

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych

PL ISSN 1508-2121

Polska Medycyna Rodzinna

Kwartalnik

2004

Tom 6

Zeszyt 2

WYDAWNICTWO
Continuo

Indeksowanie:
Index Copernicus 2,84 pkt.
KBN 2 pkt.

Komitet Naukowy

Dr hab. med. Jerzy Błaszczuk (Wrocław),
Dr n. med. Stephan Böse-O'Reilly (Monachium, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Jerzy Czernik (Wrocław),
Prof. dr hab. Barbara Gąsior-Chrzan (Tromsø, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Andrzej Górski (Wrocław),
Dr n. med. Małgorzata Grzemska (WHO, Genewa, Szwajcaria),
Prof. dr hab. med. Antonina Harłodzińska-Szmyrka (Wrocław),
Dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska (Poznań),
Prof. dr med. Steinar Hunskaar (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Jerzy Kołodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec (Szczecin),
Prof. dr hab. med. Waldemar Kozuschek (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 Latański (Lublin),
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. 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),
Prof. dr hab. med. Andrzej Radzikowski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski (Poznań),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Dr hab. med. Janusz Siebert (Gdańsk),
PhD Jaime Correia de Sousa (Matosinhos, Portugalia)
Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Szczekliki (Kraków),
Prof. dr hab. med. Zenon Szewczyk (Wrocław),
Dr n. med. Andrzej Szpakow (Grodno, Białoruś),
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: dr n. med. Donata Kurpas
Członkowie Redakcji: lek. Jarosław Drobnik, lek. Bartosz J. Sapilak,
lek. Agnieszka Mastalerz-Migas, dr n. med. Katarzyna Życińska

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
e-mail: pmr@pmr.am.wroc.pl www.pmr.am.wroc.pl

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.
Nakład 800 egz.

Spis treści

PRACE POGLĄDOWE

- 663 Iwona Pirogowicz, Andrzej Steciwko • Kleszczowe zapalenie mózgu – epidemiologia, objawy, profilaktyka, szczepienia
- 671 Elżbieta Poniewierka • Gastropatia po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych
- 677 Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska • Doustne preparaty szczepionkowe w leczeniu nawracających zakażeń układu oddechowego
- 683 Małgorzata Kuliszkiwicz-Janus • Zakażenia grzybicze u pacjentów ze zmniejszoną odpornością immunologiczną
- 691 Robert Wiraszka • Interakcje leków cytostatycznych
- 695 Monika Morawska-Kochman, Maria Zalesska-Kręcicka, Tomasz Kręcicki, Wojciech Gawron • Pacjenci z zaburzeniami głosu w praktyce lekarza rodzinnego
- 701 Elżbieta Witecka-Knysz, Jacek Gąsiorowski, Brygida Knysz • Diagnostyka laboratoryjna kiły

PRACE ORYGINALNE

- 707 Sławomir Czachowski • Motywy wyboru specjalizacji w medycynie rodzinnej
- 715 Anna Wawrzyniak, Izabela Warmuz-Stangierska, Michalina Marcinkowska, Liliana Celczyńska-Bajew, Wanda Horst-Sikorska • Medycyna rodzinna – specjalizacja atrakcyjna?
- 719 Mariola Seń, Andrzej Steciwko • Aspekty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w pracy lekarzy pierwszego kontaktu/lekarzy rodzinnych i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w warunkach zreformowanego systemu ochrony zdrowia
- 727 Paweł Wilczek, Ryszard Kwieciński, Bartosz J. Sapiłak • Przydatność niektórych parametrów badania morfologicznego krwi do oceny gospodarki żelazem u pacjentów leczonych powtarzanymi hemodializami

VARIA

- 731 Jarosław Drobnik, Krzysztof Nyczaj, Andrzej Steciwko, Izabela Czaprowska • System rejestru zakładów opieki zdrowotnej jako wiarygodne źródło informacji

SPRAWOZDANIA

- 737 Wojciech Wawrzynek • Sprawozdanie z pobytu w Praktyce Lekarza Domowego, październik–listopad 2002 r., Dortmund, Niemcy
- 743 Donata Kurpas • Sprawozdanie z Konferencji „Rodzina i opieka zdrowotna”, 28–29 marca 2003 r., Mysłowice
- 745 Donata Kurpas, Urszula Grata-Borkowska • Sprawozdanie z XII Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Środowisko a zdrowie dziecka”, 30–31 maja 2003 r., Legnica
- 750 Anna Kręcichwost, Agnieszka Muszyńska • Sprawozdanie z XII Ogólnopolskiego Zjazdu Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy, 23–25 kwietnia 2004 r., Karpacz

RECENZJE

- 754 Michał Skrzypek • Kompendium wiedzy behawioralnej przydatne na gruncie medycyny rodzinnej

KOMUNIKATY

681, 682, 690, 736

Contents

REVIEWS

- 663** Iwona Pirogowicz, Andrzej Steciwko • Tick-borne encephalitis – epidemiology, symptoms, prophylaxis, vaccination
- 671** Elżbieta Poniewierka • Nonsteroidal antiinflammatory drugs gastropathy
- 677** Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska • The oral vaccine preparations in the treatment of recurrent respiratory tract infections
- 683** Małgorzata Kuliszkiwicz-Janus • Fungal infections in immunodeficiency patients
- 691** Robert Wiraszka • Cytostatic drugs interactions
- 695** Monika Morawska-Kochman, Maria Zalesska-Kręcicka, Tomasz Kręcicki, Wojciech Gawron • Patients with voice disorders in the practice of general practitioner
- 701** Elżbieta Witecka-Knysz, Jacek Gąsiorowski, Brygida Knysz • Laboratory diagnostics of syphilis

ORIGINAL PAPERS

- 707** Sławomir Czachowski • Specialisation choice motivation in family medicine
- 715** Anna Wawrzyniak, Izabela Warmuz-Stangierska, Michalina Marcinkowska, Liliana Celczyńska-Bajew, Wanda Horst-Sikorska • Family medicine – is it an attractive choice?
- 719** Mariola Seń, Andrzej Steciwko • Aspects of health promotion and diseases' prophylaxis in general practitioners/family doctors and district nurses work after the health care system reform
- 727** Paweł Wilczek, Ryszard Kwieciński, Bartosz J. Sapilak • Application of some morphological parameters in diagnostics of iron deficiency at patients treated with repeated hemodialysis

VARIA

- 731** Jarosław Drobnik, Krzysztof Nyczaj, Andrzej Steciwko, Izabela Czaprowska • Healthcare Institution Registry System as the reliable information source

REPORTS

- 737** Wojciech Wawrzynek • Report on the visit in the family doctor's practice, October–November 2002, Dortmund, Germany
- 743** Donata Kurpas • Report on the Conference "Family and Health Care", 28th–29th March 2003, Mysłowice, Poland
- 745** Donata Kurpas, Urszula Grata-Borkowska • Report on the 12th International Scientific Conference "Environment and health of child", 30–31st May 2003, Legnica, Poland
- 750** Anna Kręcichwost, Agnieszka Muszyńska • Report on the 12th National Conference of the Medical Student Research Groups and Young Doctors, 23–25 April 2004, Karpacz

BOOK REVIEWS

- 754** Michał Skrzypek • Compendium of behavioral knowledge useful for family medicine

ANNOUNCEMENTS

681, 682, 690, 736



BARBARA ŚWIĄTEK
prof. dr hab. n. med.

Barbara Maria Świątek, ur. 2 grudnia 1941 r. w Chełmie. W tymże mieście ukończyła w 1959 r. liceum. W latach 1959–1965 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu, uzyskując dyplom ukończenia tej uczelni.

Już na studiach pracowała jako wolontariuszka w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej rodzimej uczelni i tam też po ukończeniu studiów została zatrudniona.

Przebieg pracy zawodowej, związanej od wolontariatu do chwili obecnej, z ww. placówką: 1965–1967 r. – asystent, 1967–1972 r. – starszy asystent, 1972–1992 r. adiunkt, 1993–2002 r. profesor nadzwyczajny, od 2002 r. do chwili obecnej profesor zwyczajny.

Szczeble rozwoju naukowego

W 1972 r. obrona pracy doktorskiej pt. „Tworzywa sztuczne jako podłoża plam krwawych”. W 1990 r. obrona pracy habilitacyjnej pt. „Metoda mieszanej aglutynacji w badaniach identyfikacyjnych śladów krwawych”.

W 1998 r. uzyskanie tytułu profesora nauk medycznych.

Wypromowała czterech doktorów nauk medycznych, jednego doktora habilitowanego, recenzuje prace doktorskie, habilitacyjne, była recenzentką w sprawie tytułu profesora nauk medycznych. Była i jest promotorem licznych prac magisterskich absolwentów Oddziału Analityki Medycznej Wydziału Farmacji i byłego Wydziału Pielęgniarskiego.

Uzyskała specjalizację II stopnia z zakresu medycyny sądowej.

Od 1992 r. pełni funkcję kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Odbyła staże zawodowe w Instytucie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Tor Vergata w Rzymie i Instytucie Medycyny Sądowej w Dreźnie.

Była członkiem Senackiej Komisji Dydaktyki i Komisji Badań Naukowych. Obecnie, drugą kadencję, jest przewodniczącą Komisji Dyscyplinarnej dla Nauczycieli Akademickich. Przez kilka lat była opiekunem VI roku Wydziału Lekarskiego. Była regionalnym, a obecnie jest wojewódzkim specjalistą z zakresu medycyny sądowej. Jest autorką lub współautorką około 250 publikacji z dziedziny klasycznej medycyny sądowej, toksykologii i serologii sądowej, orzecznictwa sądowo-lekarskiego i zagadnień prawnych w praktyce lekarza (prawa medycznego). Problemy związane z prawem medycznym i szeroko rozumianym błędem medycznym są obecnie głównym przedmiotem zainteresowania. Jest propagatorką wiedzy prawnej wśród lekarzy poprzez publikację felietonów naukowo-szkoleniowych i wygłaszanie licznych wykładów oraz udział w dyskusjach, nawet w mniejszych gronach lekarzy, np. kliniki. Opracowała rozdziały do podręcznika „Położnictwo i ginekologia” – W.W. Becka pod red. J. Woytonia, podręcznika „Medycyna ratunkowa” – L. Pousada, H.H. Osborna, D.B. Levy’ego pod red. J. Jakubaszki i „Diagnostyka USG w ginekologii” pod red. J. Zalewskiego. Jest redaktorem podręcznika „Medycyna sądowa” – V.J. DiMaio, D. DiMaio (wyd. w 2003 r.).

Dydaktyka: wykłady dla studentów różnych wydziałów Uczelni z zakresu medycyny sądowej i zagadnień prawnych w praktyce lekarza. Liczne wykłady w szkoleniach podyplomowych. Szkolenia prawników (zajęcia ze studentami Podyplomowego Studium Kryminalistycznego Wydziału Prawa, z aplikantami sędziowskimi, udział w szkoleniach prokuratorów).

Bierze czynny udział w licznych konferencjach i zjazdach, krajowych i zagranicznych, związanych tematycznie z medycyną sądową i naukami pokrewnymi oraz prawem medycznym.

Nagrody i wyróżnienia

Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal im. Mikulicza-Radeckiego, Medal Academia Medica Wratislaviensis Polonica, Medal 50-lecia AM, wielokrotne nagrody J.M. Rektora za osiągnięcia naukowe i dydaktyczno-organizacyjne.

Członek Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii (Prezes 1999–2001 r.).

Hobby: zwierzęta (zwłaszcza koty), ogród.

MEMBERS OF SCIENTIFIC COMMITTEE



JAIME CORREIA DE SOUSA, M.D. Ph.D.

Jaime Correia de Sousa graduated from medical school in 1978. He became a General Practitioner in March 1983 and worked as a GP in Madeira Island for 10 months, and then (from 1984 to 1990) in Leça da Palmeira, a suburb of Porto (Oporto).

In 1990 he moved to Ermesinde, another Porto suburb, following an invitation to become Director of the Health Centre (HC). He became a full-trained Family Physician in 1991; worked as a family physician in the same HC until 1994.

In 1994 he was appointed Director of the Northern Institute of General Practice of Northern Portugal (aimed at GP Vocational Training and CME). In 1999 the Institute was discontinued and its tasks assumed by other organizations.

Dr. Correia de Sousa concluded postgraduate studies in the University of Porto (1999) and acquired the degree of Master of Public Health (MPH).

Since November 1999, he has been working as a Family Physician in a group practice in Matosinhos, a suburb of Porto and has a patient list of approximately 1700 persons. The practice has eight family physicians and seven trainees.

His past appointments include:

- Course director and teacher in several courses in the ICGZN (*Northern Institute of General Practice of Northern Portugal*) from 1989–1999;
- Participation in the SINUS Project aimed to the computerization of Portuguese Health Centres 1992–1994;
- Participation in the activities of APMCG (*Portuguese Association of General Practitioners*); he was a member of the National Board (1987–1992), and chaired the Health Information Systems Working Group of APMCG (1990–1992).
- Member of the National Board of the “Ordem dos Médicos” (*Portuguese Medical Association*) from January 1993 to 1998;

He also represented the “Ordem dos Médicos” at the U.E.M.O. (*European Union of General Practitioners*) from 1993 to 1999. He was elected for the U.E.M.O. Presidency 1999–2002 but did not take up the position because of changes in the leadership of the Portuguese Medical Association.

Dr. Jaime Correia de Sousa is a member of the Portuguese College of Family and General Medicine (since 1992), the Scientific Committee of the Portuguese Journal of Family Practice and the Portuguese editions of *Postgraduate Medicine* and *American Family Physician*.

Another memberships include:

- EURACT (*European Academy of Teachers in Family Medicine*),
- Portuguese Association of Epidemiology (APE).

Dr. Correia de Sousa also acts as an Editor of the medical Web Site “O Papel do Médico” (www.opapeldomedico.com). He participates in the Vocational Training program of the North of Portugal both as a trainer and a lecturer. Currently he is a tutor of two family practice trainees.

Since 1992 he has been participating as a Course Director and group coordinator in the International Workshops organized annually by the Slovenian Family Physician’s Association and EURACT, and aimed at the training of teachers in family medicine.

He is involved in different research and quality assurance activities. He has published several papers and articles in Portuguese and English language publications.

XXXV Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich

III Krajowa Konferencja Szkoleniowa Towarzystwa Internistów Polskich Postępy w chorobach wewnętrznych „Interna 2004”

Katowice, 9–12 września 2004 r.

XXXV Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w Katowicach, w dniach 9–12 września 2004 r. Program Zjazdu obejmuje: uroczystość otwarcia, podczas której wykład inauguracyjny wygłosi prof. dr h.c. mult. Franciszek Kokot, wykłady plenarne, przedstawiane przez zaproszonych prelegentów, III Krajową Konferencję Szkoleniową TIP, będącą przeglądem aktualnych postępów w głównych działach medycyny wewnętrznej, około 30 sesji tematycznych (dotyczących m.in. alergologii, angiologii, endokrynologii, gastroenterologii, hematologii, hepatologii, kardiologii, medycyny rodzinnej, nadciśnienia tętniczego, nefrologii, pulmonologii, reumatologii), prezentacje wyników oryginalnych prac naukowych (komunikaty zjazdowe) oraz sesje satelitarne. Podczas Zjazdu czynna będzie wystawa leków i sprzętu medycznego.

Zapraszamy do Katowic lekarzy internistów, lekarzy rodzinnych i wszystkich interesujących się problemami medycyny wewnętrznej i wierzymy, że dzięki Państwa obecności Zjazd stanie się świętem polskiej interny i przyniesie wiele korzyści zawodowych i miłych wspomnień.

Zgłoszenia udziału należy kierować zgodnie z zasadami podanymi na stronach internetowych Zjazdu: www.35zjazdTIP.slam.katowice.pl

Wszelkich informacji udziela Sekretariat Komitetu Organizacyjnego:

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii
Śląskiej Akademii Medycznej
ul. Ziołowa 45/47
40-635 Katowice
tel.: 32 – 202 40 25 w. 1290
fax: 32 –202 99 33
e-mail: ekucharz@slam.katowice.pl

dr n. med. Anna Kotulska
Sekretarz
Komitetu Organizacyjnego

prof. dr hab. Eugeniusz J. Kucharz
Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Aby zostać członkiem PTMR należy:

1. wypełnić **deklarację członkowską** (dostępna w sekretariacie lub na stronach internetowych)
2. uiścić **opłatę wpisową** (jednorazowo) w wysokości **20 PLN**
3. opłacać regularnie **składkę** (jeden raz w roku) – **60 PLN**

Nr konta PTMR: **47 1370 1356 0000 9540 3500 0110**

BISE BANK S.A. I Oddział we Wrocławiu

ul. Żmigrodzka 11 a/b, Wrocław 51-118

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu

ul. W. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław.

tel.: +48(71) 325 51 26

tel./fax: +48(71) 325 43 41

www.zmr.am.wroc.pl

Kleszczowe zapalenie mózgu – epidemiologia, objawy, profilaktyka, szczepienia

Tick-borne encephalitis – epidemiology, symptoms, prophylaxis, vaccination

IWONA PIROGOWICZ, ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Z Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Rektor: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM), znane jako wczesnoletnie zapalenie mózgu, to infekcja centralnego układu nerwowego przekazywana jako zoonoza przez kleszcze. Ludzie zakażają się przez ukąszenie zakażonego kleszcza, szczególnie pracownicy leśni i rolnicy. Infekcja może także szerzyć się przez konsumpcję niepasteryzowanego mleka i jego przetworów pochodzących od zainfekowanych krów, kóz i owiec.

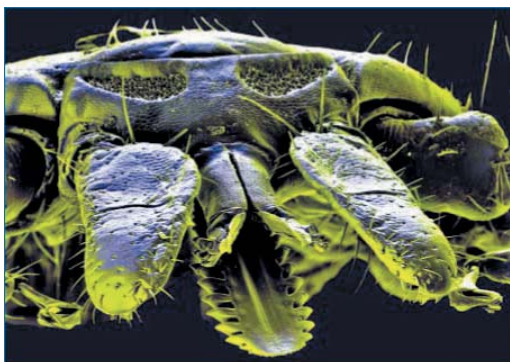
Słowa kluczowe: kleszczowe zapalenie mózgu, *Ixodus ricinus*.

Summary Tick-borne encephalitis (TBE) also known as spring-summer encephalitis is a viral infection of central nervous system transmitted by bites of certain vector ticks. Human infections follow bites of infected ticks, usually in persons who visit or work in forest and fields. Infection also can be acquired by consuming unpasteurized dairy products from infected cows, goats or sheep.

Key words: tick-borne encephalitis, *Ixodus ricinus*.

Wstęp

Kleszczowe zapalenie mózgu jest chorobą wirusową przenoszoną na człowieka przez owady. Jest ono także określane jako wczesnoletnie kleszczowe zapalenie mózgu, gdyż właśnie w tym okresie na terenach, gdzie bytuje wektor zakażenia, jakim jest kleszcz łąkowy – *Ixodus ricinus* – w czasie jego szczególnej aktywności pojawiają się u ludzi objawy chorobowe [1]. Na rycinie 1 przedstawiono kleszcza *Ixodus ricinus*, reprezentanta najczęściej spotykanego gatunku kleszczy w Polsce.



Ryc. 1. Kleszcz *Ixodus ricinus*

Wirus kleszczowego zapalenia mózgu

Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) jest RNA-wirusem z pojedynczą nicią kwasu nukleinowego, który posiada kapsyd zbudowany z trzech zasadniczych białek: V1, V2, V3. Podzielono je biorąc pod uwagę uwarunkowania funkcjonalne. Białko V3 stymuluje powstawanie przeciwciał odpornościowych, natomiast białko V2 ulega najczęściej mutacjom, co znacznie zwiększa zjadliwość tego wirusa [2, 3]. Tę cechę wykazuje szczególnie podtyp wschodni wirusa KZM. Klinicznie zakażenie tym podtypem wiąże się z ciężkim przebiegiem choroby, poważnymi powikłaniami i możliwością zgonu [4, 5]. Występowanie poszczególnych podtypów wirusa KZM przedstawia rycina 2.

Wirus KZM jest wrażliwy na pasteryzację i jest to metoda efektywnej jego eliminacji z mleka zwierząt hodowlanych, jednak przy braku rygorów sanitarnych może on w produktach mlecznych (masło, sery) przetrwać nawet kilka miesięcy [2, 6, 7].

Wirus przekazywany jest w populacji kleszczy transowarialnie, co oznacza, że zakażona samica składa zakażone jaja, z których wylęgają



Literature: J. Süß (Hrsg.), 4th Potsdam Symposium on Tick-borne encephalitis (1997), data 2002 from National Health Institutes.

■ podtyp wschodni ■ podtyp zachodni ■ obydwu podtypy

Ryc. 2. Rozmieszczenie podtypów wirusa KZM

się zakażone larwy przeobrażając się w nimfę, a następnie imago – w kolejno występujące po sobie postaciach rozwojowych kleszcza. Pełny cykl rozwojowy jednego pokolenia trwa 2 lata. Badania wskazują, że na niektórych terenach nawet 50% nimf jest zakażonych wirusem KZM.

Wirus taksonomicznie został zaliczony do flawirusów, a te przynależą do arbowirusów, które są częstym czynnikiem infekcyjnym centralnego układu nerwowego z wykorzystaniem przenosi-

cieli zakażenia, jakim są owady. Liczne przykłady wirusowych infekcji centralnego układu nerwowego roznoszone przez kleszcze lub komary przedstawiono w tabeli 1.

Wektor KZM – kleszcze (*Ixoididae*) Kleszcze są to największe i najwyżej zorganizowane roztozcza. Systematyka kleszczy uwidacznia ich przynależność do typu stawonogów, gromady pajęczaków i podgromady roztozczy. Z ponad 800 gatunków aż 80 wykazuje znaczenie medyczo-

Tabela 1. Najczęstsze choroby infekcyjne CUN wywoływane arbowirusami

| Wirusy zapalenia mózgu (zm) lub zapalenie mózgu i rdzenia (zmr) | Wektor | Występowanie |
|--|--|--|
| Alphaviruses Wschodnie końskie zm Wenezuelskie końskie zm Zachodnie końskie zm | komary komary komary | Ameryka Płn. i Płd. Ameryka Płn. i Płd. Ameryka Płn. i Płd. |
| Flavoviruses Japońskie zm Choroba leśna Kyanasur Choroba skokowa owiec Zm z doliny Murray Zm z Powassn Zm z St. Luis Kleszczowe zm | komary kleszcze kleszcze komary kleszcze komary kleszcze | Azja, wyspy Pacyfiku Indie Wielka Brytania Australia i Nowa Gwinea Ameryka Płn. i Rosja Ameryka Płn. i Płd. Europa, Azja |
| Bunyaviruses Gorączka z doliny Rift Kalifornijskie zm | komary komary | Afryka USA |

Tabela 2. Gatunki kleszczy występujące w Polsce

1. Rodzina: Argasidae – Obrzeżkowate:

Argas (A.) polonicus – obrzeżek polski
A. reflexus – europejski obrzeżek gołębi
A. vespertilionis – obrzeżek nietoperzowy

2. Rodzina: Ixodidae – Kleszcze właściwe

Ixodes (I.) trianguliceps – kleszcz gryzoni
I. arboricola – kleszcz sikorczy
I. crenulatus – kleszcz lisi
I. hexagonus – kleszcz jeżowy
I. lividus – kleszcz jaskółczy
I. rugicollis – kleszcz kuni
I. caledonicus – kleszcz skalny
I. frontalis – kleszcz ptasi
I. simplex – kleszcz włochaty
I. vespertilionides – kleszcz nietoperzowy
I. apronophorus – kleszcz moczarowy
I. persulcatus – kleszcz tajgowy
I. ricinus Linneaus – kleszcz pospolity
Haemaphysalis (H.) punctata – kleszcz punktowany
H. concinna – kleszcz nożycogłaszczki
Dermacentor (D.) reticulatus – kleszcz łąkowy
D. marginatus – kleszcz lasostepowy

weterynaryjne oraz gospodarcze. Dotychczasowe badania wykazały występowanie w Polsce 20 gatunków kleszczy (*Acari, Ixodida*) będących stałym składnikiem rodzimej fauny. Wszystkie kleszcze są bezwarunkowymi pasożytami lądowych zwierząt kręgowych, ale większość gatunków ma z żywicielem kontakt czasowy, ograniczony głównie do pobierania pokarmu. Pozostała część życia spędzają w otoczeniu, gdzie samice składają jaja i tam przebiega metamorfoza poszczególnych stadiów młodocianych gatunków. W tabeli 2 wymieniono występujące w Polsce gatunki kleszczy.

Pięć innych gatunków kleszczy jest w różny sposób zawlekanych do Polski, najczęściej przez transport wodny lub kolej wraz z przewożonymi zwierzętami. Należą do nich: *Ixodes festai* – kleszcz śródziemnomorski, *Rhipicephalus (Rh.) rossicus* – kleszcz rosyjski, *Rh. sanguineus Latreille* – kleszcz psi, *Hyalomma (Hy.) aegyptium Linneaus* – kleszcz żółwi, *Hy. marginatum* – kleszcz wędrowny.

Samiczki kleszczy są prawie dwukrotnie większe od samców. Aktywność owada wiąże się ze wzrostem temperatury i przypada na okres od kwietnia do września. Wtedy kleszcze muszą pasożytować na kręgowcach (ludzie, zwierzęta hodowlane, drobna zwierzyna leśna oraz ptaki). Kleszcze żerują jeden raz, w każdym aktywnym stadium rozwojowym odżywiają się krwią, limfą i tkankami żywiciela. Czas trwania żerowania jest dłuższy w każdym następnym stadium rozwojowym, larwa kleszcza pospolitego żeruje od 2 do 3 dni, nimfa od 2 do 7 dni, samica od 6 do 11 dni,

także ilość pobieranego pokarmu wzrasta w kolejnych stadiach, co ułatwia specyficzna budowa ciała kleszczy (drobno pofałdowana). Samce krwi nie pobierają.

Ptaki dzięki swoim wiosennym wędrówkom na północ rozprzestrzeniają obszar bytowania kleszcza, a wtórnie – zakażenia KZM. Łagodna zima sprzyja przetrwaniu dużej liczby kleszczy, a wilgotne lato zwiększa aktywność życiową, w tym namnażanie, co potencjalizuje ryzyko występowania KZM. Takie obserwacje poczyniono w Szwecji i Norwegii [8, 9]. Kleszcze bytują na źdźbłach trawy, spodzie liści, niskich krzakach. Miejsca przejścia wysokiego lasu w niski, liściastego w iglasty, polany w zagajnik czy łąki w las są naturalnymi siedliskami kleszczy. Kleszcze do zapewnienia swego rozwoju muszą pasożytować na ciele kręgowców, niestety nie każde ukąszenie jest zauważane, ponieważ ślina kleszcza ma właściwości znieczulające. Należy jednak przyjąć, że każde ukąszenie kleszcza zakażonego wiąże się z przekazaniem wirusa. Czas konieczny na replikację wirusa i wywołanie wirerii oraz ukierunkowanie zakażenia (tropizm wirusa) wobec centralnego układu nerwowego jest dość długi. Powoduje to, że objawy chorobowe w tej sytuacji pojawić się mogą najwcześniej po 4–5 dniach, najczęściej jednak około 21–28 dnia od ukąszenia.

Alternatywną drogą zakażenia wirusem KZM jest droga pokarmowa, gdzie wrotami zakażenia jest śluzówka przewodu pokarmowego, a źródłem zakażenia spożywane mleko zakażonych zwierząt hodowlanych [6, 7]. Czas inkubacji choroby jest tu krótszy i wynosi 2–3 dni, co jest związane ze znacznie większą ilością wirusa wprowadzonego przez wrota infekcji. Szczególnie często tę drogę zakażenia identyfikuje się na terenach rolniczych, o tradycjach produkcji mlecznej (Austria, Szwajcaria). W Polsce także obserwowano tę drogę infekcji wirusowej, opisując ogniska występowania KZM i identyfikując seropozytywne wobec wirusa KZM zwierzęta hodowlane – krowy i kozy.

Chorobotwórczość

Kleszcze żerujące na kręgowcach mogą powodować patologiczne skutki bezpośrednie, powstające w żywicielu jako rezultat samego procesu żerowania, lub pośrednie, wynikające z zakażenia wirusami, bakteriami lub pierwotniakami.

Pierwszym bezpośrednim objawem jest świąd, a czasami ból będący wynikiem wrzynania się narządów gębowych kleszczy w powłoki żywiciela, niekiedy objawy te pojawiają się dopiero po odpadnięciu kleszczy. Przy masowej infestacji może dojść do niedokrwistości wynikającej z krwio pijności pasożytów, a także toksyn zawar-

Tabela 3. Choroby przenoszone przez różne gatunki kleszczy

| |
|-------------------------------------|
| Borelioza |
| Tularemia |
| Gorączka plamista Gór Skalistych |
| Gorączka śródziemnomorska |
| Gorączka kleszczowa |
| Dur kleszczowy Queensland |
| Ospa riketsjowa |
| Wirusowe kleszczowe zapalenie mózgu |

tych w ślinie. Jak wspomniano, ślina niektórych gatunków kleszczy zawiera substancje miejscowo znieczulające, a poza nimi aktywne neurotoksyny powodujące zmniejszenie szybkości przewodzenia nerwowego i presynaptyczny blok mięśniowy. Przy ataku kleszczy mogą wystąpić uogólnione objawy alergiczne, szczególnie intensywne przy powtórny żerowaniu, tj. na żywieliach już uczulonych.

Objawami klinicznymi są różnorodne zmiany miejscowe, tj. rumień, grudki, pęcherze, stany zapalne skóry, wysypka rumieniowa na całym ciele, obrzęki; wśród objawów ogólnych wymienia się nawet wstrząs anafilaktyczny. Do mało znanych bezpośrednich następstw żerowania kleszczy należy immunosupresja, której ulegają żywiele. Masowe ataki są charakterystyczne dla obrzeżków bytujących w starych domach, na strychach w bliskim kontakcie z ptakami. W tabeli 3 wymieniono choroby, które mogą być przenoszone przez kleszcze.

Jak wykazano kleszcze (różne gatunki) są przekaźnikami wirusów, bakterii i riketsji chorobotwórczych i pasożytów.

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM)

Kleszczowe zapalenie mózgu to zoonoza wywołana przez wirusy. Jest typową chorobą występującą w przyrodniczym ognisku zakażenia. Jako jednostka kliniczna choroba znana jest od 1934 roku i określa się ją jako dalekowschodnie bądź rosyjskie wiosenno-letnie zapalenie mózgu. W Europie występują dwa typy wirusowego kleszczowego zapalenia mózgu: rosyjskie wiosenno-letnie zapalenie mózgu i środkowoeuropejskie kleszczowe zapalenie mózgu. Głównym rezerwuarem i źródłem zakażenia są kleszcze *Ixodes ricinus* (kleszcz pospolity) i *Ixodes persulcatus* (kleszcz tajgowy). Niewielką rolę w transmisji zakażenia wirusem KZM odgrywają również komary i pchły. Ludzie zostają zakażeni głównie w następstwie ukłucia przez zakażonego kleszcza, jak również drogą przewodu pokarmowego (zakażone mleko). Rzadko zakażenia szeregają się drogą powietrzną przez wdychanie mate-

riału zakaźnego (m.in. zakażenie laboratoryjne). Przypuszcza się, że możliwe jest również zakażenie kropelkowe. Przebycie choroby pozostawia trwałą odporność, ale znane są przypadki wtórnego zachorowania.

