowo wybranych pełnoletnich pacjentów (w Bydgoszczy 183 osoby, w Toruniu 197 osób). Kobiety stanowiły 65,5%, a mężczyźni 34,5% badanej grupy.

Badanie przeprowadzono wykorzystując kwestionariusz przygotowany dla potrzeb prowadzonych badań oceniający różne elementy składające się na satysfakcję pacjenta.

Wyniki. Z usług lekarzy rodzinnych zadowolonych było 99% badanych, z usług pielęgniarских 98%. Czas poświęcony pacjentowi podczas wizyty za wystarczający uznało 98% ankietowanych. Na trudności w oczekiwaniu na wizytę u lekarza skarżyło się 4,7%, a na trudności w kontakcie z pielęgniarką 1,1%. Różnicę pomiędzy Praktyką Lekarza Rodzinnego a Poradnią Rejonową za korzystną uznało 90,5%, za niekorzystną 1,1%, a 6,6% nie widziało różnic.

Wnioski

1. Zdecydowana większość pacjentów jest zadowolona z usług świadczonych przez Praktyki Lekarzy Rodzinnych.
2. Większość pacjentów ocenia korzystnie różnicę pomiędzy Praktyką Lekarza Rodzinnego a Poradnią Rejonową.

Najważniejsze elementy sytuacji epidemiologicznej w zakresie schorzeń nowotworowych ludności województwa łódzkiego

IRENA MANIECKA-BRYŁA

Celem pracy jest przedstawienie niekorzystnej sytuacji zdrowotnej populacji zamieszkującej ob-

szar województwa łódzkiego w zakresie schorzeń onkologicznych.

Analiza epidemiologiczna powinna być podstawową przesłanką dla określania potrzeb zdrowotnych ludności, także w pracy lekarzy rodzinnych.

Materiałem badawczym do przeprowadzonej oceny stanu zdrowia były dane za okres 1999–2000 uzyskane z dwóch źródeł: z Departamentu Badań Demograficznych GUS oraz z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi. Wskazano na korelację między sytuacją demograficzną ludności (2 643 385 osób na koniec 2001 r.) a stanem zdrowia. W szczególności w analizie wykorzystano dane o zgonach (31 628, tj. 12,05 na 1000 ludności) traktując je jako ważny negatywny miernik stanu zdrowia. Nowotwory złośliwe spowodowały w 2000 r. prawie 21% zgonów mieszkańców województwa łódzkiego. Omawiając specyficzne wskaźniki umieralności wskazano na charakterystyczny

przebieg krzywych umieralności u obu płci i oceniano zjawisko nadumieralności mężczyzn warunkowane chorobami nowotworowymi (296 zgonów na 100 000 mężczyzn; 207 zgonów na 100 000 kobiet). Wśród mężczyzn umierających na nowotwory prawie co trzeci zgon powodowały nowotwory płuc i oskrzeli, a w dalszej kolejności nowotwory żołądka (8,3%), jelita grubego (8,2%) i gruczołu krokowego (6,8%). Kobiety najczęściej umierały z powodu nowotworów piersi (11,6%), nowotworów jelita grubego (12,1%) oraz nowotworów płuc (10,3%). Na uwagę lekarzy rodzinnych zasługuje duży wskaźnik umieralności proporcjonalnej z powodu nowotworów o nieokreślonym umiejscowieniu (w analizowanym okresie w obu grupach płci – 7% do 12%), co może być dowodem na trudności diagnostyczne i zbyt późną wykrywalność wielu schorzeń nowotworowych.

Założenia i wstępna ocena programu pilotażowego organizowania ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez POZ

LILIA KOTKOWIAK, IWONA HORNOWSKA, ANNA SAŁACKA, JOLANTA PÓŹNIAK, PIOTR MICHON
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Celem pracy było przedstawienie założeń i wstępnej oceny programu pilotażowego ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej prowadzonego w Przychodni Medycyny Rodzinnej PAM.

Pilotażowy program organizowania ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej przez POZ został wprowadzony 1.01.2002 r. przez ZRKCH w 10 podmiotach (łącznie programem zostało objętych 8% ubezpieczonych w Zachodniopomorskiej Kasie Chorych).

Podstawowymi celami programu była poprawa dostępności i jakości usług z zakresu specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, racjonalizacja kosztów ponoszonych z tytułu tych świadczeń, poprawa funkcjonowania współpracy POZ z ambulatoryjną specjalistyką. Jednostki POZ, które prowadzą program, zostały zobowiązane do kompleksowego organizowania (zabezpieczania) i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu odbywa się kapitałowo.

Po pierwszym kwartale funkcjonowania programu stwierdziliśmy pozytywne wyniki:

1. Zadowolenie pacjentów z łatwiejszego dostępu do specjalistów.
2. Szybszy obieg informacji o pacjencie.
3. Dobra współpraca ze specjalistami.
4. Wzmocnienie praktyki – pacjenci nie odchodzą do większych poradni.

Do negatywów zaliczyliśmy:

1. Łatwy dostęp do specjalistów generuje większą „potrzebę” porad specjalistycznych, a tym samym większe koszty.
2. Trudności organizacyjno-techniczne (rozbudowana sprawozdawczość, konieczność zmiany systemów informatycznych, zatrudnienie nowego personelu, duża rachunkowość).
3. Obawa przed niezbilansowaniem finansowym (opóźnienia lub brak zestawień wykonanych usług medycznych wykonanych przez niektóre podmioty).
4. Niedoinformowanie pacjentów i placówek służby zdrowia o założeniach programu.

Rola badań podstawowych w diagnostyce wad rozwojowych układu sercowo-naczyniowego

PRZEMYŚLAŃ WŁADYKIEWICZ

NZOZ PLR „Zdrowie” w Mieszkowie, pow. Jarocin

Badania podstawowe są ogólnodostępne, tania i wykonywane rutynowo na oddziałach szpitalnych czy też w praktyce lekarza rodzinnego.

Celem niniejszej pracy jest pokazanie, w jaki sposób wykorzystać dane z badań podstawowych dla rozpoznania rozwojowej wady układu krążenia.

Przeprowadzono analizę informacji, jakie możemy uzyskać na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, ze szczególnym uwzględnieniem oceny układu krążenia, oraz badań podstawowych, takich jak badania biochemiczne, rtg klatki piersiowej czy też elektrokardiogram. Opracowano prosty algorytm postępowania z dzieckiem podejrzanym o wadę rozwojową układu sercowo-naczyniowego.

Nie wszystkie dzieci z podejrzeniem wady układu krążenia wymagają wykonywania drogich, często obciążających chorego badań specjalistycznych. Istnieje błędny pogląd, że większość wad serca zagraża życiu dziecka i wymaga natychmiastowego leczenia operacyjnego. W rzeczywistości tylko około 25% z nich prezentuje objawy zagrażające życiu. Najczęściej mamy wystarczająco dużo czasu na ocenę dziecka z podejrzeniem wady i nie ma pilnej potrzeby wykonywania badań specjalistycznych. Ważne jest również, aby oceny kardiologiczne nie dokonywać w niesprzyjających okolicznościach (np. w czasie występowania zmian obturacyjnych w drzewie oskrzelowym), które uniemożliwiają czasami ocenę osłuchową serca.

W kardiologii dziecięcej używany jest w okre-

sie noworodkowym podział na wady przewodozależne i przewodoniezależne. Jest to istotne ze względu na zakwalifikowanie noworodka do wlewu z Prostinu – leku utrzymującego drożność przewodu tętniczego. W przypadku wad przewodozależnych przeżycie pacjenta jest w pierwszych godzinach i dniach życia uzależnione od utrzymania jego drożności. Noworodki z wadami przewodozależnymi z reguły wymagają pilnej interwencji kardiologicznej. Pacjenci ci trafiają więc pod opiekę lekarza rodzinnego już po wykonaniu korekcji operacyjnej.

Wnioski

1. Umiejętność zestawienia i właściwej oceny badań podstawowych stwarza możliwości wyodrębnienia grupy dzieci wymagających natychmiastowego leczenia.
2. Zaletą badań podstawowych jest ich powszechna dostępność i niski koszt.
3. Badania te mogą z powodzeniem być przeprowadzone na wszystkich oddziałach szpitalnych, jak i w praktyce lekarza rodzinnego.
4. Możliwość powtarzania większości badań bez szkody dla badanego zapewnia stały nadzór nad grupą dzieci, które wymagały leczenia ze wskazań nagłych.
5. Na podstawie wniosków wynikających z kolejnych obserwacji popartych badaniami podstawowymi możemy wyodrębnić grupę dzieci wymagających dalszych, specjalistycznych badań diagnostycznych.

Analiza sytuacji epidemiologicznej wirusowych zapaleń wątroby typu B i C na Dolnym Śląsku w latach 1999–2001

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS¹, MAŁGORZATA INGLOT², ANDRZEJ STECIWKO¹

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej we Wrocławiu

Celem pracy była analiza sytuacji epidemiologicznej wzv w ciągu trzech ostatnich lat. Prześledzono liczbę nowych zachorowań, uwzględniając kryteria: wieku, płci, zamieszkania, zakażenia szpitalne, zakażenia zawodowe. Uwzględniono

stan zaszczepienia przeciw wzv B w wybranych grupach. Badania oparto na raportach epidemiologicznych WSSE we Wrocławiu. Stwierdzono spadek zachorowań na wzv B w 1999 i 2000 r. oraz ich wzrost w 2001 r. Notuje się roczny

wzrost liczby zachorowań na wzv C. Analogiczną tendencję stwierdza się w kraju. Liczba zachorowań na wzv B w kraju spada. Zarówno w przypadku wzv B, jak i C więcej zakażeń notuje się wśród ludności miejskiej (wzv B – 80,3%, C – 84,6 %) niż wiejskiej (odp. 19,7 i 15,4%). Więcej zakażeń występuje wśród mężczyzn (62% wzv B i 60% C) niż kobiet (odp. 38 i 40%). Wśród osób zakażonych HBV kontakt ze służbą zdrowia miało 62,9% (1999 r.), 50,2% (2000 r.), 22,1% (2001 r.). W przypadku HCV odpowiednio: 62, 56 i 22,4%. Wśród pracowników służby zdrowia stwierdzono w 1999 r. – 17 zakażeń HBV i 14 HCV, w 2000 r. – 10 HBV i 7 HCV, w 2001 r. – 4 HBV i 12 HCV. Analizując zachorowania w grupach wiekowych, zaobserwowano pojedyncze przypadki zakażeń HBV i HCV u dzieci do 10 r. ż. Najwięcej zachorowań na wzv B stwierdzono w grupie osób powyżej 55 r. ż., a na wzv C w grupie wiekowej 35–44 lata. Analizując stan zaszczepienia przeciw wzv typu B zaobserwowano: 1) liczba szczepień wykonanych u pacjentów przed zabiegami medycznymi utrzymuje się na podobnym poziomie w latach 1999–2000 i wzrasta około 10% w 2001 r.; 2) następuje roczne obniżanie się liczby pierwotnych, uzupełniających i przypominających szczepień u pracowników służby zdrowia; 3) występuje ogromna dysproporcja między liczbą

szczepień podstawowych, wykonanych bezpłatnie przed zabiegiem medycznym, a szczepień przypominających, za które pacjent płaci; 4) notuje się roczny spadek liczby szczepień wykonanych u osób, które odpłatnie nabyły szczepionki.

Wnioski

1. Utrzymujący się w okresie 1999–2000 spadek liczby zachorowań na wzv B wynika z szerokiego stosowania szczepień p/wzv B; niewystępowanie zakażeń u dzieci do 5 r. ż. jest pozytywnym efektem wprowadzenia w 1996 r. szczepienia p/wzv B jako obowiązkowego do kalendarza szczepień.
2. Niepokojący jest wzrost liczby zakażeń HBV w 2001 r., co może być spowodowane m.in. niepełną realizacją obowiązującego schematu szczepień.
3. Obserwowany roczny wzrost zachorowań na wzv C wiąże się przede wszystkim z coraz większą wykrywalnością tego zakażenia (więcej wykonywanych badań).
4. Wśród zakażeń wirusami hepatotropowymi u pracowników służby zdrowia zaczynają przeważać zakażenia HCV.
5. Spadek odsetka osób hospitalizowanych wśród zakażonych HBV i HCV świadczy o poprawie stanu higieny szpitalnej.

Propagowanie zdrowego stylu życia przez lekarzy POZ w opinii pacjentów z terenu Dolnego Śląska

MARIOLA SEŃ¹, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS², ANNA ABRAMCZYK¹, ANDRZEJ STECIWKO²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego AM we Wrocławiu

² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu

Celem pracy była ocena stopnia zaangażowania lekarzy pracujących w POZ w propagowanie zdrowego stylu życia wśród pacjentów. Badania ankietowe przeprowadzono wśród losowo wybranych 763 pacjentów (556 kobiet i 207 mężczyzn). Analizowano opinie pacjentów dotyczące postępowania lekarzy POZ w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia oraz promocji zdrowego stylu życia (pomiar ciśnienia, wagi ciała, oznaczanie poziomu cholesterolu, zachęcanie do niepalenia, zwiększonej aktywności ruchowej, uświadamianie szkodliwych skutków nadużywania alkoholu oraz złych nawyków żywieniowych).

Wyniki (wybrane). Tylko 25,3% pacjentów stwierdziło, że lekarz dokonuje pomiaru ciśnienia podczas każdego badania, 22,4% stwierdziło, że nie robi tego nigdy. Tylko

22,2% pacjentów otrzymało poradę dotyczącą redukcji masy ciała. Możliwość oznaczenia poziomu cholesterolu w placówce POZ ma około połowa badanych. Tylko co piąty pacjent twierdzi, że lekarz omawiał z nim wynik badania. Lekarz pyta o palenie średnio w 65% przypadków. Około połowa pacjentów otrzymała od lekarza informację o szkodliwości palenia i była zachęcana do zerwania z nałogiem. O nawyki żywieniowe lekarz pyta rzadziej niż co piątego pacjenta, porady w tym zakresie otrzymuje zaledwie jedna trzecia pacjentów. O stopień aktywności fizycznej lekarz dwukrotnie częściej pyta pacjentów płci męskiej niż żeńskiej, podobne proporcje występują w udzielaniu porad w zakresie form aktywności. Częstotliwość tych porad wzrasta wraz z wiekiem badanych. O nawyki związane ze spożywaniem alkoholu pytanych przez lekarza

jest około jedna piąta pacjentów (dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet). Dwukrotnie częściej pytane o to są osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym niż wyższym i średnim. Z analizy wypowiedzi wynika, że udział POZ w zachęcaniu podopiecznych do udziału w programach profilaktyki i promocji zdrowia organizowanych przez instytucje na terenie miasta, dzielnicy, gminy jest znikomy. Najczęściej formą propagowania wiedzy o chorobach i sposobach profilaktyki są ulotki i broszury dostępne w większości POZ.

Wnioski

1. Lekarze POZ zbyt małą wagę przywiązują do profilaktyki i promocji zdrowia.
2. Placówki POZ preferują bierne metody profilaktyki i promocji (ulotki, broszury).
3. Zbyt małą wagę przykładają do uświadamiania w tym zakresie ludzi młodych.
4. Fakt częstszego edukowania pacjentów z niższym wykształceniem wynika prawdopodobnie z mylnego niekiedy przekonania, iż pacjenci z wyższym lub średnim wykształceniem wiedzę tę już posiadają.

Rozwój społeczny a polityka zdrowotna, w tym podstawowa opieka zdrowotna w odbiorze pacjentów

TADEUSZ SEBZDA¹, WIESŁAW KSZTOŃ², ROBERT SKOWROŃSKI¹, HALINA HAŃCZYC¹

¹ Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Akademii Medycznej we Wrocławiu,

² Szpital Wojewódzki im. J. Babińskiego we Wrocławiu

Celem pracy jest przedstawienie związków pomiędzy rozwojem społecznym a stanem zdrowia społeczeństwa. Autorzy przedstawią również wpływ podstawowej opieki zdrowotnej na rozwój społeczny.

Rozwój społeczny to proces, w którym ludzie dokonują wyboru powiększenia swoich możliwości w ramach współczesnego świata. W wymiarze jednostkowym oznacza to oddziaływanie na fizyczny i intelektualny rozwój człowieka. Proces ten jest ściśle uzależniony od społecznej infrastruktury, dostępności, zamożności społeczeństwa, rozwoju gospodarczego. Zależy również od stanu ilościowego i jakościowego zasobów ludzkich w określonym czasie.

Polska jako kraj wielu reform boryka się z niestabilną sytuacją społeczną. Polityka społeczna, mimo ścisłego związku z rozwojem gospodarczym mierzonym rocznym przyrostem PKB (pro-

dukt krajowy brutto), posługuje się własnym odrębnym miernikiem – Wskaźnikiem Rozwoju Społecznego (HDI – Human Development Index).

Indeks ten opiera się o trzy wyznaczniki: 1) poziom osiągniętego dochodu narodowego, 2) wykształcenie – poziom osiągniętej edukacji, 3) długość życia – przeciętne dalsze trwanie życia.

Z zestawionych danych wynika, że Polska na początku lat 90. plasowała się w grupie krajów o wysokim poziomie rozwoju (39), ale za krajami Europejskimi. W 1998 r. osiągnęliśmy 59 miejsce.

Rozwarstwienie społeczne opisane indeksem HDI jest pomocne w podejmowaniu decyzji głównie z zakresu ochrony zdrowia i edukacji. Pomocne są również sondaże opinii publicznej na temat wprowadzonej reformy zdrowia.

Wyniki przedstawiono w formie wykresów i tabeli.

Charakterystyka nadal palących tytoń uczestników konkursu „Rzuć palenie i wygraj”

ALINA KOWALSKA

Od 1988 r. Polska aktywnie uczestniczy w walce z nikotynizmem. Szacuje się, że z powodu chorób odtytoniowych w ciągu roku w naszym kraju umiera około 77 tysięcy osób.

Celem pracy jest dokonanie charakterystyki

zachowań związanych z paleniem tytoniu uczestników konkursu „Rzuć palenie i wygraj”, którym w okresie 5 lat nie udało się uzyskać trwałej abstynencji.

Przedstawione wyniki są fragmentem długofa-

lowego badania skuteczności masowych działań antytytoniowych rozpoczętego w 1996 r. po zakończeniu w Polsce w regionie łódzkim i kaliskim II Międzynarodowej Kampanii Antytytoniowej. Ostatnie badanie wykonano w lipcu 2001 r. wysyłając ankietę pocztową do 1700 uczestników konkursu „Rzuć palenie i wygraj”. Wypełnioną ankietę nadesłało 52,9%, tj. 900 osób.

Analiza materiału empirycznego wykazała, że 34,3% respondentów, tj. 309 osób, w okresie 5 lat nie uzyskało trwałej abstynencji tytoniowej. W grupie nadal palących 35,9% (111 osób) stwierdziło, że w chwili prowadzenia badania wypalali w ciągu doby nie więcej niż 10 papierosów, 44,0% badanych (136 osób) wypalało od 11 do 20 papierosów, a 13,9% (43 osoby) wypalało powyżej 20 papierosów. Większość nadal palących respondentów stwierdziła (70,6%, tj. 218 osób), że najczęściej palą słabe papierosy, ale aż 24,3% (75 osób) najczęściej pali mocne papierosy.

Wyniki badania wykazały również, że osoby palące starają się uzyskać abstynencję tytoniową nie korzystając z porad lekarskich. Tylko 5,1% wszystkich respondentów (46 osób) w ciągu ostatnich 2 lat korzystało z porady lekarskiej w związku z podjętą próbą rzucenia palenia, a 94,3% (849 osób) nie korzystało ani jednego razu. W szkoleniach antytytoniowych organizowanych przez instytucje nie będące zakładami służby zdrowia (np. przez kościół) uczestniczyło w okresie ostatnich 2 lat 2,3% respondentów (21 osób). Prawie 45,0% ankietowanych (138 osób) nie wie, w jaki sposób poradzić sobie w sytuacjach kryzysowych w początkowym okresie abstynencji, a 47,0% (145 osób) nie wie, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy. Wyniki badania wskazują na konieczność wychodzenia lekarzy pierwszego kontaktu naprzeciw potrzebom osób pragnących zaprzestać inhalowania dymu tytoniowego.

Rozpowszechnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u mieszkańców Łodzi

SYLWIA KAŁUCKA, EWA RATAJCZYK-PAKALSKA
Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi

Wstęp. Obecnie przewlekła obturacyjna choroba płuc zajmuje czwarte miejsce jako przyczyna zgonów na świecie. Ostatnie badania donoszą, iż statystycznie miejsce to może ulec zmianie w nadchodzącym dziesięcioleciu. W krajach europejskich, szczególnie w rejonach, gdzie nałóg palenia papierosów jest nadal bardzo popularny, częstość występowania tej choroby to około 80–100 osób na 1000 mieszkańców. W latach 1990–1992 Polska zajmowała niechlubne pierwsze miejsce na świecie pod względem rocznego spożycia papierosów. Zatem mając to na uwadze, wszelkie prace prowadzone w celu wyłonienia rozpowszechnienia czynników mogących przyczyniać się do rozwoju tej choroby oraz objęcie opieką pacjentów w celu oddalenia powikłań są istotnym elementem podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej. Ostatnie dwadzieścia lat pokazało znaczne zmiany w Łodzi. Jest to przede wszystkim zanik, tak kiedyś ważnego przemysłu lekkiego, zmiany w obrębie struktur socjoekonomicznych oraz modelu palenia papierosów.

Cel pracy. Prowadzone badanie miało ma celu wstępne zobrazowanie rozpowszechnienia tej choroby w Łodzi oraz wyłonienie najważniejszych czynników jej ryzyka.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w pięciu dzielnicach Łodzi, w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Łącznie w badaniu wzięło udział 500 pacjentów, w tym 267 kobiet (53%) i 233 mężczyzn (46%), w wieku odpowiednio $55,28 \pm 14,0$ i $54,27 \pm 15,5$ lat, najczęściej ze średnim wykształceniem (kobiety 42,7%, mężczyźni 39,9%). Do badania zostali zakwalifikowani pacjenci zgłaszający się z objawami kaszlu, duszności oraz byli, obecni lub bierni palacze tytoniu. W przeprowadzonej ankiecie zwrócono szczególną uwagę na czynniki, które zostały przedstawione w najnowszych wytycznych dotyczącej tej choroby (GOLD 2000). Pacjenci zostali także poddani badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu oraz kilku badaniom dodatkowym, w tym spirometrii.

Wyniki. Zaledwie u 13,7% badanych osób występowały czynniki mające szkodliwy wpływ na układ oddechowy w środowisku pracy, najczęściej były to pyły, następnie opary i/lub substancje drażniące. Z powodu pracy w szkodliwych warunkach wśród badanych osób zostały przyznane renty chorobowe u 8%. Zanieczyszczenie środowiska w miejscu zamieszkania spowodowane sposobem ogrzewania stwierdzono w 8,2%. 87% osób stanowili nałogowi palacze papiero-

sów (nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w grupie mężczyzn i kobiet). U 51,6% badanych na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania lekarskiego oraz badań dodatkowych rozpoznano POChP (nie stwierdzono różnicy statystycznej zależnej od płci).

Wnioski. Badanie jeszcze raz potwierdziło, iż bez-

spornie najgroźniejszym i najczęściej występującym czynnikiem chorób układu oddechowego jest palenie papierosów. Na uwagę zasługuje fakt, iż choroba ta w tej grupie badanych osób występowała z taką samą częstością u kobiet i mężczyzn, prawie połowa nie wiedziała o istnieniu tej choroby u siebie, z czego 39% osób stanowili bierni palacze.

Opieka ambulatoryjna nad dziećmi z otyłością i nadwagą – własne doświadczenia

MARZENNA WOSIK-ERENBEK¹, JADWIGA SZPOTAN²

¹ Katedra Pediatrii Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

² Poradnia Zaburzeń Rozwoju Specjalistycznego ZOZ Matki i Dziecka w Łodzi

Otyłość we współczesnych czasach stała się problemem społecznym. W wielu krajach można mówić o szczególnej epidemii otyłości, która jest jednocześnie źródłem różnych problemów zdrowotnych, m.in. ortopedycznych, metabolicznych, kardiologicznych i psychologicznych. Ocenia się, że około 10–30% dzieci ma otyłość lub nadwagę.

Celem pracy jest przedstawienie własnego wypracowanego modelu postępowania w warunkach ambulatoryjnych z dziećmi otyłymi i z nadwagą.

Analizie poddano przebieg postępowania terapeutycznego 300 dzieci objętych opieką specjalistyczną Poradni Zaburzeń Rozwoju w latach 1996–1998. Część dzieci nadal przebywa pod opieką Poradni. Wszyscy pacjenci poddani zostali ocenie według opracowanych protokołów, zawierających wywiad, ocenę środowiska dziecka pod kątem występowania zaburzeń w odżywianiu, badanie przedmiotowe z oceną antropome-

tryczną. Ocenie poddano sposób żywienia dziecka na podstawie dziennika tygodniowego żywienia oraz historię żywienia.

W postępowaniu terapeutycznym uwzględniano indywidualne sytuacje. Spotkania zawierały porady dietetyczne, porady psychologa. Motywowano pacjentów i ich rodziny do pozytywnych zmian w zachowaniach prozdrowotnych. Część pacjentów skorzystała z możliwości udziału w koloniach letnich o charakterze turnusów prewencyjnych profilaktycznych, w czasie których wzmacniano dotychczasowe efekty (opieka psychologiczna, wyrobienie nawyku aktywności ruchowej, nauka samokontroli codziennych zachowań, wyrobienie prawidłowych nawyków żywieniowych). Wykorzystując kilkuletnie obserwacje oraz analizę poszczególnych przypadków zaproponowano własny model postępowania ambulatoryjnego z dziećmi otyłymi.