Śmiertelność zależy od typu wirusa KZM: w dalekowschodnim rosyjskim zapaleniu mózgu dochodzi do 30%, a w środkowoeuropejskim zapaleniu mózgu wynosi około 1%. Rozpoznanie potwierdzają:

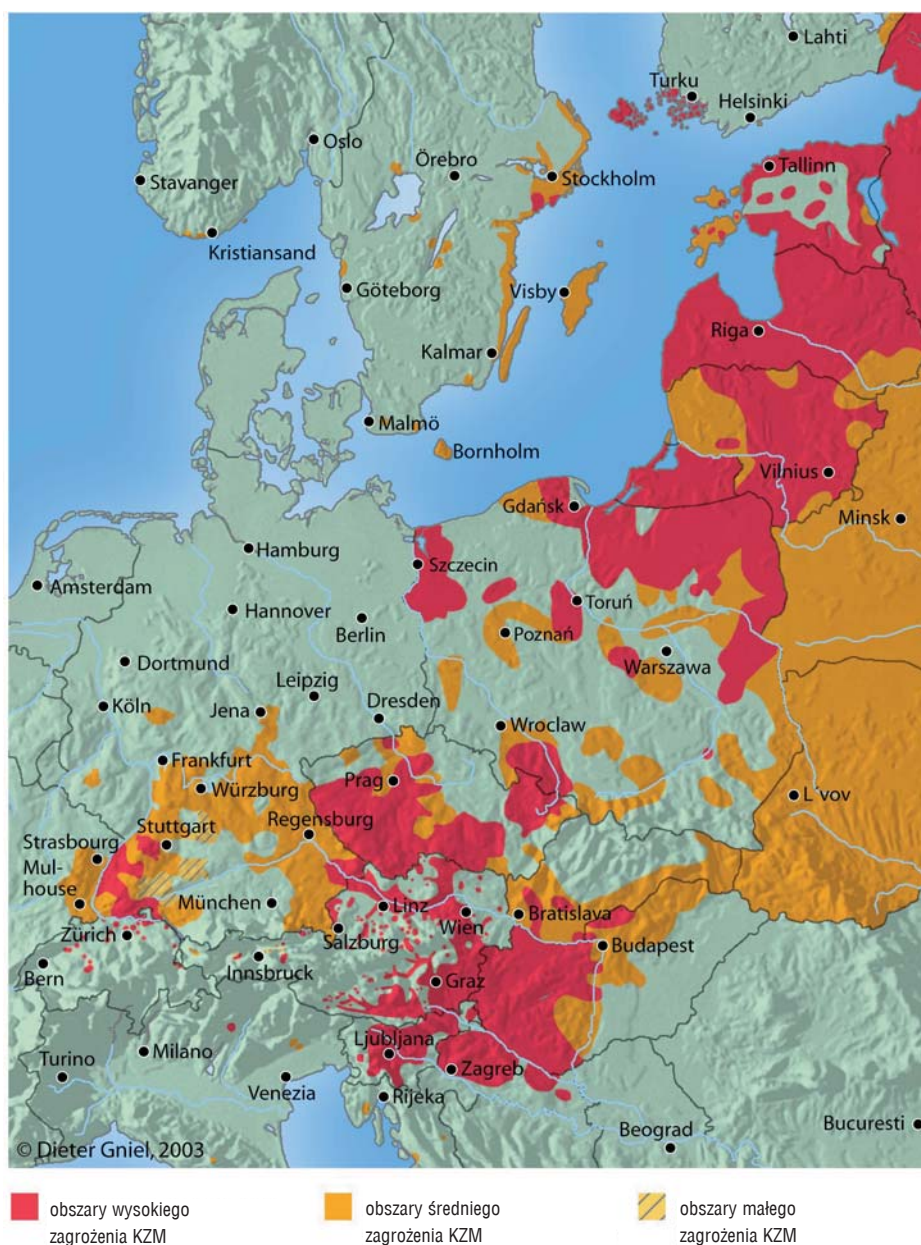
- w ostrym okresie choroby izolacja wirusa z krwi bądź płynu mózgowo-rdzeniowego;
- w przypadkach śmiertelnych izolacja wirusa z tkanki mózgu;
- znaczną kliniczną użyteczność mają odczyn serologiczne.

KZM to choroba występująca zwykle endemicznie, rzadziej w postaci epidemii (epidemie mleczne), najczęściej w okresie wiosenno-letnim (szczyt zachorowań w czerwcu–lipcu), co związane jest z aktywnością kleszczy.

Epidemiologia KZM

Szczególne ryzyko występowania KZM przypada w okresie podwyższonej aktywności życiowej kleszczy na terenach Austrii, Szwajcarii, Niemiec, Węgier, Polski, Czech, Litwy, Łotwy, Estonii, Białorusi, Ukrainy oraz północnej Chorwacji [3, 6, 7, 10, 11]. Do tych terenów zalicza się także ostatnio wybrzeże Finlandii, Szwecji, a nawet Norwegii [8, 9]. Na tych terenach dominuje, jak wcześniej podano, podtyp zachodni wirusa KZM, a jest on przenoszony przede wszystkim przez kleszcza *Ixodes ricinus*. Tereny europejskiej części Rosji to dominacja podtypu mieszanego wirusa KZM, który na wschód, w kierunku Chin, Korei i Japonii, przechodzi w podtyp wschodni o wysokiej wirulencji. Na tych terenach wirus KZM przenoszony jest przez kleszcza *Ixodes persulcatus*. Sporadyczne przypadki zachorowań na KZM odnotowuje się w Albanii, Grecji, Włoszech i Turcji. Sytuację zagrożenia epidemiologicznego KZM w Europie przedstawiono na rycinie 3.

Od lat dziewięćdziesiątych XX wieku sukcesywnie wzrasta liczba rozpoznawanych i potwierdzonych serologicznie przypadków KZM. W Polsce w tym okresie stwierdzano 160–180 przypadków kleszczowego zapalenia mózgu. W ostatnim czasie liczba przypadków na naszym terenie wzrosła do około 300 rocznie. Wykrywa się nie tylko transmisję zakażenia przez ukąszenie kleszcza, ale także przez alternatywną drogę infekcji – drogę pokarmową; w 1995 r. w kieleckim przez picie zakażonego mleka krów, a w 1996 r. we wrocławskim przez picie zakażonego mleka kóz. Rycina 4 przedstawia tereny szczególnie zagrożone KZM w Polsce.



Ryc. 3. Tereny zagrożenia KZM w Europie

Rozprzestrzenianie kleszczy, a przede wszystkim szerzenie zakażenia wirusa KZM drogą pokarmową spowodowało, że w niektórych krajach zaczęto wdrażać programy zwalczania i profilaktyki zakażenia wirusem KZM (Austria, Szwajcaria).

Symptomatologia KZM

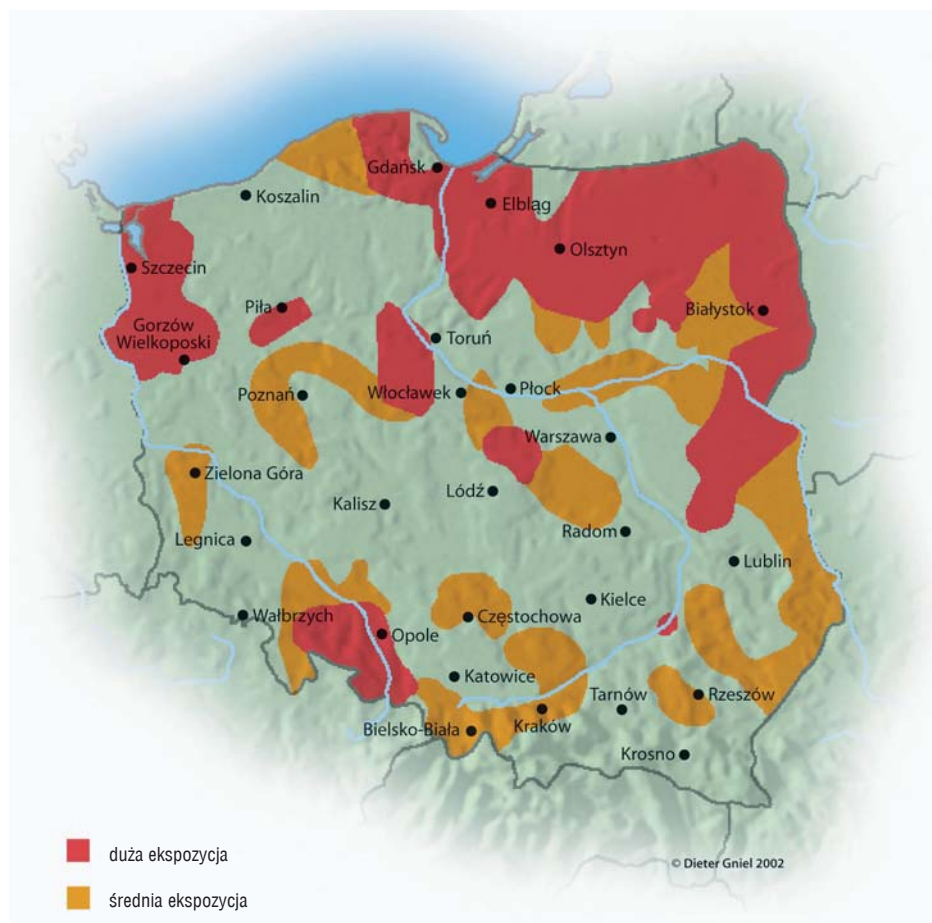
Najczęściej zakażenie wirusem KZM ma łagodny przebieg z pojawieniem się w pierwszym etapie choroby objawów pseudogrypowych. Zmęczenie, złe samopoczucie, bóle kostno-stawowe, bóle głowy, wymioty, gorączka mogą ulec

samoograniczeniu i ustąpić. Bardzo często taka manifestacja choroby nie jest wiązana diagnostycznie z zakażeniem wirusem KZM i klinicznie nie wymaga dalszego specjalistycznego postępowania.

Jednak u części pacjentów rozwija się druga faza choroby, która ze względu na dominujące objawy kliniczne może przebiegać jako:

- postać oponowa,
- postać mózgową,
- postać mózgowo-rdzeniową,
- postać mieszaną.

W postaci oponowej wiodącymi objawami klinicznymi są objawy związane z zapaleniem opon



Ryc. 4. Tereny zagrożenia KZM w Polsce

mózgowo-rdzeniowych i ewentualnie rdzenia kręgowego. Należą do nich:

- sztywność karku,
- objawy oponowe,
- bóle głowy,
- wymioty,
- osłabienie siły mięśniowej,
- bóle mięśni,
- mrowienia,
- drętwienia.

Wirus nie wykazuje tu pełnego tropizmu do centralnego układu nerwowego, a układ immunologiczny ogranicza inwazyjność mikroorganizmu klinicznie lokalizując zapalenie do opon mózgowo-rdzeniowych i częściowo rdzenia kręgowego.

W postaci mózgowej i mózgowo-rdzeniowej klinicznie dominują:

- uciążliwe bóle głowy,
- nudności i wymioty,
- zaburzenia świadomości,
- nadmierna senność lub bezsenność,
- zaburzenia czucia,
- zaburzenia psychiczne,
- myśli samobójcze,
- zaburzenia ruchowe,
- drgawki,
- zatrzymanie stolca i/lub moczu,

- zaburzenia mowy,
- zaburzenia widzenia.

W postaci mieszanej symptomatologia jest najbogatsza i obrazuje stopień zajęcia stanem zapalnym poszczególnych struktur CUN [12]. Wywołane objawy chorobowe wiążą się z charakterystycznym dla wirusa KZM tropizmem do tkanki nerwowej.

Pacjenci z tak przebiegającym zakażeniem wymagają hospitalizacji, w trakcie której w procesie diagnostycznym, najczęściej serologicznie, udowadnia się etiologię choroby. W przypadku licznych zachorowań w danym rejonie należy przeprowadzić ukierunkowany wywiad epidemiologiczny na alternatywną drogę zakażenia i podjąć próbę lokalizacji źródła zakażenia, którym są seropoztywne zwierzęta hodowlane. Spożywanie mleka lub jego produktów pochodzących od tych zakażonych zwierząt – krów, kóz, owiec – skutkuje bardzo szybkim ujawnieniem się zakażenia (2–4 dni).

Leczenie choroby jest jedynie postępowaniem objawowym. Powikłaniami, jakie najczęściej występują, są: nerwice, depresje, zaburzenia koncentracji, bezsenność, bóle głowy, zaniki mięśniowe i porażenia, napady padaczkowe. Niestety nawet długa rekonwalescencja i ukierunkowana, systematycznie prowadzona wielokierunkowa rehabi-

litacja nie przywracają pełni zdrowia. Pacjenci mogą wykazywać trwałe ubytki zdrowia z powodu przebiegu choroby i jej powikłań.

Profilaktyka KZM

Profilaktyka opiera się na postępowaniu minimalizującym możliwości ukąszenia przez kleszcze oraz na szczepieniach. Należy w profilaktyce sięgać po różne sposoby zmniejszające szansę ukąszenia przez kleszcze. Należy właściwie ubierać się do lasu, stosować środki odstraszające kleszcze, przeglądać najbardziej narażone partie ciała na ukąszenie owada.

Ze względu jednak na ograniczoną skuteczność takiego postępowania najważniejsze w profilaktyce KZM są szczepienia. Zapobiegają one zakażeniu przekazywanemu przez ukąszenia, jak i na drodze alternatywnego zakażenia.

Ta pewna i skuteczna profilaktyka zachorowania na KZM powinna być zalecana:

- pracownikom leśnym,
- weterynarzom,
- żołnierzom,
- ludności terenów endemicznych KZM,
- turystom zamierzającym spędzać urlopy na terenach szczególnego narażenia na KZM.

Obserwacje epidemiologiczne przeprowadzane w Austrii, gdzie wprowadzono obowiązkową pasteryzację mleka u jego producentów oraz obowiązkowe szczepienia przeciwko KZM, są bardzo zachęcające i wskazują na kierunek właściwego postępowania profilaktycznego.

Należy nadmienić, że szczepienia poekspozy-

cyjne nie spełniają swojej roli, ze względu na krótszy lub podobny czas wstąpienia objawów chorobowych wobec efektów walcynacji. W rzadkich, klinicznie uzasadnionych sytuacjach można podawać surowice odpornościowe, ale jest to niekonwencjonalne postępowanie terapeutyczne zarezerwowane dla ośrodków wysoko referencyjnych.

Podsumowanie

Badania dowodzące o współistnieniu KZM z boreliozą, czy obserwacje koincydencji KZM i schizofrenii, czy stwardnienia rozsianego wskazują jeszcze na inny, nowy aspekt tej infekcji wirusowej. Sugerują możliwość bardzo odległych i poważnych powikłań, które zmniejszają komfort życia i znacznie obniżają jego jakość [13–15]. Udowodnione właściwe postępowanie profilaktyczne ukierunkowane na szczepienia coraz skuteczniejszymi i nowoczesnymi preparatami wydają się być jedynym rozsądnym rozwiązaniem tego problemu klinicznego [16].

W praktyce mamy preparaty, które umożliwiają szczepienie dzieci po ukończeniu 12 miesiąca życia i to w skróconym cyklu szczepień, jak i populacji ludzi dorosłych, kiedy po 3 tygodniach uzyskuje się poziom przeciwciał zapobiegający zakażeniu.

Skuteczne postępowanie profilaktyczne musi opierać się także na edukacji – szczególnie na terenach endemicznych dla KZM oraz wśród zawodowych środowisk predysponowanych na infekcję, z jednoczesnym zalecaniem szczepień przeciwko KZM.

Piśmiennictwo

1. Dumpis U, Crook D, Oksi J. Tick-borne encephalitis. *Clin Infect Dis* 1999; Apr. 28(4): 882–890.
2. Heniz FX, Mandl CW. The molecular biology of tick-borne encephalitis virus. Review article. *AMPIS* 1993; Oct. 101(10): 735–745.
3. Kofler M, Heine FX, Mandl CW. Capsid protein C of tick-borne encephalitis virus tolerates large internal deletions and is a favorable target for attenuation of virulence. *J Virol* 2002; Apr. 76(7): 3534–3543.
4. Ternovoi VA, Kurzhukov GP, Sokolov YV, Ivanov GY, Ivanisenko VA, Loktev AV, Ryder RW, Netesov SV, Loktev SV, Loktev VB. Tick-borne encephalitis with hemorrhagic syndrome, Novosibirsk region, Russia, 1999. *Emerg Infect Dis* 2003; Jun. 9(6): 743–746.
5. Bakhvalova VN, Rar VA, Tkachev SE, Metveev VA, Metveev LE, Karavanov AS, Dobrovotvorskyy AK, Morozova OV. Tick-borne encephalitis virus strains of Western Siberia. *Virus Res* 2000; Sep. 70(1–2): 1–12.
6. Rieger MA, Nubling M, Kaiser R, Tiller FW, Hofmann F. Tick-borne encephalitis transmitted by raw milk—what is the significance of this route of infection? Studies in the epidemic region of South-West Germany. *Gesundheitswesen* 1998; Jun. 60(6): 348–356.
7. Matuszczyk I, Tarnowska H, Zabicka J, Gut W. The outbreak of an epidemic of tick-borne encephalitis in Kielce province induced by milk ingestion. *Przegl Epidemiol* 1997; 51(4): 381–388.
8. Lindgren E, Gustafson R. Tick-borne encephalitis in Sweden and climate change. *Lancet* 2001; Jul. 7, 358(9275): 16–18.
9. Csango PA, Blakstad E, Kirtz GC, Pedersen JE, Czettel B. Tick-borne encephalitis in southern Norway. *Emerg Infect Dis* 2004; Mar. 10(3): 533–534.
10. Lesnicar G, Poljak M, Seme K, Lesnicar J. Pediatric tick-borne encephalitis in 371 cases from an endemic region in Slovenia, 1959 to 2000. *Pediatr Infect Dis J* 2003; Jul. 22(7): 612–617.

11. Anic K, Soldo I, Peric C, Karner I, Barac C. Tick-borne encephalitis in ekstern Croatia. *Skand Cera Infect Dis* 1998; 30(5): 509–512.
12. Haglund C, Gunther C. Tick-borne encephalitis – pathogenesis, clinical courses and long-term follow-up. *Vaccine* 2003; Apr. 1, 21(Suppl. 1): S11–S18.
13. Korenberg EI, Kovelevski YV, Karavanov AS, Moskvitina GG. Mixed infection by tick-borne encephalitis virus and *Borrelia* in ticks. *Med Vet Entomol* 1999; May, 13(2): 204–208.
14. Bron JS Jr. Geographic correlation of schizophrenia to ticks and tick-borne encephalitis. *Schizophr Bull* 1994; 20(4): 755–775.
15. Woessner R, Grawer MT, Haass A, Gaerthner B, Holzer G, Mueller-Reiland D, Mueller-Lantsch N, Treib J. Effects of multiple sclerosis and other inflammatory CNS disorders on tick-borne encephalitis serology. *Acta Virol* 1999; Oct. 43(5): 331–333.
16. Lai CJ, Monath TP. Chimeric flaviviruses: novel vaccines against denuge feler, tick-borne encephalitis virus and Japanese encephalitis. *Adv Virus Res* 2003; 61: 469–509.

Adres I Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

Gastropatia po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych

Nonsteroidal antiinflammatory drugs gastropathy

ELŻBIETA PONIEWIERKA

Z Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. Leszek Paradowski, prof. nadzw. AM

Streszczenie Przewód pokarmowy, głównie żołądek i dwunastnica, jest miejscem szczególnie narażonym na działanie uboczne leków, wśród których na pierwszym miejscu znajdują się niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Gastropatią po NLPZ nazywamy uszkodzenia błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, żołądka i dwunastnicy, które są następstwem stosowania tych leków. Objawy w przebiegu gastropatii mają różne znaczenie i nasilenie. W czasie stosowania NLPZ dochodzi nie tylko do dużych makroskopowych uszkodzeń błony śluzowej, ale także pojawiają się drobne zmiany w postaci przekrwień, wybroczyn pośluzówkowych i nadżerek. Nie ma żadnej zależności między rodzajem powikłań a nasileniem dolegliwości. W związku z tym przy podjęciu decyzji o leczeniu należy uwzględnić znane czynniki ryzyka, wśród których najważniejszy jest podeszły wiek oraz choroby współistniejące. W pewnych sytuacjach można podjąć środki ostrożności, z uwzględnieniem możliwości zastosowania leków potencjalnie bezpiecznych dla przewodu pokarmowego (koksyby, NLPZ z cząsteczką NO).

Słowa kluczowe: gastropatia, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), czynniki ryzyka, zapobieganie.

Summary Digestive tract especially stomach and duodenum is a common location of side effects of various drugs. Among these nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) are the most dangerous ones. Gastropathy following NSAIDs usage is described as the upper digestive tract (stomach and duodenum) mucosa damage, which is caused by administration of these drugs. Symptoms in the course of gastropathy have different meaning and intensity. On administration of NSAIDs not only large, macroscopic mucosa damages develop but also less evident lesions in the form of hyperaemia, submucosal bruising and erosiones can be seen. There is no association between kind of complication and symptoms intensity. Because of that when treatment options are analysed one should consider all known risk factors. The most important ones are patient's age and concomittant disease(s). In some situations, for safety reasons, one should consider administration of drugs which are potentially safe for digestive tract (COX-2 inhibitors, NSAIDs bound with NO).

Key words: gastropathia, nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs), risk factors, prevention.

Objawy uboczne i działania niepożądane może wywołać każdy nawet najbardziej skuteczny lek. Potwierdzają to analizy statystyczne, które wykazują, że leczenie niespodziewanie często, powoduje działanie niepożądane wywołane stosowaniem leków.

Skalę tego problemu ilustrują następujące dane pochodzące ze Stanów Zjednoczonych:

- powikłania polekowe pochłaniają rocznie około 136 mln dolarów,
- z powodu powikłań polekowych rocznie umiera 140 tysięcy osób,
- dziennie z tego powodu umiera 360 osób,
- na 200 przyjętych do szpitala osób 13 jest przyjętych z powodu powikłań polekowych.

U 28% osób można byłoby tym problemom oczywiście zapobiec [1]. Zapobieganie jest jednak możliwe wtedy, gdy wiemy, z jakimi powikłaniami możemy się spotkać i co wpływa na ich wystąpienie.

Na wystąpienie działań niepożądanych może wpłynąć między innymi:

- jednoczesne przyjmowanie kilku leków,
- uczulenie na lek,
- niektóre choroby ogólnoustrojowe,
- wiek pacjenta.

Działania niepożądane leków mogą wyrażać się w postaci:

- działania ogólnoustrojowego,
- uszkodzenia mechanicznego,
- zaburzeń czynnościowych.

Należy pamiętać, że wiele leków dostępnych nie tylko w aptekach, bez recepty, to środki o dużej sile działania biologicznego, które mogą powodować objawy niepożądane, zwłaszcza zażywane pojedynczo lub z innymi lekami. Do takich ogólnie dostępnych, reklamowanych jako bezpieczne, leków należą między innymi niesteroidowe leki przeciwzapalne – NLPZ.

Zalecane są one jako skuteczne leki przeciw-

bólów w bólach głowy, bólach menstruacyjnych, urazach sportowych, jako leki przeciwzapalne i przeciwgorączkowe, a także jako leki w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych [2].

Przewód pokarmowy, a szczególnie żołądek i dwunastnica, jest miejscem w organizmie człowieka, które jest głównie narażone na działanie uboczne leków, wśród których na pierwsze miejsce wysuwają się NLPZ. Chociaż najczęstszą drogą podawania leku jest droga doustna, to szkodliwy wpływ tych leków nie zawsze jest związany z bezpośrednim działaniem uszkadzającym błonę śluzową żołądka. W wielu przypadkach podanie pozajelitowe jest groźniejsze dla śluzówki żołądka, gdyż nie dochodzi wówczas do indukcji tzw. cytoprotekcji adaptacyjnej.

Gastropatię po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych (NSAIDs gastropathy) nazywamy uszkodzeniem błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, szczególnie żołądka i dwunastnicy, które są następstwem stosowania tych leków.

NLPZ uszkadzają żołądek i dwunastnicę w oparciu o mechanizm działania ogólnoustrojowego oraz bezpośredniego mechanicznego uszkodzenia.

Wiele badań i obserwacji dokumentuje, że u podstaw objawów ubocznych po NLPZ leży uszkodzenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy. Mechanizm działania tych leków na błonę śluzową został wyjaśniony przez Johna Vane'a w 1971 r. [3–5].

Większość NLPZ poprzez hamowanie cyklooksygenazy (COX) hamuje transformację kwasu arachidonowego do tromboksanu i stabilnych prostaglandyn.

Cyklooksygenaza występuje w dwóch izoformach:

1. Cyklooksygenaza 1 (COX 1) jest enzymem fizjologicznie znajdującym się w ścianie żołądka i jest poprzez prostaglandyny odpowiedzialna za wiele mechanizmów obrony śluzówkowej.
2. Izoenzym COX 2 jest indukowany w miejscu zapalenia i jego hamowanie przez NLPZ wyzwala mechanizm przeciwbólowy i przeciwzapalny [6].

Do uszkodzenia błony śluzowej żołądka i dwunastnicy przez NLPZ dochodzi na drodze tzw. podwójnego urazu, który obejmuje:

- bezpośrednie toksyczne działanie na śluzówkę żołądka,
- działanie ogólne prowadzące do zmniejszenia syntezy endogennych prostaglandyn,
- generowanie wolnych rodników tlenowych,
- uwalnianie czynników pozapalnych: cytokin (TNF-alfa, IL-1 beta, IL-6), histaminy.

Powstanie uszkodzeń błony śluzowej żołądka po NLPZ jest związane z procesem przywierania

neutrofilów do endotelium mikrokrążenia, co potwierdza udział w tym procesie cytokin o działaniu pozapalnym. IL-1 beta i TNF-alfa wywołują stan zwiększonej gotowości adhezyjnej leukocytów do śródbłonka poprzez wzrost ekspresji molekule adhezyjnej (ICAM 1 – *intracellular adhesive molecule*). Dochodzi do stymulacji wydzielenia innych cytokin pozapalnych [7]. Jednocześnie z powyższymi zmianami prowadzącymi do uszkodzenia błony śluzowej uruchamia się mechanizm regeneracyjny, będący efektem działania czynników wzrostu (TNF-alfa, EGF). Dochodzi do restytucji komórek nabłonkowych i zwiększenia procesów proliferacyjnych w szyjce gruczołów żołądkowych i dołeczków żołądkowych. Mechanizm zwiększonej oporności komórek ma szczególne znaczenie przy długotrwałym stosowaniu NLPZ i nosi nazwę mechanizmu adaptacyjnego lub gastroprotekcji adaptacyjnej [8].

Objawy w przebiegu gastropatii po NLPZ mają różne znaczenie i nasilenie.

Dyspepsja/bóle w nadbrzuszu, dyskomfort, zgaga, nudności, odbijania występują u około 15% chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów stosujących NLPZ.

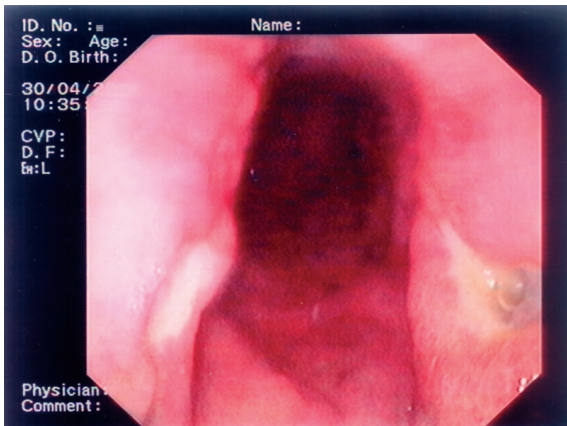
Wrzód żołądka stwierdza się u około 8–20% osób stosujących te leki, natomiast wrzód dwunastnicy u około 4–8% [2].

W czasie stosowania NLPZ nie tylko dochodzi do dużych makroskopowych uszkodzeń błony śluzowej, ale także pojawiają się drobne zmiany w postaci przekrwień, wybroczyn podśluzówkowych, drobnych nadżerek. U około 2–4% osób przyjmujących NLPZ występują poważne, zagrażające życiu powikłania w postaci krwawienia, perforacji lub zwężenia odźwiernika.

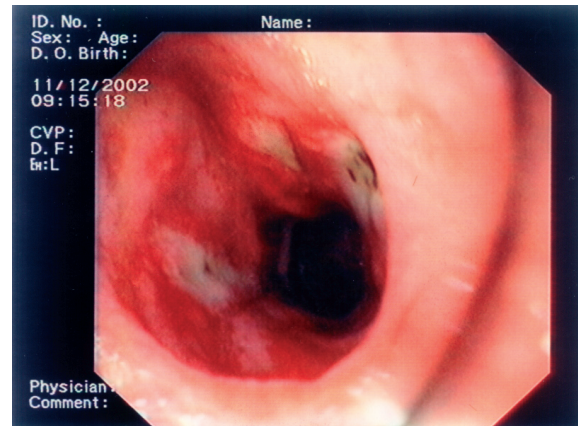
Niestety nie można przewidzieć wystąpienia powikłań, ponieważ nie ma żadnej zależności między rodzajem powikłania a nasileniem dolegliwości. Wiele poważnych powikłań rozwija się bezobjawowo lub nasilenie objawów jest nieproporcjonalne do ich ciężkości [9]. Nie ma też korelacji między stopniem uszkodzenia błony śluzowej a nasileniem objawów ze strony przewodu pokarmowego.

Nie mogąc przewidzieć wystąpienia powikłań przy podjęciu decyzji o leczeniu, należy uwzględnić znane czynniki ryzyka, do których zalicza się:

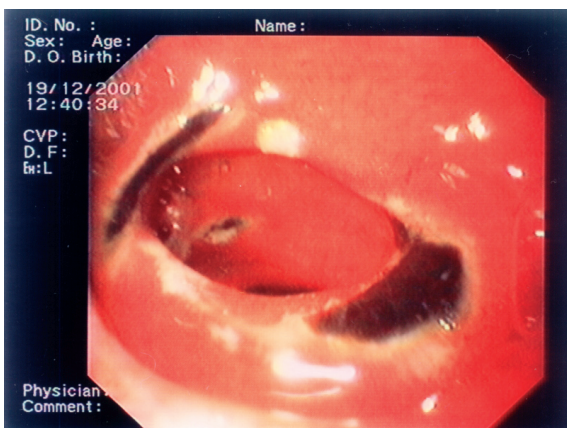
- wiek powyżej 60 roku życia,
- chorobę wrzodową w wywiadzie,
- jednoczesną steroidoterapię,
- stosowanie dużych dawek NLPZ,
- rodzaj leku (NLPZ bardziej toksyczne),
- stosowanie antykoagulantów,
- choroby układu sercowo-naczyniowego,
- zaawansowanie choroby reumatologicznej,
- stosowanie leków alkalinizujących, H₂-blokerów i blokerów pompy protonowej (PPI).



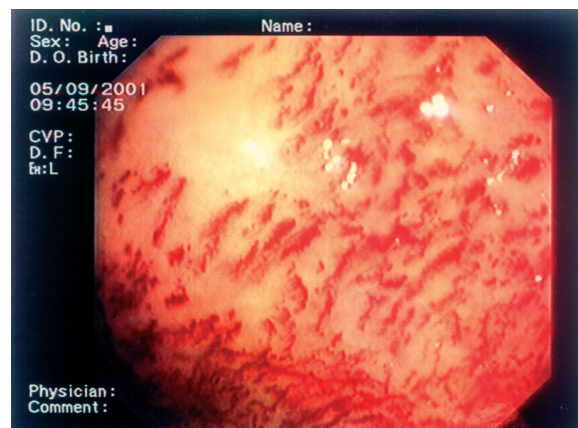
Fot. 1. Owrzodzenia polekowe w zakresie trzonu żołądka



Fot. 2. Płaskie owrzodzenia polekowe ze zmianami krwotocznymi w zakresie opuszki dwunastnicy



Fot. 3. Rozległe krwotoczne nadżerki w zakresie opuszki dwunastnicy po NLPZ



Fot. 4. Wynaczynienia podśluzówkowe w zakresie trzonu żołądka po NLPZ

Wśród czynników ryzyka powikłań nie znalazła się infekcja *Helicobacter pylori* (*Hp*). Badania dotyczące tego problemu przynoszą nadal sprzeczne wyniki [10, 11].