Borelioza – nowe nietatwe problemy kliniczne

ZBIGNIEW DEROŃ, ANETA BARTCZAK, DOROTA KAZIMIERCZAK

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego w Łodzi

Celem pracy jest przedstawienie nietatwych w interpretacji problemów związanych z zakażeniem *Borrelia burgdorferi* u ludzi, z którymi spotyka się lekarz rodzinny. Borelioza z Lyme jest chorobą, którą w ostatnich latach rozpoznaje się coraz częściej. Zakażone krętkiem *Borrelia burgdorferi* kleszcze i ich postacie rozwojowe są wektorami przenoszącymi chorobę.

Trzy okresy boreliozy są niezbyt często pełno-

objawowe i charakterystyczne, pacjenci mogą zgłaszać różne dolegliwości sugerujące schorzenia narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, wzroku, skóry oraz układu nerwowego.

W pracy ukazano symptomatologię w zakresie poszczególnych układów, sposoby diagnostyki i leczenia ludzi z chorobą z Lyme. Przedstawiono także niezbędne informacje dotyczące profilaktyki, które lekarz rodzinny może przekazać swoim pacjentom.

Nadciśnienie tętnicze u młodzieży w świetle prewencji miażdżycy i chorób układu sercowo-naczyniowego

M. WOSIK-ERENBEK, A. SIERAKOWSKA-FIJAŁEK, V. SYSA, Z. KRENC, W. MAZUROWSKI, J. BASZCZYŃSKI
Katedra Pediatrii Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

Choroby spowodowane miażdżycą występują w życiu dorosłym, ale czynniki usposabiające do ich wystąpienia można zidentyfikować już wśród młodzieży (tzw. czynniki ryzyka).

Nadciśnienie tętnicze jest niezaprzeczalnie niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego.

Celem pracy była ocena występowania nadciśnienia tętniczego u młodzieży szkół gimnazjalnych w środowisku łódzkim, z jednoczesną oceną pozostałych czynników zagrożenia miażdżycą i chorobą wieńcową.

Badaną grupę stanowiło 1800 dziewcząt i chłopców w wieku 14–16 lat z łódzkich szkół. Młodzież poddano badaniu przedmiotowemu, wykonano pomiar ciśnienia krwi (mm Hg), badania antropometryczne: grubości fałdów skórnych (mm),

obwodów bioder i tali (cm), masy ciała (kg) i wzrostu (m). Na podstawie uzyskanych pomiarów obliczono: wskaźnik masy ciała (Body Mass Index – BMI) (kg/m^2), wskaźnik obwodu talii do obwodu bioder (waist to hip ratio – WHR), wskaźniki fałdów (m. trójgłowy/podłopatkowy) (T/Pł) oraz sumy fałdów (m. trójgłowy + m. dwugłowy/podłopatkowy + nadkolcowy) (T + B/Pł + Nk), zawartość tkanki tłuszczowej w ciele (body fat percentage – BF%), wskaźnik Ponderal (Ponderal Index – PI) (kg/m^3).

W wyniku dokonanej analizy uwzględniającej płeć i wiek stwierdzono istnienie korelacji pomiędzy ciśnieniem tętniczym krwi a oznaczanymi wskaźnikami.

Badanie jest współfinansowane przez Urząd Miasta Łodzi w ramach grantu Prezydenta Miasta Łodzi.

Nietrzymanie moczu u kobiet – analiza rodzaju, częstości występowania problemu, czynników ryzyka oraz jakości życia pacjentek

MARIA BUJNOWSKA-FEDAK¹, MARTA WOJTKIEWICZ¹, DARIUSZ KRYŃSKI², ANDRZEJ STECIWKO¹

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Przychodnia Rejonowa w Chojnowie

W Polsce około 4–6 milionów osób ma problemy związane z nietrzymaniem moczu (NM). Dotyczy to w głównej mierze kobiet. Pacjentki jednak rzadko przychodzą z tym problemem do lekarza, co wynika zarówno ze specyfiki schorzenia, jak i z braku dostatecznej wiedzy na temat możliwości jego leczenia.

Celem pracy było zidentyfikowanie kobiet z NM, określenie czynników ryzyka oraz rodzaju i stopnia zaawansowania choroby oraz ocena jakości życia tych pacjentek. Badania przeprowadzono wśród kobiet pozostających pod opieką lekarzy POZ regionu Dolnego Śląska. Pacjentki poproszono o wypełnienie specjalnie opracowanego kwestionariusza dotyczącego NM. Ankiety prawidłowo wypełniło 139 kobiet w wieku od 25 do 88 lat.

Wśród ankietowanych jedynie 38% nie miało żadnych objawów wskazujących na NM, u 62%

wystąpił przynajmniej 1 epizod NM. Najczęstszą postacią NM okazało się tzw. mieszane nietrzymanie moczu (52%), wysiłkowe nietrzymanie moczu dotyczyło 16% kobiet, nagłące nietrzymanie moczu – 10%. Najważniejszymi czynnikami ryzyka były: otyłość, zaparcia, współwystępowanie schorzeń neurologicznych oraz liczne porody (4 i więcej). Problem NM jako kłopotliwy określiło 56%, a jako poważny 28% respondentek. Pomimo tego zaledwie 32% kobiet z NM konsultowało się z lekarzem (13% z ginekologiem, 14% z lekarzem ogólnym lub internistą, 5% z urologiem). Chęć leczenia wyraziło jednak 82% pacjentek (50% pod kierunkiem lekarza POZ, 32% przy współpracy specjalisty).

Nietrzymanie moczu u kobiet jest poważnym i często występującym problemem. Kobiety rzadko z własnej inicjatywy zgłaszają ten problem,

zmniejsza on jednak w sposób istotny ich jakość życia i upośledza funkcjonowanie w otaczającym środowisku. Istnieje ogromna potrzeba opraco-

wania ujednoczonych standardów postępowania w przypadkach NM oraz objęcie profesjonalną opieką lekarską kobiet już w ramach POZ.

Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych przeprowadzona za pomocą europejskiego kwestionariusza EUROPEP

DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Satysfakcja pacjentów z poziomu usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych warunkuje właściwe i pełne funkcjonowanie opieki podstawowej. Satysfakcja pacjentów rozpatrywana jest także jako jedna ze składowych jakości opieki medycznej oraz główny czynnik przestrzegania zaleceń lekarza, prowadzący do lepszych efektów klinicznych samej opieki zdrowotnej.

Trudność oceny samego zjawiska satysfakcji pacjentów wynika z wielowymiarowości czynników prowadzących do jego osiągnięcia, nasilonej przez stale kształtujący się system opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Problemy z obiektywną oceną satysfakcji pacjentów oraz kształtujących ją czynników były tematem grupy EUROPEP stanowiącej agendę EQuIP (Europejska Grupa Robocza ds. Jakości w Medycynie Rodzinnej), czego rezultatem jest standaryzowany kwestionariusz skierowany do

pacjentów lekarzy rodzinnych, od 1997 roku wykorzystywany w 16 krajach Europy.

W badaniach przeprowadzonych w modelowej praktyce lekarza rodzinnego afiliowanej przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu (populacja 2500 pacjentów) skupiliśmy się nad określeniem użyteczności kwestionariusza EUROPEP w pomiarach satysfakcji pacjentów praktyki lekarza rodzinnego, określeniem ewentualnych zmian, jakich należałoby dokonać w kwestionariuszu przed jego wdrożeniem jako podstawowego narzędzia określającego stopień satysfakcji pacjentów w opiece podstawowej, określeniem czynników, które mogą determinować satysfakcję pacjentów oraz ustaleniem hierarchii ich ważności.

Przeprowadzenie badań za pomocą kwestionariusza EUROPEP pozwoliło nam również na przedstawienie w niniejszej pracy porównania wyników z uzyskanymi w krajach Europy Zachodniej.

Samoleczenie infekcji dróg oddechowych przez pacjentów poradni podstawowej opieki zdrowotnej

DANIEL HERCZYŃSKI¹, PRZEMYSŁAW KARDAS²

¹ Ze Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi,

² Z Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi

Założenia i cel badania. Infekcje dróg oddechowych są najczęstszym powodem zgłaszania się pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przed zgłoszeniem się do lekarza, a często także równoległe do zaleconego przez lekarza leczenia, pacjenci podejmują w tych jednostkach chorobowych samoleczenie. Ze względu na możliwość wystąpienia poważnych działań ubocznych, związanych z takim samoleczeniem, istotne jest poznanie, jakie środki farmaceutyczne oraz jakie inne metody działania podejmują pa-

cjenci w przypadku wystąpienia u nich infekcji dróg oddechowych, jak często zdarzają się takie zachorowania oraz w ilu i w jakich przypadkach następuje kontakt z lekarzem.

Materiał i metoda. Badanie ankietowe wykonano wśród podopiecznych dwóch poradni podstawowej opieki zdrowotnej, zlokalizowanych w dzielnicy Górna w Łodzi. Do badania włączane były osoby w wieku 15 i więcej lat, które z różnych powodów (w tym – jako osoby towarzyszące

chorym) zgłaszały się do poradni. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące podstawowych danych demograficznych oraz pytania precyzujące zachowania pacjentów, związane z samoleczeniem infekcji dróg oddechowych.

Wyniki. Ocenie statystycznej poddano dane uzyskane od 187 badanych. Uzyskane wyniki przemawiają za tym, że ankietowani podejmują zazwyczaj próby samoleczenia przed udaniem się do lekarza. Pośród badanych zaobserwowano znaczne zróżnicowanie metod i środków stosowanych w samoleczeniu infekcji dróg oddechowych. Dotyczy to zarówno środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty, jak i niefarmakologicznych metod leczenia. Podstawowym

źródłem informacji na temat leków dostępnych bez recepty są apteki oraz środki masowego przekazu.

Wnioski. Samoleczenie infekcji dróg oddechowych jest wśród badanych osób powszechne. Szeroka gama stosowanych metod i środków wiąże się zarówno z przyzwyczajeniami pacjentów, jak i reklamami leków dostępnych bez recepty. Powszechne stosowanie przez pacjentów leków dostępnych bez recepty wymaga uwagi ze strony personelu służby zdrowia. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni informować pacjentów o potencjalnych zagrożeniach związanych z samoleczeniem oraz zachęcać do nieprzedłużania samoleczenia w razie jego nieskuteczności.

Wiedza na temat czerniaka jako element profilaktyki pierwotnej i wtórnej w praktyce lekarza rodzinnego – współpraca ze specjalistą – doniesienie wstępne

AGNIESZKA KOŁACIŃSKA

Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi

Wiele autorytetów onkologicznych twierdzi, iż zmniejszenie zachorowalności na czerniaka (profilaktyka pierwotna) oraz skuteczność jego wczesnego rozpoznania (profilaktyka wtórna) wynika przede wszystkim z konsekwentnej akcji edukacyjnej całego społeczeństwa i pracowników służby zdrowia – pielęgniarek, lekarzy rodzinnych i specjalistów. Dlatego też tak istotne jest krzewienie wiedzy na temat podlegających modyfikacji czynników ryzyka czerniaka, tj. unikania nadmiernej ekspozycji słonecznej oraz znajomość wczesnych objawów tego nowotworu. W wielu krajach Europy Zachodniej, Stanach Zjednoczonych czy Australii prowadzono wieloletnie akcje edukacyjne w ramach programów profilaktyki pierwotnej i wtórnej czerniaka w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej. W dostępnym piśmiennictwie brak jest badań dotyczących powyższych zagadnień w warunkach polskich. Na dowód tego przytoczam fakt, iż nawet autor rozdziału „Czerniak skóry” w wydanej w roku 2001 „*Onkologii klinicznej*” cytuje jedynie zagraniczne kampanie informacyjne.

Moja rozprawa doktorska może choć częściowo wypełnić lukę w rodzimej literaturze medycznej. Celem mojej pracy było z jednej strony ustalenie stopnia zaawansowania czerniaka u chorych leczonych w Regionalnym Ośrodku Onkologicznym w Łodzi oraz określenie przyczyn opóźnienia

zgłoszenia się chorego do lekarza – onkologa, z drugiej zaś strony – ocena wiedzy na temat powyższego nowotworu wśród pacjentów lekarza rodzinnego nie chorujących na czerniaka oraz identyfikacja grup pacjentów lekarza rodzinnego zagrożonych rozwojem tej choroby.

Do badania włączono 60 chorych na czerniaka leczonych w Regionalnym Ośrodku Onkologicznym w Łodzi od 1.03.2000 do 31.03.2001 r. oraz 384 pacjentów nie chorujących na powyższy nowotwór zgłaszających się do wylosowanych łódzkich praktyk lekarza rodzinnego od 1.04.2001 do 31.10.2001 r. Narzędziem badawczym, którym posługiwano się w pracy, był kwestionariusz składający się odpowiednio z 22 pytań – przeprowadzany wśród chorych na czerniaka i 32 pytań – przeprowadzany wśród pacjentów lekarza rodzinnego nie cierpiących na to schorzenie. Do weryfikacji hipotez użyto testu χ^2 , dla liczebności oczekiwanych < 5 stosowano poprawkę Yatesa, a pomiar siły związku pomiędzy dwiema zmiennymi przeprowadzono przy użyciu współczynnika kontyngencji C Pearsona oraz jego wartości skorygowanej.

Badani chorzy zgłaszali się do onkologa zbyt późno, w wysokim stadium zaawansowania czerniaka. Najczęstszą przyczyną opóźnienia zgłoszenia się badanych chorych do lekarza było traktowanie powyższej choroby jako defektu urody lub/i problemu kosmetycznego, a nie jako gro-

żnego nowotworu złośliwego. Głównym źródłem wiedzy na temat czerniaka dla nich były media, a nie służba zdrowia.

Większość ankietowanych pacjentów lekarza rodzinnego nie chorujących na czerniaka posiadała zróżnicowaną wiedzę na temat tego nowotworu, której głównym źródłem były również media. Najwyższy poziom wiedzy na ten temat wśród powyższych pacjentów posiadały osoby: płci żeńskiej, legitymujące się wykształceniem wyższym, wykazujące bardzo dobrą sytuację materialną, pozostające w związku małżeńskim, znajdujące się w przedziale wiekowym od 35 do 50 lat, opalające się raz na kilka lat, z przebytymi oparzeniami słonecznymi w liczbie od 1 do 5, z rodzinną skłonnością do nowotworów innych niż nowotwory skóry. Zależności te były istotne statystycznie.

Nie zanotowano zaś statystycznie istotnej zależności pomiędzy wiedzą na temat czerniaka a fototypem pacjentów, używaniem kremów z fil-

trami anti-UV, korzystaniem z solarium, występowaniem znamion barwnikowych, w tym atypowych u pacjentów, rodzinną skłonnością do znamion barwnikowych, rodzinnym występowaniem nowotworów skóry. Należy też podkreślić, iż wiedza na temat wczesnych objawów czerniaka wśród ankietowanych pacjentów nie cierpiących na to schorzenie jest niewystarczająca.

Określono również, iż najliczniejszą grupą ankietowanych pacjentów lekarza rodzinnego była grupa wykazująca cztery czynniki ryzyka rozwoju tego nowotworu, a 1,6% badanych zaliczono do grupy bardzo wysokiego ryzyka rozwoju czerniaka według karty MacKie.

Kształcenie pacjentów lekarza rodzinnego w zakresie czynników ryzyka, istoty i wczesnych objawów czerniaka powinno doprowadzić do zmniejszenia liczby zaawansowanych przypadków tej choroby w poradniach onkologicznych. Kluczową zaś rolę odgrywa harmonijna współpraca specjalisty z podstawową opieką zdrowotną.

Kompetencje psychologiczne i ich rozwijanie dla potrzeb medycyny rodzinnej

BARBARA JUGOWAR

Celem pracy jest podkreślenie znaczenia kompetencji interpersonalnych w praktyce lekarza rodzinnego oraz rekomendowanie metody treningów w Grupach Balinta, jako formy edukacji podnoszącej jakość kontaktów lekarza z pacjentami.

W procesie kształcenia przyszłych lekarzy przekazywana jest młodym ludziom wiedza z różnych podstawowych dziedzin medycznych, nauk przyrodniczych i klinicznych. Dużo wysiłku wkłada się również w nauczanie umiejętności praktycznych, niezbędnych w przyszłej pracy lekarza. Wiele wskazuje na to, że ciągle w stopniu niewystarczającym dostrzega się potrzebę rozwijania kompetencji społecznych i psychologicznych, także w podyplomowym kształceniu. Paradoksem jest to, że współcześnie nikogo już nie trzeba przekonywać o ważności kompetencji psychologicznych dla uprawiania zawodu lekarza, a lekarza rodzinnego w szczególności. Niedostatki w tym zakresie są coraz głośniejszy sygnalizowane też przez samych lekarzy. Publikacji podkreślających wpływ na efekty leczenia dobrego kontaktu lekarza z cho-

rym, zrozumienia jego potrzeb, lęków i oczekiwań jest coraz więcej. Wskazują one na to, że postępowanie lekarskie oparte na wiedzy i umiejętnościach psychologicznych pomaga budować zaufanie do terapeuty, zwiększa poczucie satysfakcji lekarza i chorego, a przede wszystkim poprawia wyniki leczenia. Wydaje się, że poszerzanie wiedzy z zakresu psychologii klinicznej lub lekarskiej nie stanowi najlepszego sposobu na wyposażenie lekarzy rodzinnych w takie środki oddziaływań psychologicznych, jak: aktywne słuchanie, przekazywanie trudnych wiadomości, stosowanie sugestii i perswazji, pomoc w odreagowaniu napięć czy wspieranie psychiczne. Szczególnie godną polecenia formą psychologicznej edukacji, uwrażliwiającą na psychologiczne aspekty kontaktów z pacjentem wydają się być treningi, zwane od nazwiska ich twórcy, grupami Balinta. Metoda ta powstała w Londynie w latach 50., by poprawić funkcjonowanie zawodowe lekarzy rodzinnych. Od wielu lat wykorzystywana bywa z powodzeniem w wielu krajach europejskich, zwłaszcza w Niemczech oraz w USA.

Częstość porad lekarskich spowodowanych wybranymi jednostkami chorobowymi w zależności od wieku wśród podopiecznych poradni lekarzy rodzinnych

DANIEL HERCZYŃSKI¹, PRZEMYSŁAW KARDAS²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi,

² Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi

Założenia i cel badania. Codzienna obserwacja wskazuje na znaczne zróżnicowanie częstości porad lekarskich spowodowanych wybranymi jednostkami chorobowymi w zależności od wieku pacjentów. Najczęstszym powodem zgłaszania się pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej są infekcje dróg oddechowych. W niniejszym badaniu postanowiono porównać częstość porad lekarskich związanych z tymi schorzeniami z poradami spowodowanymi chorobami układu krążenia oraz wizytami spowodowanymi przedłużeniem leków w różnych grupach wiekowych podopiecznych poradni lekarzy rodzinnych.

Materiał i metoda. Badanie wykonano wśród podopiecznych poradni lekarzy rodzinnych, zlokalizowanej w dzielnicy Górna w Łodzi. Spośród około 2000 podopiecznych poradni, analizie poddano dokumentację wybranych losowo 329 pacjentów, należących do 5 grup wiekowych: 1–6, 7–13, 14–18, 19–64 oraz 65 i więcej lat.

Wyniki. Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli.

Wnioski. Roczna liczba porad lekarskich jest ponad dwukrotnie wyższa u osób starszych oraz u dzieci w wieku 1–6 lat w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi. Choroby układu krążenia stanowią częstą przyczynę porad lekarskich dopiero po 65 roku życia. Także dla tej grupy podopiecznych charakterystyczna jest znaczna częstość wizyt związanych z przedłużeniem leków (bez badania lekarskiego), co jest odbiciem charakterystycznego dla tej grupy wiekowej rozpowszechnienia chorób przewlekłych. Przeciętna liczba porad związanych z infekcjami górnych dróg oddechowych jest dwukrotnie mniejsza w grupie wiekowej 7–13 lat niż 1–6 lat i dalej maleje z wiekiem. Najwyższa obserwowana częstość porad lekarskich związanych z infekcjami dolnych dróg oddechowych wśród dzieci w wieku szkolnym (7–13 lat) wymaga wyjaśnienia w dalszych badaniach.

Parametr	Grupa wiekowa				
	1–6	7–13	14–18	19–64	65+
Średnia liczba porad rocznie	10,7	6,6	5,1	5,5	13,0
Średnia liczba porad z powodu chorób układu krążenia rocznie	0,5	0,0	0,0	0,5	5,0
Średnia liczba porad z powodu infekcji górnych dróg oddechowych rocznie	4,1	2,4	1,7	0,9	0,7
Średnia liczba porad z powodu infekcji dolnych dróg oddechowych rocznie	0,4	0,9	0,3	0,2	0,4
Średnia liczba wizyt z powodu przedłużenia leków (bez badania pacjenta)	0,4	0,1	0,0	0,3	3,6

Problemy rodziny w realizacji opieki nad chorym na cukrzycę

ANNA ABRAMCZYK

Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Cel pracy. Praca ma na celu ustalenie problemów oraz zakresu wspomagania rodzin w realizacji opieki nad osobą chorą na cukrzycę w warunkach domowych.

Materiał i metody badań. Badania pozwalające na określenie zakresu wspomagania rodzin w opiece nad pacjentem chorym na cukrzycę przeprowadzono wśród rodzin/opiekunów osób chorych na cukrzycę objętych opieką jednego z zakładów podstawowej opieki zdrowotnej we Wrocławiu. Badania przeprowadzono na podstawie kwestionariusza – ankiety. Udział w badaniach rodzin osób chorych na cukrzycę był dobrowolny. W odniesieniu jednak do 6% rodzin nie pozyskano materiału badawczego, ze względu na zły stan zdrowia członka rodziny (stan po wylewie, niesprawność), w stosunku do którego to osoba chora na cukrzycę pełniła funkcję opiekuna. Jednak co trzecia rodzina z osobą chorą na cukrzycę odmówiła udziału w badaniach.

Prezentowany materiał pochodzi zatem od 23 rodzin stanowiących 64% rodzin z dorosłą osobą chorą na cukrzycę. Zdecydowana większość rodzin uczestniczących w badaniach realizuje opiekę nad chorym w wieku powyżej 65 roku życia (56%), w okresie krótszym niż 5 lat (43,4%). Częściej z opieki rodziny korzystają kobiety (83%) niż mężczyźni. Zdecydowana większość rodzin pacjentów chorych na cu-

krzycę zamieszkuje wraz z chorym (70%), 17,4% mieszka w tej samej miejscowości, a 12,6% rodzin, aby nieść pomoc przyjeżdża z innego miasta.

Wyniki badań. Badania przeprowadzone wśród rodzin osób chorych na cukrzycę potwierdzają istnienie problemów w opiece, które najczęściej dotyczą:

- braku znajomości zachowań sprzyjających leczeniu cukrzycy (34,7%),
- niewystarczającej ilości środków finansowych na zakup leków, stosowanie diety (30%),
- nabycia sprzętu ułatwiającego kontrolę cukru we krwi (21%), a także
- niechęci osoby chorej na cukrzycę do przestrzegania diety (21,7%), badania cukru we krwi (17,4%),
- uzyskania pomocy lekarza rodzinnego, specjalisty w poradni diabetologicznej (17,4%), pielęgniarki środowiskowej (17,4%).

Wnioski. Problemy rodziny w opiece nad chorym na cukrzycę wskazują na konieczność zwiększenia przygotowania rodzin do wspomaganie osób chorych na cukrzycę oraz zwiększenia współpracy zespołu p.o.z. z pracownikiem socjalnym, społecznością lokalną, stowarzyszeniem chorych na cukrzycę celem niesienia wsparcia, zwłaszcza rodzinom w trudnej sytuacji socjalnej.

Zachowania zdrowotne pacjentów chorych na cukrzycę a zakres wspomagania w praktyce lekarza rodzinnego

ANNA ABRAMCZYK

Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Cel pracy. Praca ma na celu przedstawienie zachowań zdrowotnych deklarowanych przez osoby chore na cukrzycę oraz wskazanie zakresu wspomagania pacjentów w praktyce lekarza rodzinnego.

Materiał i metoda badań. Badania w kierunku określenia zachowań zdrowotnych wyrażanych przez osoby chore na cukrzycę dokonano na podstawie ukierunkowanego wywiadu przeprowadzonego w środowisku pacjentów objętych opieką losowo wybranego zakładu podstawowej opieki zdrowotnej we Wrocławiu. Wśród badanej populacji 77% stanowiły kobiety, a 33% mężczyźni. Z analizy struktury wieku badanej populacji wynika, że zdecydowana większość pacjentów jest w wieku geriatrycznym – powyżej 65 roku życia (77%).

Wyniki badań. Z wypowiedzi pacjentów uczestniczących w badaniach wynika, że:

- codzienna aktywność fizyczna jest elementem stylu życia 34% chorych, a 19% pacjentów zazwyczaj siedzi lub leży,

- przestrzega zaleceń w zakresie higieny jamy ustnej 60% chorych,
- dba o codzienną higienę stóp 74% badanych,
- nie pali tytoniu 79% pacjentów, a 80% nie pije alkoholu,
- prowadzi samokontrolę 8,5% chorych,
- błędy w zakresie żywienia popełnia 100% pacjentów. Ponad połowa pacjentów (60%) w nadmiernych ilościach spożywa posiłki smażone, jaja, mięso i wędliny wieprzowe, co drugi pacjent dojada między posiłkami, 38% chorych dosala swoje posiłki, a 17% bez ograniczeń spożywa słodczyce.