Jednoznacznie wynika z nich jedynie to, że szkodliwy wpływ NLPZ na żołądek i dwunastnicę oraz lecznicze znaczenie eradykacji u osób z zakażeniem *Hp* zależy od rodzaju zastosowanego leku oraz od momentu przeprowadzenia eradykacji. Korzyści z eradykacji można się spodziewać u chorych przed planowanym dłuższym leczeniem oraz po przebytym krwawieniu [10].

U osób po 60 roku życia częstość powikłań jest większa i są one bardziej niebezpieczne. Najczęściej występują u osób między 60 a 70 rokiem życia, ale nie można zapominać, że mogą one również wystąpić u osób młodych. W pewnych sytuacjach można podjąć środki ostrożności, do których należą:

- krótkie stosowanie leku,
- profilaktyczne stosowanie leków działających ochronnie na śluzówkę żołądka,

- unikanie stosowania lub redukcja dawki u osób z grupy zwiększonego ryzyka,
- stosowanie leków potencjalnie bezpiecznych (koksyby, NLPZ z cząsteczką NO).

Standardowe dawki antagonistów receptorów H_2 są skuteczne jedynie w prewencji wrzodów dwunastnicy. Należy pamiętać, że H_2 -blokery likwidując dolegliwości dyspeptyczne mogą stać się przyczyną powikłania po NLPZ. Wiele badań dokumentuje, że jedynie blokery pompy protonowej są skuteczne w zapobieganiu powikłaniom po NLPZ [12, 13].

Lekiem, który ma udowodnione działanie zapobiegające gastropatii po NLPZ jest mizoprostol – syntetyczny analog prostaglandyny E1 [14]. Lek ten nie znalazł jednak powszechnego zastosowania w prewencji uszkodzeń błony śluzowej po NLPZ. Stosowanie mizoprostolu powoduje szereg powikłań, wśród których na pierwszym miejscu wymienia się biegunkę i bóle brzucha. Nie bez znaczenia jest również cena leku. Najnowsze badania wykazały ponadto zdecydowaną wyższość PPI nad mizoprostolem.

Innym sposobem zmniejszenia ryzyka uszkodzeń żołądka i dwunastnicy po NLPZ jest stosowanie leków wybiórczo hamujących cykllooksigenazę 2 (koksylbów).

W ostatnich latach opisano jednak wiele niepożądanych działań koksylbów, typowych dla klasycznych NLPZ [15].

Nowe badania nadal skupiają się na poszukiwaniu bezpiecznych leków przeciwzapalnych. Kolejnym kierunkiem działań jest sprzęganie leków z tlenkiem azotu (NO). Tlenek azotu ma działanie cytoprotekcyjne w stosunku do śluzówki żołądka. Utrzymuje on właściwy przepływ śluzówkowy, odpowiada za tworzenie śluzu i odnowę śródbłonka naczyniowego. Jest także inhibitorem adhezji neutrofilów do ścian naczyń. Neutrofile natomiast są jednym z podstawowych elementów inicjujących gastropatię po NLPZ. Badania wskazują, że tlenek azotu hamuje cykllooksigenazę 2, a aktywuje 1. Funkcja ta mogłaby potęgować działanie koksylbów [16]. Leki te znajdują się aktualnie w fazie badań przedklinicznych.

W systemie ochronnym błony śluzowej żołądka istotną rolę odgrywają także fosfolipidy. Wyka-

zano, że NLPZ w związkach z dwujonowymi fosfolipidami w mniejszym stopniu indukują krwawienia i występowanie owrzodzeń. Badania takie są w stadium doświadczeń na zwierzętach [17].

Podsumowanie

Współczesna medycyna często staje przed problemami związanymi ze starzeniem się społeczeństw oraz współistnieniem wielu chorób o odmiennej etiologii. Jednak dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii farmaceutycznych powoduje wprowadzenie na rynek nowoczesnych leków. Ostateczna decyzja dotycząca wyboru leku lub ich kombinacji należy do lekarza. Musi ona być wolna od ryzyka działania ubocznego i niebezpiecznych interakcji. Do czasu zsyntezowania bezpiecznego NLPZ (wysoce specyficznego inhibitora COX-2, uwalniającego tlenek azotu i połączonego z dwujonowymi fosfolipidami) działanie nasze powinno być oparte na szeroko pojętej profilaktyce, aby zapobiec groźnym dla życia powikłaniom ze strony przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo

1. Jonson M. Istotne kliniczne interakcje polekowe. *Medycyna po Dyplomie* 2000; 9, 1(50): 111–125.
2. Reguła J. Niesteroidowe leki przeciwzapalne a przewód pokarmowy. *Medycyna po Dyplomie* 2000; wydanie specjalne: 14–27.
3. Szechiński J. *Zasady stosowania NLPZ, powikłania ze strony przewodu pokarmowego – metody zapobiegania i leczenia. Gastroenterologia w codziennej praktyce lekarskiej.* 2001; 3: 1–7.
4. Szechiński J. Niesteroidowe leki przeciwzapalne a przewód pokarmowy. *Medycyna po Dyplomie* 2000; wydanie specjalne: 28–31.
5. Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nature* 1971; 231: 232–235.
6. Fennerty BM. Powikłania ze strony przewodu pokarmowego wywołane przez NLPZ. *Medycyna po Dyplomie* 2002; 11: 91–103.
7. Hamlet A, Lindholm C et al. Aspirin-induced gastritis like *Helicobacter pylori* induced gastritis. Disinhibits Acid Secretion in Humans: Relation to cytokine Expression. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33(4): 346–356.
8. Robert A. Cytoprotection and prostaglandins. *Gastroenterology* 1979; 77: 761–767.
9. Muszyński J, Erhmann-Jósko A. Wpływ niesteroidowych leków przeciwzapalnych na przewód pokarmowy – zagrożenia i potencjalne korzyści. *Terapia* 2001; 4(106): 51–54.
10. Bartnik W. Postępy w gastroenterologii i hepatologii. *Medycyna Praktyczna* 2003; 1–2(143–144): 103–119.
11. Stępień E, Poniewierka E, Paradowski L. Patofizjologia, diagnostyka i leczenie uszkodzeń górnego odcinka przewodu pokarmowego wywołanych niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ). *Adv Clin Exp Med* 2000; 9, 3: 281–288.
12. Hawkey CJ, Karrasch JA et al. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Omeprazole versus misoprostol for NSAID induced management (OMNIUM Study Group). *N Engl J Med* 1998; 338: 727–734.
13. Yeomans ND, Tulassay Z et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Acid Suppression Trial. Ranitidine versus Omeprazole for NSAID associated Ulcer Treatment (Astromaut) Study Group. *N Engl J Med* 1998; 338: 719–726.
14. Silverstein FE, Graham DY et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Ann Intern Med* 1995; 123: 241–249.
15. Chan FKL, Hung LCT et al. Celecoxib versus diclofenac and omeprazole in reducing the risk of recurrent ulcer bleeding in patients with arthritis. *N Engl J Med* 2002; 347: 2104–2110.

16. Brzozowski T, Konturek SJ et al. Role of L-arginine, a substrate for nitric oxide-synthase in gastroprotection and ulcer healing. *J Gastroenterol* 1997; 32: 442–452.
17. Lichtenberger LM, Wang ZM et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) associated with zwitterionic phospholipids: insight into the mechanism and reversal of NSAID-induced gastrointestinal injury. *Nat Med* 1995; 1: 154–158.

Adres Autorki:

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii AM

ul. Poniańskiego 2

50-326 Wrocław

Doustne preparaty szczepionkowe w leczeniu nawracających zakażeń układu oddechowego

The oral vaccine preparations in the treatment of recurrent respiratory tract infections

ALEKSANDRA LEWANDOWICZ-USZYŃSKA

Z Katedry Propedeutyki Pediatrii i Kliniki Immunologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Adam Jankowski

Streszczenie Praca porusza problem nawracających zakażeń dróg oddechowych. Przedstawia możliwości profilaktyki zakażeń opartej na szczepieniach ochronnych oraz na stosowaniu doustnego preparatu szczepionkowego – Ribomunylu. Na podstawie danych literaturowych przedstawiono wyniki badań klinicznych nad zastosowaniem w terapii tego preparatu.

Słowa kluczowe: nawracające zakażenia dróg oddechowych, szczepionki, Ribomunyl.

Summary The paper deals with the problem of recurrent respiratory tract infections. It has been shown that there are some possibilities of infection prophylaxis with the use of vaccines as well as an oral preparation Ribomunyl. The results of clinical studies on therapeutic use of Ribomunyl, based on literature review, are presented.

Key words: the respiratory tract recidivans infections, vaccinations, Ribomunyl.

Zakażenia dróg oddechowych u dzieci nadal stanowią jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji. Pomimo ogromnego postępu, jaki dokonał się w diagnostyce i leczeniu, oraz poprawie warunków życia wciąż obserwujemy utrzymywanie się tego typu zachorowań na stałym poziomie.

Stosowanie szczepień ochronnych jest jednym z najistotniejszych osiągnięć immunologii w walce z chorobami zakaźnymi. Doprowadziły one do ograniczenia występowania niektórych z nich, a epidemie dżumy, cholery, ospy zniknęły z naszego globu. Dwieście lat temu angielski lekarz Jenner pierwszy na naszym kontynencie zainicjował szczepienia przeciwko ospie. Ten sposób postępowania rozpoczął burzliwą drogę dalszych badań i doświadczeń, zarówno klinicznych, jak i laboratoryjnych, w wyniku których stosujemy nowoczesne szczepionki.

Szczepionką nazywa się preparat zawierający antygen lub antygeny drobnoustrojów mający zdolność wzbudzania swoistej odpowiedzi immunologicznej, chroniącej przed zakażeniem danym patogenem. Definicję tę można rozszerzyć o możliwość indukowania nieswoistej odpowiedzi immunologicznej, co wykorzystywane jest w terapii niektórych chorób. Zastosowanie szczepionki powoduje powstanie czynnej odporności

przez stymulowanie układu odpornościowego organizmu do produkcji swoistych przeciwciał i/lub odporności komórkowej.

Najprostszy i najstarszy podział szczepionek opiera się na określeniu stanu „żywołności” antygenów: szczepionki żywe oraz zabite. Inny uwzględnia rodzaj antygenów użytych do produkcji określonej szczepionki: wirusowe, bakteryjne, riketsjowe lub opiera się na określeniu składu preparatu: szczepionki monowalentne, poliwalentne, skojarzone czy na formie preparatu: szczepionki liofilizowane lub płynne. Jednym z ważnych podziałów preparatów szczepionkowych jest uwzględnienie charakteru indukowanej przez nie odpowiedzi immunologicznej: szczepionki o działaniu swoistym oraz nieswoistym. Szczepionki swoiste zapobiegają określonej chorobie zakaźnej i stosuje się je profilaktycznie. Stymulują one swoistą odpowiedź immunologiczną charakteryzującą się produkcją swoistych przeciwciał i wytworzeniem się pamięci immunologicznej. Szczepionki nieswoiste wykazują zdolność niespecyficznego immunostymulacji. Są złożoną grupą preparatów mogących zawierać inaktywowane bakterie, lizaty bakteryjne, ekstrakty komórkowe, rybosomy. Niektóre preparaty nieswoiste mogą także stymulować odporność

swoistą, głównie przez nieswoisty układ cytokin. Stosuje się je zapobiegawczo bądź w celach leczniczych. Badania Moniuszko i wsp. [1] wykazały znaczący spadek produkcji IL-1 i IL-6 oraz wzrost syntezy IL-2 przez mononukleary krwi obwodowej u pacjentów chorych na nieatopową astmę oskrzelową wikłaną nawracającymi zakażeniami dróg oddechowych po leczeniu Ribomunylem. Wskazuje to na wpływ tego preparatu na proces zapalenia. Preparat ten zastosowany u pacjentów uczulonych na pyłki traw wykazał wraz z poprawą stanu klinicznego wzrost stężenia INF- γ oraz IL-12 i okazał się lekiem stymulującym odpowiedź Th₁ [2].

Do najbardziej rozpowszechnionych doustnych preparatów szczepionkowych mających zastosowanie w ograniczaniu występowania nawracających zakażeń dróg oddechowych u dzieci należą następujące preparaty: Broncho-Vaxom, Luivac i Ribomunyl, których skład antygenowy przedstawiono na rycinie 1. Dostępność, prostota podawania i mała ilość objawów ubocznych spowodowała, iż preparaty te wyparły z stosowania tak reaktogenne i stresujące dla dzieci (przez sposób podania) szczepionki: Delbeta czy Panodinę. Szczególne miejsce znajduje w grupie doustnych preparatów szczepionkowych Ribomunyl, zawierający nie lizaty bakteryjne, ale rybosomalne cząsteczki w połączeniu z proteoglikanem błonowym. Rybosomy są ważnym miejscem w komórce, w którym zachodzi synteza około 55 protein rybosomalnych oraz 3 rodzajów RNA. Rybosomy są nosicielami determinant antygenowych odpowiadających antygenom znajdującym się na powierzchni błony bakteryjnej. Badania nad rybosomami bakteryjnymi sięgają 1965 r., kiedy to A.S. Youmans i G.P. Youmans rozpoczęli prace nad znaczeniem cząsteczek rybosomalnych (izolowanych z *Mycobacterium tuberculosis*) zapewniających ochronę przed zakażeniem [3]. Obserwacje przez nich poczynione uutorowały drogę dla dalszych odkryć nad ochronnym działaniem rybosomów bakterii (*Salmonella typhimurium*, *Listeria monocytogenes*, *Mycobacterium bovis*), grzybów (*Candida albicans*), a nawet pierwotniaków (*Toxoplasma gondii*). Około 1973 r. pojawiły się prace donoszące o prawdopodobnej skuteczności rybosomów izolowanych z *Haemophilus influenzae*, *K. pneumoniae* i *S. pyogenes* w zapobieganiu zakażeniami układu oddechowego, co stało się podstawą do opracowania preparatu Ribomunyl [2]. Systematycznie prowadzone badania *in vivo* i *in vitro* wykazały stymulujący wpływ tego preparatu zarówno na odporność nieswoistą [4–6], jak i swoistą [7, 8], co schematycznie zostało przedstawione na rycinie 2. Badania prowadzone na zwierzętach nad wpływem Ribomunylu na syntezę swoistych przeciwciał przeciwko bakteryjnym składnikom tego preparatu wykazały

wzrost stężeń przeciwciał przeciwko *H. influenzae*, *K. pneumoniae* i *S. pyogenes* u myszy podanych 36-dniowej terapii tym preparatem [9]. Kontynuowane badania u ludzi wykazały nie tylko wzrost stężenia swoistych przeciwciał i wydzielniczej IgA, ale także wzrost liczby limfocytów B wytwarzających swoiste przeciwciała [10].

Systematycznie prowadzone badania kliniczne wykazały korzystny wpływ preparatu Ribomunyl na ograniczanie częstości występowania zakażeń górnych i dolnych dróg oddechowych. Wieloośrodkowe badania kliniczno-epidemiologiczne, prowadzone z podwójnie ślepą próbą kontrolowaną placebo pod kierunkiem Serrano [11], wykazały przydatność tego preparatu w zapobieganiu nawrotom nieżyty nosa u dorosłych. Badania przeprowadzono w grupie 168 pacjentów dorosłych leczonych Ribomunylem i w grupie 159 osób otrzymujących placebo. Wykazano istotny spadek występowania nieżyty błony śluzowej nosa już od pierwszego miesiąca leczenia Ribomunylem oraz spadek cykli antybiotykoterapii. Prowadzono także kliniczne badania nad zastosowaniem Ribomunylu w zapobieganiu zakażeniom u pacjentów chorych na przewlekłą astmę i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) [12]. Porównywano skuteczność szczepień na grypę ze skutecznością szczepienia z jednoczesnym podawaniem immunomodulatora (Ribomunyl). Wykazano dłuższe utrzymywanie się mian przeciwciał przeciwko grypie w grupie pacjentów z jednoczesnym podawaniem szczepionki przeciwko grypie i Ribomunylu, zarówno u pacjentów chorych na astmę, jak i POChP.

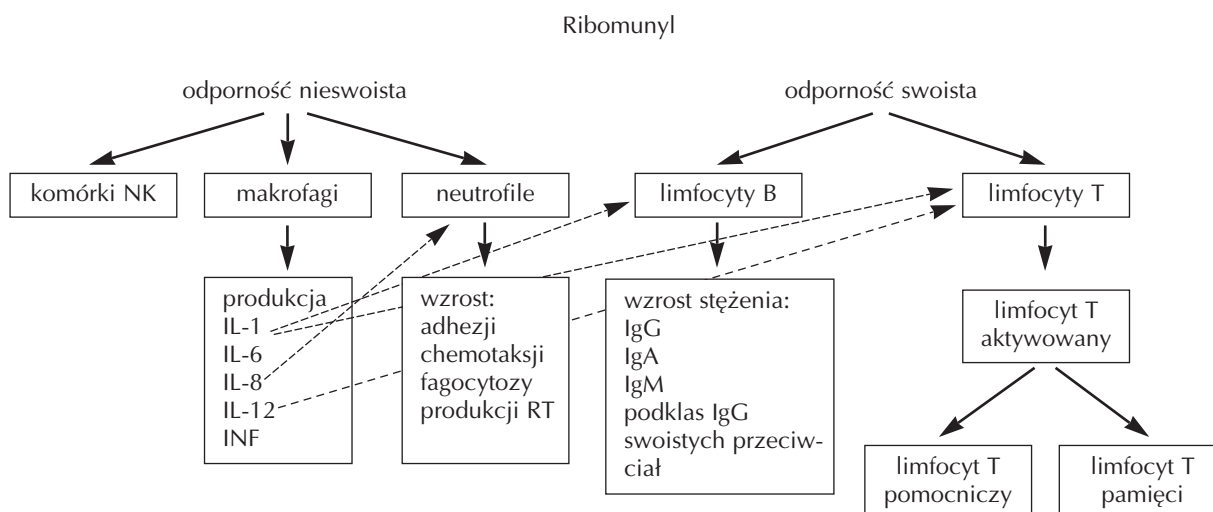
Gramiccioni i wsp. [13] wykazali przydatność tego preparatu w zapobieganiu nawracającym zakażeniom górnych dróg oddechowych. Badania prowadzono z podwójnie ślepą próbą kontrolowaną placebo. Badaniem objęto 140 dorosłych pacjentów z nawrotowymi zapaleniami ucha, zatok, gardła, krtani i noso-gardła. Wykazano obniżenie częstości zakażeń aż o 35% już od 2 miesiąca leczenia. Obserwowano także znaczący wzrost przeciwciał klasy IgG i IgA od 21 dnia leczenia.

Zakrzewska i wsp. [14] zastosowali u 120 dzieci chorych na nawracające zakażenia górnych dróg oddechowych i ucha środkowego Ribomunyl uzyskując zmniejszenie liczby infekcji, konieczności stosowania antybiotykoterapii oraz poprawę zapisów tympanometrycznych w porównaniu do 50-osobowej grupy dzieci, u których nie zastosowano Ribomunylu.

Badania Botulińskiej i wsp. [15] wykazały korzystny wpływ tego preparatu u dzieci chorych na nawracające zakażenia dróg oddechowych z odczynem bronchospastycznym, u których stwierdzono obecność w surowicy swoistych IgE przeciwbakteryjnych (przeciwko *H. influenzae*, *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *Staph. aureus*). Po leczeniu

| Broncho-Vaxom | Ribomunyl | Luivac |
|---|--|--|
| <p><i>Lizat bakteryjny:</i> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Klebsiella pneumoniae Klebsiella ozaenae Staphylococcus aureus Streptococcus pyogenes Streptococcus viridans Neisseria catarrhalis (kaps. á 3,5 mg, 7] mg)</p> | <p><i>Fracje rybosomowe:</i> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Klebsiella pneumoniae Streptococcus pyogenes Proteoglikan: Klebsiella pneumoniae (Saszetki: á 0,25mg, 0,75 mg)</p> | <p><i>Lizat bakteryjny:</i> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Klebsiella pneumoniae Staphylococcus aureus Streptococcus mitis Streptococcus pyogenes Moraxella catarrhalis (tab. á 3 mg)</p> |

Ryc. 1. Skład antygenowy oraz charakterystyka wybranych doustnych preparatów szczepionkowych



Ryc. 2. Wpływ preparatu Ribomunyl na indukowanie odporności swoistej i nieswoistej

Ribomunylem obserwowano obniżenie wyżej wymienionych swoistych IgE oraz zmniejszenie natężenia kaszlu i zakażeń. Mora i wsp. [16] zastosowali Ribomunyl u 84 dzieci w zapobieganiu zapaleniu ucha środkowego. U objętych badaniem pacjentów (czas trwania obserwacji 6 miesięcy) wykazano znaczące obniżenie częstości występowania incydentów zapalenia ucha środkowego o 25% już od 2 miesiąca leczenia Ribomunylem. Obserwowano także skrócenie czasu trwania infekcji w obrębie górnych dróg oddechowych oraz infekcji przebiegających z gorączką od 3 miesiąca leczenia Ribomunylem. Obserwowano także poprawę wyników audiometrycznych u pacjentów przyjmujących ten preparat. Bellanti i wsp. [17] dokonali oceny skuteczności Ribomunylu w zapobieganiu nawracającym zakażeniom górnych oraz dolnych dróg oddechowych. Porównywano wyniki 19 prób klinicznych, randomizowanych, z podwójnie ślepą próbą, kontrolowanych placebo. Przeanalizowano przypadki 2117 pacjentów (1215 dzieci i 902 dorosłych), wśród których Ribomunyl zastosowano w 1062 przypadkach, a placebo u 1055 osób.

U dzieci wykazano zmniejszenie częstości zachorowań na infekcje w obrębie górnych dróg oddechowych od 27 do 68%, skrócenie czasu trwania zakażeń, zmniejszenie częstości stosowania antybiotyków, redukcję nawrotów infekcji oskrzelowo-płucnych. Osobnej analizie poddano stosowanie Ribomunylu w wysiękowym zapaleniu ucha środkowego. Preparat ten korzystnie wpłynął na zapobieganie nawrotom (zmniejszył występowanie wysiękowego zapalenia ucha środkowego o około 10–52%), skrócił czas trwania zapalenia, spowodował ograniczenie spożycia antybiotyków oraz konieczność wykonywania miejscowych zabiegów chirurgicznych. W grupie osób dorosłych uzyskano wyniki podobne jak u dzieci co do ograniczenia zakażeń w obrębie górnych dróg oddechowych (od 47 do 55%), obserwowano także skrócenie czasu trwania infekcji oraz spadek konieczności stosowania antybiotyków o około 38%. W obu obserwowanych grupach widoczne efekty zastosowanej terapii pojawiały się już od 2 miesiąca i utrzymywały się co najmniej przez 6 miesięcy.

Wszystkie przeprowadzone próby kliniczne

wykazały także dobrą tolerancję preparatu oraz bardzo małą liczbę działań niepożądanych. Sporadycznie obserwowano bóle brzucha, wymioty i biegunkę. Podkreśla się, aby unikać stosowania tego immunostymulatora u pacjentów z ryzykiem zaostrzeń procesów autoimmunizacyjnych.

Niektórzy autorzy podkreślają pozytywną rolę tego preparatu w zmniejszaniu kosztów leczenia zakażeń górnych dróg oddechowych o nawrotowym charakterze, co jest nie bez znaczenia [18, 19].

Piśmiennictwo

1. Moniuszko T, Rutkowski R, Chyrek-Borowska S. Effect of Ribomunyl therapy on production of selected cytokines by mononuclear peripheral blood cells in nonatopic bronchial asthma. *Pneumonol Alergol Pol* 1995; 63(Suppl. 2): 71–75.
2. Bystron J, Hermanowa Z, Szotkowa J, Pazderova D. Investigation of clinical efficacy and influence of a ribosomal immunotherapy on plasma level of cytokines IL-4, IL-5, IL-12, INF-gamma and total IgE in grass-pollen allergy patients during pollen-season. Abstract 1920. *EAACI* 2002.
3. Youmans AS, Youmans GP. Immunogenic activity of ribosomal fraction obtained from *Mycobacterium tuberculosis*. *J Bacteriol* 1965; 89: 1291–1298.
4. Dussourd D'Hinterland L, Serre H, Normiren G. *Preparation de vaccines a base de fractions ribosomales antigeniques*. Brevet Pierre Fabre S.D. Depose le 1973; 73: 43957.
5. Allevena P, Annalaura E, Pirelli A i wsp. Stimulation of cytotoxic and non-cytotoxic functions of natural killer cells by bacterial membrane proteoglycans and ribosomes. *Int J Immunopharmacol* 1989; 11: 29–34.
6. Luini W, de Rossi M, Licciaredello L i wsp. Chemotactic cytokine gene expression and production induced in human monocytes by membrane proteoglycans from *Klebsiella pneumoniae*. *Int J Immunopharmacol* 1991; 13: 631–637.
7. Kantar A, Oggiano N, Romagnoni GG, Giorgi PL. Effect of oral administration of bacterial extracts on the bactericidal capacity of polymorphonuclear leucocytes in children with recurrent respiratory infections. *J Int Med Res* 1991; 19: 451–456.
8. Kolopp-Sarda MN, Bene ME, Allaire JM, Perruchet AM, Faure GC. Kinetics of specific salivary IgA responses in man after oral challenge by ribosomal immunostimulant. *Int J Immunopharmacol*, 1997; 19: 181–186.
9. Fontages R, Robert D, Content Y. Study of the immunogenicity of ribosomes and ribosomal RNA extracted from *K. pneumoniae* and *S. pneumoniae*. *Anzmittelforschung* 1980: 142–172.
10. Zanin C, Perrin P, Bene MC i wsp. Antibody-producing cells in peripheral blood and tonsils after oral treatment of children with bacterial ribosomes. *Int J Immunopharmacol* 1994; 16: 497–505.
11. Serrano E, Demanez JP, Morgon A, Chastang C, Cauwenberge P. Effectiveness of ribosomal fractions of *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* and the membrane fraction of Kp (Ribomunyl) in the prevention of clinical recurrences of infectious rhinitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1997; 254: 372–375.
12. Centanni S i wsp. Clinical efficacy of a Vaccine-Immunostimulant combination in the prevention of influenza in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic asthma. *J Chemotherapy* 1997; 4: 273–278.
13. Gramiccioni E, Girbino G, Pelucco D. Efficacy and tolerability of Immucytal in the prevention of upper respiratory tract infection: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Clin Research* 2001; 4: 53–63.
14. Zakrzewska A, Kawalski H, Gryczyńska D, Kopacz M. Ribomunyl w profilaktyce zakażeń dróg oddechowych i ucha środkowego u dzieci. *Przeg Ped* 1998; 3: 195–197.
15. Botulińska E, Hofman J, Tobolczyk J. Wpływ rybosomów bakteryjnych na stan kliniczny i parametry immunologiczne u dzieci z nawrotowymi zapaleniami dróg oddechowych z odczynem bronchospastycznym. *Pol Merk Lek* 2001; X, 59: 353–356.
16. Mora R, Barbieri M, Passali GC, Sovatzis A, Mora F, Cordone MP. A preventive measure for otitis media in children with upper respiratory tract infections. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 25, 63: 111–118.
17. Bellanti J, Olivieri D, Serrano E. Ribosomal immunostimulation: assessment of studies evaluating its clinical relevance in the prevention of upper and lower respiratory tract infections in children and adults. *BioDrugs* 2003; 17(5): 355–367.
18. Clot J. Pharmacology of ribosomal immunotherapy. *Drugs* 1997; 54(Suppl. 1): 33–36.
19. Berdeaux G, Lafuma A, Perruchet AM, Fagnani F. Cost effectiveness of immunoprophylaxis in the prevention of recurrent infectious rhinitis in adults. *Pharmacoeconomics* 1998; 14: 313–322.