Wnioski. Przeprowadzone wśród chorych na cukrzycę badania w kierunku określenia zachowań zdrowotnych istotnych w leczeniu cukrzycy pozwalają stwierdzić, iż niezbędne w opiece nad tą grupą chorych staje się zwiększenie przygotowania i wsparcia w kształtowaniu:

- sprzyjającego leczeniu żywienia i ograniczenia spożycia produktów wysokokalorycznych,
- udziału w samokontroli,
- zachowań związanych z higieną osobistą.

Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki ze strony lekarza rodzinnego (komunikat z badań KBN)

ANNA ABRAMCZYK

Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Cel pracy. Praca ma na celu przedstawienie oczekiwań pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki ze strony lekarza rodzinnego.

Materiał i metoda badań. Identyfikacji oczekiwań pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki ze strony lekarza rodzinnego dokonano na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych wśród chorych na cukrzycę, objętych opieką w jednym z zakładów podstawowej opieki zdrowotnej we Wrocławiu. Wśród badanej populacji (47 pacjentów) zdecydowaną większość stanowiły kobiety (66%), osoby w wieku powyżej 65 roku życia (77%), zamieszkujące wraz z ro-

dziną (70%). Pacjenci uczestniczący w badaniach wskazują, że z wizyty u lekarza rodzinnego najczęściej korzystają w związku z wyczerpaniem leków (87%), terminem wizyty oraz odczuwaniem dolegliwości (32%).

Wyniki badań. Z analizy zgromadzonego materiału badawczego wynika, że kobiety (87%) częściej niż mężczyźni (75%) kierują oczekiwania do lekarza rodzinnego. Najczęściej pacjenci chorzy na cukrzycę oczekują od lekarza rodzinnego: praktycznych rad (55,3%), informacji o stanie zdrowia (49%), informacji o chorobie (46,8%), wyjaśnienia leczenia, kierowania na

badania (40%), kierowania do specjalisty (38%), zbadania (32%). Prawie co piąty pacjent z cukrzycą oczekuje od lekarza rodzinnego podtrzymania na duchu, a częściej niż co dziesiąty (15%) współczucia.

Wnioski. Przeprowadzone wśród pacjentów chorych na cukrzycę badania pozwalają stwierdzić, że:

- zapewnienie opieki uwzględniającej oczekiwania i priorytety tej grupy chorych wymaga ze strony lekarza niesienia wsparcia informacyjnego oraz emocjonalnego,
- mężczyźni częściej od lekarza rodzinnego oczekują wsparcia informacyjnego,
- potrzebę wsparcia emocjonalnego częściej deklarują kobiety.

Profilaktyka pierwotna i wtórna chorób alergicznych przy współdziałaniu podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej

ANDRZEJ BYSTROWSKI, JAN KOWALSKI

Klinika Chorób Płuc IMW WAM,

Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc w Łodzi

Wykazano, że systematyczne podejście do problemu prewencji przez społeczeństwo i przez osoby profesjonalnie zajmujące się ochroną zdrowia pozwala na osiągnięcie zmian w zakresie stanu zdrowia. Działania profilaktyczne w stosunku do chorób alergicznych, takich jak: astma oskrzelowa, atopowe zapalenie skóry, alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa, alergiczne zapalenie spojówek, niektóre postaci pokrzywek i obrzęku naczyniowo-nerwowego oraz alergii układu pokarmowego cechuje wysoka efektywność, pod warunkiem współdziałania lekarzy alergologów z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w zakresie prewencji pierwotnej, jak i wtórnej.

Edukacja osób zagrożonych i ich rodzin jest najważniejszym narzędziem działań prewencyjnych.

Kontrola skuteczności edukacji, a przede wszystkim sama jej efektywność, zależy od za-

chowania ciągłości procesu kształcenia. Tylko lekarz pierwszego kontaktu, a zwłaszcza lekarz rodzinny, ze względu na stałe wizyty domowe, jest w stanie wypełnić takie zadanie, oceniając poziom kultury zdrowotnej na danym terenie oraz zagrażające zdrowiu elementy środowiska. Użytkując wiedzę powinien wykorzystać przy omawianiu zasad edukacji z udziałem alergologa.

Szkolenie podstawowe powinien prowadzić alergolog z zastosowaniem różnych modeli edukacyjnych ponieważ:

- wiedza w zakresie prewencji nie jest ostatecznie ukształtowana i wymaga stałego śledzenia informacji naukowej w danej dziedzinie, co jest w praktyce atrybutem specjalisty,
- edukacja podstawowa powinna zawierać wiedzę o mechanizmach i uwarunkowaniach alergii.

Przyczyny wizyt domowych u pacjentów z chorobami układu krążenia

MAGDA DACHTERA-FRĄCKIEWICZ, KRZYSZTOF BUCZKOWSKI, EWA IGNACZAK

Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Wstęp. Choroby układu krążenia są częstym powodem wizyt domowych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ze względu na dużą zachorowalność i śmiertelność pacjenci z chorobami układu krążenia wymagają szczególnej opieki lekarza rodzinnego, a w pewnej części przypadków pilnego skierowania na leczenie szpitalne bądź konsultację kardiologiczną.

Badana grupa i metoda. Badanie przeprowadzono w Praktyce Lekarza Rodzinnego w Bydgoszczy, która opieką obejmuje 4078 osób. Analizie podano łącznie 376 wizyt domowych zgłoszonych w okresie jednego roku od kwietnia 1999 do marca 2000 r., spośród których 140 dotyczyło pacjentów z chorobą układu krążenia (w tym u 49 wizytowanych pacjentów występowało tylko nadciśnienie tętnicze).

Wyniki. Wśród przyczyn wizyt domowych u 41 (29,3%) pacjentów stanowiły choroby infekcyjne układu oddechowego (gr. J wg ICD-10), 24 (17,1%) choroby układu krążenia (gr. I wg ICD-10). W 19 (13,6%) rozpoznanie było objawowe (gr. R wg ICD-10), a w 17 (12,1%) bez postawienia jednoznacznego rozpoznania. W dalszej kolejności: choroby układu nerwowego (8,6%), choroby układu kostno-mięśniowo-stawowego (4,2%) i choroby psychiczne (4%). Podczas wizyty domowej 12 (8,6%) chorych zostało skierowanych

do specjalisty. U 11 (7,8%) chorych zaplanowano wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych. W 7 przypadkach (5%) wizyta domowa zakończyła się skierowaniem pacjenta do szpitala.

Wnioski. Najczęstszą przyczyną wizyt domowych u pacjentów z chorobami układu krążenia są choroby infekcyjne układu oddechowego. Część wizyt domowych kończy się skierowaniem pacjenta do szpitala lub na konsultację specjalistyczną.

Związek między wizytą domową a wiekiem i miejscem zamieszkania pacjenta

MAGDA DACHTERA-FRĄCKIEWICZ, KRZYSZTOF BUCZKOWSKI, EWA IGNACZAK
Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Wstęp. Wizyty domowe są nierozzerwalnie związane z pracą lekarza rodzinnego i pochłaniają istotną część czasu jego pracy. Specyfika wizyty domowej polega na tym, że lekarz rodzinny w jej trakcie nie posiada takich możliwości diagnostycznych jak w praktyce oraz wizyta domowa zwykle trwa dłużej niż pojedyncza porada w praktyce. W związku z tym logiczne wydaje się, aby lekarz rodzinny odbywał wizyty domowe tylko w tych sytuacjach, w których są one konieczne.

Cel. Celem pracy była ocena wpływu wieku pacjenta i odległości miejsca zamieszkania od praktyki na ilość i przyczyny wizyt domowych.

Badana grupa i metoda. Badanie przeprowadzono w Praktyce Lekarza Rodzinnego w Bydgoszczy, która opieką obejmuje 4078 osób w tym: 0–6 r.ż. 137 (3,4%), 7–64 r.ż. 3223 (79,0%), ≥ 65 r.ż. 718 (17,6%). Analizie podano łącznie 376 wizyt domowych zgłoszonych w okresie od kwietnia 1999 do marca 2000 r. Ze względu na miejsce zamieszkania badanych podzielono na grupy: mieszkającą w odległości < 5 km i ≥ 5 km.

Wyniki. Wśród 376 zgłoszonych wizyt domo-

wych, 24 wizyty (6,4%) dotyczyły pacjentów w wieku do 6 r.ż., 214 (57%) pacjentów od 7 do 64 r.ż., a aż 138 wizyt (36,6%) pacjentów ≥ 65 r.ż. Miejsce zamieszkania 300 (79,6%) chorych wymagających wizyt domowych znajdowało się do 5 km od miejsca praktyki, 76 (20,3%) chorych ≥ 5 km. W grupie wiekowej ≥ 65 r.ż. u 93,4% pacjentów stwierdzono obecność przynajmniej jednej z chorób przewlekłych, w grupie 7–64 r.ż. – 35%, natomiast do 6 r.ż. nikt nie chorował przewlekłe.

Wśród wizyt domowych w grupie wiekowej 0–6 r.ż. 54% stanowiły wizyty patronażowe, w 46% wizyt przyczyną była ostra choroba. W grupie wiekowej 7–64 r.ż. ostre zachorowania stanowiły 84% przyczyn wizyt domowych. W około 12% było to zaostrzenie choroby przewlekłej, w 4,2% wizyta miała charakter profilaktyczny.

Wnioski. Grupą chorych najczęściej wymagających wizyt domowych są pacjenci ≥ 65 r.ż., z których aż 93,4% ma przynajmniej jedną z chorób przewlekłych. Większość wizyt domowych jest realizowana u pacjentów zamieszkujących w pobliżu miejsca praktyki. Najczęstszą przyczyną wizyt u pacjentów do 6 r.ż. są wizyty profilaktyczne, a po 7 r.ż. ostre zachorowania.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w stomatologii. Znieczulenia przewodowe nerwów twarzy

TOMASZ GŁADYSZ, TOMASZ ISKRA, JANUSZ GORCZYCA, MAREK SAJEWICZ,
JAROSŁAW ZAWILIŃSKI, ANNA NIŻNIK-KULKA*, ANDRZEJ SKAWINA

Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie

*Oddział Chirurgii Ogólnej SPZOZ w Rabce

Cel pracy. Przedstawienie techniki najczęściej wykonywanych zabiegów inwazyjnych w stomatologii ze szczególnym uwzględnieniem anatomii topograficznej tych okolic.

Prezentowano technikę dojścia do nerwów twarzy w miejscach ich typowej blokady z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu

tych nerwów. Autorzy zwracają uwagę na stosunki topograficzne, przebieg i zakres ich unerwienia oraz ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Znieczulenia przewodowe tej okolicy są wykonywane w praktyce stomatologicznej w celach leczniczych i analgezyjnych.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w neurologii. Znieczulenie przewodowe nerwu międzyżebrowego i skórno-bocznego uda

TOMASZ ISKRA, ROBERT ŚRODEK, EWA MIZIA, AGATA MUSIAŁ, KRZYSZTOF KULKA,
JANUSZ GORCZYCA, ANDRZEJ SKAWINA

Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie

Cel pracy. Przedstawienie techniki znieczulenia przewodowego nerwu międzyżebrowego i skórno-bocznego uda ze szczególnym uwzględnieniem anatomii topograficznej.

Prezentowano technikę dojścia do nerwu międzyżebrowego i skórno-bocznego uda w miejscach ich typowej blokady z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu tego nerwu. Au-

torzy zwracają uwagę na stosunki topograficzne, przebieg i zakres ich unerwienia oraz ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Znieczulenia przewodowe tych nerwów są wykonywane w praktyce neurologicznej, reumatologicznej, anestezyjologicznej a także – coraz częściej w praktyce lekarza rodzinnego w celach diagnostycznych i leczniczych.

Współpraca lekarza rodzinnego z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną

PAWEŁ KLINK

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Zakład Medycyny Rodzinnej,
Akademia Medyczna w Łodzi

W przedstawionej pracy omówiono rolę pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w ramach

zespołu lekarza rodzinnego, zakres jej obowiązków oraz kompetencje na podstawie ofi-

cyjnych dokumentów dotyczących tej problematyki.

Instytucja pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej jest niezwykle istotnym elementem służby zdrowia, niezbędnym przy realizacji holistycznego modelu opieki nad pacjentem. Z analizy istniejących wytycznych, międzynarodowych trendów dotyczących pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego oraz danych dotyczących opieki pielęgniarskiej zebranych w czasie badań przeprowa-

dzonych w ZMR w Łodzi dotyczących przyczyn hospitalizacji osób starszych wynika, że możliwości istniejące w obrębie tego segmentu opieki zdrowotnej są wykorzystywane w niedostatecznym zakresie.