Adres Autorki:
Katedra Propedeutyki Pediatrii
Klinika Immunologii Wieku Rozwojowego AM
al. Kasprowicza 64/66
51-137 Wrocław

KONGRESY, ZJAZDY I SYMPOZJA W KRAJU I ZA GRANICĄ W 2004 R.

| Data/miejsce konferencji | Temat | Organizator/kontakt |
|---|---|--|
| Katowice, 9–12 września 2004 r. | XXXV Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich. III Krajowa Konferencja Szkoleniowa Towarzystwa Internistów Polskich „Postępy w chorobach wewnętrznych” | Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii ŚAM, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice tel. +48 32 202-40-25 w. 1290, fax +48 32 202-99-33 e-mail: zjazdTIP@infomed.slam.katowice.pl Szczegóły na stronie internetowej: www.35zjazdTIP.slam.katowice.pl |
| Bruges, Belgium 14–17 September 2004 | International Conference on Communication in Healthcare | Gill Heaton EACH 2004 Secretariat, Hillside Cottages, Wheatley Road Islip, Oxford OX5 2TF, UK Tel: +44 (0) 1865 37-36-25 Fax: +44 (0) 1865 37-58-55 e-mail: each@heaton-connexion.co.uk |
| Wrocław, 15–18 września 2004 r. | V Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu | Polskie Towarzystwo Badania Bólu ul. Chałubińskiego 1a 51-368 Wrocław tel. (071) 784-21-32; 784-09-23, fax (071) 784-09-24 e-mail: vzjazdptbb@anest.am.wroc.pl www.vzjazdptbb.anest.am.wroc.pl |
| Kraków, 16–18 września 2004 r. | III Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii | Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii, ul. Wielicka 265 30-663 Kraków, tel./fax 12 658-10-88 pedgi@mp.pl http://ptghzd.org.pl/show.php?aid=16080 |
| Katowice, 24–25 września 2004 r. | Profilaktyka w medycynie | Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej ŚAM ul. Medyków 12, 40-752 Katowice tel./fax 32 325-42-38 e-mail: profilaktyka@slam.katowice.pl www.slam.katowice.pl/konferencje/24092004.htm |
| Wrocław, 28–29 września 2004 r. | VII Ogólnopolskie Sympozjum „Kształcenie przed- i podyplomowe z zakresu medycyny rodzinnej” | Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu, ul. Syrokomli 1 51-141 Wrocław, tel./fax (71) 325-43-41 zmr@zmr.am.wroc.pl |
| Wrocław, 29 września– 2 października 2004 r. | II Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej | Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu, ul. Syrokomli 1 51-141 Wrocław, tel./fax (71) 325-43-41 zmr@zmr.am.wroc.pl www.agoraintl.pl , www.zmr.am.wroc.pl |

KONGRESY, ZJAZDY I SYMPOZJA W KRAJU I ZA GRANICĄ W 2004 R. (c.d.)

| Data/miejsce konferencji | Temat | Organizator/kontakt |
|---|---|--|
| St. Andrews (Malta), 2–6 October Forum Hotel | EGPRN Research Methods Course | European General Practice Research Network, Malta College of Family Doctors; Malta Family Practice Research Network Dr Jean K Soler, Mario R Sammut, Anthony Mifsud http://www.egprn.org/gozoabs.htm informacja i rejestracja: Co-ordinating Centre EGPRN Hanny Prick University of Limburg P.O. Box 616; 6200 MD MAASTRICHT The Netherlands Tel.: 31 43 388-23-19; Fax: 31 43 367-14-58 e-mail: hanny.prick@hag.unimaas.nl |
| Palazzo Palina – Ta' Cent Hotel; Sannat – Gozo (Malta), 7–10 October | 59 th EGPRN Meeting "Research using Electronic Patient Records in General Practice" | European General Practice Research Network, Malta College of Family Doctors; Malta Family Practice Research Network Dr Jean K Soler, Mario R Sammut, Anthony Mifsud http://www.egprn.org/gozoabs.htm informacja i rejestracja: Co-ordinating Centre EGPRN Hanny Prick University of Limburg P.O. Box 616; 6200 MD MAASTRICHT The Netherlands Tel.: 31 43 388-23-19; Fax: 31 43 367-14-58 e-mail: hanny.prick@hag.unimaas.nl |
| Orlando, Florida, USA, 13–17 October | 17th World Conference of Family Doctors, Orlando, Florida, USA "Family Medicine – Caring for the World" | American Academy of Family Physicians http://www.aafp.org/ woncacongress@wonca2004.org fax: 913 906-6082, tel: 913 906-6000, Monday through Friday, 08:30–17:00, Central Standard Time |

Zakażenia grzybicze u pacjentów ze zmniejszoną odpornością immunologiczną

Fungal infections in immunodeficiency patients

MAŁGORZATA KULISZKIEWICZ-JANUS

Z Katedry i Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Kazimierz Kuliczkowski

Streszczenie Do lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia mykologia medyczna pozostawała w tyle za bakteriologią i wirusologią. Najbardziej popularne grzybicze, do których zaliczane są dermatofitozy i powierzchniowe kandydiazy były na ogół uważane za względnie niegroźne i rzadko przykładano wagę do ich inwazyjności. Nieliczne grzyby zdolne do zakażenia osoby o prawidłowej odporności immunologicznej były organizmami występującymi endemicznie i mimo że były zdolne wywołać uogólnioną chorobę, występowały rzadko. Najpopularniejsze gatunki, takie jak *Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans* i *Aspergillus* sp. sporadycznie tylko były przyczyną inwazyjnych zakażeń w niektórych populacjach. W ostatnich latach częstość poważnych, uogólnionych zakażeń grzybiczych wzrosła dramatycznie, najczęściej dotykając chorych o obniżonej odporności. Spośród opisanych 250 000 gatunków grzybów około 200 jest związanych z chorobami występującymi u ludzi. Uogólniona grzybica stała się jedną z głównych przyczyn zachorowalności i śmiertelności. Uważa się ją za jedno z najbardziej poważnych szpitalnych powikłań. Przyczyny szybkiego wzrostu częstości występowania uogólnionych grzybic związane są przede wszystkim z nowoczesnymi, inwazyjnymi procedurami medycznymi oraz leczeniem prowadzącym do przeżycia pacjentów o wysokim ryzyku. Główne czynniki sprzyjające zwiększonej częstości zakażeń grzybiczych to: wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, bardziej agresywna chemioterapia, rosnąca liczba przeszczepów szpiku i narządów, wzrastająca liczba chorych na AIDS i ich dłuższe przeżycie, bardziej agresywna, intensywna terapia zarówno osób dorosłych, jak i dzieci, w tym szczególnie wcześniaków, częste stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, nowe i szerzej stosowane protezy, jak również związane z problemem narkomanii dożylne przyjmowanie narkotyków. Diagnostyka zakażeń grzybiczych jest bardzo trudna i niejednoznaczna, zwłaszcza we wcześniejszych, łatwiejszych do leczenia okresach. Badania mikologiczne nie zawsze prowadzą do ustalenia czynnika patogennego. U 40–60% pacjentów z rozsianą postacią choroby posiewy mogą być negatywne. Testy serologiczne w stanie immunosupresji są mało przydatne, a wykonanie badania histopatologicznego fragmentów tkankowych, którego wyniki stanowią najpewniejsze kryterium diagnostyczne, nie zawsze jest możliwe.

Słowa kluczowe: zakażenia grzybicze, chorzy w immunosupresji.

Summary Until 1980's medical mycology had been left behind bacteriology and virology. Most frequent fungal infections, as for example dermatophytosis and superficial candida infections, were generally considered as not serious. Rarely, their invasive potential was concerned. Few fungi able to infect healthy individuals with normal immunity are of endemic origin. Though these species have profound infectious factors, systemic diseases' incidence is low. Most common species, as *Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans*, and *Aspergillus* sp., rarely caused invasive infections in several populations. However, in recent years the incidences of serious, systemic fungal infections have dramatically increased, especially among patients with lowered immunity. Among 250 000 fungi species identified up to date, about 200 are harmful to humans. Generalized fungal infection is among main reasons of morbidity and mortality, and resulted in most serious hospital complications. The increase of generalized fungal infections' frequency first of all is up to modern medical invasive procedures and means of treatment leading to prolonged survival of patients with fatal prognoses. Main factors conducive to higher incidence of fungal infections are: increased number of patients with malignancies, more aggressive chemotherapy, higher rate of bone marrow and other transplantations, increased number of AIDS patients and their prolonged survival, more aggressive and intensive therapy, both adults and children, premature newborn included, frequent application of multispectral antibiotics, newer artificial limbs, more commonly used, intravenous injections among drug addicted individuals.

The diagnostics of fungal infections is extremely difficult and not univocal, especially in early, easy to treat stages. Mycological examinations often fail to point out the pathogenic factor. 40–60% of patients with disseminated form of disease have negative inoculation's results. Serologic tests in period of immunosuppression seem to be useless, and histopathological examination – the most trustful one – is not always possible to perform.

Key words: fungal infections, immunosuppressive patients.

W ostatnich latach wzrasta gwałtownie częstość uogólnionych zakażeń grzybiczych. Obraz kliniczny i rokowanie są uzależnione m.in. od sprawności układu immunologicznego chorego. U osób z prawidłowo funkcjonującym układem odpornościowym zakażenia mogą nie wywołać objawów lub przebiegają łagodnie. U osób o obniżonej odporności, bez względu na etiologię, rozwijają się ciężkie, oporne na leczenie i zagrażające życiu zakażenia układowe. Przebieg infekcji grzybiczej przez chorych nie jest związane z powstaniem swoistej odporności i często dochodzi do ponownego zachorowania lub reaktywacji zakażenia grzybiczego. Zakażenia grzybicze mogą być wywołane zarówno przez grzyby oportunistyczne: *Fusarium*, *Curvularia* i *Rhizopus*, jak i patogenne z rodzaju: *Candida*, *Cryptococcus*, *Aspergillus*, *Histoplasma*, *Mucor*, *Trichosporon*, *Coccidioides*. Zakażenia grzybami oportunistycznymi dotyczą wyłącznie chorych z upośledzeniem układu immunologicznego i najczęściej są wywołane przez *Candida* (92,6%), *Aspergillus* (6,7%), *Cryptococcus* (0,7%), *Mucor* (0,7%) [1]. Obserwuje się wzrost opornych na leczenie zakażeń *Trichosporon* i *Pseudoallescheria* wśród chorych z nowotworami hematologicznymi i po przeszczepie szpiku. Czasami zakażenia te mylnie są rozpoznawane jako kandydiazy lub aspergiloza [2, 3]. Grzyby oportunistyczne występują powszechnie. Największą ich koncentrację stwierdza się w oddziałach szpitalnych skupiających chorych w stanie depresji układu immunologicznego [4–6].

Patogenność grzybów związana jest nie tylko z destrukcją mechaniczną otaczających tkanek przez samą grzybnię, lecz również z wytwarzaniem endotoksyn oraz działaniem takich enzymów, jak: proteiny, lizofosfalipazy, hydrolazy i katalazy. Organizm broni się przed zakażeniem przede wszystkim za pomocą odpowiedzi komórkowej, jak również fagocytozy i wytwarzanych przeciwciał. Ważną rolę odgrywa również system dopełniacza oraz prawidłowy poziom żelaza i miedzi. Granulocyty odgrywają zasadniczą rolę w odpowiedzi na zakażenie wywołane grzybami oportunistycznymi: *Candida*, *Aspergillus*, *Trichosporon*, *Mucor*. Natomiast komórki jednojądrzaste (limfocyty T) biorą udział w odpowiedzi na infekcje spowodowane grzybami patogennymi: *Cryptococcus*, *Histoplasma*, *Coccidioides immitis*. Istnieją jednak pewne mechanizmy uniemożliwiające usunięcie przyczyny zakażenia. Fagocytoza jest wprawdzie efektywna wobec *Candida albicans*, ale może być niewystarczająca w przypadku komórek *Candida*, które przeszły z jam ciała do tkanek. Fagocytozie nie ulegają również komórki *Cryptococcus*, które posiadają otoczkę polisacharydową. Niektóre grzyby wytwarzają neutralizujące toksyny, w stosunku do których

krążące przeciwciała mają ograniczone działanie [7]. *Sporothrix*, *Candida* i *Aspergillus* wywołują tzw. fenomen Splendore-Hoeppli. Polega on na tworzeniu się ciałek asteroidalnych, złożonych z nagromadzonych antygenów ściany grzyba oraz jednoczesnym opłaszczeniu ich przez przeciwciała. Kompleksy takie uniemożliwiają eliminację grzyba, stanowiąc dla niego osłonę przed granulocytami i monocytami [8]. Inny mechanizm wywołują obecne w krążeniu antygeny grzyba, które blokują limfocyty T, uniemożliwiając produkcję limfokin, a tym samym aktywację makrofagów [9].

Konsekwencją granulocytopenii jest zwiększone ryzyko wystąpienia oportunistycznej oraz szpitalnej infekcji grzybiczej [4, 6]. Dochodzi do niej u chorych z uszkodzeniem szpiku spowodowanym, m.in. anemią aplastyczną, rozrostem nowotworowym lub leczeniem cytostatycznym. Największe ryzyko występuje u chorych z ciężką postacią granulocytopenii, czyli gdy bezwzględna liczba granulocytów wynosi poniżej 0,5 G/l. Czas jej trwania dłuższy niż 21 dni (bez względu na przyczynę) stanowi niezależny czynnik ryzyka rozwoju grzybicy układowej. Chorzy z granulocytopenią w przebiegu zespołów limfoproliferacyjnych poddani intensywnej chemioterapii narażeni są przede wszystkim na zakażenia *Cryptococcus* i *Candida*. Leczenie immunosupresyjne u chorych po przeszczepie szpiku predysponuje do zakażeń *Histoplasma* i *Cryptococcus*. Chorzy pozostający w fazie aplazji po transplantacji szpiku zagrożeni są infekcją *Aspergillus*. Należy zwrócić uwagę, że po zastosowaniu kortykosteroidów u chorych pochodzących z rejonów endemicznego występowania histoplazmozy i kokcydiodomykozy w wyniku reaktywacji utajonego zakażenia grzybiczego może się rozwinąć ciężka układowa grzybica oporna na leczenie. Wymaga to prewencyjnego stosowania u tych chorych leków przeciugrzybiczych, szczególnie w skojarzeniu z chemioterapią.

Nowotwory (zwłaszcza choroby rozrostowe krwi), chemioterapia, przeszczepy szpiku oraz narządów (wątroby, serca, nerek), AIDS, cukrzyca, częste stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, intensywna terapia dorosłych i wcześniaków, dożylnie przyjmowanie narkotyków, a także wszczepianie protez są czynnikami sprzyjającymi zakażeniom wskutek zmniejszenia odporności ustroju [1, 4–6, 10–13]. Szczególnie narażone są osoby z wrodzonymi lub nabytymi defektami immunologicznymi lub rozpoznaniem zespołów limfoproliferacyjnych.

Diagnostyka zakażeń grzybiczych, szczególnie postaci narządowych, jest bardzo trudna. Badania mikologiczne nie zawsze prowadzą do ustalenia czynnika patogenego. U 40–60% osób z rozsianą postacią choroby posiewy mogą być negatywne. Testy serologiczne w stanie immuno-

supresji są mało przydatne, a wykonanie badania histopatologicznego fragmentów tkankowych, którego wyniki stanowią najpewniejsze kryterium diagnostyczne, nie zawsze są możliwe. Trudności w rozpoznaniu wiążą się zarówno z brakiem charakterystycznych cech klinicznych i nietypowym przebiegiem grzybicy układowej, jak również z nakładaniem się jej na uprzednio już rozpoznaną infekcję o innej etiologii. Często pomija się możliwość układowego zakażenia grzybiczego, zwłaszcza u chorych, którzy nie gorączkują, gdyż nie występuje podstawowy objaw zakażenia, jakim jest podwyższona ciepłota ciała. Dodatkowym utrudnieniem może być fakt, że wyizolowanie grzybów z materiału pobranego do badań, np. *Candida*, nie ma wartości w pełni diagnostycznej i może być wynikiem kolonizacji komensalowej lub jak w przypadku *Aspergillus* – zanieczyszczeniem z zewnątrz. Jedynie wyizolowanie *Cryptococcus neoformans* z materiału biologicznego jest w pełni znamienne dla układowego zakażenia.

Grzybicę układową możemy brać pod uwagę wówczas, gdy występują (wg Piątkowskiej-Jakubas i Skotnickiego) [1]:

- niecharakterystyczne objawy kliniczne przemawiające za procesem zakaźnym, przebiegające z gorączką, lub bez niej, których nie można potwierdzić badaniami bakteriologicznymi i wirusologicznymi (konieczne wykluczenie gruźlicy);
- septyczne gorączki oporne na antybiotyki lub gorączka związana z wyosobnionym mikroorganizmem niebędącym patogenem, np. *Staphylococcus epidermidis*;
- zapalenie płuc z objawami klinicznymi i radiologicznymi nietypowymi dla etiologii zakażenia bakteryjnego lub mykoplazmatycznego;
- zmiany radiologiczne w płucach sugerujące zakażenie gruźlicze, bez potwierdzenia obecności prątków kwasoopornych w wielokrotnych badaniach bakteriologicznych;
- uporczywe infekcje układu moczowego niepoddające się antybiotykoterapii;
- zapalenie opon mózgowych o nietypowym przebiegu, zwłaszcza w połączeniu ze zmianami w płucach;
- objawy *erythema nodosum*, a następnie nacieku w płucach przy negatywnej próbie tuberkulinowej i braku prątków w płwocinie;
- powiększenie wątroby i/lub śledziony z obniżoną echogennością w badaniu ultrasonograficznym oraz z obecnością okrągłych powiększających się ognisk (wskazanie do biopsji); obecność ziarniników, mikroropni oraz ognisk martwiczych w materiale biopsyjnym;
- ryzyko rozwoju systemowej grzybicy w przypadkach dużej ilości drożdżaków w jamie ustnej, gardle i krtani.

Aspergilozy (grzybice kropidlakowe) są jedną z najczęstszych przyczyn zakażeń inwazyjnych u chorych z neutropenią. Mimo leczenia przeciwgrzybiczego śmiertelność wynosi nawet do 90%. Zakażenia wywołane przez *Aspergillus* i *Cryptococcus neoformans* lokalizują się przede wszystkim w układzie oddechowym: w płucach, zatokach i tchawicy. Mogą również doprowadzić do zajęcia wielu narządów wewnętrznych. Najczęstszym objawem jest zapalenie płuc z objawami radiologicznymi aspergilozy. Takie przypadki opisywane są u pacjentów z neutropenią przeważnie w przebiegu nowotworu, przeszczepu szpiku [14], jak również po przeszczepach serca [15]. Opisywano wystąpienie aspergilozy w przebiegu niedokrwistości aplastycznej z wtórnym zapaleniem szpiku i żeber, a także grzybicze zapalenie żuchwy [16], wsierdza [17] i zatok [18]. Uważa się, że inwazyjna aspergiloza ośrodkowego układu nerwowego występuje rzadko, ale śmiertelność u chorych z upośledzonym układem odpornościowym jest bardzo wysoka [8].

Kryptokoki są najczęściej przyczyną zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Obserwowano je m.in. u pacjentów z chorobą AIDS [19], jak również u osób z chorobą Hodgkina [20].

Zmiany grzybicze z rodzaju *Candida* (*Candida albicans*, *glabrata*, *rugosa*, *parapsilosis*) umiejscawiają się najczęściej w błonie śluzowej jamy ustnej i gardle. Usadawiając się w przełyku, utrudniają połykanie i wywołują bóle zamostkowe. Mogą szerzyć się nie tylko wzdłuż całego przewodu pokarmowego, ale również w narządzie rodonym i drogach moczowych. Spośród wielu patogenów kandydiaza przewodu pokarmowego najczęściej przebiega z rozsiewem zakażenia i zajęciem narządów wewnętrznych. W warunkach zdrowia nieuszkodzony nabłonek tworzy naturalną barierę zabezpieczającą przed inwazją drobnoustrojów i rozwojem zakażenia. Jednak u chorych z obniżoną odpornością najczęstszym źródłem infekcji grzybiczej są uszkodzenie śluzówki przewodu pokarmowego, uszkodzenie powierzchni skóry, stosowanie cewników wprowadzanych do naczyń żylnych, cewnikowanie dróg moczowych, a także długotrwałe stosowanie antybiotyków. U osób z neutropenią wzrasta częstość występowania drożdżakowego zapalenia wątroby [21], opisywane są przypadki kandydiazy oka [22], mózgu, [23], kości, stawów [24], otrzewnej [25], skóry [26], jak również przypadek zapalenia wsierdza z zajęciem protezy aortalnej [15].

Grzyby z rodzaju *Mucor* często atakują nos i zatoki oboczne nosa, powodując głębsze zakażenia. Opisano nosomózgową postać mukormikozy w przebiegu cukrzycy [27], białaczki [28], jak również pierwotną mukormikozę skórną u biorcy po przeszczepie serca, która spowodowała konieczność amputacji kończyny [29].

Wiele rodzajów grzybów, np. *Fusarium*, *Acremonium*, *Mucor*, *Rhizopus*, *Absidia*, *Trichosporon*, *Scedosporium*, wcześniej uważanych za mało patogenne, może wywołać zakażenia u osób ciężko chorych z upośledzoną funkcją układu odpornościowego. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów hospitalizowanych na oddziałach onkologii. Mimo względnie wczesnego rozpoznania trudności w leczeniu ww. zakażeń doprowadzają do śmiertelności w około 60% przypadków [30, 31]. Dołączające się w przebiegu leczenia chorób nowotworowych zakażenia grzybicze nie tylko pogarszają stan ogólny chorych, ale powodując przerwy w chemioterapii i wydłużając czas jej trwania, zmniejszają skuteczność leczenia.

Grupa pacjentów o najwyższym ryzyku zakażenia grzybiczego to osoby po przeszczepie szpiku kostnego, szczególnie allogenicznym, u których ciężka postać granulocytopenii może trwać przez wiele tygodni. Autopsyjnie częstość rozsianego zakażenia wynosi 31,5%. Rozwija się ono przeważnie w ciągu pierwszego miesiąca po przeszczepie i może mieć piorunujący przebieg. Najczęściej patogenami są gatunki *Candida* i *Aspergillus* [32, 33]. Większość pacjentów cierpi z powodu kandydiazy błony śluzowej jamy ustnej i gardła lub zapalenia płuc. Na uwagę zasługuje jednak fakt rzadszego występowania zakażeń *Candidia*, a wzrost częstości zakażeń wywołanych przez *Aspergillus*.

Przeszczepy narządów mięszkowych predysponują do wysokiego ryzyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych [12, 34]. Wprawdzie u chorych leczonych immunosupresyjnie występują one rzadziej niż zakażenia bakteryjne i wirusowe, jednak stanowią istotny problem terapeutyczny. Najczęstszą przyczyną jest zakażenie grzybami z rodzaju *Candida* oraz *Aspergillus*, które powodują niemal 80% infekcji, oraz *Cryptococcus neoformans*, wywołującym grzybicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. *Aspergillus fumigatus* wywołuje zmiany w układzie oddechowym – grzybniki, kropidlakowe zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnej lub rozsiane zakażenie z zajęciem mózgu, nerek i skóry. Ponad 80% zakażeń występuje w ciągu pierwszych 2 miesięcy po przeszczepieniu. W przypadku grzybic narządowych śmiertelność wynosi 30–70% [35]. W przypadkach przeszczepów narządów mięszkowych zakażenia grzybicze najczęściej, bo aż w 50%, występują u biorców wątroby. Problem stanowią częste interakcje leków przeciwgrzybiczych z lekami immunosupresyjnymi (szczególnie z cyklosporyną A), nasilające ich toksyczność i istotnie wpływające na ich metabolizm [36].

U pacjentów po przeszczepieniu nerki zakażenia grzybicze występują w 5–10%. Zmiany pojawiają się we wczesnym okresie pooperacyjnym (do 6 miesięcy) oraz w okresie nasilonego lecze-

nia immunosupresyjnego spowodowanego odrzucaniem przeszczepu. Najczęściej występują na śluzówkach w obrębie jamy ustnej i przełyku oraz w układzie moczowym. Wywołane są przede wszystkim przez grzyby z rodzaju *Candida*. Znacznie trudniej przebiegają zakażenia wywołane przez *Aspergillus fumigatus* zlokalizowane w obrębie płuc lub posocznicy u chorych z cewnikami założonymi do dużych naczyń. *Aspergillus fumigatus*, *Cryptococcus neoformans* i *Listeria monocytogenes* są przyczyną 75% wszystkich zakażeń ośrodkowego układu nerwowego u biorców przeszczepionej nerki [12].

U chorych po przeszczepieniu wątroby do istotnych czynników ryzyka rozwoju grzybicy należy dodatkowo: powtórna intubacja oraz operacja, ciężki stan chorego z aktualnym zakażeniem w chwili przeszczepiania, masywne przetaczanie krwi w trakcie zabiegu, powikłania naczyniowe oraz chirurgiczne, długotrwałe stosowanie antybiotyków i steroidów przed operacją lub po niej, wiek poniżej 20 lat. Zakażenia grzybicze występują u 5–50% biorców wątroby i stanowią przyczynę 20–30% wszystkich powikłań infekcyjnych. Najczęściej są to oprócz wspomnianych zmian na śluzówkach oraz płucach ropnie zlokalizowane w jamie brzusznej i grzybicze rozlane zapalenie otrzewnej wywołane przez *Candida albicans*. Większość infekcji rozwija się w ciągu dwóch pierwszych miesięcy po przeszczepieniu i cechuje się wysoką śmiertelnością – około 50–70%. Najgorzej rokoją zakażenia narządowe spowodowane przez *Aspergillus fumigatus*, w których śmiertelność wśród biorców wątroby wynosi ponad 90% [12, 34, 35].

U chorych po przeszczepieniu trzustki szczególnym czynnikiem ryzyka rozwoju grzybicy jest otwarcie przewodu pokarmowego oraz utrzymanie drenażu jamy brzusznej. U pacjentów z trzustką przeszczepioną do pęcherza moczowego obserwuje się częste zakażenia grzybicze układu moczowego spowodowane alkalizacją moczu przez sok trzustkowy, co sprzyja rozwojowi *Candida albicans*. Typowym powikłaniem po przeszczepieniu trzustki są ropnie jamy brzusznej lub grzybicze zapalenie otrzewnej. Dodatkowym czynnikiem ryzyka rozwoju infekcji jest obniżenie odporności w przebiegu cukrzycy oraz towarzyszące temu schorzeniu zaburzenia metaboliczne [37].

Po przeszczepieniu serca zakażenia grzybicze występują u około 20% biorców. Najczęściej jest to aspergiloza płuc, początkowo zlokalizowana, a następnie rozsiana, często rozwijająca się już w ciągu pierwszych 3 tygodni po przeszczepieniu. Zakażenie *Candida albicans* jest rzadsze, ale często od początku rozsiane, występuje zwykle później, po 6 tygodniach od operacji [12, 15]. Częściej niż w przypadku przeszczepienia same-

go serca zakażenia grzybicze występują po równoczesnym przeszczepieniu serca i płuc. Mogą mieć mieszaną etiologię i bywają przyczyną nagłego zgonu w następstwie przerwania naczynia krwionośnego. Innym powikłaniem typowym dla chorych po przeszczepieniu serca i płuc są ropnie śródpiersia, także o bardzo złym rokowaniu. Źródłem infekcji może być przeszczepiony narząd lub zarodniki grzyba dostające się z powietrza, szczególnie podczas długotrwałej intubacji. Wydłużenie czasu upływającego od chwili zgonu dawcy do chwili pobrania narządu powoduje kolonizację przewodu pokarmowego dawcy przez grzyby i zwiększa zagrożenie rozwojem infekcji *Candida*, szczególnie u biorców trzustki i wątroby.

Zwraca uwagę współistnienie grzybicy z zakażeniami bakteryjnymi (zwłaszcza gruźliczymi) i infekcją cytomegalowirusem oraz długotrwałą terapią antybiotykami. Szczególnie narażeni na rozwój grzybicy są chorzy reoperowani, z zakażonym przeszczepem, u których może dojść do krwawienia z zespołów naczyniowych w przebiegu zakażenia grzybiczego.

Na szczególną uwagę zasługuje wzrost zakażeń grzybiczych u bardzo małych dzieci. Jest on związany głównie z immunosupresją, ale dodatkowe czynniki ryzyka obejmują cukrzycę, niedożywienie, liczne zabiegi chirurgiczne oraz intensywną opiekę medyczną [38]. Noworodki należą do grupy szczególnie narażonej, a leczenie przeciwgrzybicze u niemowląt z niedojrzałym mięższem nerkowym może być problematyczne.

Leczenie udokumentowanych, często uogólnionych zakażeń grzybiczych u chorych, w szczególności z granulocytopenią, jest zazwyczaj nieskuteczne. Uzasadnione jest jednak wprowadzenie terapii przeciwgrzybiczej u każdego chorego z neutropenią, u którego gorączka utrzymuje się dłużej niż 4 dni, mimo stosowania antybiotyków o szerokim zakresie działania. Leczenie przeciwgrzybicze należy rozpocząć nawet wtedy, gdy brakuje potwierdzenia zakażenia grzybiczego w badaniach laboratoryjnych. Uważa się również, że ze względu na wzrastającą liczbę czynników ryzyka w różnych grupach pacjentów

należy rozszerzać profilaktyczne stosowanie terapii.

W wielu zakażeniach leczeniem z wyboru jest dożylnie podawanie amfoterycyny B. Wprowadzona ponad 40 lat temu, była pierwszym dostępnym lekiem o znaczącym działaniu przeciwgrzybiczym. Niestety, nie wszyscy pacjenci odpowiadają na leczenie; należą do nich przede wszystkim chorzy z utrzymującą się neutropenią. Dość często występuje również toksyczność polekowa. Najczęściej jest to nefrotoksyczność pod postacią uszkodzenia kanalików nerkowych oraz spadek przesączania kłębuszkowego. Obserwuje się również podwyższoną ciepłotę ciała i spadek ciśnienia tętniczego krwi. U pacjentów otrzymujących terapię wielolekową częstość występowania niepożądanych reakcji wzrasta. Z powodu ww. działań niepożądanych można stosować liposomalną amfoterycynę (AmBisome). Posiada ona tę zaletę, że toksyczność preparatu została znacznie obniżona, natomiast aktywność i szerokie spektrum działania amfoterycyny B zostało zachowane. Podawanie tego preparatu powinno być rozważane u każdego chorego z upośledzonym układem odpornościowym, u którego zachodzi poważne podejrzenie ciężkiego zakażenia grzybiczego i gdy konwencjonalna amfoterycyna jest przeciwwskazana lub nieskuteczna.

W styczniu 2001 r. do leczenia wprowadzono kapsofungin, lek przeciwgrzybiczy nowej klasy stosowany w leczeniu grzybic układowych wywołanych przez *Aspergillus* lub *Candida*, hamujący syntezę ściany komórkowej grzybów. Jest on inhibitorem syntezy β -(1,3)-D-glukanu, który jest ważnym składnikiem ściany komórkowej grzyba. Elementem, na który działa kapsofungin jest gen *fks 1*. Białko wytwarzane przez ten gen stanowi część kompleksu białkowego błony komórkowej odpowiedzialnego za syntezę glukanu. Jego utrata ze ściany komórki powoduje niestabilność osmotyczną błony komórkowej. Swoiste działanie kapsofunginu wynika z faktu, że komórki sasków nie produkują β -(1,3)-D-glukanu, więc lek kieruje swe oddziaływanie tylko na komórki grzybów [39].

Piśmiennictwo

1. Piątkowska-Jakubas B, Skotnicki AB. Zakażenia grzybicze u chorych z granulocytopenią – problemy diagnozy i terapii. *Medycyna po Dyplomie* 1995; wydanie specjalne: 7–12.
2. Perez-Sanchez I, Anguita J, Martin-Rabadan P i wsp. Blastoschizomyces capitatus infection in acute leukemia patients. *Leuk Lymph* 2000; 39: 209–212.
3. Walsh M, White L, Atkinson K i wsp. Fungal *Pseudoallescheria boydii* lung infiltrates unresponsive to amphotericin B in leukaemic patients. *Aust N Z J Med* 1992; 22: 265–268.
4. Viudes A, Peman J, Canton E i wsp. Candidemia at a tertiary-care hospital: epidemiology, treatment, clinical outcome and risk factors for death. *Eur J Clin. Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 767–774.
5. Nowicka J. Zakażenia grzybicze w immunosupresji – klinika, diagnostyka i strategia leczenia. *Pol Arch Med Wewn* 2002; 107, 5: 443–451.

6. Winston DJ, Hathorn JW, Schuster MG i wsp. A multicenter, randomized trial of fluconazole versus amphotericin B for empiric antifungal therapy of febrile neutropenic patients with cancer. *Am J Med* 2000; 108: 343–345.
7. Schaffner A, Davis CE, Schaffner T i wsp. *In vitro* susceptibility of fungi to killing by neutrophil granulocytes discriminates between primary pathogenicity and opportunism. *J Clin Invest* 1986; 78: 511–524.
8. Kleinschmidt-DeMasters BK. Central nervous system aspergillosis: a 20-year retrospective series. *Hum Pathol* 2002; 33: 116–124.
9. Fromtling RA, Shadomy HJ. An overview of macrophage fungal interactions. *Mycopathologia* 1986; 93: 77–93.
10. Krcmery V, Krupova L, Denning DW. Invasive yeast infections other than *Candida* spp. in acute leukaemia. *J Hosp Infect* 1999; 41: 181–194.
11. Mattiuzzi GN, Estey E, Raad L i wsp. Liposomal amphotericin B versus the combination of fluconazole and itraconazole as prophylaxis for invasive fungal infections during induction. *Cancer* 2003, 15, 97: 450–456.
12. Rell K, Kozłowska-Boszkó B, Lao M. Zakażenia grzybicze u chorych po przeszczepieniu narządów i ich leczenie. *Medycyna po Dyplomie* 1995; wydanie specjalne: 17–20.
13. Derulska D, Rokicka-Milewska R. Zakażenia grzybicze w przebiegu chorób rozrostowych układu krwiotwórczego u dzieci. *Medycyna po Dyplomie* 1995; wydanie specjalne: 13–16.
14. Patterson TF, Kirkpatrick WR, White M i wsp. Invasive aspergillosis. Disease spectrum, treatment practices, and outcomes. 13 Aspergillus Study Group. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79: 250–260.
15. Berenguer J, Munoz P, Parras F i wsp. Treatment of deep mycoses with liposomal amphotericin. *B Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1994; 13: 504–507.
16. Hovi L, Saarinen U, Donner U i wsp. Opportunistic osteomyelitis in the jaws of children on immunosuppressive chemotherapy. *J Ped Hematol Oncol* 1996; 18: 90–94.
17. Kennedy HF, Simpson EM, Wilson N i wsp. *Aspergillus flavus* endocarditis in a child with neuroblastoma. *J Infect* 1998; 36: 126–127.
18. Streppel M, Stennert E, Lackner KJ i wsp. Drug treatment of invasive aspergillosis of the paranasal sinuses. *Laryngorhinootologie* 1997; 76: 19–22.
19. Manfredi R, Calza L, Chiodo F. Dual *Candida albicans* and *Cryptococcus neoformans* fungaemia in an AIDS presenter: a unique disease association in the highly active antiretroviral therapy (HAART) era. *J Med Microbiol* 2002; 51: 1135–1137.
20. Korfel A, Menssen HD, Schwartz S i wsp. Cryptococcosis in Hodgkin's disease: description of two cases and review of the literature. *Ann Hematol* 1998; 76: 283–286.
21. Hudson J, Scott GL, Warnock DW. Treatment of hepatic candidosis with liposomal amphotericin B in patient with acute leukaemia. *Lancet* 1991; 338: 1534–1535.
22. Neppert B, Guthoff R, Heidemann HT. Endogenous *Candida endophthalmitis* in a drug addict: intravenous therapy with liposomal amphotericin B. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1992; 201:122–124.
23. Tweddle DA, Graham JC, Shankland GS i wsp. Cerebral candidiasis in a child 1 year after leukaemia. *Brit J Haematol* 1998; 103: 795–797.
24. Evdoridou J, Roilides E, Bibashi E i wsp. *Multifocal osteoarthritis* due to *Candida albicans* in a neonate: serum level monitoring of liposomal amphotericin B and literature review. *Infection* 1997; 25: 112–116.
25. Ng SY, Morgan M. *Candida peritonitis* treated with liposomal amphotericin B. *Postgrad Med J* 1996; 72: 636–637.
26. Stockler S, Lackner H, Ginter G i wsp. Liposomal amphotericin B (AmBisome) for treatment of cutaneous widespread candidosis in an infant with methylmalonic acidemia. *Eur J Pediatr* 1993; 152: 981–983.
27. Fisher EW, Toma A, Fisher PH i wsp. Rhinocerebral mucormycosis: use of liposomal amphotericin B. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 575–577.
28. Raj P, Vella EJ, Bickerton RC. Successful treatment of rhinocerebral mucormycosis by a combination of aggressive surgical debridement and the use of systemic liposomal amphotericin B and local therapy with nebulized amphotericin – a case report. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 367–370.
29. Penalver FJ, Romero R, Fores R i wsp. Rhinocerebral mucormycosis following donor leukocyte infusion: successful treatment with liposomal amphotericin B and surgical debridement. *Bone Marrow Transplant* 1998; 22: 817–818.
30. Krcmery V, Kunova E, Jesenska Z i wsp. Invasive mold infections in cancer patients: 5 years experience with *Aspergillus*, *Mucor*, *Fusarium* and *Acremonium* infections. *Support Care Cancer* 1996; 4: 39–45.
31. Segal BH, Bow EJ, Menichetti F. Fungal infections in nontransplant patients with hematologic malignancies. *Infect Dis Clin North Am* 2002; 16: 935–964.
32. Wakayama M, Shibuya K, Ando T i wsp. Deep-seated mycosis as a complication in bone marrow transplantation patients. *Mycoses* 2002; 45: 146–151.
33. Ferns RB, Fletcher H, Bradley S i wsp. The prospective evaluation of a nested polymerase chain reaction assay for the early detection of *Aspergillus* infection in patients with leukaemia or undergoing allograft treatment. *Br J Haematol* 2002; 119: 720–725.
34. Singh N, Arrow PM, Bonham A i wsp. Invasive aspergillosis in liver transplant recipients in the 1990s. *Transplantation* 1997; 64: 716–720.
35. Braun F, Ruchel R, Lorf T. Is liposomal amphotericin B (AmBisome) an effective prophylaxis of mycotic infections after liver transplantation? *Transpl Proc* 1998; 30: 1481–1483.
36. Ringden O, Andstrom E, Remberger M i wsp. Safety of liposomal amphotericin B (AmBisome) in 187 transplant recipients treated with cyclosporin. *Bone Marrow Transplant* 1994; 14(Suppl. 5): 10–14.

37. Gruessner RW, Sutherland DE, Troppmann C i wsp. The surgical risk of pancreas transplantation in the cyclosporine era: an overview. *J Am Coll Surg* 1997; 185: 128–144.
38. Ringden O, Tollemar J, Dahllof G i wsp. High cure rate of invasive fungal infections in immunocompromised children using AmBisome. *Transplant Proc* 1994; 25: 175–177.
39. Pacetti SA, Gelone SP. Caspofungin acetate for treatment of invasive fungal infections. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 90–98.

Adres Autorki:

Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi
i Transplantacji Szpiku AM
Wybrzeże Pasteura 4
53-367 Wrocław

Interakcje leków cytostatycznych

Cytostatic drugs interactions

ROBERT WIRASZKA

Z Prywatnego Specjalistycznego Gabinetu Lekarskiego w Radomiu

Streszczenie Problem interakcji cytostatyków z pozostałymi lekami jest w polskiej literaturze tematu problemem niedocenianym, któremu poświęca się nieliczne, i najczęściej mające wzmiankowy charakter, prace. Z punktu widzenia lekarza rodzinnego temat ten jest jednak istotny, gdyż to właśnie lekarze rodzinni są tymi, którym czasem przychodzi leczyć powikłania leczenia onkologicznego i/lub inne choroby u tych pacjentów. Dlatego też uzasadnione wydaje się przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na ten temat.

Słowa kluczowe: cytostatyki, interakcje.

Summary Considering the scantiness of sources the problem of cytostatic drugs interactions is still rare in Polish medical literature. But it is an important topic from GP's point of view, because GP is a doctor to whom patients suffering from cancer have many questions what it means to have cancer. GP is also a doctor who underwent a treatment of these patients not only because of cancer. So, it seems to be motivated to present contemporary *state of art*.

Key words: cytostatic drugs, interactions.

Większość schematów chemioterapii opiera się na kojarzeniu leków o różnych mechanizmach działania. Także charakter tego leczenia powoduje występowanie licznych objawów ubocznych chemioterapii, co dodatkowo powoduje konieczność włączania kolejnych leków. Polipragmazja wynikająca z konieczności leczenia stwarza ryzyko wstąpienia interakcji pomiędzy stosowanymi lekami. Ryzyko to jest tym większe, im więcej leków wprowadzamy do leczenia i im dłużej trwa samo leczenie. Interakcje leków przeciwnowotworowych z innymi lekami mogą nastąpić w fazie farmaceutycznej (na etapie sporządzania i podawania), w fazie farmakokinetycznej (podczas ich wchłaniania, wiązania z białkami, dystrybucji i eliminacji z ustroju) oraz w fazie farmakodynamicznej (podczas oddziaływania na receptor).

Interakcje w fazie farmaceutycznej polegają na niezgodności fizycznej lub chemicznej leków (np. metotreksat i 5-fluorouracyl podane w jednej strzykawce ulegają precypitacji), roztworów do przyrządzania leków (np. amsakryny nie wolno podawać z 0,9% NaCl) lub materiałów stosowanych do iniekcji (np. cis-platyna jest niestabilna z aluminium).

Interakcje farmakokinetyczne polegają na wpływaniu na biodostępność leków (np. morfina zwalniając perystaltykę przewodu pokarmowego wydłuża czas kontaktu cytostatyku z błoną śluzową przewodu pokarmowego; cis-platyna podana

z diuretykami pętlowymi może nasilać uszkodzenie nerek przy eliminacji leku).

W końcu interakcje farmakodynamiczne polegają na wpływie jednego podanego leku na drugi i ich razem na komórkę (np. metotreksat podany po 5-fluorouracylu jest mniej skuteczny, podobnie jak mniej skuteczna jest leukoworyna po 5-fluorouracylu).

W pracy niniejszej przyjęto podział leków cytostatycznych ze względu na ich budowę – na leki alkilujące, antymetabolity i leki pochodzenia naturalnego, omawiając kolejno najlepiej poznane i istotne klinicznie interakcje. W pracy nie omawiano interakcji pomiędzy samymi cytostatykami, lecz pomiędzy poszczególnymi cytostatykami a innymi grupami leków.

1. Leki alkilujące

Zaliczamy do nich: cyklofosfamid, ifosfamid, busulfan, chlorambucyl (Leukeran), melfalan (Alkeran), dakarbazynę, prokarbazynę i nitrogranulogen.

2. Antymetabolity

Zaliczamy do nich: metotreksat, merkaptopurynę, tioguaninę, 5-fluorouracyl, fludarabinę, kladribinę, hydroksymocznik.

3. Leki przeciwnowotworowe pochodzenia naturalnego

Do grupy tej zaliczamy: z grupy antybiotyków: antracykliny (Adriamycynę i Farmorubicynę), bleomycynę, mitomycynę; pochodne podofi-

lotoksyny – etopozyd (Vepezyd); pochodne barwinka (winkrystynę, winblastynę, navelbinę); taksoidy (Taxol, Taxotere); pochodne kampotecyny (irinotekan i topotekan); enzymy pochodzenia naturalnego (L-asparaginaza).

| Tabela 1. Interakcje leków alkilujących | | |
|---|--|---|
| Synergizm | Antagonizm | Uwagi |
| cyklofosfamid | | |
| | nikotyna, atropina, efedryna, chloramfenikol | jako potencjalne inhibitory enzymów mikrosomalnych wątroby hamują konwersję leku do postaci aktywnych [1] |
| | prednizon | w dawce pojedynczej hamuje biotransformację cytostatyku, podawany ciągle nasila jego metabolizm [1] |
| | allopurinol | wydłuża okres półtrwania cytostatyku – nasilenie działań ubocznych [1] |
| amfoterycyna B | | nasila działanie przeciwnowotworowe cytostatyku przez wpływ na błony komórkowe [1] |
| | penicylina krystaliczna i wibramycyna | nasilają toksyczność cytostatyku [1] |
| | metronidazol | pogarsza indeks terapeutyczny cytostatyku [1] |
| mesna | | redukuje ryzyko uszkodzenia pęcherza moczowego po leczeniu cyklofosfamidem [1] |
| prokarbazyna | | |
| | pokarmy bogate w tyraminę (banany, czerwone wino, żółty ser), alkohol | lek jest słabym inhibitorem MAO [1] |
| | leki nasenne, przeciwdepresyjne trójpierścieniowe, ogólnie znieczulające | nasilenie depresyjnego wpływu na o.u.n. [1] |
| pochodne nitrozomocznika | | |
| | fenobarbital podawany doustnie i długotrwale | nasilenie objawów ubocznych poprzez przyspieszenie metabolizmu karmustyny [1] |
| dekarbazyna (DTIC) | | |
| | allopurinol | wzmożenie efektu hipouremicznego [5] |
| | szczepionki z zabitych wirusów | szczepienie może nastąpić po 3–12 miesiącach od zakończenia chemioterapii [5] |
| | szczepionki z żywych wirusów | jak wyżej; chorzy z remisją białaczki nie mogą być szczepieni w ciągu minimum 3 miesięcy od zakończenia chemioterapii [5] |
| | methoxypsoralen | nasilenie działania fotouczulającego [6] |
| cis-platyna | | |
| | furosemid, gentamycyna, kwas etakrynowy, diazoksyd, hydralazyna, propranolol, cefalorydyna | zwiększenie ryzyka uszkodzenia słuchu i nerek [3] |
| karboplatyna | | |
| | preparaty chelatujące (np. EDTA), nefro- i ototoksyczność jak w cis-platynie | zmniejszenie skuteczności karboplatyny [4] |

Tabela 2. Interakcje antymetabolitów

| Synergizm | Antagonizm | Uwagi |
|------------------------------|---|---|
| metotreksat (MTX) | | |
| | amoksiklav | zwiększa toksyczność MTX podczas jednoczesowego podawania [9] |
| | prednizon, allopurinol, neomycyna | zmniejsza działanie przeciwnowotworowe [1] |
| | gentamycyna, fenytoina, salicylany | zwiększenie toksyczności [1] |
| | probenecid | zmniejszenie transportu kanalikowego MTX – nasilenie toksyczności [7, 8] |
| | preparaty witaminowe zawierające kwas foliowy i/lub alkohol | możliwe zmniejszenie działania przeciwnowotworowego [7, 8] |
| | leki moczopędne, sulfonamidy, leki przeciwcukrzycowe | możliwe zmniejszenie stężenia leku we krwi – zmniejszenie działania MTX; znaczenie kliniczne interakcji z sulfonamidami nie jest do końca ustalone [7, 8] |
| | aciclovir | możliwość nasilenia neurotoksyczności [8] |
| | szczepionki | okres karencji od zakończenia chemioterapii – minimum 3 miesiące (do roku) [8] |
| | kwas salicylowy | wzrost stężenia MTX w surowicy, lek należy odstać na 24–48 godzin przed chemioterapią i włączyć go minimalnie 12 godzin po chemioterapii [8] |
| | niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) | poważne objawy uboczne obserwowano po niskich i średnich dawkach MTX przy równoczesowym podawaniu diklofenaku, indometacyny czy naproksenu; zaleca się odstawienie NLPZ po 12–24 godzinach (dla np. ketoprofenu) do 10 dni (dla piroksikamu) przed podaniem MTX i włączenie NLPZ po minimum 12 godzinach od chemioterapii; jednoczesowe stosowanie wysokodawkowej chemioterapii MTX i ketoprofenu bywa obarczone poważnymi objawami ubocznymi [8] |
| | fenylbutazon | możliwość wystąpienia agranulocytozy, wzrost stężenia MTX w surowicy, zmniejszenie nerkowego wydalania MTX. Leczenie fenylbutazonem należy przerwać na 7–12 dni przed MTX i wrócić do niego po minimum 12 godzinach od chemioterapii [8] |
| 5-fluorouracyl (5-Fu) | | |
| | allopurinol, mizonidazol | wydłużenie okresu półtrwania 5-Fu – nasilenie działań toksycznych [1] |
| amfoterycyna B | | nasila działanie 5-Fu [1] |
| | fenytoina | zmniejszenie działania fenytoiny [1] |
| | sorivudina | lek przeciwwirusowy, opisano przypadki letalnych interakcji [2] |
| | cymetydyna | nasilenie toksyczności 5-Fu, działanie nie występuje po pojedynczej dawce cymetydyny; znaczenie kliniczne niewielkie [10] |
| | hydrochlorotiazyd | mielosupresja (granulocytopenia); znaczenie kliniczne średnie [10] |
| | szczepionki z żywych drobnoustrojów | okres karencji od zakończenia chemioterapii – minimum 3 miesiące; znaczenie kliniczne duże [10] |

| Tabela 2. C.d. | | |
|------------------------------|----------------|---|
| Synergizm | Antagonizm | Uwagi |
| 5-fluorouracyl (5-Fu) | | |
| | metronidazol | granulocytopenia, stomatitis, anemia, nasilenie wymiotów; znaczenie kliniczne duże [10] |
| | warfaryna | nasilenie ryzyka krwawień; znaczenie kliniczne średnie [10] |
| merkaptopuryna (6-MP) | | |
| | allopurinol | podczas łącznego stosowania należy zredukować dawkę 6-MP o 25% [1] |
| | antykoagulanty | nasilenie ryzyka krwawień [1] |

| Tabela 3. Interakcje leków przeciwnowotworowych pochodzenia naturalnego | | |
|---|------------------------------|---|
| Synergizm | Antagonizm | Uwagi |
| antracykliny | | |
| werapamil | | zwiększa cytotoksyczność ADM, zmniejszając niekorzystny wpływ na mięsień serca [1] |
| bleomycyna | | |
| amfoterycyna B | | nasilenie działania przeciwnowotworowego [1] |
| | klindamycyna, chloramfenikol | zmniejszenie działania przeciwbakteryjnego przez bleomycynę [1] |
| werapamil, chlorpromazyna | | <i>in vitro</i> – zwiększenie cytotoksyczności [1] |
| pochodne barwinka | | |
| | izoniazyd | może nastąpić wzrost neurotoksyczności [1] |
| taksoidy | | |
| | leki przeciwdrgawkowe | wzrost stężenia paklitakselu (nawet o 50%); znaczenie kliniczne istotne [11] |
| | progesteron | wysokie dawki progesteronu zwiększają stężenie paklitakselu; znaczenie kliniczne pozostaje nieustalone [11] |

Piśmiennictwo

1. Drzewoski J, Robak T. *Farmakologia kliniczna leków przeciwnowotworowych*. Wyd. Nauka, 1991.
2. Okuda H, Ogura K, Kato A i wsp. A possible mechanism of eighteen patient deaths caused by interactions of Sorivudine, a new antiviral drug, with oral 5-Fluorouracil prodrugs. *J Pharm Experim Therap* 1998; 287: 791–799.
3. *Platidiam. Charakterystyka środka farmaceutycznego*. Warszawa 2002.
4. *Cycloplatin. Charakterystyka środka farmaceutycznego*. Warszawa 2002.
5. *Drug Information for the Health Care Professional*, USP, 16th ed., 1996: 1141–1142.
6. ABPI. *Compendium of Data Sheets and Summaries of Product Characteristics*. Londyn 1999–2000: 823–824.
7. ABPI, *Compendium...* (op. cit.). Londyn 1999–2000: 412–414.
8. *Drug Information...* (op. cit.), 1996: 2015–2016.
9. *Amoksiklav. Informacja o leku dla pacjenta* (sierpień 2001).
10. *Drugdex Drug Evaluations. Fluorouracil*. Ed. by Micromedex Healthcare Series. 2000; 106, 12.
11. Baker AF, Dorr RT. Drug interactions with the taxanes: clinical implications. *Cancer Treat Rev* 2001; 27: 221–233.

Adres Autora:
ul. Kusocińskiego 29a
26-600 Radom

Pacjenci z zaburzeniami głosu w praktyce lekarza rodzinnego

Patients with voice disorders in the practice of general practitioner

MONIKA MORAWSKA-KOCHMAN, MARIA ZALESSKA-KRĘCICKA, TOMASZ KRĘCICKI, WOJCIECH GAWRON

Z Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Lucyna Pośpiech

Streszczenie Zaburzenia głosu bywają pierwszym objawem wielu chorób organicznych krtani, jednakże również często towarzyszą chorobom endokrynologicznym, neurologicznym, a także stanom napięcia psychicznego. Na funkcjonowanie narządu głosu mogą również ujemnie wpływać wady słuchu. Zaburzenia głosu u dzieci i u osób dorosłych mają różne przyczyny. Nieprawidłowa fonacja jest wynikiem zmian organicznych lub czynnościowych w narządzie głosu. Celem tej pracy jest zebranie podstawowych wiadomości na temat chorób krtani z uwzględnieniem leczenia i profilaktyki.

Słowa kluczowe: dysfonia, głos, zaburzenia głosu, leczenie.

Summary Voice disorders can be the first manifestation of numerous organic larynx diseases. They often coexist with endocrinological or neurological dysfunctions, and during psychological stresses. Hearing loss can also impair voice development in small children or communication ability in adults. Improper phonation is a result of organic or functional disorders in the larynx. The purpose of this study was to systematize listed problems, including therapy and prophylaxis.

Key words: dysphonia, voice, voice diseases, treatment.

W rozwoju filogenetycznym człowieka czynności fonacji i artykulacji wykształciły się najpóźniej i stale podlegają doskonaleniu. Głos stanowi dla wielu osób narzędzie pracy i jest najważniejszym medium warunkującym nie tylko jakość porozumiewania się z otoczeniem, ale również obraz postrzegania samego siebie.

Zaburzenia głosu mogą powstawać z powodu nieprawidłowej fonacji, będącej wynikiem zmian organicznych lub czynnościowych w narządzie głosu [1]. Mogą też towarzyszyć wielu chorobom ogólnoustrojowym. Ponadto na nieprawidłowe funkcjonowanie narządu głosu wpływać mogą zaburzenia słuchu.

Najczęściej występują inne przyczyny zaburzeń głosu u dzieci, a inne u osób dorosłych. Dla okresu noworodkowego charakterystyczne są zaburzenia wrodzone, związane z nieprawidłowościami w budowie krtani. U dzieci starszych, które nadmiernie eksploatują narząd głosu, najczęściej spotykana patologią są guzki głosowe. Natomiast osoby starsze, szczególnie palące duże ilości papierosów, możemy podejrzewać o zmiany typu przerostowego lub nowotworowego. Grupą schorzeń wspólną dla każdego wieku pozostają stany zapalne krtani o etiologii wirusowej i bakteryjnej [1, 2].

1. Zaburzenia wieku dziecięcego

Zaburzenia rozwojowe, związane z wadami lub zniekształceniami wrodzonymi krtani, są zwykle rozpoznawane u małych dzieci. Wady krtani mogą występować wspólnie z innymi wadami twarzoczaszki lub okolicy okołokraniowej.

Wady rozwojowe krtani:

1. Laryngomalacja.
2. Zwężenia podgłośniowe.
3. Płetwy.
4. Laryngocele.
5. Brak poszczególnych elementów krtani.
6. Rozszczep.
7. Torbiele.
8. Zupełne zarośnięcie.

Jeśli wada rozwojowa zagraża życiu dziecka, to zasadniczymi objawami są duszność, zaburzenia w oddychaniu, połykaniu i aspiracja pokarmów. Zaburzenia głosu w tych przypadkach schodzą na plan dalszy [1, 3].

Laryngomalacja

Najczęściej spotykanym przykładem wad rozwojowych krtani u dzieci jest laryngomalacja.

Wada ta spowodowana jest zaburzeniami w przemianie wapnia, powodującymi dużą wiotkość szkieletu krtani, głównie nagłośni. Objawem wzbudzającym ogromny niepokój otoczenia w pierwszych dniach życia dziecka jest stridor wdechowy połączony czasami z sinicą. W trakcie karmienia objawy zdecydowanie nasilają się, co jest wynikiem „wciągania” nagłośni, nalewek i wałów nalewkowo-nagłośniowych do światła krtani w trakcie wdechu. Leczenie ogranicza się do ścisłej obserwacji dziecka, wykonania gazometrii oraz pouczenia rodziców dotyczącego sposobu karmienia. Pokarm powinien być podawany łyżeczką z przerwą po 2–3 połknięciach. W przypadku odpowiedniego postępowania chrząstki powoli zaczynają ulegać uwapnieniu i objawy wycofują się w ciągu tygodni lub miesięcy. Rzadko dziecko jest w tak ciężkim stanie, że wymaga tracheotomii lub żywienia przez dren [2].

Płetwy krtaniowe i atrezje

Płetwy krtaniowe i atrezje występują sporadycznie, wywołując niedrożność dróg oddechowych różnego stopnia. Dziecko zazwyczaj rodzi się w stanie ciężkim, niezdolne do krzyku, z sinicą. Charakterystyczny jest nieefektywny wysiłek oddechowy. Przy silnej duszności wymagana jest pilna interwencja chirurgiczna [1].

Wady, których objawem są zaburzenia głosu, wykrywane są znacznie później, odzwierciedleniem czego może być m.in. rowek głośni. Spowodowany jest on zanikiem lub niedorozwojem mięśnia głosowego. Może to być wada wrodzona lub nabyta, będąca następstwem nadużywania głosu. Rowek głośni może występować u osób dorosłych lub u dzieci jedno- lub obustronnie. Szczególnie narażeni są pacjenci o nieprawidłowej technice emisji głosu, czego objawem jest chrypka, głos staje się bardzo męczliwy i zanika.

Leczenie obejmuje rehabilitację mającą na celu wypracowanie nowego modelu techniki emisji głosu oraz leczenie współistniejących stanów zapalnych [2].

Asymetrie krtaniowe

Asymetrie krtaniowe dotyczą wszystkich struktur anatomicznych krtani, ale najczęściej spotyka się asymetrie nalewek.

Zaburzenia głosu u osób z asymetrią krtani zależą od zdolności kompensacyjnych i obciążenia narządu głosu. Wydolność głosowa jest zwykle zmniejszona, głos łatwo się męczy i często pojawia się chrypka. Asymetrie krtaniowe mogą być przeciwwskazaniem do wykonywania zawodów wymagających dużego obciążenia narządu głosu, np.: zawód nauczyciela lub lektora.

Leczenie polega na rehabilitacji foniatrycznej

i ćwiczeniach oddechowych, rzadko natomiast są wskazania do stosowania leczenia fonochirurgicznego [2, 3].

2. Zaburzenia głosu nabyte

Do tej grupy zaliczymy zaburzenia pojawiające się w różnych etapach życia, o podłożu zmian organicznych lub czynnościowych narządu głosu.

Zaburzenia organiczne

Istniejące w tym przypadku zmiany w barwie głosu są często pierwszym objawem procesu chorobowego krtani. Jednocześnie stanowią jednostki chorobowe najczęściej spotykane w praktyce lekarza rodzinnego i otolaryngologa. Podzielimy je na zmiany pierwotne i wtórne:

I. Zmiany pierwotne:

1. Ostre zapalenia krtani.
2. Przewlekłe zapalenia krtani.
3. Zmiany przerostowe fałdów głosowych.
4. Brodawczaki krtani.
5. Obrzęki Reinkego.
6. Urazy krtani.

II. Zmiany wtórne:

1. Guzki głosowe.
2. Polipy.
3. Wylewy do strun głosowych.

III. Porażenia strun głosowych o różnej etiologii.

Ostre zapalenia krtani

Choroba współistnieje często z infekcjami górnych dróg oddechowych. Pacjent często skarży się na chrypkę lub czasem całkowity bezgłos, kaszel i ból w okolicy gardła lub krtani. W badaniu laryngoskopowym fałdy głosowe są zaczerwienione i obrzęknięte. Chorobie mogą towarzyszyć objawy wysychania lub nadmiernego zalegania wydzieliny. Leczenie obejmuje przede wszystkim odpoczynek głosowy, leki przeciwzapalne, antybiotykoterapię, leki wykrztuśne lub przeciwkaszlowe.

Kwestia inhalacji w ostrych zapaleniach krtani jest sprawą dyskusyjną.

Zwolennicy tej metody zalecają stosowanie inhalacji krótkich (do 5 min), średnicząsteczkowych, co 2–3 godziny, z dodatkiem mukolityków (Mistabron, Mucosolvan), antybiotyków, słabych wyciągów z rumianku (silne nasilają odczyny zapalne i wysuszają błonę śluzową) oraz kortykosteroidów. Przeciwnicy stosowania inhalacji uważają, że lek zbyt krótko styka się z błoną śluzową, a kaszel i odruchy wymiotne nasilają objawy zapalenia krtani.

U dzieci istnieje zawsze niebezpieczeństwo, że ostre zapalenie krtani wystąpi w postaci zapalenia okolicy podgłośniowej, co wiąże się z zabu-

rzeniem drożności dróg oddechowych. Szczególnie między 1 i 5 rokiem życia niepokój powinien budzić suchy szczekający kaszel, zły stan ogólny dziecka, bladeść wokół ust, sinica i wciąganie przestrzeni międzyżebrowych. Dziecko najczęściej wymaga leczenia szpitalnego, w przypadku którego stosuje się duże dawki kortykosteroidów, leki przeciwobrzękowe, przeciwbakteryjne i antybiotyki. Jeśli duszność wdechowa wciąż się utrzymuje należy wykonać intubację, konikotomię lub tracheotomię [1, 2].

Przewlekłe zapalenia krtani

Choroba towarzyszy przewlekłym zmianom zapalnym górnych i dolnych dróg oddechowych. Zasadnicze znaczenie w patogenezie przewlekłego zapalenia krtani ma też przewlekłe palenie tytoniu, picie alkoholu, choroby alergiczne, szkodliwe czynniki fizyczne i chemiczne, cukrzyca, niedokrwistość i awitaminozy, w takich wypadkach głos jest zachrypnięty z okresami poprawy.

W laryngoskopii rozróżniamy trzy postacie przewlekłych zapaleń krtani:

- postać nieżytowa (prosta),
- postać przerostowa – struny głosowe są grube, pokryte nabłonkiem rogowaciejącym ze zmianami o charakterze leukoplakii. W tych stanach konieczne jest pobranie wycinka ze strun głosowych i diagnostyka histopatologiczna,
- postać zanikowa – struny głosowe są cienkie, nierówne, pokryte zasychającą wydzieliną (postać ta często występuje w schorzeniach przemiany materii oraz u kobiet starszych).

Leczenie polega przede wszystkim na eliminacji czynników szkodliwych. Można też zastosować leczenie klimatyczne i rehabilitację foniatryczną. W przypadkach podejrzeń o stany przedrakowe konieczne jest mikrochirurgiczne pobranie wycinka i diagnostyka histopatologiczna [2].

Brodawczaki krtani

Choroba występuje w postaci dziecięcej i postaci dorosłej. U dzieci brodawczaki są wynikiem zakażenia wirusowego. W krtani, na różnej wysokości, pojawiają się miękkie zmiany o nierównym zarysie, przypominające swoim wyglądem maliny. W zależności od wielkości i stopnia zajęcia krtani powodują chrypkę lub w znaczny sposób upośledzają drożność dróg oddechowych.

Obecnie najlepsze efekty uzyskuje się stosując leczenie chirurgiczne połączone z podawaniem preparatów immunomodulujących.

Obrzęki Reinkego

Obrzęki Reinkego są jedną z częściej notowanych zmian, zwłaszcza u osób palących, i doty-

czą z reguły obu fałdów głosowych. Obrzęk pozakomórkowy powstaje w blaszce właściwej błony śluzowej, jednakże jego etiologia nie została do tej pory dokładnie wyjaśniona. Jako przyczynę przyjmuje się oprócz palenia papierosów, duży wysiłek głosowy, tło alergiczne i zapalne. Głównym objawem tego schorzenia jest chryпка, a w stanach zaawansowanych pojawiać się może także duszność. Struny głosowe są grube i obrzęknięte. Czasem takie obrzęki uwypuklają się znacznie poza linię pośrodkową, balotując podczas oddychania, i wówczas stosowane jest leczenie polegające na mikrochirurgicznym usunięciu zmian. Jeśli natomiast obrzęk dotyczy obu strun głosowych, zabieg musi być przeprowadzony w dwóch etapach. W przypadku zmian wykrytych wcześniej wystarczy nieraz zaprzestanie palenia papierosów, eliminacja czynników szkodliwych oraz prawidłowa higiena głosu [2].

Urazy zewnętrzne i wewnętrzne krtani

Urazy zewnętrzne krtani spotyka się dzisiaj coraz częściej. Wiąże się to z ilością wypadków, zwłaszcza komunikacyjnych. Najpoważniejszym powikłaniem po takim urazie jest oczywiście duszność krtaniowa, która wymaga szybkiej interwencji. Innym ważnym następstwem tego typu urazów są zwichnięcia chrząstek nalewkowatych, krwawienia, krwiaki, przerwanie nerwu zwrotnego oraz obrzęki struktur krtani. Na drugi plan schodzą wtedy zaburzenia głosu, które towarzyszą głównie złamaniom chrząstki tarczowatej, nalewkowatej, rzadziej zaś pierściennej.

Urazy wewnętrzne są najczęściej pochodzenia jatrogennego i powstają po intubacjach, bronchoskopiach i innych endoskopiach. Bezpośrednim efektem takiego urazu jest obrzęk krtani, przerwanie struny głosowej, porażenie nerwów krtaniowych, podwichnięcie chrząstki nalewkowatej. Końcowym efektem urazu są ziarniniaki pointubacyjne lub płetwy krtaniowe.

Głos pacjenta po urazie krtani jest często ochrypły i zależy od rozległości urazu oraz od zmian bliźnowatych, powstałych w procesie gojenia.

Zdarza się, iż konieczne jest postępowanie mikrochirurgiczne, poprzedzone dokładnym badaniem endoskopowym, videostroboskopowym, tomografią komputerową krtani oraz dalszą rehabilitacją foniatryczną [2].

Guzki głosowe

Występują zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci, ogólnie u nadużywających głosu. Z tego też powodu nazywane są guzkami śpiewaków, krzykaczy i nauczycieli. Na brzegach strun głosowych w 1/3 ich długości występują małe, symetryczne guzki. Pacjent zgłasza się z głosem

ochrypłym i ma trudności w utrzymaniu wysokości tonu. Leczenie zachowawcze polega na oszczędzaniu narządu głosu. W niektórych przypadkach istnieją wskazania do zastosowania leczenia chirurgicznego. Uważa się jednak, że leczenie chirurgiczne guzków głosowych powinno być stosowane wyłącznie u osób dorosłych [2].