Pełne wykorzystanie zakresu kompetencji pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej może w istotny sposób przyczynić się do usprawnienia pracy gabinetów medycyny rodzinnej oraz lepszej opieki nad pacjentem w domu.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w reumatologii. Cz. I. Iniekcje do przyczepów mięśniowych i kaletek maziowych kończyny górnej

KRZYSZTOF KULKA, TOMASZ ISKRA, ROBERT ŚRODEK, EWA MIZIA, AGATA MUSIAŁ,
WIEŚŁAWA KLIMEK, ANDRZEJ SKAWINA
Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie

Cel pracy. Przedstawienie techniki najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w zespołach bólowych tkanek miękkich kończyny górnej.

Przedstawiono technikę dojścia do przyczepów ścięgien mięśni oraz kaletek maziowych kończyny górnej w miejscu typowej blokady z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu struktur naczyniowo-nerwowych. Autorzy zwraca-

ją uwagę na stosunki topograficzne oraz ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Iniekcje długodziałających glikokortykosteroidów do zmienionych zapalnie przyczepów ścięgien mięśni oraz kaletek maziowych są wykonywane w praktyce reumatologicznej, ortopedycznej, a także coraz częściej w praktyce lekarza rodzinnego w celach leczniczych.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w reumatologii. Cz. II. Iniekcje do przyczepów mięśniowych i kaletek maziowych kończyny dolnej

KRZYSZTOF KULKA, TOMASZ KORMAN*, ROBERT ŚRODEK, EWA MIZIA, AGATA MUSIAŁ,
JAROSŁAW ZAWILIŃSKI, ANDRZEJ SKAWINA
Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie
* Zakład Medycyny Rodzinnej CMUJ

Cel pracy. Przedstawienie techniki najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w zespołach bólowych tkanek miękkich kończyny dolnej.

Przedstawiono technikę dojścia do przyczepów ścięgien mięśni oraz kaletek maziowych

kończyny dolnej w miejscu typowej blokady, z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu struktur naczyniowo-nerwowych. Autorzy zwracają uwagę na stosunki topograficzne oraz ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Iniekcje długodziałających

glikokortykosteroidów do zmienionych zapalnie przyczepów ścięgien mięśni oraz kaletk maziowych są wykonywane w praktyce reuma-

tologicznej, ortopedycznej, a także coraz częściej w praktyce lekarza rodzinnego w celach leczniczych.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w reumatologii.

Cz. III. Iniekcje do przyczepów mięśniowych okolicy kręgosłupa i kanału nadgarstka

KRZYSZTOF KULKA, TOMASZ ISKRA, ROBERT ŚRODEK, EWA MIZIA, AGATA MUSIAŁ, TOMASZ KORMAN*, ANDRZEJ SKAWINA

Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie

* Zakład Medycyny Rodzinnej CMUJ

Cel pracy. Przedstawienie technik dojścia do kanału nadgarstka oraz okolicy kręgosłupa w zespołach bólowych tych okolic.

Przedstawiono technikę dojścia do przyczepów ścięgien mięśni przykręgosłupowych w miejscach stosowanych blokad z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu struktur naczyniowo-nerwowych. Opisano także blokadę okolicy otworu międzykręgowego. Przedstawiono także technikę dojścia do nerwu pośrodkowego i ścięgien mięśni zginaczy w zespole kanału nad-

garstka z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu tego nerwu. Autorzy zwracają uwagę na stosunki topograficzne oraz ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Iniekcje długodziałających glikokortykosteroidów do zmienionych zapalnie przyczepów ścięgien mięśni i struktur więzadłowych, a także kanału nadgarstka są wykonywane w praktyce reumatologicznej, ortopedycznej, a także coraz częściej w praktyce lekarza rodzinnego w celach leczniczych.

Zalecenia dietetyczne w diagnostyce i terapii stanów zwiększonego wydalania wapnia z moczem

EWA LANGE¹, AGATA TARCZYŃSKA¹, JAN ZAWADZKI²

¹ Katedra Dietetyki i Żywności Funkcjonalnej, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, SGGW w Warszawie

² Poradnia Nefrologiczna Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Międzyzlesiu

Celem pracy było ustalenie i optymalizacja zaleceń dietetycznych niezbędnych w diagnostyce oraz leczeniu stanów zwiększonego wydalania wapnia z moczem u dzieci.

Praca obejmowała ustalenie zaleceń dietetycznych niezbędnych w diagnostyce oraz leczeniu hiperkalcurii i jej powikłań dla 10 pacjentów w wieku od 6 do 22 lat pozostających pod opieką Poradni Nefrologicznej IP-CZDz w Międzyzlesiu z powodu zwiększonego wydalania wapnia z moczem. Wyniki badań diagnostycznych wskazały na obecność hiperkalcurii absorpcyjnej typu II u 6 pacjentów, typu I u 3 pacjentów, jak również na częste powikłania hiperkalcurii.

Dieta z ograniczeniem spożycia wapnia normalizuje kalcurię w hiperkalcurii absorpcyjnej typu II, co zarówno umożliwia różnicowanie tej postaci, jak również znajduje zastosowanie w jej terapii. Optymalizacja spożycia wapnia powinna mieć na względzie nie tylko normalizację kalcurii, ale i minimalizację ryzyka wywołania u pacjentów ujemnego bilansu wapnia oraz oksalurii. Dlatego też zalecane spożycie wapnia nie powinno być mniejsze niż 50%, ale nie większe niż 100% zalecanego dziennego zapotrzebowania. W hiperkalcurii absorpcyjnej typu I nie ogranicza się spożycia wapnia, jednak leczenie dietetyczne powinno uwzględniać inne czynniki sprzyjające ich powikłaniom.

Niezależnie od rodzaju hiperkalcurii pacjenci powinni stosować dietę niskosodową, z ograniczeniem spożycia szczawianów i zasad purynowych, unikać nadmiernego spożycia białka i witaminy C.

Najtrudniej wprowadzanymi zaleceniami dietetycznymi dla grupy badanych pacjentów było ograniczenie spożycia sodu.

Test pochyleniowy w diagnostyce chorych z nawracającymi omdleniami o niejasnej etiologii

MAŁGORZATA LEŁONEK, AGNIESZKA PRZYBYSZEWSKA
Klinika Kardiologii Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Łodzi

Celem pracy była ocena przydatności testu pochyleniowego (TP) w diagnostyce chorych z powtarzającymi się omdleniami o niejasnej etiologii, u których standardowa diagnostyka kardiologiczna i neurologiczna nie wyjaśniła przyczyny dolegliwości.

Do badania włączono 244 chorych (43% mężczyzn) w wieku \bar{x} 49,0 \pm 18,6 lat z wywiadem powtarzających się omdleń od \bar{x} 7 lat. U wszystkich chorych wykonano TP według protokołu Westminsterkiego (45 minut pionizacji pod kątem 60^o), rozszerzony o prowokację farmakologiczną z użyciem nitrogliceryny podawanej podjęzykowo w dawce 0,4 mg. W ocenie wyników posługiwano się klasyfikacją VASIS (Vasovagal Syncope International Study).

Wyniki. Omdlenie lub stan bliski omdleniu wystąpił w czasie TP u 166 chorych (68%), z tego u 126 po NTG (76%), ($p < 0,001$). Mieszana postać reakcji wazowagalnej (VASIS 1) udokumentowano u 91 chorych (55%), ($p < 0,001$), kardiodepresyjną (VASIS 2) u 33 (20%) i naczyniodepre-

syjną (VASIS 3) u 42 chorych (25%). W grupie VASIS 2 w czasie omdlenia w TP zarejestrowano: u 16 chorych asystolię trwającą od 3 do 23 s, u 7 chorych wielopoziomowe bloki przewodzenia i u 10 chorych istotną bradykardię zatokową < 40 /min. trwającą > 10 s i/lub rytm węzłowy. Na podstawie obrazu klinicznego i wyniku TP u 139 chorych (84%) wdrożono leczenie zachowawcze, 27 chorych (16%) zabezpieczono stałą elektrostymulacją serca w systemie dwujamowym z histerezą ($p < 0,001$). Najczęściej stosowanymi lekami była midodryna (36%) i metoprolol ZOK (34%), natomiast u chorych ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym moksonidyna (29%). Jedną pacjentkę zakwalifikowano do tilt treningu.

Wnioski. Test pochyleniowy jest cenną metodą diagnostyczną w grupie chorych z nawracającymi omdleniami o niejasnej etiologii. Pozwala ustalić przyczynę dotychczas niewyjaśnionych dolegliwości u 68% chorych. Badanie to umożliwia ocenę reakcji doprowadzającej do omdlenia, co stanowi podstawę sposobu leczenia tej niejednorodnej grupy chorych.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w ortopedii. Technika nakłucia jam stawów kończyny górnej i dolnej

EWA MIZIA, ROBERT ŚRODEK, WOJCIECH GODOWICZ, PAWEŁ BRZEGOWY, DARIUSZ CHMIEL, ANNA NIŻNIK-KULKA*, ANDRZEJ SKAWINA
Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie
*Oddział Chirurgii Ogólnej SPZOZ w Rabce

Cel pracy. Przedstawienie techniki nakłuć jam stawowych, ze szczególnym uwzględnieniem anatomii topograficznej.

Przedstawiono najczęstsze techniki dojść do jam stawowych stawów kończyny górnej i dolnej z uwzględnieniem anatomicznego przebiegu waż-

nych struktur naczyniowo-nerwowych w okolicach tych stawów. Autorzy zwracają uwagę na zagadnienia anatomii topograficznej i ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabie-

gów. Nakłucia stawów wykonywane są często w praktyce chirurgiczno-ortopedycznej, a także coraz częściej w praktyce lekarza rodzinnego w celach diagnostycznych i leczniczych.

Problem podwyższonego ciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży

PRZEMYŚLAŃ PŁATKIEWICZ

NZOZ PLR „Zdrowie” w Mieszkowie, pow. Jarocin

Nadal spotykamy się z poglądem, iż dzieci nie chorują na nadciśnienie. Wynika to z faktu niedoceniania problemu NT w najmłodszej grupie pacjentów.

Celem pracy była ocena na podstawie własnych doświadczeń, możliwości wykorzystania poradnictwa pediatrycznego dla współpracy z dzieckiem z podwyższonym ciśnieniem tętniczym, jego rodziną i środowiskiem.

Badaniem objęto 86 dzieci i młodzieży, skierowanych do poradni kardiologicznej w okresie od stycznia 1996 r. do marca 1998 r. W grupie tej było 30 dziewcząt i 56 chłopców, co stanowi odpowiedni 34,9 i 65,1%. Średnia wieku dla chłopców wynosiła $12,18 \pm 4,73$, a dla dziewczynek $14,63 \pm 1,33$. W grupie do 12 roku życia zostało skierowanych do poradni tylko 2 dzieci. Zwraca uwagę fakt bardzo nielicznej reprezentacji grupy dzieci w wieku przedpokwitaniowym. Tak znaczna przewaga grupy 14–16 latków wynika prawdopodobnie z faktu dokonywania w tym wieku pierwszy raz w życiu dziecka pomiaru RR, w czasie badań bilansowych 15-latków oraz u części dzieci podczas okresowych badań w poradni sportowo-lekarskiej.

Analizie poddano wywiad rodzinny, okotopodowy, zgłaszane dolegliwości, rozwój somatyczny (na podstawie wskaźnika BMI), wyniki badań dodatkowych, efekty leczenia oraz współpracę pacjenta i jego rodziny z lekarzem.

Wnioski

1. Stosunkowo późne rozpoznanie podwyższonego ciśnienia u dzieci wynika najprawdopodobniej z braku kontroli tego parametru w okresie wczesnego dzieciństwa.
2. Także w grupie dzieci ze stwierdzonym podwyższonym ciśnieniem nie kontroluje się jego wartości regularnie.
3. Grupa dzieci z rozpoznaniem nadciśnieniem i ich rodzice niedostatecznie współpracują z lekarzem w leczeniu niefarmakologicznym.
4. Późne pojawianie się zmian narządowych i ich niewielkie nasilenie uzasadnia dłuższe postępowanie profilaktyczne przed rozpoczęciem farmakoterapii.
5. Konieczna jest aktywizacja promocji zdrowia w zakresie prewencji chorób układu krążenia i główny ciężar tych działań spoczywa na lekarzu rodzinnym.
6. Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży często współistnieje z zaburzeniami metabolicznymi zwłaszcza z otyłością.
7. Cennym działaniem w kierunku poprawy wykrywalności nadciśnienia tętniczego jest opracowany nowy wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniający pomiar ciśnienia tętniczego przy każdym badaniu bilansowym.
8. Dużym ułatwieniem w pracy lekarza rodzinnego są opracowane przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych wytyczne postępowania w NT wraz z siatkami centyłowymi norm RR u dzieci z uwzględnieniem ich rozwoju fizycznego.

Dodatnie testy skórne u pacjentów z astmą oskrzelową i nietolerancją niesterydowych leków przeciwzapalnych

RENATA RUBINSZTAJN, JOLANTA WROŃSKA, RYSZARDA CHAZAN

Celem pracy była ocena częstości dodatnich testów skórnych u pacjentów z astmą oskrzelową i nietolerancją niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).

Materiał. Do badania zakwalifikowano 31 chorych, których podzielono na 3 grupy:

- A: 5 chorych z astmą aspirynową (dodatni doustny test aspirynowy),
- B: 13 chorych z astmą oskrzelową (ujemny doustny test aspirynowy),
- C: 13 osób z astmą oskrzelową i nietolerancją NLPZ (ze względu na nieuzyskanie należnych wartości FEV1 nie wykonano testu).

Metody. Badani pacjenci mieli wykonany doustny test prowokacji aspiryną (aspirynę podawano w dawkach 10, 17, 44, 117, 312 mg co 2 godziny, spirometria co 30 min, za wynik dodatni przyjmowano spadek wartości FEV1 >20%). Testy skórne wykonywano przy użyciu zestawu aler-

genów Allergofarmy. Ponadto u chorych wykonywano oznaczenie całkowitego IgE.

Wyniki

Grupa	n	Testy skórne		IgE IU/mL
		dodatnie	ujemne	
A	5	2	3	98,15±54,27
B	13	7	6	98,86±145,0
C	13	8	5	222,13±277,52
Razem	31	17	14	148,98±206,59

Wnioski

- Nie stwierdzono różnicy w częstości dodatnich testów skórnych w badanych grupach pacjentów.
- W grupie C – chorzy z ciężką niestabilną astmą oskrzelową – stwierdzono podwyższone wartości IgE, co świadczy o większym udziale w tej grupie pacjentów z astmą atopową.

Ograniczenia w leczeniu dietetycznym celiakii oraz fenyloketonurii

BOŻENA RUTKOWSKA, AGNIESZKA PIOTROWSKA
Katedra Dietetyki i Żywności Funkcjonalnej SGGW w Warszawie

Celem niniejszej pracy była porównawcza ocena wartości odżywczej dietetycznych środków spożywczych stosowanych w dietach eliminacyjnych, ich asortymentu, a także możliwości i ograniczeń ich stosowania w wybranych schorzeniach wymagających stosowania takich diet.

Schorzenia takie jak celiakia, fenyloketonuria wymagają wykluczenia wielu produktów, które u osób zdrowych zajmują ważną pozycję w diecie. W takich przypadkach szczególnie ważną rolę odgrywa żywność dietetyczna oraz produkty farmaceutyczne stanowiące odpowiednik białka i innych składników odżywczych w racji pokarmowej. Istotne jest, aby wartość odżywcza żywności dietetycznej była odpowiednia.

Wartość odżywcza dietetycznych środków spożywczych stosowanych w dietach eliminacyjnych (bezglutenowych, niskofenyloalaninowych) różniła

się znacząco od adekwatnych produktów stosowanych w konwencjonalnej diecie, głównie niższą zawartością białka i błonnika pokarmowego, a przeciętnie dwukrotnie wyższą tłuszczu. Ceny żywności specjalnego przeznaczenia są znacznie wyższe od odpowiadających im zwykłych środków spożywczych, co często stanowi znaczne obciążenie ekonomiczne dla rodziny.

Dietę osób wymagających produktów bezglutenowych oraz niskobiałkowych (niskofenyloalaninowych) należy modyfikować, tak aby uwzględnić większe spożycie warzyw i owoców, ograniczenie tłuszczów widocznych (masło, śmietana, oleje), a w wypadku celiakii zastąpienie części pieczywa poprzez naturalnie bezglutenowe kasze. Rację pokarmową dzieci i dorosłych z fenyloketonurią muszą uzupełniać preparaty farmaceutyczne, stanowiące bezfeny-

loalaninowe źródło białka i w miarę możliwości także innych niezbędnych składników odżywczych tak, aby wyrównać dysproporcje w udziale poszczególnych składników w takiej

diecie. Dostępność i dystrybucja żywności specjalnego przeznaczenia ulega znacznym fluktuacjom, często jest niewystarczająca i wymaga poprawy.

Znaczenie przemian w służbie zdrowia na kształtowanie się polityki zdrowotnej, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej w województwie dolnośląskim

TADEUSZ SEBZDA, WIESŁAW KSZTOŃ*, ROBERT SKOWROŃSKI, HALINA HAŃCZYC
Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Akademii Medycznej we Wrocławiu,
*Szpital Wojewódzki im. J. Babińskiego we Wrocławiu

Celem pracy jest przedstawienie w formie dostępnych danych dokonywanych przekształceń oraz ich wpływ na podstawową opiekę zdrowotną na Dolnym Śląsku.

Celem działań samorządu województwa jest poprawa zdrowia i związana z nim jakość życia mieszkańców.

Poprawa zdrowia, szerzej rozumianej jakości życia – jako nadrzędnego celu, pozwala na jednoznaczne podporządkowanie działań administracyjno-organizacyjnych oraz działań w ochronie zdrowia potrzebom mieszkańców regionu.

Zmiany w systemie ochrony zdrowia, w tym POZ, to jeden z instrumentów umożliwiających osiągnięcie celu.

Realizacja polityki prozdrowotnej odbywa się w wielu wymiarach:

- polityka zdrowotna jest nierozzerwalnie związana z szerzej rozumianą polityką społeczną i jako taka musi być traktowana interdyscyplinarnie,
- usługi medyczne są elementem polityki zdrowotnej. Podporządkowane jej jedynie medycynie ogranicza kompleksowość działań na rzecz poprawy zdrowia społecznego,
- racjonalizacja zadań podejmowanych w ramach polityki zdrowotnej musi skupiać w działaniach organizacje oświatowe, media, służby porządkowe i organizacje ekologiczne,
- przekraczanie bariery działań tradycyjnych, realizowane we współpracy z wieloma partnerami regionalnymi, jest warunkiem osiągnięcia celów polityki zdrowotnej, w tym szeroko rozumianej podstawowej opieki zdrowotnej.

Anatomiczne podstawy najczęściej wykonywanych drobnych zabiegów inwazyjnych w ginekologii. Znieczulenie okołoporodowe drogą zewnątrzoponową i znieczulenie przewodowe nerwu sromowego

MAREK SAJEWICZ, JERZY WALOCHA, TOMASZ BEREZA, TOMASZ ISKRA, AGATA MUSIAŁ,
KRZYSZTOF KULKA, ANDRZEJ SKAWINA
Katedra i Zakład Anatomii CMUJ w Krakowie

Cel pracy. Przedstawienie techniki najczęściej wykonywanych zabiegów inwazyjnych w ginekologii, ze szczególnym uwzględnieniem anatomii topograficznej tych okolic.

Przedstawiono technikę znieczulenia okołoporodowego drogą zewnątrzoponową w miejscu typowym oraz technikę dojścia do nerwu sromowego w miejscu typowej blokady z uwzględnieniem

anatomicznego przebiegu tego nerwu. Autorzy zwracają uwagę na stosunki topograficzne tych okolic, zakres unerwienia nerwu oraz ewentualne zagrożenia przy wykonywaniu tego typu zabiegów. Znieczulenie okołoporodowe oraz blokada nerwu sromowego są wykonywane w praktyce ginekologiczno-położniczej jako jeden z podstawowych zabiegów w celach analgezji.

Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów

MARIOLA SEŃ¹, ANDRZEJ STECIWKO², DONATA KURPAS²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wraz ze zmianami, które wniosła reforma systemu ochrony zdrowia, lekarz pierwszego kontaktu i zespół jego praktyki (pielęgniarka praktyki, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, położna) stali się odpowiedzialni za całość opieki nad pacjentem.

Niezaprzeczalnie jednym z warunków dobrze funkcjonującego systemu opieki podstawowej jest dostępność usług medycznych oraz prawidłowa komunikacja między pacjentami a lekarzem pierwszego kontaktu oraz jego zespołem.

Lekarz powinien bowiem zapewnić pacjentowi nie tyle samą pomoc czysto medyczną, ale też psychologiczną, socjalną i edukacyjną, a temu można sprostać jedynie poprzez holistyczne podejście do całości opieki podstawowej.

Aby poznać opinie odbiorców świadczeń medycznych – pacjentów przeprowadziliśmy badania ankietowe wśród 771 dorosłych pacjentów regionu Dolnego Śląska (556 kobiet i 215 mężczyzn).

Respondentów poprosiliśmy o ocenę dostępności do usług i ich jakości w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej w okresie przed i po reformie systemu ochrony zdrowia, trudności, jakie pacjenci napotykają, dostępności do opieki specjalistycznej, a także propozycje pacjentów, które usprawniłyby w ich opinii funkcjonowanie placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Wyniki badań przedstawiamy w aspekcie satysfakcji pacjentów z opieki świadczonej przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Praca nasza będąca próbą określenia oceny skutków reformy systemu ochrony zdrowia w opinii pacjentów, umożliwi także określenie stopnia satysfakcji odczuwanej przez pacjentów z funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w obecnym kształcie, a także ustalenie jej słabych stron i możliwości poprawy.

Zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia pacjentów a podejmowanymi przez nich zachowaniami prozdrowotnymi

MARIOLA SEŃ¹, URSZULA GRATA-BORKOWSKA², AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS², ANNA ABRAMCZYK¹, GRAŻYNA KRAUSE², ANDRZEJ STECIWKO²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Praca dotyczy samooceny stanu zdrowia i występujących czynników ryzyka chorób wśród mieszkańców Dolnego Śląska. Łącznie w badaniach uczestniczyło 763 pacjentów. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2000 do kwietnia 2001 r. Dla celów badań opracowano ankietę, którą wypełniło 556 kobiet i 207 mężczyzn w wieku od 18 do 64 lat. Wśród ankietowanych większość stanowiły kobiety (72,9%). Wśród badanych więcej było osób młodych, poniżej 45 roku życia (62,3%), w większości charakteryzujących się wykształceniem na poziomie średnim (57,3%). Oceny stanu zdrowia populacji mieszkańców regionu Dolnego Śląska dokonano na podstawie subiektywnej oceny stanu zdrowia (co jest zgodne z podejściem zalecanym przez WHO) oraz deklarowanych zachowań w zakresie wybranych elementów stylu życia badanych osób (odżywianie, aktywność fizyczna, palenie papie-

rosów, picie alkoholu, radzenie sobie ze stresem, liczba godzin snu w nocy) i subiektywnej oceny odczuwanej satysfakcji z uczestniczenia w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym (towarzystwem).

Wyniki

1. Osoby oceniające pozytywnie stan zdrowia (dobrze i bardzo dobrze) znacznie częściej przejawiały zachowania prozdrowotne względem pozostałych.
2. Ich sposób żywienia można uznać za bardziej racjonalny i sprzyjający zdrowiu.
3. Częściej wybierały aktywny sposób spędzania wolnego czasu i formy ruchu wymagające większej intensywności.
4. Dwukrotnie częściej względem pozostałych osób deklarowały, że dobrze radzą sobie ze stresem.

5. Osoby te znacznie rzadziej niedosypiały w nocy.
6. Częściej jednak osoby z tej grupy palą papierosy i piją alkohol.

Wnioski

1. Analiza danych wskazuje, że w większości przypadków istnieje zależność pomiędzy samooceną stanu zdrowia respondentów a przejawianymi zachowaniami zdrowotnymi.

2. Częściej jednak osoby oceniające swój stan zdrowia jako dobry palą papierosy i piją alkohol. Być może należy wiązać to z faktem, że wśród tych osób przeważają ludzie młodzi (67,2% w wieku 18–34 lat oceniło stan swojego zdrowia jako dobry i bardzo dobry), bez dolegliwości, często nieświadomi odległych zagrożeń zdrowotnych związanych z nałogiem palenia tytoniu i częstym pićem alkoholu.

Otyłość jako czynnik ryzyka miażdżycy tętnic u dzieci i jej wpływ na peroksydację lipidów

ANNA SIERAKOWSKA-EIJAŁEK, MARZENNA WOSIK-ERENBEK
Katedra Pediatrii Wojskowej Akademii Medycznej Łodzi

Jednym z podstawowych czynników ryzyka miażdżycy tętnic jest otyłość. Jest ona wczesnym markerem występowania procesu miażdżycowego.

Celem pracy była ocena częstości występowania otyłości u dzieci w środowisku wielkomiejskim oraz zależność stwierdzonej otyłości od stężenia wybranych parametrów bariery antyoksydacyjnej w surowicy krwi oraz w erytrocytach. Badaniem objęto 992 dzieci w wieku 13–16 lat. U wszystkich wykonano pomiary wysokości, masy ciała, obwodu pasa i bioder oraz pomiar ciśnienia tętniczego krwi. W oparciu o siatki centylowe wyodrębniono 80 dzieci ze stwierdzoną otyłością (BMI powyżej 30). U wszystkich badanych oznaczono stężenie GSH-Px w osoczu i erytrocytach

oraz witaminę E w surowicy. Grupę kontrolną stanowiło 40 dzieci, u których nie stwierdzono otyłości.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że otyłość występuje u 8,06% badanych dzieci. U 5,5% z nich stwierdzono obecność nadciśnienia tętniczego. Oceniając parametry bariery antyoksydacyjnej wykryto zmniejszoną aktywność GSH-Px w erytrocytach oraz obniżone stężenie witaminy E w surowicy krwi w porównaniu z wynikami otrzymanymi w grupie kontrolnej.