Polipy strun głosowych

Na podłożu zmian zapalnych, alergicznych, a także przy dużym wysiłku głosowym, nadużywaniu alkoholu i paleniu papierosów powstają polipy strun głosowych. Ich wielkość i zaburzenia głosu, które są ich wynikiem, może być różna. Rozmiary wahają się od kilku do kilkunastu milimetrów. Głos może być okresowo zachrypnięty aż do całkowitego bezgłosu lub afonii. Stosuje się leczenie mikrochirurgiczne z weryfikacją histopatologiczną [1, 2].

Wylewy do strun głosowych

Po nadmiernym obciążeniu narządu głosu (np. krzykiem) powstają podśluzówkowe wylewy do strun głosowych. Występują one u osób z zaburzeniami w układzie naczyniowym lub u kobiet w okresie menstruacji. Charakterystycznym objawem jest nagłe pojawienie się chrypki podczas wysiłku głosowego. W leczeniu zaleca się oszczędzanie głosu oraz leki uszczelniające naczynia krwionośne. Chrypka zwykle cofa się całkowicie [1, 2].

3. Porażenia strun głosowych

Zaburzenia ruchomości strun głosowych mogą mieć różnorodny charakter. Uszkodzenie może dotyczyć części ośrodkowej układu nerwowego lub obwodowej (najczęściej dochodzi do uszkodzenia nerwów krtaniowych podczas zabiegu strumektomii lub operacji guzów szyi, dużych naczyń krwionośnych, serca lub przełyku oraz podczas wykonywania bronchoskopii i intubacji). Porażenie fałdu głosowego może być także pierwszym objawem tętniaka, wola zamostkowego lub raka tarczycy, oskrzela i przełyku, gruźlicy, chłoniaka lub ziarnicy złośliwej. Porażenia ośrodkowe są często wynikiem zmian naczyniowych, guzów i zapaleń mózgu, stwardnienia rozsianego lub jamistości rdzenia. U osób starszych nagłe porażenie strun, połączone z innymi objawami neurologicznymi, wskazuje na udar mózgu. Schorzenia spowodowane zmianami w rdzeniu przedłużonym zwykle łączą się z uszkodzeniami nerwu błędnego, językowo-gardłowego, podjęzykowego i powodują jednostronne lub obustronne porażenia strun głosowych. Przyjmuje się również, że część porażień jest wywołana infekcją wirusową [1, 2]. Bez względu na etiologię efektem jest porażenie

mięśni wewnętrznych krtani i unieruchomienie jednego lub obu fałdów głosowych. W porażeniach jednostronnych wentylacja jest najczęściej prawidłowa, natomiast w porażeniach obustronnych, często konieczne są zabiegi, mające na celu utrzymanie drożności dróg oddechowych. W trakcie fonacji mięśnie zwierające szparę krtani nie spełniają swojej funkcji, co prowadzi do poważnych zaburzeń głosu – dysfonii porażennej [3]. Diagnostykę zaczynać się powinno od wykonania laryngoskopii i videostroboskopii oraz poszerzenia o dodatkowe badania w zależności od obrazu chorobowego. W przypadku braku możliwości leczenia przyczynowego, w celu poprawy jakości głosu, stosuje się rehabilitację głosową i fizykoterapię. W porażeniach jednostronnych dobry efekt przynoszą zabiegi fonochirurgiczne. Jeśli porażenie strun głosowych jest obustronne, konieczna jest często tracheotomia. Przy braku poprawy przez 12 miesięcy, od początku choroby, rozważa się chirurgiczne poszerzenie głośni. Najlepsze efekty uzyskuje się, stosując chirurgię laserową [1].

4. Zaburzenia czynnościowe

Zaburzenia czynności ruchowej narządu głosu mogą występować z powodu nadmiernego napięcia, zwiotczenia lub braku koordynacji pracy mięśni krtani. Okres początkowy charakteryzuje się wzmożeniem napięcia mięśni, będącego wynikiem dążenia do wyrównania zaburzeń, a następnie wskutek przeciążenia dochodzi do zwiotczeń i uszkodzenia narządu głosu [1, 2].

Do tej grupy zaliczamy:

1. Dysfonie.
2. Fonastenie.
3. Afonie psychogenne.

Zaburzenia głosu dyskinetyczne

Dysfonie są wynikiem nieprawidłowego obciążenia fałdów głosowych lub wadliwej techniki emisji głosu. Występują u osób zawodowo posługujących się głosem, np. nauczycieli lub księży. Pacjent zbyt silnie napina (dysfonia nadczynnościowa) lub zbyt oszczędza fałdy głosowe (dysfonia niedoczynnościowa). Pacjent odczuwa ucisk lub drapanie w krtani, gardle i ma szorstki, ochrypły głos. W laryngoskopii pośredniej stwierdza się często zaczerwienienie brzegów strun głosowych. Leczenie obejmuje terapię głosową, ćwiczenia oddechowe, czasem także leki uspokajające [3].

Fonastenia

Inną jednostką zaburzeń czynnościowych krtani jest koordynacyjna niedomoga głosowa, przyczyną której jest zakłócona koordynacja pomiędzy

oddychaniem, fonacją, artykulacją i czynnością rezonatorów. Rozwijają się na tle predyspozycji neuropatycznej. Głównym objawem jest chrypka, uczucie załamania się i szybkiego męczenia głosu, zalegania wydzieliny, bóle i kłucia w krtani. Próby obciążeniowe wykonywane jako diagnostyka fonacji wykazują obniżenie natężenia głosu [1].

Afonia

Do zaburzeń czynnościowych zaliczamy również afonię psychogenną, czyli niemożność wydobywania głosu. Bezgłos występuje nagle i ma tak duże nasilenie, że chory nie mówi lub posługuje się jedynie szeptem. Bezgłos spastyczny może powstać jako skutek zawodowego przeciążenia głosu lub też być wynikiem urazów psychicznych [1]. Występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Fałdy głosowe podczas mówienia ustawiają się nieprawidłowo i są silnie zwarte (postać nadczynnościowa) lub następuje brak zwarcia strun głosowych przy stojącej pionowo nagłośni (postać niedoczynnościowa). Badanie endoskopowe krtani wykazuje brak cech zapalenia, w związku z czym ruchomość fałdów głosowych jest zachowana. Pacjent mówi głosem bezdźwięcznym, możliwy jest natomiast dźwięczny kaszel. Bezgłos spastyczny może okresowo powracać. Leczenie polega na terapii oddechowej i głosowej, czasem wspomaganą terapią psychologiczną. W długo trwających dysfoniach psychogennych konieczna jest konsultacja psychiatryczna [3].

5. Zaburzenia głosu w chorobach ogólnoustrojowych

Zaburzenia głosu o podłożu endokrynologicznym

Nadprodukcja lub niedobór hormonów mogą powodować zaburzenia organiczne lub funkcjonalne krtani, w związku z tym obserwujemy różne zaburzenia głosu związane z gospodarką hormonalną ustroju. Jednym z nich są zaburzenia głosu w mutacji. U chłopców w okresie dojrzewania intensywny wzrost krtani prowadzi do silnego napięcia fałdów głosowych i pogrubienia strun głosowych.

Zaburzenia w mutacji zależne są od wpływu hormonów płciowych, a także od czynników psychicznych, wynikających z reakcji pacjenta i jego otoczenia na zachodzące zmiany (przetwały głos fistułowy jako zaburzenie organiczne lub czynnościowe). Leczenie obejmuje rehabilitację foniatryczną i logopedyczną [3].

Zaburzenia głosu występują także w przypadku zaburzeń funkcji hormonalnej tarczycy, nadnerczy, przysadki i u pacjentek w okresie klimakterium oraz podczas przyjmowania androgenów lub anabolików. Na skutek zwiększenia masy

mięśniowej w stosunku do tkanki łącznej dochodzi do obniżenia głosu (maskulinizacja).

W nadczynności tarczycy pacjenci jako pierwszy objaw podają zmianę barwy głosu, jego męczliwość, a także wieczorne, nawracające chrypki. W badaniu videostroboskopowym opisuje się zmiany charakterystyczne dla dysfonii hipofunkcjonalnej i niedomykalności w części międzychrzęstnej.

Z kolei zapaleniom tarczycy może towarzyszyć chrypka i porażenie jednego fałdu głosowego [4].

Wrodzonej niedoczynności tarczycy towarzyszy głos niski, matowy i ochrypły, który prawdopodobnie jest związany ze zmianami obrzękowymi krtani. W nabytej niedoczynności tarczycy dominują w głosie zmiany atroficzne mięśni krtani i obrzęki błony śluzowej, co ostatecznie powoduje obniżenie głosu i charakterystyczną chrypkę [3]. Pacjenci zgłaszają obniżenie i osłabienie głosu, a także suchość błony śluzowej gardła i krtani [4].

W chorobie Addisona dominuje narastające zmęczenie głosowe od chrypki do afonii.

W zespole nadnerczowo-płciowym zmiany głosu częściej są zauważane u kobiet ze względu na wirylizację narządu głosu.

W akromegalii powiększają się wymiary krtani i języka, zakres głosu przesuwają się natomiast ku dołowi.

Również w ciąży mogą towarzyszyć zaburzenia głosu spowodowane przez hormonalnie uwarunkowane obrzęki i spadek napięcia strun głosowych. Stan ten prowadzi do występowania chrypki, która ustępuje po porodzie (należy zwrócić uwagę na objawy stanu przedrzucawkowego) [3].

Zaburzenia głosu o podłożu neurologicznym

W neurologii zaburzenia głosu występują między innymi w miastenii. Głos określany jest jako nosowy, cichnący i stopniowo zanika w czasie mówienia, a wraca po odpoczynku. Początek dolegliwości jest zazwyczaj powolny, choć w niektórych przypadkach choroba może się rozwinąć gwałtownie. Podstawowe objawy wynikają z szybkiego męczenia się mięśni unerwionych przez nerwy czaszkowe. U 5% pacjentów z miastenią stwierdza się nadczynność tarczycy. Pacjent wymaga leczenia neurologicznego, a przebieg i rokowanie jest różne [3, 5].

Zaburzenia głosu towarzyszące astmie oskrzelowej

Wielu pacjentów z astmą oskrzelową zgłasza różne dolegliwości ze strony krtani i gardła. Przyczyną problemów są stosowane w leczeniu leki wziewne, szczególnie inhalatory proszkowe, powodujące podrażnienie błony śluzowej fałdów głosowych i zaburzenia głosu. Doniesienia na te

mat wpływu sterydów wziewnych na stan błony śluzowej narządu głosu są sprzeczne. Można przypuszczać, że powodują one zaniki śluzówki i zaniki mięśnia głosowego jednakże poparcie tej tezy wymagałoby badań histopatologicznych [6, 7].

Refluks żołądkowo-przełykowy

Inną udowodnioną przyczyną zaburzeń głosu są dolegliwości związane z refluksiem żołądkowo-przełykowym. Do objawów laryngologicznych zaliczamy chrypkę, uczucie ciała obcego w gardle, spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła i przewlekły kaszel. W badaniu krtani dominuje obraz przewlekłego zapalenia krtani o typie *posterior laryngitis*, owrzodzenia kontaktowe, ziarniniaki i guzki głosowe. Leczenie przeciwrefluksowe w wielu przypadkach powoduje zmniejszenie objawów i dużą poprawę samopoczucia pacjentów [8].

6. Starzenie się głosu

Fizjologicznie uwarunkowanym procesom starzenia się podlega również narząd głosu. Wiele osób po 60 roku życia zgłasza zmianę barwy i skali głosu oraz nawracającą lub utrwaloną chrypkę. Zmiany te wynikają z obniżenia napięcia strun głosowych, zmian atroficznych błony śluzowej krtani i gardła, zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, układzie endokrynologicznym i oddechowym. Stan taki rzadko wymaga zastosowania leczenia [2].

7. Profilaktyka

Ostatnią kwestią pozostaje zapobieganie zaburzeniom głosu. Naturalnie nie pozostawia wątpli-

wości szkodliwy wpływ nikotyny zarówno na stan zdrowia dróg oddechowych, jak i na jakość głosu u osoby palącej. Najważniejszym elementem profilaktyki zdrowotnej pozostaje unikanie używek, prawidłowa dieta i styl życia. Należy ograniczać spożywanie pokarmów, które mogłyby pośrednio podrażniać struny głosowe. Jedzenie dużych ilości czekolady, ostrych przypraw oraz picie kawy i alkoholu może powodować zwiększoną produkcję treści żołądkowej, a ta z kolei, produkowana w większej ilości powoduje objawy refluksu żołądkowo-przełykowego i zaburzenia głosu. Kofeina i alkohol, jako substancje wpływające bezpośrednio na układ nerwowy, mogą decydować o napięciu strun głosowych i jakości głosu. Ważnym czynnikiem poprawiającym jakość głosu jest woda. Zaleca się spożywanie około 2 litrów wody dziennie, co powoduje prawidłowe nawilżenie błony śluzowej dróg oddechowych, a szczególnie pracujących w trakcie emisji głosu fałdów głosowych. Dla osób zawodowo pracujących głosem istotną sprawą są także odpowiednie ćwiczenia foniatryczne w celu poprawy emisji głosu oraz regularny odpoczynek głosowy i ochrona przed nadużyciem głosu w ciągu dnia pracy.

Diagnostyka laryngologiczna i foniatryczna są elementem prewencji.

Badania laryngoskopowe i videostroboskopowe pozwalają na wczesną diagnostykę i szybkie leczenie patologii głosu oraz wykrycie wielu poważnych chorób krtani.

Szybki rozwój nauk technicznych i informatycznych umożliwił nie tylko diagnostykę endoskopową i videostroboskopową, ale również wykonywanie analizy akustycznej głosu i dokumentacji cyfrowej obrazów krtani. Nadal jednak pierwszą osobą, do której zgłasza się pacjent z zaburzeniami głosu, pozostaje lekarz rodzinny i od jego decyzji zależą dalsze losy pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Zalesska-Kręcicka M, Kręcicki T. *Zarys otolaryngologii*. Warszawa: PZWL; 1998: 240–245.
2. Pruszevicz A. *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1992: 109–172.
3. Boenninghaus HG. *Otolaryngologia*. Warszawa: Springer PWN; 1997: 374–376.
4. Domeradzka-Kołodziej A, Maniecka-Aleksandrowicz B. Zaburzenia głosu w chorobach tarczycy. *Magazyn Otolaryngologiczny* 2002; IV–VI: 33–42.
5. Wald I, Członkowska A. *Neurologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1987: 408–409.
6. Sinkiewicz A, Ludwikowska B, Drela M. Estimation larynx function after corticosteroids in the management of asthma. *Otolaryngol. Pol.* 2000; 54(3): 311–313.
7. Karrer W. Inhalationstherapie-Vorteile und Schwierigkeiten. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1997; 86 (50): 1975–1978.
8. Zalesska-Kręcicka M, Kręcicki T, Iwańczak B. Laryngeal manifestations of gastroesophageal Reflux Disease in Children. *Acta Otolaryngol.* 2002; 122: 306–310.

Adres do korespondencji:
Klinika Otolaryngologii AM
ul. Chałubińskiego 2
50-368 Wrocław

Diagnostyka laboratoryjna kiły

Laboratory diagnostics of syphilis

ELŻBIETA WITECKA-KNYSZ¹, JACEK GAŚSIOROWSKI², BRYGIDA KNYSZ²

¹ Z Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej
Kierownik: lek. med. Maciej Sokołowski

² Z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Gładysz

Streszczenie Dzięki prowadzonym w Polsce przez wiele lat planowym badaniom profilaktycznym nastąpił znaczny spadek zachorowań na kiłę, a sytuacja epidemiologiczna tej choroby była opanowana. Jednakże od około dwóch lat z powodu zaprzestania badań profilaktycznych stwierdza się wzrost zachorowań na kiłę. Dodatkowo, obecna trudna sytuacja ekonomiczna w służbie zdrowia powoduje, że badania serologiczne w kierunku kiły są rzadziej zlecane przez lekarzy, co również przyczynia się do pogorszenia sytuacji epidemiologicznej. Osobnym problemem są trudności interpretacyjne dotyczące wyników testów laboratoryjnych, a prawidłowa ich interpretacja może sprawiać duże trudności.

Celem tego opracowania jest próba usystematyzowania najczęściej stosowanych metod laboratoryjnej diagnostyki kiły i interpretacja uzyskanych wyników, co powinno pomóc lekarzowi klinicyście w podejmowaniu prawidłowego dalszego postępowania.

Kiłę wywołuje bakteria z gatunku *Treponema pallidum* (krętek błądy). Gatunek ten należy do dużej, heterogennej grupy ruchliwych bakterii spiralnych rzędu Spirochaetales. Do zakażenia najczęściej dochodzi na drodze kontaktów seksualnych, poprzez drogę przełożyskową (zakażenie płodu), rzadziej podczas transfuzji krwi lub osocza. Diagnostyka kiły oparta jest przede wszystkim na badaniach serologicznych. Badania bakteriologiczne nie są przydatne w laboratoryjnej diagnostyce kiły. Czasem można stwierdzić bakterie w preparacie bezpośrednim z materiału pobranego ze zmiany pierwotnej. Obserwuje się ruch żywych krętków w ciemnym polu widzenia. Badania serologiczne można podzielić na dwie grupy: testy nieswoiste – wykrywające nieswoiste przeciwciała kiłowe (VDRL, RPR) i odczyn wykrywające swoiste przeciwciała kiłowe (TPHA, FTA, FTA-ABS, EIA). Istnieje możliwość uzyskania wyników zarówno fałszywie dodatnich lub fałszywie ujemnych. Dlatego interpretacja wyników badań może być niekiedy trudna. Wszystkie dodatnie wyniki badań uzyskane w testach przesiewowych powinny zostać potwierdzone za pomocą testów swoistych, takich jak: FTA-ABS lub TPHA.

U osób zakażonych HIV ujemne wyniki badań serologicznych nie pozwalają na wykluczenie kiły. Innym problemem diagnostycznym jest kiła noworodków. Wszystkie wyniki badań serologicznych powinny być rozpatrywane łącznie z obrazem klinicznym.

Słowa kluczowe: kiła, diagnostyka, badania serologiczne, *Treponema pallidum*.

Summary Thanks to widely used planned prophylaxis, epidemiological situation of syphilis in Poland had been under control for years. Since 2 years this prophylaxis has been stopped. Difficulties of the economical situation of the health care system in Poland are the reason that the serological tests are not used very often. Because of it a lot of new cases of syphilis (congenital syphilis, too) has been observed.

There are also difficulties in the interpretation of the serological tests. The aim of the paper was to describe the most often used serological tests and to explain how to interpret them.

Syphilis is an infection caused by *Treponema pallidum*, a type of bacterium called a spirochete that is transmitted congenitally or by sexual contacts.

The laboratory diagnostics of syphilis is based on using serological tests. Bacteriological methods are useless in laboratory diagnostics of this disease. Sometimes the bacterium may be observed in direct sample from the ulcer (darkfield microscopy).

Serological tests for syphilis may be classified into two groups: non-treponemal tests (VDRL, RPR) and treponemal tests (TPHA, FTA, FTA-ABS, EIA).

The first group of tests detects non-specific treponemal antibodies, whilst the second group detects specific treponemal antibodies. Serological tests may be both false positive and false negative. Therefore interpretation of the results may be sometimes difficult.

In general all positive non-treponemal serodiagnostic tests should be confirmed by more specific treponemal tests such as FTA-ABS or TPHA.

In HIV-infected patients the negative results of serological tests for are not enough to exclude syphilis. Other example of difficulties with interpretation of the results of serological treponemal tests is a syphilis infected new-borne child.

All test results should be evaluated together with a clinical picture.

Key words: syphilis, diagnostics, serological tests, *Treponema pallidum*.

Wstęp

Przez wiele lat dzięki szeroko prowadzonym badaniom profilaktycznym doprowadzono w Polsce do znacznego spadku zachorowań na kiłę, a sytuacja epidemiologiczna tej choroby była opanowana. Jednakże od około dwóch lat z powodu zaprzestania badań profilaktycznych stwierdza się wzrost zachorowań na kiłę, w tym również obserwuje się w naszym województwie przypadki kiły wrodzonej, co stanowi najbardziej dramatyczny przykład zaniedbania w zakresie profilaktyki. Dodatkowo, obecna trudna sytuacja ekonomiczna w służbie zdrowia powoduje, że badania serologiczne w kierunku kiły są rzadziej zlecane przez lekarzy. Z tego powodu należy spodziewać się dalszego wzrostu zachorowań na kiłę. Wskazane jest wykonywanie badań serologicznych w przypadku jakichkolwiek zmian sugerujących rozwój tej choroby, jak również u kobiet w ciąży (zwłaszcza z grup ryzyka zachorowania na kiłę) oraz u noworodków i niemowląt urodzonych z matek chorujących na kiłę lub z ryzykiem zakażenia krętkiem bladym.

Osobnym problemem są trudności interpretacyjne wyników testów laboratoryjnych. Na rynku dostępna jest duża liczba różnych testów laboratoryjnych przeznaczonych do diagnostyki kiły. W związku z faktem, że różnią się one znacznie pod wieloma względami, prawidłowa ich interpretacja może sprawiać duże trudności.

Celem tego opracowania jest próba usystematyzowania najczęściej stosowanych metod laboratoryjnej diagnostyki kiły i interpretacja uzyskanych wyników, co powinno pomóc lekarzowi klinicyście w podejmowaniu prawidłowego dalszego postępowania.

Kiłę wywołuje bakteria z gatunku *Treponema pallidum* (krętek blady). Gatunek ten należy do dużej, heterogennej grupy ruchliwych bakterii spiralnych rzędu *Spirochaetales*. Do zakażenia najczęściej dochodzi na drodze kontaktów seksualnych, poprzez drogę przełożyskową (zakażenie płodu), rzadziej podczas transfuzji krwi lub osocza. W pełnej krwi lub osoczu w temp. +4°C komórki *T. pallidum* pozostają żywe przez co najmniej 24 godziny (Jawetz E, Melnick JL, 1991).

Ze względu na duże trudności w hodowli (niemożność hodowli na podłożach sztucznych, wymagane warunki beztlenowe) diagnostyka kiły oparta jest przede wszystkim na badaniach serologicznych. Materiałem do badania serologicznego jest surowica krwi i (lub) płyn mózgowo-rdzeniowy.

Wyjątkowo możliwa jest hodowla niechorobotwórczych krętków (m.in. szczep Reitera) na podłożach sztucznych. Podłoże to zawiera 11 aminokwasów, witaminy, sole mineralne i albu-

minę surowicy (Jawetz E, Melnick JL, 1991). Wspominamy o tym wyjątkowym przypadku ze względu na fakt, że szczep Reitera jest wykorzystywany w charakterze ultrasonatu w odczynie FTA-ABS. Żywe, chorobotwórcze bakterie *T. pallidum*, wykorzystywane do niedawna m.in. w odczynie immobilizacji krętków (TPI), mogą być hodowane jedynie na żywych zwierzętach (szczepione dojadrowo króliki).

Z badań mikrobiologicznych, wyjątek stanowi preparat bezpośredni wykonany z materiału pobranego ze zmiany pierwotnej w celu wykazania obecności krętków (Jawetz E, Melnick JL, 1991; Janowiec M, 1988). Obserwuje się ruch żywych krętków w ciemnym polu widzenia. Badanie to ma znaczenie w tych sytuacjach, w których serologia może jeszcze nie potwierdzać zakażenia, np. we wczesnym okresie zakażenia.

U noworodków fakt wykrycia przeciwciał kiłowych nie musi świadczyć o zakażeniu. Może być wynikiem biernego przeniesienia przeciwciał matczynych.

Jak już wspomniano wcześniej, laboratoryjna diagnostyka kiły oparta jest głównie na badaniach serologicznych, tj. na wykrywaniu substancji produkowanych w organizmie pacjenta w odpowiedzi na kontakt z patogenem. Na temat szczegółów struktury antygenowej *T. pallidum* zdania wielu autorów są podzielone (Jawetz E, Melnick JL, 1991; Lesiński J, Miedziński F, 1970). Faktem jest jednak, że w odpowiedzi na kontakt z tymi antygenami powstają w organizmie zarówno swoiste przeciwciała przeciwkrętkowe, jak i tzw. reaginy, mające charakter nieswoistych substancji reagujących nie tylko z antygenami krętkowymi, ale także z wieloma innymi antygenami. Substancje te można identyfikować nie tylko przy użyciu wyciągu z krętków, ale – co jest masowo wykorzystywane w badaniach przesiewowych – przez zastosowanie nieswoistych substancji antygenowych z tkanek zwierzęcych. Przykładem takiego antygeny jest antygen kardiolipinowy – alkoholowy wyciąg z serc wołowych. Reaginy mogą być wykrywane w odczynie wiązania dopełniacza (OWD) – dawniej znanym jako odczyn Bordet-Wassermanna, później – odczyn Kolmera (obecnie nie wykorzystywane w diagnostyce kiły) oraz w odczynach nieswoistej precypitacji (Jabłoński L, 1986) – odczyny mikroflokalacyjne: USR, VDRL, RPR (Luger AFH, 1988; Young H, 1992; Young H, 1998). Uważa się, że reaginy powstają w odpowiedzi na kontakt z nieswoistym antygenem lipidowym krętków. Natomiast swoiste przeciwciała kiłowe są odpowiedzią na swoisty antygen białkowy, charakterystyczny dla *T. pallidum*, wykrywane w odczynie FTA-ABS oraz grupowo swoisty składnik białkowy wspólny dla *T. pallidum* i krętków hodowlanych (wykrywane w odczynie FTA). Swoiste przeciwciała produkowane w odpowie-

dzi na kontakt z antygenem wielocukrowym krętków wykrywane są w odczynie Nelsona (immobilizacji krętków – TPI).

Badania serologiczne i ich interpretacja

I. Badania przesiewowe wykrywające reaginy w obu klasach – IgG i IgM

(Lesiński J, Miedziński F, 1970; Jabłoński L, 1986; Janowiec M, 1988; Neumeister B, Besenthal J, 2001; Deutsch E, Geyer G, 1992; Luger AFH, 1988; Young H, 1992).

Wychwytuja przypadki zarówno prawdziwie dodatnie, jak i fałszywie dodatnie. Wyniki fałszywie ujemne mogą zdarzyć się np. w przypadku zbyt wcześnie wykonanego badania, błędu laboratoryjnego lub tzw. reakcji prozonalnej, gdy mamy do czynienia ze zbyt wysokim mianem przeciwciał (Young H, 1992).

Wszystkie wyniki dodatnie wymagają potwierdzenia testami specyficznymi. Reaginy pojawiają się zwykle w 2–3 tygodniu od wystąpienia objawu pierwotnego. Najwyższy ich poziom obserwuje się w okresie kiły wtórnej wczesnej, potem poziom ich się stopniowo obniża. W kile późnej, a zwłaszcza utajonej – może być bardzo wysoki. Testy reaginowe są bardzo przydatne w monitorowaniu dynamiki choroby i kontroli po leczeniu.

1. Odczyn mikroflokalacyjny (USR, VDRL, RPR)

USR (Unheated Serum Reagin-test).

W teście użyty jest antygen kardiolipinowy (wyciąg z serc wołowych) w bezpośredniej reakcji z nieinaktywowaną surowicą badaną. Ocena wyniku jest jakościowa; wynik podawany w plusach (od jednego do czterech).

VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory).

Jest to modyfikacja odczynu USR (wyższa swoistość). Użyty jest antygen kardiolipinowy i surowica badana pozbawiona białek dopełniacza (ogrzewanie surowicy badanej w 56°C przez pół godziny). Ocena półilościowa – wynik wyrażony w wielkości rozcieńczenia surowicy badanej, w którym reakcja jest jeszcze dodatnia. Dodatni wynik uzyskujemy średnio od około 5. tygodnia od zakażenia. Wysokie miana świadczą zwykle o czynnej postaci kiły. Po skutecznym leczeniu negatywizacja VDRL najczęściej następuje po około 3–12 miesiącach.

RPR (Rapid Plasma Reagin).

Jest to zmodyfikowany odczyn VDRL z użyciem cząstek węgla w celu lepszego uwidocznienia reakcji.

Fałszywie dodatnie odczyny mikroflokalacyjne:

- inne treponematozy (malinica, pinta),
- boreliozy,
- przejściowo w przypadkach niektórych schorzeń ostrych i przewlekłych (trąd, gruźlica płuc, zapalenie wirusowe płuc, zapalenie wsierdzia, malaria, odra, mononukleozą),
- ciąża,
- stale fałszywie dodatnie wyniki – choroby autoimmunologiczne (ostry toczeń rumieniowaty, reumatoidalne zapalenie stawów).

Fałszywie ujemne odczyny mikroflokalacyjne:

- kiła postępująca trzeciorzędowa,
- defekty immunologiczne (może wystąpić u pacjenta zakażonego wirusem HIV),
- reakcja prozonalna spowodowana zbyt wysokim poziomem reagin (należy w tym przypadku rozcieńczyć surowicę przed badaniem).

2. Odczyn wiązania dopełniacza (dawny odczyn Wassermanna, odczyn Kolmera)

Odczyny te oparte są na zasadzie, że surowica zawierająca reaginę wiąże dopełniacz w obecności antygeny kardiolipinowego. Obecnie testy te mają już tylko znaczenie historyczne.

II. Odczyny wykrywające swoiste przeciwciała kiłowe

(Janowiec M, 1988; Jawetz E, Melnick JL, 1991; Lesiński J, Miedziński F, 1970; Luger AFH, 1988; Young H, 1992).

1. Odczyn FTA (Fluorescent Treponemal Antibody-test)

Test ten oparty jest na immunofluorescencji pośredniej. Układ reakcyjny stanowią zabite krętki blade + surowica badana + znakowana surowica przeciwko ludzkim immunoglobulinom. Uzyskanie wyniku dodatniego jest możliwe już w pierwszym tygodniu po wystąpieniu zmiany pierwotnej. Wynik fałszywie dodatni występuje bardzo rzadko (np. po zakażeniu *Borrelia refringens*; czasem w chorobach układowych na tle autoimmunologicznym). Odczyn FTA może być dodatni długo po skutecznym wyleczeniu. Aby różnicować taki stan z aktywnym zakażeniem, odczyn FTA powinien być ograniczony do wykrycia swoistych przeciwciał w klasie IgM. Test taki można wykonać w modyfikacji FTA-ABS-IgM.

Wynik odczynu FTA wyrażony jest w wielkości rozcieńczenia surowicy badanej (lub płynu mózgowo-rdzeniowego), w którym reakcja jest jeszcze dodatnia. W płynie mózgowo-rdzeniowym wysokość miana odpowiada z reguły nasileniu i aktywności procesu swoistego.

2. Odczyn FTA-ABS (FTA-absorption test)

Jest to modyfikacja absorpcyjna odczynu FTA.

Test ten charakteryzuje się wyższą czułością i swoistością niż FTA. Istotą tego testu jest wykonanie badania w materiale pozbawionym przeciwciał skierowanych do innych gatunków krętków niż *T. pallidum*. Do wychwytu nieswoistych przeciwciał używa się hodowlanych saprofitycznych krętków, tzw. szczepu Reitera, który spełnia tu rolę ultrasonatu. W sytuacji gdy istnieją wskazania do wykrycia swoistych przeciwciał w klasie IgM, możliwe jest zastosowanie modyfikacji odczynu FTA-ABS: FTA-ABS-IgM. W tym przypadku zamiast wieloważnego koniugatu używa się koniugatu monoklonalnego przeciwko ludzkim IgM. Z uwagi jednak na znaczne trudności techniczne test ten w tej modyfikacji nie jest rutynowo wykonywany.