Wnioski. Otyłość wiąże się z obniżeniem stężenia enzymów antyoksydacyjnych.

Porady specjalistyczne w opinii lekarzy rodzinnych

DONATA KURPAS, URSZULA GRATA-BORKOWSKA, ANDRZEJ STECIWKO
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Od początku reformy służby zdrowia filarem opieki podstawowej są lekarze rodzinni. Jednak to pełna profesjonalizmu współpraca specjalisty z lekarzem rodzinnym zapewni wartościową opiekę nad pacjentem, zwłaszcza chorym przewlekle.

Przeprowadziliśmy ankietę wśród lekarzy biorących udział w kształceniu podyplomowym w Regionalnym Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. Zawierała ona pytania dotyczące współpracy

lekarzy pierwszego kontaktu z poradniami specjalistycznymi oraz oceny reformy służby zdrowia.

Ankietę wypełniło 59 lekarzy (68% kobiet, 32% mężczyzn), w wieku od 28 do 58 lat (mediana: 43 lata), w 59% posiadający specjalizację pierwszego stopnia z chorób wewnętrznych, w 56% z uzyskaną specjalizacją z medycyny rodzinnej, w 44% podczas specjalizacji.

78% respondentów pracuje w województwie dolnośląskim, 41% w miastach o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców.

Nasi ankietowani pracują zarówno w niepublicznych (78%), jak i publicznych zakładach podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarze zostali zapytani o poziom jakości współpracy z poradniami specjalistycznymi, zastrzeżenia dotyczące tej współpracy oraz sugestie, co do możliwości jej poprawy.

Respondenci wypowiedzieli się również na temat zmian w służbie zdrowia, możliwości jakie dało im uzyskanie specjalizacji z medycyny ro-

dzinnej oraz propozycji poprawy przyszłości lekarzy rodzinnych.

Niniejsza praca stanowi próbę oceny reformy systemu ochrony zdrowia oraz stanu obecnego poziomu współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ze specjalistami, a także wyciągnięcia wniosków, co do możliwości poprawy kontaktów pomiędzy opieką specjalistyczną a podstawową i poprzez to podwyższenie jakości kompleksowej opieki nad pacjentami.

Zmiany w układzie oddechowym w przebiegu pierwotnych systemowych zapaleń naczyń

E. WIATR, D. GAWRYLUK, M. PŁODZISZEWSKA, M. KORZENIEWSKA, J. KUŚ
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

W 1993 r. wyodrębniono grupę 10 chorób, których istotą jest zapalenie naczyń, a konsekwencją zaburzenia ukrwienia i dysfunkcja zaopatrywanych przez te naczynia narządów. Wśród tych chorób wyróżnia się 3 zespoły: ziarniniakowatość Wegenera (ZW), zespół Churga-Strauss (Ch-S) i mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA), które charakteryzują się bardzo częstym zapaleniem naczyń płucnych, zarówno drobnych, jak i średniego kalibru, obecnością swoistych przeciwciał (ANCA) i skutecznością skojarzonego leczenia prednizonem i endoksanem.

Celem pracy jest przedstawienie własnych przypadków zapalenia naczyń płucnych, które imitowały inne choroby. Materiał stanowi 60 chorych na ZW, 5 chorych na zespół Ch-S i 2 chorych na MPA leczonych i obserwowanych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w latach 1980–2001.

Wyniki. Większość chorych (80%) na ZW demonstrowała objawy ze strony układu oddechowego. Zmiany w płucach o typie nacieków, guzów, zmian litych z rozpadem, jam z poziomem płynu najczęściej nasuwały podejrzenie gruźlicy, zwłaszcza że w większości przypadków obraz mikroskopowy przedstawiał martwicę w obrębie ziarniniakowego zapalenia. U 5 chorych były kliniczne i radiologiczne objawy krwawienia pęcherzykowego. U chorych na zespół Ch-S rozpoznanie ustalano zwykle na etapie eozynofilii obwodowej i zmian narządowych, które w płucach przybierały obraz zmian rozsiarnych, płynu w opłucnej lub zmian naciekowych. Każda z dwóch osób z MPA demonstrowała inne objawy zajęcia płuc: u 1 chorego stwierdzano objawy krwawienia pęcherzykowego, a u drugiej chorej – cienie okrągłe imitujące przerzuty nowotworowe.

Wniosek. Zapalenia naczyń płucnych nie są tak rzadką chorobą, jak myślą ci, którzy jej nigdy nie widzieli.

Stan odżywienia osób z chorobą Parkinsona

DARIUSZ WŁODAREK¹, WALDEMAR PAKSZYS², JACEK BUJKO¹

¹ Katedra Dietetyki i Żywności Funkcjonalnej, SGGW w Warszawie

² Specjalistyczna Poradnia Neurologiczna, SPZOZ Warszawa, ul. Nowowiejska 31

Praca wykonana w ramach grantów KBN: 8T11E00718 i 6P06T05221.

Celem pracy była ocena stanu odżywienia osób z chorobą Parkinsona będących pod opieką neurologiczną i poddanych leczeniu farmakologicznemu. Choroba Parkinsona i parkinsonizm są drugą

co do częstości występowania chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego osób starszych, po chorobie Alzheimera. Jej występowanie prowadzi do powolnej inwalidyzacji, a sama jednostka jest zaliczana do chorób mogących prowadzić do niedożywienia.

Badaniami objęto 24 kobiety i 34 mężczyzn z dobrą sytuacją materialną.

Stan odżywienia badanej populacji osób z chorobą Parkinsona oceniono metodami antropometrycznymi (wzrost, masa ciała, obwód ramienia, łydki, talii i bioder, grubość fałdów skórno-tłuszczowych, BMI, wskaźnik talia/biodra, stan odżywienia białkowego) i z użyciem bioimpedancji, jak również oszacowano zmiany masy ciała podczas trwania choroby Parkinsona.

Stan odżywienia badanych osób oceniony metodami antropometrycznymi był dobry; średni wskaźnik BMI wynosił dla kobiet 26,8, a dla mężczyzn 26,1, średni wskaźnik talia/biodra w grupie

kobiet wynosił 0,88, a w grupie mężczyzn 0,97. Średnia procentowa ilość tkanki tłuszczowej wyliczona metodą bioimpedancji w grupie kobiet wynosiła 37,6%, a w grupie mężczyzn 26,7%. Porównując średnią zawartość tkanki tłuszczowej z wartościami referencyjnymi stwierdzono, że 75% kobiet oraz 73,5% mężczyzn miało przekroczony górny zakres normy dla tego parametru. Dobry stan odżywienia białkowego stwierdzono u 88,2% mężczyzn i 62,5% kobiet. Stwierdzono istotnie statystycznie spadek średniej masy ciała w całej grupie badanych osób o 3,7% rzeczywistej masy ciała.

Nie stwierdzono wpływu czasu trwania choroby na oceniane wskaźniki stanu odżywienia.

Problem zaburzeń snu u studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu

JOANNA KIELAR, MARTYNA OLESIŃSKA, BARBARA WIŚNIEWSKA
Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Bezsennosc jest subiektywną dolegliwością polegającą na trudnościach w zasypianiu lub utrzymaniu ciągłości snu oraz na braku poczucia wypoczynku i regeneracji. Ponieważ w Polsce istnieją tylko 3 poradnie zaburzeń snu, cały ciężar rozpoznawania i leczenia bezsenności spoczywa w rękach lekarza pierwszego kontaktu.

Celem pracy było wykazanie zależności pomiędzy czynnikami, które w powszechnej opinii mogą prowadzić do zaburzeń snu. Badania oparto na ankiecie złożonej z 15 pytań wielokrotnego wyboru, która została opracowana przez studentów Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. Badaniem objęto grupę 200 studentów Wrocławskiej AM.

Wyniki. Wśród ankietowanych 84% zgłasza istnienie problemów ze snem, z czego 10% określa je jako stałe. Zaledwie 6% badanych szuka pomocy u lekarza. 90% nie stosuje żadnych środków medycznych, 8% – preparaty ziołowe, 1% – środki farmakologiczne. Nie wykazano zależności między ilością spożywaną kawy, ilością wypalanych papierosów, porą ostatniego posiłku, warunkami snu a występowaniem zaburzeń. 50% studentów wypija 1–2 filiżanki kawy i nie uskarża się na swój nocny wypoczynek, zaś 50% określających swoje problemy jako stałe nie pija kawy w ogóle. 95% studentów mających zaburzenia

nie pali papierosów. Zaledwie 15% ankietowanych spożywa swój ostatni posiłek na pół godziny przed snem. Tylko 14% określa swoje warunki do spania jako złe. 72% przebadanych studentów wiąże swoje problemy ze snem z konkretnymi sytuacjami życiowymi. Wśród najczęstszych czynników mogących wyzwolić ten problem wymieniano: stres (68%), sesję egzaminacyjną (44%), problemy rodzinne (24%). 75% badanych uważa, że „bezsennosc” zakłóca ich codzienne funkcjonowanie pod postacią: zmęczenia (77%), zaburzeń koncentracji (30%), senności w ciągu dnia (25%).

Wnioski

1. Zaburzenia snu są zjawiskiem częstym u ludzi młodych.
2. Większość czynników powszechnie uważanych za mogące się przyczyniać do zaburzeń snu pozostaje bez wpływu na ten problem.
3. Największym czynnikiem wyzwalającym zaburzenia snu jest stres.

Komentarz. Pomimo, że aż 75% badanych stwierdza, że zaburzenia snu oddziałują na ich codzienne funkcjonowanie, tylko 6% szuka porady lekarskiej. Wskazuje to na konieczność uwzględnienia w wywiadzie lekarskim pytań o jakość snu pacjenta.

W jakim stopniu podstawowa opieka zdrowotna jest ukierunkowana na pacjenta i jego potrzeby?

IWONA HEŁMINIAK¹, ANDRZEJ STANISZEWSKI¹, KRZYSZTOF ŚWIETLIK²,
JADWIGA STANISZEWSKA³, ANDRZEJ STECIWKO¹

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

² NZOZ Pol-E-Es w Zielonej Górze

³ Praktyka Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu

Satysfakcja pacjentów jest to stopień, w jakim opieka zdrowotna jest przez nich akceptowana, przy uwzględnieniu ich własnych oczekiwań i potrzeb. Pierwszą instytucją, która profesjonalnie zajęła się badaniem satysfakcji pacjentów był The Picker Institute w Bostonie (USA). Wkrótce badanie to zaproponowano również jako narzędzie do pomiaru jakości świadczonych usług w podstawowej opiece zdrowotnej.

Panuje powszechny pogląd, że na satysfakcję pacjenta składają się dwa główne czynniki: dostępność świadczeń określonego rodzaju oraz ich jakość. Badanie satysfakcji rozpoczyna się więc od oceny dostępności systemu opieki zdrowotnej dla pacjenta, następnie dąży się do uzyskania opinii chorego na temat funkcjonowania tego systemu oraz zapoznaje z jego doświadczeniami w korzystaniu z opieki – aż do zakończenia kontaktów z systemem (tj. wypisania ze szpitala, wyzdrowienia itp.). Należy podkreślić, że badanie satysfakcji pacjentów nie polega na samym zebraniu opinii, ale także na pomiarze jakości usług zdrowotnych, dokonywanym w celu jej poprawy. Pomiar ten jest standaryzowany i ma charakter przede wszystkim ilościowy (rzadziej – wyłącznie jakościowy). Do najczęściej stosowanych metod

należą: wywiad kwestionariuszowy, ankieta pocztowa i ankieta telefoniczna.

Innymi ważnymi miernikami jakości usług zdrowotnych, wpływającymi na satysfakcję pacjentów, są: kontynuacja (ciągłość) i koordynacja opieki, kompetencje personelu oraz edukacja pacjentów i ich rodzin (tj. przekazywanie – w sposób wyczerpujący, a zarazem zrozumiały – informacji dotyczącej całego procesu terapeutycznego).

W pracy podjęto próbę porównawczej oceny stopnia satysfakcji pacjentów ze sprawowanej nad nimi opieki. Badania przeprowadzono w dwóch placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ): poradni ogólnej (około 8000 podopiecznych) oraz praktyce lekarza rodzinnego (około 1300 zadeklarowanych pacjentów).

Respondenci w większości przypadków (89–97%) wyrażali dużą satysfakcję ze sprawowanej opieki. Na satysfakcję pacjentów wpływały zwłaszcza: 1) stan sanitarny i techniczny placówki, 2) dostępność świadczeń medycznych, 3) dostępność do specjalisty i laboratorium, 4) stosunek personelu medycznego do pacjentów. Interesujące były również propozycje zmian w zakresie funkcjonowania ankietowanych placówek.