Alternatywnie do wykrycia swoistych przeciwciał w klasie IgM mogą być stosowane testy immunoenzymatyczne.

Odczyn FTA i FTA-ABS dają w kile utajonej niemal zawsze wyniki dodatnie, a ich całkowita negatywizacja jest wyjątkowo rzadka (Lesiński J, Miedziński F, 1970). Swoistością i czułością dorównują odczynowi Nelsona (są nawet czulsze). Pozwalają wykryć przebyte zakażenie w tych przypadkach kiły utajonej, w których wszystkie inne odczyny, łącznie z odczynem Nelsona są ujemne.

3. Odczyn Nelsona – TPI

(Treponema Pallidum Immobilization)

Odczyn immobilizacji krętków przez swoiste przeciwciała pacjenta.

Wynik dodatni uzyskuje się średnio w drugim tygodniu od zakażenia. Układ reakcyjny stanowi: materiał badany + dopełniacz + żywe patogenne krętki (wyzolowane z wrzodu jąder królika). Odczyn ten jest uznawany za najbardziej wiarygodny, jednak z uwagi na problemy techniczne, związane szczególnie z hodowlą patogennych krętków, nie jest stosowany rutynowo.

4. Test hemaglutynacji – TPHA

(Treponema Pallidum Hemagglutination Assay)

Służy do wykrywania swoistych przeciwciał przeciw antygenom *T. pallidum* przy zastosowaniu techniki hemaglutynacji. Materiałem do badania może być surowica krwi lub płyn mózgowo-rdzeniowy. Układ reakcyjny stanowią ptasie erythrocyty opłaszczane antygenami krętkowymi *T. pallidum* i materiał badany. Erythrocyty te ulegają aglutynacji w obecności swoistych przeciwciał przeciwkrętkowych.

Odczyn TPHA służy do potwierdzania dodatnich wyników badań przesiewowych oraz do wykrywania infekcji kiłowych niepotwierdzonych w testach z reaginami. Przeciwciała wykrywane w teście TPHA pojawiają się zwykle później niż w odczynie FTA. Najczęściej pozostają dodatnie

do końca życia. Fakt ten jest wykorzystywany w badaniach kandydatów na krwiodawców, co ma na celu wyeliminowanie tych osób, które przeszły w życiu zakażenie kiłą.

5. Inne testy diagnostyczne wykorzystujące nowoczesne techniki immunologiczne

Wiele firm produkujących zestawy odczynnikowe do diagnostyki kiły wprowadza na rynki światowe liczne nowe testy oparte m.in. na reakcjach immunoenzymatycznych (EIA) i immunochromatograficznych.

Należy jednak pamiętać, że wyniki badań otrzymane tymi testami mogą pozostawać dodatnie niezależnie od wyleczenia, ale w niektórych przypadkach ułatwiają postawienie prawidłowej diagnozy. Na przykład testy w modyfikacjach wykrywających swoiste przeciwciała w klasie IgM mogą być pomocne w potwierdzaniu czynnych zakażeń, szczególnie w przypadku konieczności potwierdzenia kiły wrodzonej u noworodka zakażonego wewnątrzmacicznie. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że wobec mnogości różnych testów dostępnych na rynku wyniki uzyskane przy ich użyciu muszą być interpretowane ostrożnie. W związku z tym należy stosować się przede wszystkim do obowiązujących zaleceń Instytutu Wenerologii AM w Warszawie.

III. Przykłady szczególnych trudności w interpretacji wyników testów badań laboratoryjnych wykrywających kiłę

1. Diagnostyka kiły wrodzonej

W czasie ciąży następuje biernie przekazywanie przeciwciał matczynych do krwi płodu (Lesiński J, Miedziński F, 1970). U noworodka miano przeciwciał jest zwykle niższe niż u matki. Przebieg znikają po 1–2 miesiącach, rzadziej między drugim a czwartym miesiącem życia. W przypadkach bezobjawowych odczyny klasyczne są zwykle wybitnie dodatnie. Wyjątkowo przeciwciała utrzymują się przez kilkanaście miesięcy. Ujemny odczyn FTA u niemowlęcia w wieku 3–6 miesięcy nie wyklucza kiły wrodzonej. Dla lekarza klinicysty najważniejsze jest w tym przypadku szybkie ustalenie, czy wykrywane przeciwciała są jedynie biernie przeniesione czy też świadczą o kile wrodzonej. Aktywne zakażenie potwierdza obecność swoistych przeciwciał wykrywanych w klasie IgM (Jawetz E, Melnick JL, 1991). Zaleca się wykonanie odczynu FTA-ABS-IgM. Inne testy wykrywające przeciwciała w klasie IgM: testy immunoenzymatyczne ELISA lub test *Captia syphilis M* (bardzo drogi).

W celu zminimalizowania ryzyka zakażenia płodu kiłą bardzo ważna jest profilaktyka kiły u kobiet ciężarnych (zaleca się dwukrotne badanie w czasie ciąży).

2. Diagnostyka serologiczna kiły u pacjenta zakażonego HIV

U pacjentów zakażonych równocześnie krętkiem białym i HIV obserwuje się zwykle odstępstwa od klasycznego schematu produkcji przeciwciał przeciwko *T. pallidum* (Rufli T, 1989; Young H, Moyes A, 1995). Często testy reagino-we mogą dawać wyniki ujemne. Należy więc u tych chorych wykonywać testy potwierdzenia kiły, niezależnie od ujemnych wyników testów przesiewowych. Nie obserwuje się tu określonego schematu oczekiwanych wyników, który byłby charakterystyczny dla kiły współistniejącej z zakażeniem HIV. Dlatego też zaleca się stosowanie równoległe różnych testów dodatkowych, rozszerzających diagnostykę, np. IgG EIA lub IgM EIA.

IV. Różne układy wyników badań serologicznych w kierunku kiły i próba ich interpretacji na podstawie obserwacji własnych Pracowni Serologicznej Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

Jak już wspomniano wcześniej, zarówno reaginy, jak i swoiste przeciwciała powstają w odpowiedzi na różne antygeny krętkowe. Pojawiają się w różnym czasie od zakażenia i różny jest ich czas utrzymywania się w płynach ustrojowych. Każdy z opisanych wcześniej testów wykrywa inny rodzaj przeciwciał.

W związku z powyższym, wszystkie odczyny serologiczne muszą być wykonane z próbki pochodzącej z jednego pobrania. Jest to jeden z podstawowych warunków umożliwiających interpretację uzyskanych wyników.

1. VDRL dodatni

TPHA dodatni

FTA-ABS dodatni

Wniosek: potwierdzenie kiły; jako badanie uzupełniające można wykonać test w kierunku obecności przeciwciał w klasie IgM.

2. VDRL ujemny

TPHA dodatni

FTA-ABS dodatni

Wniosek: wczesny okres kiły wyleczonej; można sprawdzić czy są obecne przeciwciała w klasie IgM.

3. VDRL dodatni

TPHA ujemny

FTA-ABS ujemny

Wniosek: wynik prawdopodobnie niespecyficzny – fałszywie dodatni.

4. VDRL ujemny

TPHA dodatni

FTA-ABS ujemny

Wniosek: prawdopodobnie ślad po przebytym w przeszłości zakażeniu; w celu wykluczenia odczynów niespecyficznych, należy przeprowadzić badanie kontrolne po upływie około dwóch tygodni.

5. VDRL ujemny

TPHA ujemny

FTA-ABS dodatni

Wniosek: jak w poprzednim przypadku, wskazane jest badanie kontrolne po upływie około dwóch tygodni.

6. VDRL ujemny

TPHA ujemny

FTA-ABS ujemny

Wniosek: w tym momencie nie ma podstaw do serologicznego rozpoznania kiły.

W przypadku uzasadnionego podejrzenia choroby, należy badanie powtórzyć po upływie około dwóch tygodni.

Przedstawione wyżej warianty wyników mogą jedynie stanowić ogólną wskazówkę ułatwiającą postawienie diagnozy i dalsze postępowanie. Należy jednak pamiętać o różnych ograniczeniach w stosowaniu metod laboratoryjnych (odczyny niespecyficzne, defekty immunologiczne, błędy przed- i laboratoryjne).

Błędy laboratoryjne są pod stałą kontrolą (wszystkie odczyny wykonywane są równoległe z próbkami kontrolnymi dodatnimi i ujemnymi), natomiast błąd przedlaboratoryjny (np. błąd administracyjny) jest często praktycznie nie do wykrycia na etapie diagnostyki laboratoryjnej. W związku z powyższym każdy wynik odbiegający od oczekiwań klinicysty powinien być powtórzony z nowej próbki materiału.

Odczyny niespecyficzne i reakcje krzyżowe zostały omówione już w pierwszej części artykułu. Zazwyczaj dotyczą one testów reaginowych. Trzeba jednak pamiętać, że nawet testy specyficzne mogą, chociaż bardzo rzadko, dawać wyniki fałszywie dodatnie, szczególnie przy chorobach autoimmunologicznych i niekiedy w innych krętkowicach. Dlatego też każdy wynik badania laboratoryjnego powinien być rozpatrywany łącznie z rozpoznaniem klinicznym i dokładnym wywiadem. Bardzo istotna jest tu dobra współpraca lekarza klinicysty z laboratorium.

W związku z faktem, że badanie serologiczne w kierunku kiły wykonywane jest z różnych powodów (profilaktyka, kontrola leczenia, wykrywanie osób, które kiedykolwiek chorowały na kiłę), optymalny dobór testów jest też różny. Znając dynamikę produkcji różnych przeciwciał kiłowych i czas ich trwania, można ocenić m.in. etap choroby, skuteczność leczenia, można też wykryć osoby zdrowe, które w przeszłości chorowały na kiłę (ważne w krwiodawstwie).

W badaniach profilaktycznych przesiewowych testy reagino-we są zazwyczaj wystarczające. Gdy wynik ich jest dodatni, muszą być potwierdzone w testach potwierdzenia (w tej samej próbce krwi). Nie wolno wydać pacjentowi wyniku dodatniego uzyskanego wyłącznie w teście reaginowym!

W naszym laboratorium wykonujemy w tych przypadkach testy: TPHA, FTA, FTA-ABS. Wyniki w zależności od rodzaju testu wyrażone są w plusach lub w wielkości rozcieńczenia materiału badanego, w którym test wypada jeszcze dodatnio. W celu ułatwienia interpretacji do wyniku dopisuje się komentarz: ujemny, wątpliwy, słabo dodatni, dodatni, wybitnie dodatni.

O skuteczności leczenia świadczą np. spadające miana reagin, aż do całkowitej ich negatywizacji. Miana przeciwciał swoistych również powinny się obniżyć. Powtórne wyraźne wzrosty

miana przeciwciał mogą świadczyć np. o reinfekcji lub o powstaniu zmian narządowych. Przeciwciała, które wykrywa się długo po skutecznym wyleczeniu (czasem do końca życia), występują zwykle w niskich stężeniach. Jak wspomniano wcześniej, można je wykryć np. w teście TPHA.

Zdając sobie sprawę, że poruszone tu tematy jedynie sygnalizują najważniejsze problemy diagnostyczne w kile, i z pewnością nie dają pełnej odpowiedzi na sposoby ich rozwiązania, w przypadku wszelkich wątpliwości zachęcamy do kontaktowania się z laboratorium, które te testy wykonuje.

Piśmiennictwo

1. Jawetz E, Melnick JL, Adelberg EA. *Przegląd mikrobiologii lekarskiej*. Warszawa: PZWL; 1991: 422–426.
2. Janowiec M. *Mikrobiologia i serologia*. Warszawa: PZWL; 1988: 277–280.
3. Lesiński J, Miedziński F, Towpik J. *Współczesna syfidiologia*. Warszawa: PZWL; 1970.
4. Jabłoński L. *Podstawy mikrobiologii lekarskiej*. Warszawa: PZWL; 1986: 140–142.
5. Luger AFH. *Serological Diagnosis of Syphilis: Current methods*. [In:] Young H, McMillan A, eds. *Immunological diagnosis of sexually transmitted diseases*. New York: Marcel Decker; 1988: 249–274.
6. Young H. Syphilis: new diagnostic directions. *Int J STD & AIDS* 1992; 3: 391–413.
7. Young H. Syphilis serology. *Dermatol Clin* 1998; 16: 691–698.
8. Deutsch E, Geyer G, Wenger R. *Laboratoriumdiagnostik*. KARGER; 1992: 985.
9. Neumeister B, Besenthal J, Liebich H. *Diagnostyka laboratoryjna*. Wrocław: Urban & Partner; 2001: 671–673.
10. Ruffli T. Syphilis and HIV infection. *Dermatologica* 1989; 179: 113–117.
11. Young H, Moyes A, Ross JCD. Markers of past syphilis in HIV infection comparing Captia Syphilis G anti-treponemal IgG enzyme immunoassay with other treponemal antigen tests. *Int J STD & AIDS* 1995; 6: 101–104.

Adres i Autorki:

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej
ul. Dobrzyńska 21/23
50-403 Wrocław

Motywy wyboru specjalizacji w medycynie rodzinnej

Specialisation choice motivation in family medicine

SŁAWOMIR CZACHOWSKI

Z Katedry i Zakładu Lekarza Rodzinnego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: p.o. dr n. med. Krzysztof Buczkowski

Streszczenie Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie poglądów rezydentów medycyny rodzinnej związanych z wyborem specjalizacji. Badaną grupę wyłoniono wśród lekarzy, którzy zakwalifikowali się do specjalizacji w medycynie rodzinnej. Zastosowano narzędzie badawcze w postaci anonimowej ankiety. Spośród 60 uczestników programu, ankietę wypełniło 41 (68,3%). Przeważały kobiety (60,9%), w wieku powyżej 35 roku życia. Większość (56%) badanych zamierza w przyszłości zawrzeć indywidualny kontrakt. Z badań wynika, że lekarze prawidłowo odczytują założenia i zasady instytucji lekarza rodzinnego. Według ankietowanych, upowszechnienie tej formy leczenia jest uwarunkowane regulacjami prawnymi i przepisami administracyjnymi, które nie są spostrzegane przez rezydentów jako korzystne. Istotnym elementem mającym wpływ na rozwój i powodzenie instytucji lekarza rodzinnego w Polsce jest akceptacja przez środowisko medyczne tej formy leczenia oraz zmiana przyzwyczajeń pacjentów.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, rezydenci, motywacja.

Summary The aim of the presented paper is to show opinions of family medicine residents concerning a choice of specialization. The group tested was chosen out of doctors who had been qualified for the family medicine specialization. An anonymous questionnaire was used as a testing device. 41 (68,3%) doctors out of 60 participants of the program did the questionnaire. Women (60,9%) at the age of above 35 constituted the majority. The most of the respondents (56%) are going to sign an individual contract in the future. The research shows that doctors understand assumptions and principles of the family doctor institution correctly. According to the doctors questioned popularization of this form of treatment is conditioned by legal and administrative regulations which are not viewed by the residents as beneficial. A vital element having a big influence on development and success of the family doctor institution in Poland is acceptance of this form of treatment by medical circles and change of patients habits.

Key words: family medicine, residents, motivation.

Wstęp

Specjalizacja z medycyny rodzinnej została w Polsce prawnie zatwierdzona w 1994 roku. Rok później powstała pierwsza praktyka lekarza rodzinnego. W ciągu ośmiu lat dyplom lekarza tej specjalności uzyskało blisko sześć tysięcy lekarzy, z których około 40% rozpoczęło działalność zawierając kontrakt z kasą chorych. Pozostali pracują w „starych strukturach” opieki zdrowotnej lub tworzą z kolegami o innych specjalnościach spółki medyczne. Przyczyny, z powodu których znaczna część osób posiadających dyplomy lekarza rodzinnego nie podejmuje roli samodzielnego profesjonalisty, są złożone. Jedną z nich jest nadal brak dobrego przygotowania do wykonywania tego zawodu, także od strony spełnienia oczekiwań społecznych. W chwili obecnej edukacja odbywa się w kilkunastu Ośrodkach Kształcenia Lekarzy Rodzinnych, które otrzymały akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadze-

nia takiej działalności. Warunkiem jest spełnienie określonych wymogów formalnych. Program specjalizacji, szczegółowo opisany w dokumencie urzędowym, obejmuje szeroki zakres wiedzy medycznej ze wszystkich dyscyplin lekarskich oraz kompetencji w dziedzinie rozpoznawania i leczenia chorób, profilaktyki i prewencji najczęściej występujących zagrożeń zdrowotnych. Zagadnieniom dotyczącym kontaktu z pacjentem, przekazywania informacji i sposobu oddziaływania na drugą osobę poświęcone są obowiązkowe kursy. Jeden z nich obejmuje umiejętności w obszarze relacji lekarz–pacjent. Znajdują się tam główne wytyczne dla organizatorów prowadzących kurs (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2002).

Z badań i obserwacji własnych poczynionych w trakcie sześciu lat prowadzenia praktyki lekarza rodzinnego nasuwają się refleksje, które mogą pomóc organizatorom w precyzyjniejszym opracowaniu tej części kształcenia.

System podstawowej opieki zdrowotnej oparty na instytucji lekarza rodzinnego istnieje w wielu krajach Europy. Na przykład w Anglii – kolebce medycyny rodzinnej – kształtują go dwustuletnie już doświadczenia pracy i kształcenia w tej specjalności lekarskiej. Nie wglębiając się w szczegóły dotyczące poszczególnych krajów, można uogólnić, że lekarz rodzinny w wolnorynkowym systemie opieki zdrowotnej pełni funkcję „małego przedsiębiorstwa”. Lekarz jest głównym podmiotem kontraktu podpisanego z firmą ubezpieczeniową, a jego zadaniem jest realizowanie potrzeb zdrowotnych pacjentów. W stosunku do innych specjalności lekarskich wyróżnia go bliski kontakt z leczonymi przez niego ludźmi. Dochód medyka stanowi wynegocjowana stawka kapitacyjna pomnożona przez liczbę pacjentów, którzy wybrali go jako „swojego lekarza”. Pozycja i prestiż uzależnione są od zadowolenia leczonych przez niego osób. Przy tak zakreślonej roli lekarza rodzinnego konieczne są kompetencje wykraczające poza umiejętności ściśle medyczne. Według Olesena (Olesen F, 2002) warunkiem *sine qua non* jest tu swoisty triplet wiedzy medyczno-psychologiczno-socjologicznej. Praktyka podpowiada, że przydatna jest znajomość ekonomii i prawa. Sukces i satysfakcja lekarza rodzinnego są wypadkową umiejętności spełniania potrzeb leczonych osób oraz optymalizowania kosztów prowadzenia własnej praktyki. Szczegółowy opis kształtowania się roli zawodowej lekarza rodzinnego w Polsce przedstawiła Łaska-Formejster (Łaska-Formejster A, 2002).

Cel badania

Celem prezentowanego artykułu jest omówienie zagadnień związanych z wyborem specjalizacji lekarza rodzinnego, przyczynami dokonania takiej decyzji i motywacjami, jakimi się kierowali absolwenci wydziałów lekarskich.

Przeprowadzono próbę weryfikacji hipotez wstępnych dotyczących czynników wpływających na kształcenie i funkcjonowanie lekarza rodzinnego w Polsce, które ujęto w trzech określeniach:

1. Lekarze, którzy kształcą się w zakresie medycyny rodzinnej prawidłowo odczytują założenia i zasady funkcjonowania instytucji lekarza rodzinnego.
2. Upowszechnienie instytucji lekarza rodzinnego jest uwarunkowane regulacjami prawnymi i przepisami administracyjnymi, które nie są postrzegane przez kształcących się lekarzy jako korzystne.
3. Elementem mającym wpływ na rozwój i powodzenie instytucji lekarza rodzinnego jest akceptacja przez środowisko medyczne tej

formy leczenia oraz zmiana przyzwyczajeń pacjentów.

Metodologia

Zastosowano proste narzędzie badawcze w postaci ankiety. Główna jej część składała się z pytań o charakterze półotwartym i otwartym. Umożliwiło to ankietowanym swobodne wyrażenie swoich opinii, a prowadzącemu badanie uzyskanie najbardziej przydatnych informacji. Sondaż diagnostyczny przeprowadzono w trakcie zajęć teoretycznych w Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Toruniu w listopadzie 2002 roku. Ankieta była anonimowa, a uczestnicy dobrowolnie odpowiadali na pytania w czasie nieprzekraczającym 90 minut. W pierwszej części proszono lekarzy o podanie podstawowych informacji demograficznych (dotyczących wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i posiadanych specjalizacji). Druga część obejmowała trzynastę pytań. Osiem z nich dotyczyło wyboru specjalizacji lekarza rodzinnego. Zagadnienie to jest przedmiotem rozważań w prezentowanym artykule. Kolejnych pięć pytań odnosiło się do ocen procesu edukacyjnego. Są one analizowane w odrębnym opracowaniu.

Dobór próby

Badaną grupę stanowili lekarze zdobywający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej. Wszyscy przeszli postępowanie kwalifikujące polegające na zdaniu egzaminu testowego i ustnego z ogólnych wiadomości medycznych uzyskanych w czasie studiów. Grupa badanych była niejednorodna pod względem wieku, płci, miejsca zamieszkania, posiadanych specjalizacji i doświadczeń zawodowych. Wszyscy respondenci byli uczestnikami programu edukacyjnego prowadzonego przez Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Toruniu. Spośród 60 lekarzy uczestniczących w programie prowadzonym przez Ośrodek, ankietę wypełniło 41 osób (68,3%).

Wyniki badań

Dane demograficzne uzyskane w ankiecie charakteryzują badaną zbiorowość. Przeważały w niej kobiety (60,9%) w wieku powyżej 35 roku życia; najwięcej respondentów należało do tej grupy wiekowej. W przedziale wieku 31–35 lat dwukrotnie więcej było mężczyzn. Szczegółowy rozkład danych przedstawia tabela 1.

Wśród lekarek większość stanowiły mężatki (76%). Dwie kobiety były rozwiedzione, trzy po-

Tabela 1. Wiek i płeć badanych

| Płeć badanych | Wiek badanych (lata) | | | Łączna liczba badanych |
|---------------|----------------------|-------|------------|------------------------|
| | 25–30 | 31–35 | powyżej 35 | |
| Mężczyźni | 3 | 9 | 4 | 16 |
| Kobiety | 8 | 4 | 13 | 25 |
| Razem | 11 | 13 | 17 | 41 |

zostawały w stanie panieńskim, w jednym przypadku nie uzyskano odpowiedzi.

Wszyscy mężczyźni (szesnaście osób) byli żonaci.

Bezdzielnymi było jedenastu badanych. Dziewięciu respondentów podało, że ma jedno dziecko, jedenastu poinformowało o dwojgu, a dzieściu o więcej niż dwojgu dzieciach.

Jeżeli chodzi o miejsce zamieszkania, to najczęściej badanych (51,2%) mieszkało w dużych miastach, przekraczających 100 tys. mieszkańców. Osiem osób pochodziło z miejscowości liczących do 15 tys. mieszkańców, a pięć ze wsi. Pozostałych siedmiu respondentów mieszkało w miastach mających mniej niż 100 tys. mieszkańców.

Wśród badanych osób dwadzieścia trzy (56%) zdobywały specjalizację lekarza rodzinnego, korzystając z możliwości etatu rezydenckiego, a pozostałych osiemnaście było zatrudnionych w różnych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Doświadczenia zawodowe zdobyte wcześniej deklarowało 26 ankietowanych (63,4%). Najwięcej – 19 osób posiadało specjalizację z chorób wewnętrznych, w tym dwie lekarki posiadały dodatkowe umiejętności z diabetologii, a dwie z reumatologii. Siedmiu respondentów uzyskało wcześniej specjalizację z pediatrii.

W części głównej ankiety w pytaniu pierwszym poproszono respondentów o podanie, w jakiej formie prawnej zamierzają w przyszłości wykonywać zawód lekarza rodzinnego.

Odpowiedzi podaje tabela 2.

Tabela 2. Planowana forma wykonywania zawodu lekarza rodzinnego

| Podane odpowiedzi | Liczba | % |
|----------------------------------|--------|----|
| Własny kontrakt | 23 | 56 |
| Praktyka grupowa lub podkontrakt | 23 | 56 |

W tabelach 2–6 łączna liczba odpowiedzi nie równa się liczbie respondentów, a suma procentów nie wynosi 100. Spowodowane jest to faktem, że rezydenci podawali w kwestionariuszu więcej niż jedną odpowiedź na każde z zadawanych pytań.

Wśród badanych rezydentów taka sama liczba wyraziła gotowość pracy w formie indywidualnego kontraktu, jak również pracy w formie praktyki grupowej, z możliwością podkontraktu. Ważną informacją jest fakt, że wszyscy respondenci zamierzali po zdobyciu dyplomu realizować zawodowe plany w placówkach posiadających zreformowaną strukturę organizacyjną.

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło przeszkód w implementacji instytucji lekarza rodzinnego w Polsce. Odpowiedzi pogrupowano według kategorii tematycznych. Zawiera je tabela 3.

Tabela 3. Bariery w upowszechnianiu instytucji lekarza rodzinnego w Polsce

| Podane odpowiedzi | Liczba | % |
|---------------------------------|--------|------|
| Finansowe | 15 | 36,5 |
| Prawne | 14 | 34,1 |
| Przyzwyczajenia pacjentów | 11 | 26,8 |
| Wewnątrz środowiska lekarskiego | 10 | 24,4 |
| Brak odpowiedzi | 2 | 4,87 |

Zdaniem 14 respondentów największe przeszkody na drodze rozwoju instytucji lekarza rodzinnego mieszczą się w sferze prawa. Piętnastu rezydentów jako hamujący czynnik wskazało finanse. Jedenaście osób podkreśliło znaczenie „przyzwyczajenia pacjentów”, którzy „wołają korzystać z porad u specjalistów”, „bardziej wierzą w lekarza specjalistę”, wykazują „niechęć do zmian i nowości”. Ankietowani (26,8%) przytaczali również opinie środowiska lekarskiego posiadającego „niekorzystny wizerunek lekarza tzw. przychodnianego”, wskazywali na „opór grona profesorskiego i silnego lobby specjalistów”, „źle nastawionego do tej specjalności” i „niechętnego lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej” (w sumie siedem odpowiedzi).

W następnym pytaniu poproszono lekarzy, aby wymienili czynniki, którymi kierowali się przy wyborze medycyny rodzinnej (tab. 4). Ponad 60% podkreśliło znaczenie pracy na własny rachunek. Dla ponad połowy uczestników badania motywem była potrzeba niezależności i samodzielności (56%). Tylko trzy osoby (7,3%) wymieniły czynnik ekonomiczny jako motywację

Tabela 4. Motywacje wyboru specjalizacji lekarza rodzinnego

| Podane odpowiedzi | Liczba | % |
|---|--------|------|
| Praca na własny rachunek | 26 | 63,4 |
| Potrzeba niezależności i samodzielności zawodowej | 23 | 56,0 |
| Czynnik ekonomiczny | 3 | 7,3 |
| Inne | 3 | 7,3 |

wyboru specjalizacji, w tym jedna osoba podkreśliła finanse jako jedyny bodziec motywujący. Troje badanych wymieniło „inne” motywy: „chęć bezpośredniego kontaktu z pacjentem”, realizacji „młodzieńczych marzeń i wyobrażeń o lekarzu”, ponadto „brak dyżurów”, „tradycje rodzinne”, możliwość „holistycznego podejścia do pacjenta, którego nie można zrealizować w szpitalu”, „marzenie, że będzie tak jak na Zachodzie”.

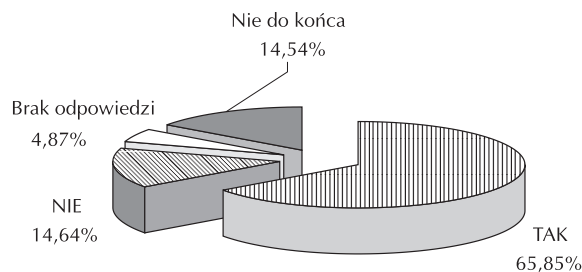
Kolejne pytanie wiązało się z zagadnieniem sukcesu w pracy lekarza rodzinnego. Aż 90% odpowiedzi wskazywało tu na osobowość terapeuty (tab. 5), chociaż tylko pięciu pytanych uważało ten czynnik za jedyny odpowiedzialny za powodzenie w pracy. Pozostali kojarzyli ten walor z finansami, wiedzą i lokalem. Prawie połowa badanych (48,75%) podała w odpowiedziach, że czynnikiem decydującym o sukcesie jest wiedza i tyle samo podkreśliło znaczenie posiadania lokalu. Jedna trzecia lekarzy wymieniła czynnik ekonomiczny jako ważny w powodzeniu lekarza rodzinnego, w tym tylko jedna osoba uznała go za jedyny, decydujący o udanym przedsięwzięciu funkcjonowania praktyki.

Tabela 5. Czynniki decydujące o powodzeniu lekarza rodzinnego

| Podane odpowiedzi | Liczba | % |
|-------------------|--------|------|
| Osobowość lekarza | 37 | 90,2 |
| Wiedza | 20 | 48,7 |
| Lokal | 20 | 48,7 |
| Finanse | 12 | 29,2 |

Jedno z analizowanych zagadnień dotyczyło planów na przyszłość podejmowanych przez badanych lekarzy. Z odpowiedzi na pytanie „Czy masz jasno sprecyzowany obraz własnego życia?” (ryc. 1) wynika, że większość (65,8%) ankietowanych ma konkretne zamierzenia, 14,5% ma tylko ogólne wyobrażenia przyszłości i taka sama grupa nie ma żadnych planów.

Kolejne pytanie było poświęcone przeszkodom, które w opinii lekarzy utrudniają otwarcie praktyki lekarza rodzinnego. Odpowiedzi ukazują tabelę 6. Najwięcej respondentów wskazywało na czynniki finansowe (53,6%). Problemy z po-



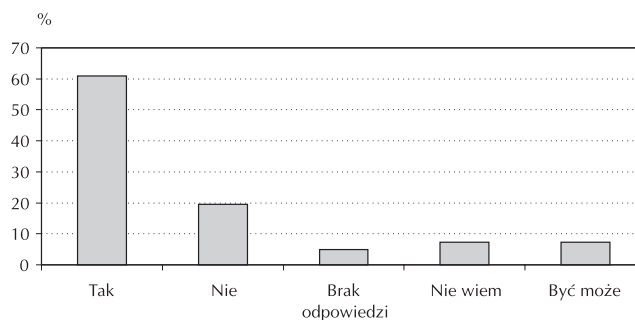
Ryc. 1. Odpowiedzi dotyczące wizji własnego życia

Tabela 6. Przeszkody w otwarciu praktyki lekarza rodzinnego

| Podane odpowiedzi | Liczba | % |
|--|--------|-------|
| Finansowe | 22 | 53,6 |
| Lokalne | 12 | 29,2 |
| Brak przeszkód | 9 | 21,95 |
| Inne (psychologiczne, prawne, rodzinne, zawodowe, społeczne) | 7 | 17,08 |
| Brak podania przyczyn | 1 | 2,44 |

siadaniem lokalu jako jedyną przeszkodę wymieniły tylko cztery osoby, ale w połączeniu z innymi trudnościami zgłosiło dwunastu badanych. Prawie 22% respondentów stwierdziło, że nie ma barier w otwarciu praktyki lekarza rodzinnego.

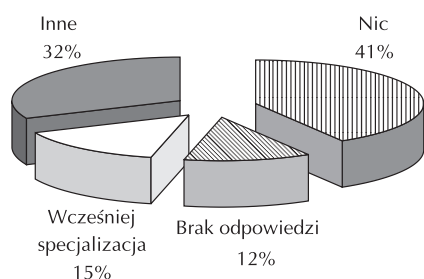
Jedno z pytań dotyczyło kwestii ewentualnego zyskania w środowisku lekarzy większego poważania po uzyskaniu dyplomu. Rycina 2 przedstawia odpowiedzi na pytanie: „Czy uważasz, że status lekarza rodzinnego zapewni Ci spodziewany prestiż i uznanie w środowisku?” Odpowiedzi



Ryc. 2. Spodziewany prestiż lekarza rodzinnego

respondentów wskazują na wysoki (61%) poziom oczekiwań co do środowiskowej akceptacji ich nowego statusu zawodowego. Trzy osoby wybrały odpowiedzi „być może”, a kolejne trzy „nie wiem”. Przekonanie, że dyplom nie zapewnia prestiżu wyraziło prawie 20% zapytanych lekarzy.

Ostatnie z postawionych w ankiecie pytań dotyczyło refleksji na temat własnej przeszłości. Brzmiało ono: „Gdyby była możliwość pokiero-



Ryc. 3. Rozkład odpowiedzi dotyczących ewentualnych zmian w życiu lekarzy

wania swoim życiem od nowa, co byś w nim zmienił(a)?" Na rycinie 3 pokazano rozkład odpowiedzi. Ponad 41% pytanym odpowiedziało jednym słowem: „nic”, natomiast 12% nie podało odpowiedzi. Pozostali wymienili szereg możliwości; niektóre z nich dotyczą ważnych informacji dotyczących procesu kształcenia. Były to następujące stwierdzenia: „wcześniejsza specjalizacja z medycyny rodzinnej” (6 osób), „zmienić kierunek studiów, np. prawo, zarządzanie, zrobić drugi fakultet, np. psychologię, zmienić zawód, kraj” (4 lekarzy), „uczyć się języków obcych i zaliczać praktyki zagraniczne” (2 ankietowanych), „sprawy intymno-rodzinne” (2 osoby), „rozpocząć pracę w dużym mieście” (1 lekarz), „mniej bym pracowała” (1 respondentka).

Omówienie wyników

Pierwszą hipotezę wskazującą, że lekarze, którzy zakwalifikowali się do procesu kształcenia prawidłowo odczytują założenia i zasady instytucji lekarza rodzinnego można zweryfikować następująco.

Większość osób, które zgłosiły się do Ośrodka celem uzyskania dyplomu lekarza rodzinnego to ludzie dojrzały, powyżej 35 roku życia. Doświadczenia kilku lat pracy pomogły im podjąć decyzję o wyborze nowej specjalizacji. Nie budzi zdziwienia fakt, że ponad 60% z nich to kobiety z uzyskanymi wcześniej kompetencjami w dziedzinie chorób wewnętrznych i pediatrii, w większości posiadające dzieci i dotychczas zatrudnione w przychodniach. Taka praca nie wymagała dyżurowania w szpitalu i ułatwiała im realizację planów wychowania dzieci i zadbania o dom. Wyniki ankiety jednoznacznie wskazują, że respondenci zamierzają po zdobyciu dyplomu samodzielnie podpisać kontrakt. Nie chcą powrócić do pracy „na etacie”. Wolą tworzyć samodzielne małe przedsiębiorstwa, mimo niepewności związanej ze zmianą zasad w reformowanej opiece zdrowotnej. Powrót do „starych przychodni” z dużą liczbą administracji i kadry kierowniczej nie jest celem tej grupy badanych.

Taka ich postawa (przynajmniej wyrażona deklaracyjnie w ankiecie) świadczy o właściwym doborze lekarzy do programu specjalizacyjnego: ludzi świadomych, którzy zadają sobie pytanie, jaka droga zawodowa czeka ich po uzyskaniu dyplomu. Daje to też podstawy do przypuszczeń, że zdecydowana większość respondentów jest zainteresowana zdobyciem wiedzy i umiejętności koniecznych do prowadzenia indywidualnego przedsięwzięcia; potwierdzają to nastawienie odpowiedzi dotyczące motywów wyboru specjalizacji. Praca na własny rachunek, samodzielność i niezależność w procesie leczenia pacjentów – to elementy wpisane w standardowy model lekarza rodzinnego w Europie (Czachowski S, 2002). Zdaje się, że uczestnicy badania szybko zaakceptowali nowe warunki i szybko staną się grupą zawodową czerpiącą z nich korzyści. Potwierdzają taką tezę poglądy lekarzy na temat własnego życia i spodziewanego prestiżu po uzyskaniu dyplomu. Procent osób pozytywnie oceniających własną przyszłość sięga 65%, a niewiele mniej (61%) jest przekonanych, że ich pozycja zawodowa wzrośnie po zakończeniu szkolenia.

Te ustalenia stawiają przed Ośrodkiem Kształcenia nowe wyzwania. Wskazują one, że należałoby przygotować indywidualne programy dla poszczególnych lekarzy, którzy posiadają już wcześniej zdobyte doświadczenia zawodowe. Konkretnie cele i środki edukacyjne można wprowadzić z podanych przez respondentów odpowiedzi na pytanie dotyczące ewentualnego wprowadzenia zmian w dotychczasowym życiu. Przypomnijmy, że badani wyrażali chęć zyskania dodatkowych umiejętności z psychologii, zarządzania czy prawa. Szczegóły podpisywania kontraktu i prowadzenia finansów przez lekarza rodzinnego nie są tematem nadającym się na „otwarte dyskusje” w trakcie szkolenia. Muszą być omawiane przy uwzględnieniu konkretnych okoliczności pojedynczej praktyki, a ponadto, jak wszelkie aspekty handlowe, leżą w sferze dyskrekcji każdego lekarza prowadzącego swoje przedsięwzięcie. Artykuły z tej dziedziny w prasie fachowej również traktują problem bardzo ogólnikowo (Krasnołucka A, 2002). Tymczasem bez kompetentnych wiadomości na temat ekonomiki leczenia nie jest możliwe planowanie uruchomienia własnej placówki. Umiejętność doradzenia w zakresie problemów rodzinnych, emocjonalnych, intymnych jest również umiejętnością, którą adept medycyny powinien zyskać w trakcie pobytu w praktyce „u starszego kolegi”.

Upowszechnienie instytucji lekarza rodzinnego jest uwarunkowane regulacjami prawnymi i przepisami administracyjnymi, które nie są przestrzegane przez kształcących się lekarzy jako korzystne – to drugie przypuszczenie, które można łatwo uzasadnić.

Utworzenie własnej placówki, podpisanie indywidualnego kontraktu z NFZ wymaga nie tylko wiedzy, ale również – a może przede wszystkim – odwagi i wiary w siebie. Reformy opieki zdrowotnej miały na celu między innymi prywatyzację. Jednak traktowanie małych gabinetów lekarskich tak samo jak „moločów szpitalnych” i stosowanie wobec nich tych samych przepisów prawnych jest trudne do akceptacji. Prawie 35% badanych wskazywało na przepisy prawne jako główną barierę w upowszechnianiu instytucji lekarza rodzinnego. Poza niedostosowaniem prawa znacznym utrudnieniem jest przesadny formalizm urzędników w egzekwowaniu warunków zakładania praktyki. Przekraczają oni surowe wymagania w porównaniu do ich kolegów w wielu krajach Europy, w których lekarz rodzinny jest głównym elementem systemu medycznego (np. Anglia, Holandia, kraje skandynawskie). Nalaskowski podobne obserwacje poczynił w obszarze edukacji. Na temat prawnej regulacji działania szkół niepublicznych pisał: „W ciągu 7 lat od ich powstania wytworzono (jak, kiedy?) całą gąszcz przepisów unifikujących te niezależne placówki i upodabniających je w największym z możliwych stopniu do placówek państwowych” (Nalaskowski A, 2002). Omawiane zagadnienie obejmuje również kształcenie kandydatów do zawodu – wymogi formalne w postaci dodatkowych pomieszczeń, sprzętu dydaktycznego, liczby personelu, ilości przeznaczanego czasu jest warunkiem trudnym do zrealizowania.

Badani lekarze prawie jednogłośnie (90%) orzekli, że o powodzeniu pracy lekarza rodzinnego decyduje jego osobowość. Do jej kształtowania, podobnie jak właściwej postawy, potrzebny jest codzienny kontakt z „mistrzem w zawodzie” i pacjentami, a nie skrupulatne czy wręcz obsesyjne stosowanie się do sanitarno-higienicznych regulaminów. Umiejętności rozmowy i nawiązywania kontaktu nie zapewnia paragraf zarządzenia administracyjnego (Mayerscough P, Ford M, 2001).

Istotnym elementem mającym wpływ na rozwój i powodzenie instytucji lekarza rodzinnego jest akceptacja przez środowisko medyczne tej formy lecznictwa oraz zmiana przyzwyczajeń pacjentów – to ostatnia hipoteza.

Pewnego potwierdzenia dostarczają tu wyniki ankiety: 24,4% respondentów wskazało na środowisko lekarskie jako ważny czynnik opiniotwórczy. Trzeba ponadto pamiętać, że studenci medycyny zdobywają wiedzę w uczelniach medycznych, w których wykładowcy są pracownikami sfery budżetowej. Nie reprezentują grupy wolnorynkowych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wiedza przekazywana jest w większości przez wybitnych specjalistów w jednej z wąskich dziedzin medycyny. System kształce-

nia i prestiż nauczyciela zawodu w ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat został zbudowany na nabywaniu umiejętności w wąskiej dziedzinie medycyny. Pojawia się tu ważny dylemat edukacyjny: jak wprowadzić nowy, dotąd nieznan model, którego założenia są odwrotne niż dotychczasowe doświadczenia zawodowe? Jak wprowadzić do edukacji nowy paradygmat – holistycznego ujęcia chorego człowieka? Jeden lekarz, który zajmuje się wszystkimi chorobami bez względu na wiek i płeć pacjenta musi budzić powątpiewanie i opór wśród wielu wykładowców. Piątkowski, socjolog medycyny, stwierdza: „Zauważmy też, iż lekarz rodzinny pracuje zespołowo i uczy się korzystać z pomocy ekspertów spoza systemu medycznego, np. zatrudnionych na uniwersytetach socjologów czy psychologów. Równocześnie trzeba stwierdzić, że lekarze rodzinni nie znaleźli jeszcze należnego im miejsca w transformującym się systemie ochrony zdrowia” (Piątkowski W, Titkow A, 2002). Postęp w medycynie jest tak duży, że umiejętność poznania nowych osiągnięć wymaga ustawicznego, „całozyciowego” uczenia się. Ten element edukacji lekarzy rodzinnych powinien zostać zaszczepiony w okresie studiów.

Ostatni obszar dyskusji, zgłaszany przez blisko 20% uczestników badania, obejmuje przyzwyczajenia pacjentów. Chorzy ze skierowaniami do specjalistów, czasami z błahych powodów, cierpliwie znosili czas oczekiwania na konsultację. W założeniu obecnego systemu znaczną część kontroli nad leczeniem ustalonych przez specjalistów chorób podejmuje lekarz rodzinny we współpracy z pacjentem. Wymaga ten proces dużego nakładu sił, czasu i środków na edukację chorych oraz umiejętności pedagogizacji pacjentów. To zmienia kierunek funkcjonowania opieki, obecnie bowiem pacjent powinien odgrywać rolę współdecydującego w kontrolowaniu terapii. Układ lekarz–pacjent zmienia swój charakter i staje się coraz częściej relacją interpersonalną, w której pacjent zostaje zaangażowany w podejmowanie decyzji terapeutycznych. Pojawiają się dylematy, których rozwiązywanie wymaga specjalnego przygotowania (Radka A, 1996). Przed lekarzem rodzinnym powstaje potrzeba profesjonalnego prowadzenia konsultacji, znajomości interdyscyplinarnych zagadnień. Te kompetencje może nabyć tylko na „poligonie treningowym”, jakim są praktyki lekarza rodzinnego.

Wnioski

Badania potwierdziły hipotezę o prawidłowym odczytywaniu przez rezydentów zasad instytucji lekarza rodzinnego. Podobna konkluzja dotyczy przypuszczeń o niekorzystnych regula-

cyjach prawnych warunkujących otwieranie nowych praktyk. Weryfikacja hipotezy o wpływie środowiska medycznego i przyzwyczajeniach pa-

cientów na rozwój instytucji lekarza rodzinnego w Polsce wymaga nadal szczegółowych i pogłębionych badań.

Piśmiennictwo

1. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. *Program specjalizacji w medycynie rodzinnej*. Warszawa; 2002: 20.
2. Olesen F. Do we need a definition of general practice? *The European Journal of General Practice* 2002, 8(4): 138–139.
3. Łaska-Formejster A. *Proces kształtowania roli zawodowej lekarza rodzinnego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2002: 51–66.
4. Czachowski S. *Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia)*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2002: 11–20.
5. Krasnołucka A. Kredyty bankowe dla lekarzy. *Lekarz Rodzinny* 2002, 7: 62, 64, 66–71.
6. Nałaskowski A. *Widnokreśli edukacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2002: 283–299.
7. Mayerscough P, Ford M. *Jak rozmawiać z pacjentem?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001: 13–18.
8. Piątkowski W, Titkow A (red.). *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2002: 28–29.
9. Radka A. *Dylematy w pracy lekarza*. [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996: 275–283.

Adres Autora:

Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego AM
ul. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

Medycyna rodzinna – specjalizacja atrakcyjna?

Family medicine – is it an attractive choice?

ANNA WAWRZYNIAK, IZABELA WARMUZ-STANGIERSKA, MICHALINA MARCINKOWSKA,
LILIANA CELCZYŃSKA-BAJEW, WANDA HORST-SIKORSKA

Z Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. Wanda Horst-Sikorska

Streszczenie Celem pracy było poznanie preferencji studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu w wyborze przyszłej specjalizacji lekarskiej, szczególnie poznanie pozycji medycyny rodzinnej w tym wyborze oraz motywów, jakimi kierowali się ankietowani. W tym celu 154 studentom VI roku przed rozpoczęciem zajęć z medycyny rodzinnej postawiono pytania otwarte dotyczące planów zawodowych oraz kryteriów, jakie kierowały określonym wyborem. Studentom, którzy wybrali inną specjalizację niż medycyna rodzinna, zadano pytanie, co było tego powodem. Najbardziej wymarzoną przez studentów specjalizacją jest interna i chirurgia. W rankingu specjalizacji wysokie miejsca zajmują także pediatria i ginekologia. Medycynę rodzinną wybiera jedynie 5,8% respondentów. Obraz specjalizacji lekarza rodzinnego funkcjonujący w wyobrażeniach studentów jest niezgodny z rzeczywistością i powoduje niechęć do wyboru tego kierunku specjalizacji. Najczęściej podawanym powodem wyboru specjalizacji, a równocześnie przyczyną wyłączenia medycyny rodzinnej ze swoich preferencji zawodowych, był zakres wiedzy koniecznej do opanowania.

Słowa kluczowe: studenci, lekarze rodzinni, specjalizacja.

Summary The aim of this study was to gather information from students of VI year of University of Medical Sciences in Poznań about their future medical specialization. We were especially interested in students' reasons for choosing family medicine. 154 students were asked to answer a questionnaire about their career plans and criteria of specialization choice. They were also asked to reveal their motivation in choosing specialization. Obtained results showed that the most wanted specialization was surgery and internal medicine, next pediatrics and gynecology. Family medicine was chosen only by 9 person (5,8%). Similar number of students chose oncology and palliative care. In the students opinion the wide range of medical knowledge and responsibility is the reason of rejection of the family medicine as a future career.

Key words: students, family doctors, specialization.

Wstęp

Obraz idealnego lekarza kreowany przez piśmiennictwo światowe: naukowca, diagnosty, farmakoterapeuty, psychoterapeuty i znawcy środowiska często daleko odbiega od rzeczywistości. Postępująca technokratyzacja i zakres wiedzy medycznej sprawił, że zamiast ideału spotykamy coraz więcej specjalistów w bardzo szczegółowych dziedzinach, biegłych w funkcjonowaniu wybranego fragmentu ludzkiego organizmu, a z kolei często bezradnych wobec dysfunkcji innego układu. Wobec preferowanego holistycznego ujmowania zdrowia, nastąpił gwałtowny nawrót do sprawdzanej przed laty medycyny rodzinnej (Michoń P, Strecker D, 2001; Łopatyński J, Mardarowicz G, 2000). Dobre tradycje tej gałęzi lekarskiej są jednak wciąż niewłaściwie spostrzegane i przez pacjentów, i przez lekarzy innych specjalności. Lekarz rodzinny to w odbiorze większości domowy opiekun z ogólną, powierzchowną wiedzą me-

dyczną. Powodem takiej opinii jest często brak znajomości faktycznych kompetencji lekarzy rodzinnych. Szczególnie widoczny staje się ten fakt w czasie zajęć studenckich z przedmiotu medycyna rodzinna, gdzie weryfikowane są dotychczasowe opinie podawane przez lekarzy innych specjalności (Sapilak B, Kurpas D, 2003; Michoń P, Strecker D, 2001; Łopatyński J, Mardarowicz G, 2000). W poszukiwaniu źródeł tego zjawiska postanowiono poznać i ocenić wyobrażenia o kompetencjach i roli lekarza rodzinnego wśród studentów medycyny przed przystąpieniem przez nich do zajęć z przedmiotu medycyna rodzinna (Czachowski S, Buczkowski K, 2001; Sapilak B, Kurpas D, 2003).

Założono, że wiedza studentów o medycynie rodzinnej jest w dużej części wynikiem wiadomości przejętych od lekarzy innych specjalności, nabytych w czasie dotychczasowych studiów. Można zatem uznać je za reprezentatywne dla dużej części środowiska lekarskiego i typowe dla specjalistów z innych dziedzin.

Celem pracy było poznanie:

1. Planów zawodowych studentów ostatniego roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
2. Kryteriów, jakimi kierują się w wyborze wymarzonej specjalizacji.

Materiał i metody

154 studentom VI roku Wydziału Lekarskiego AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (93 kobiety, 61 mężczyzn), w wieku 24–28 lat (średnia 25,1) przed rozpoczęciem zajęć z medycyny rodzinnej postawiono pytania otwarte, prosząc, aby w odpowiedziach nie kierować się realnymi możliwościami zdobycia pracy w określonej dziedzinie, a jedynie rzeczywistymi zainteresowaniami:

1. Jaką specjalizację chcieliby wybrać?
2. Co kierowało takim wyborem?
3. Studentom, którzy wybrali inną specjalizację niż medycyna rodzinna, zadano pytanie, co było tego powodem.

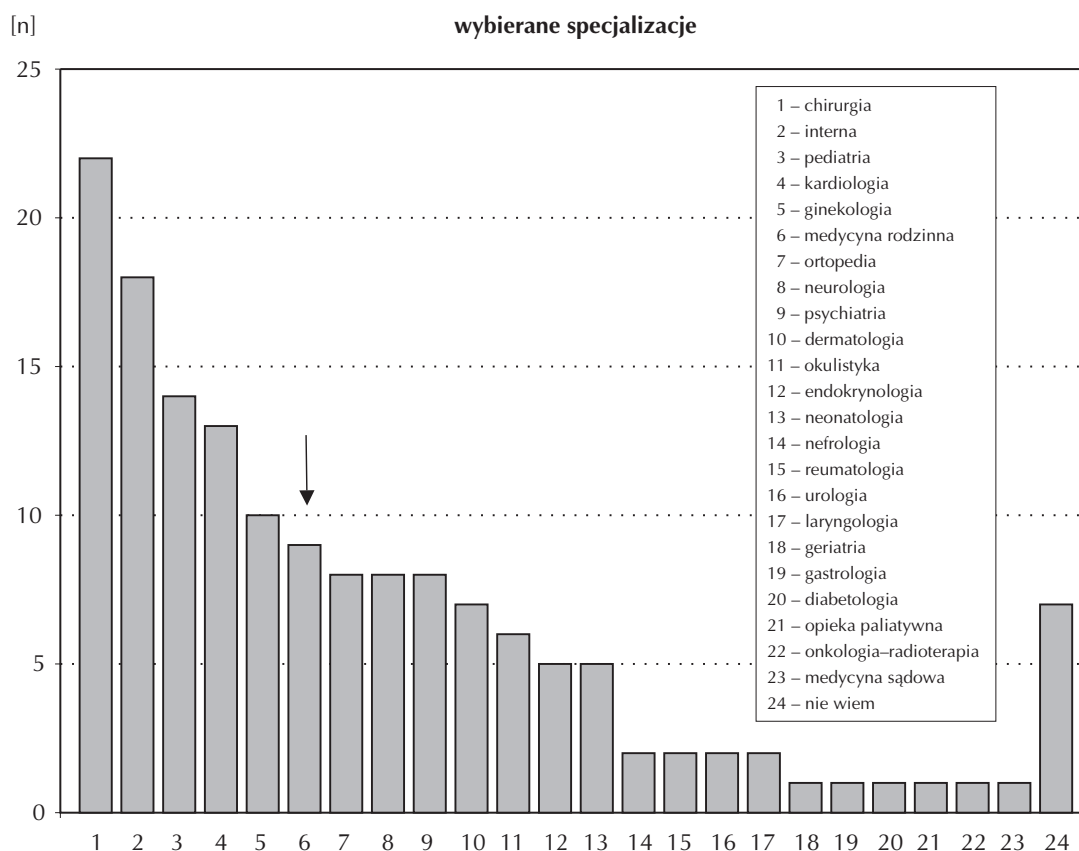
Wyniki

Najchętniej wybieraną przez studentów specjalizacją jest chirurgia, z którą wiążą swoją przy-

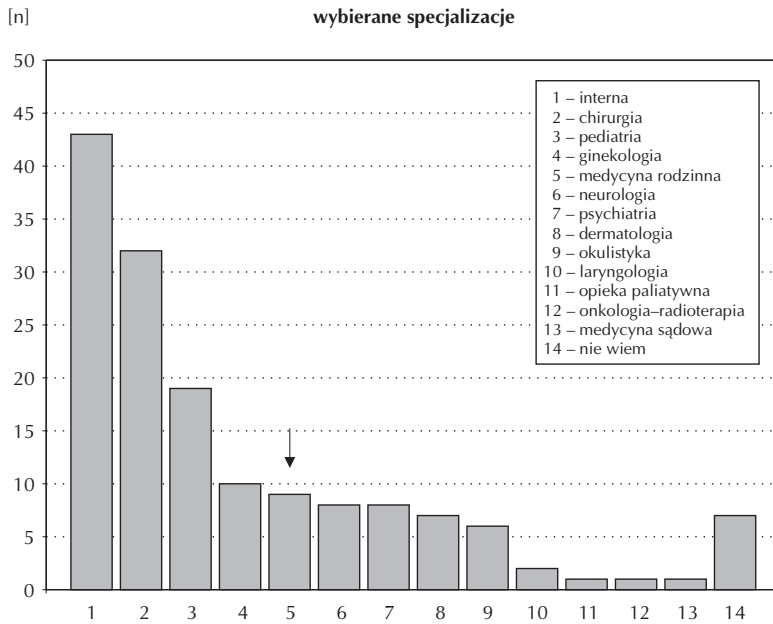
szłość 22 osoby, co stanowi 14,3% badanej grupy. Kolejno duże zainteresowanie studentów dotyczy specjalizacji z chorób wewnętrznych – 18 osób (11,7%), pediatrii – 14 osób (9,1%), kardiologii – 13 osób (8,4%), ginekologii – 10 osób (6,5%), medycyny rodzinnej – 9 osób (5,8%), neurologii, psychiatrii, ortopedii po 8 osób (6,5%), dermatologii – 7 ankietowanych (4,5%), okulistyki – 6 osób (3,9%), endokrynologii – 5 ankietowanych (3,2%), nefrologii, reumatologii, urologii, laryngologii po 2 osoby (1,3%), diabetologii, gastroenterologii, geriatrici, onkologii, opieki paliatywnej, medycyny sądowej – po jednej osobie. Pozostali, tzn. 7 badanych (4,5%), nie ma jeszcze sprecyzowanych planów na przyszłość. Wybrane kierunki specjalizacji przedstawiono na rycinie 1.

Obserwowano, że już w okresie studiów jako przyszła praca wybierane są podspecjalności, a nie dziedziny podstawowe. Fakt ten ma miejsce wyraźnie w odniesieniu do specjalizacji z chorób wewnętrznych. Jedynie 18 studentów wybiera ogólną specjalizację z chorób wewnętrznych, ale łącznie z wszystkimi podspecjalizacjami interny dotyczy to aż 43 osób. Zaliczenie wybieranych przez studentów wąskich specjalizacji do dziedzin podstawowych w poniższym opracowaniu zmieniło wcześniejsze proporcje.

Wybrane kierunki po włączeniu podspecjalności do dziedziny podstawowej przedstawia rycina 2.



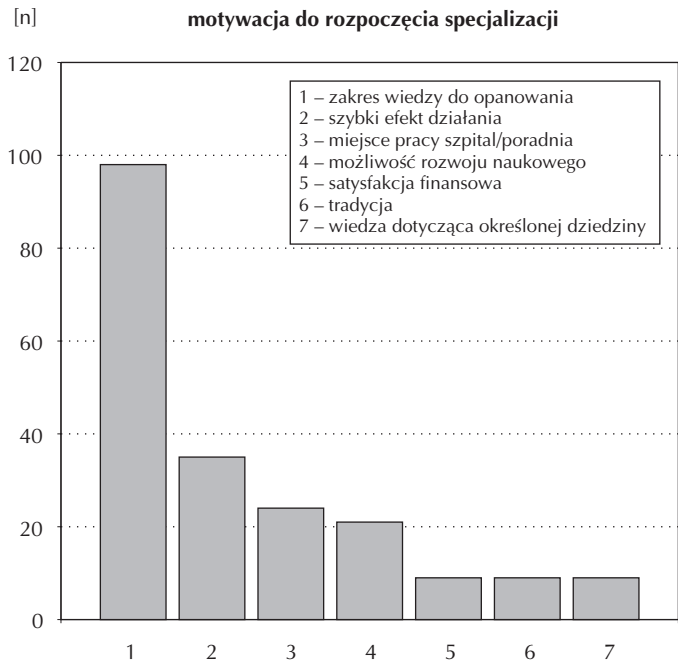
Ryc. 1. Przedstawienie planowanych dziedzin specjalizacji. Zaznaczono ↓ specjalizację z medycyny rodzinnej



Ryc. 2. Wybierane przez studentów specjalności bez rozdziału na podspecjalizacje. Zaznaczono ↓ specjalizację z medycyny rodzinnej

Najczęściej wybieraną specjalizacją po włączeniu podspecjalizacji, takich jak: kardiologia, endokrynologia, nefrologia, reumatologia, diabetologia, gastroenterologia, były choroby wewnętrzne. Drugie miejsce zajęła chirurgia – 32 osoby (22,1%), a na trzecim miejscu znalazła się pediatria – 19 (12,3%). Ginekologię wybierał co 6 student, łącznie 10 osób (6,5%). Medycyna rodzinna, w której chcieliby się specjalizować 9 osób (5,8%), zajmuje 5 pozycję. Należy jednak podkreślić znaczną różnicę przewagi dziedzin częściej preferowanych w przeprowadzonej ankiecie pomiędzy pierwszymi trzema (choroby wewnętrzne, chirurgia, pediatria) a miejscami 4 i 5. Na dalszych miejscach ankietowani wybierają neurologię i psychiatrię po 8 osób (5,2%), dermatologię – 7 osób (4,5%), okulistykę – 6 osób (3,9%), laryngologię – 2 osoby (1,3%). Pozostałe wymieniane specjalności, takie jak onkologia, opieka paliatywna oraz medycyna sądowa, były wymieniane odpowiednio tylko przez 1 osobę (0,6%). Główne motywy wyboru specjalizacji przedstawiono na rycinie 3.

Najczęściej podawanym powodem wyboru specjalizacji, a równocześnie przyczyną wyłączenia medycyny rodzinnej ze swoich preferencji zawodowych, był zakres wiedzy koniecznej do opanowania. Był to argument podawany 98 razy, tzn. w 47,8%. Możliwość uzyskania w danej dziedzinie szybkich efektów działania podawało jako najważniejszy motyw wyboru 35 osób (17,1%) – byli to studenci wybierający specjalności zabiegowe. Miejsce pracy określane jako szpital lub poradnia było ważne dla 24 ankietowanych (11,7%). Możliwość rozwoju naukowego decydowała o wyborze lub odrzuceniu specjalizacji w 21 przypadkach, tj. dla 10,2%. Tradycję, satysfakcję finansową oraz wiedzę o danej dziedzinie wymieniło jednakowo po 9 studentów (4,3%).



Ryc. 3. Motywacja studentów VI roku Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu do wyboru specjalizacji

Dyskusja

Wśród powodów dokonania przez studentów określonych wyborów na pierwszym miejscu znalazł się zakres wiedzy koniecznej do opanowania. Preferencje przyszłych specjalistów są bardzo różnorodne. Dla jednych pożądane były specjalizacje wąskie, z kolei inni zainteresowani byli bardziej rozległymi dziedzinami. Osoby wybierające specjalizacje zabiegowe argumentowały to często możliwością szybkiego zaobserwowania efektów swojego działania oraz swoimi

zdolnościami manualnymi. Dla około 12% ankietowanych ważne było przyszłe miejsce pracy, przy czym w większości oczekiwane było ono w klinice lub w szpitalu. Część studentów uważa, że na początku kariery zawodowej lekarza korzystna jest praca w lecznictwie zamkniętym, gdzie można zasięgnąć rady starszych i bardziej doświadczonych lekarzy.

Wśród wybierających specjalizację z medycyny rodzinnej argumenty skupiały się wokół bliskich kontaktów ze środowiskiem pacjenta. Za uważalny był brak argumentów merytorycznych. Żaden z ankietowanych nie uważał, że wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej może przyczynić się do podniesienia jego prestiżu w środowisku, co z kolei było argumentem wybierających np. chirurgię. Świadczy to o braku wiedzy i znajomości realiów dotyczących medycyny rodzinnej, charakteru pracy lekarza rodzinnego i wymaganych kwalifikacji.

Zajęcia z przedmiotu medycyna rodzinna odbywają się w AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na VI roku studiów, kiedy większość studentów ma już sprecyzowane plany co do pożądanego przez siebie specjalizacji. Wyobrażenia o przyszłej pracy i plany dotyczące specjalizacji

kształtują się już wcześniej, najczęściej w trakcie pierwszych zajęć klinicznych, a więc na trzecim, czwartym roku studiów. Wydaje się więc, że ważnym postulatem powinno być wprowadzenie zajęć z medycyny rodzinnej na wcześniejszych latach studiów równoległe z innymi przedmiotami klinicznymi. Zbyt mała wiedza o medycynie rodzinnej prezentowana przez większość ankietowanych powinna być wskazówką o konieczności zwrócenia uwagi na sposób egzekwowania wiadomości zdobywanych w trakcie zajęć z przedmiotu.

Wnioski

1. Najbardziej wymarzoną przez studentów specjalizacją jest interna i chirurgia.
2. W rankingu specjalizacji wysokie miejsca zajmuje także pediatria i ginekologia.
3. Medycynę rodzinną wybiera jedynie 5,8% respondentów.
4. Obraz specjalizacji lekarza rodzinnego funkcjonujący w wyobrażeniach studentów jest niezgodny z rzeczywistością i powoduje niechęć do wyboru tego kierunku specjalizacji.

Piśmiennictwo

1. Michoń P, Strecker D. Nauczanie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej a oczekiwania studentów VI roku Wydziału Lekarskiego. *Pol Med Rodz* 2001; 3, 2: 152–153.
2. Łopatyński J, Mardarowicz G, Król H. Potrzeby i praktyczne działania edukacyjne przed- i podyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej. *Pol Med Rodz* 2000; 2, 3: 286–288.
3. Sapilak B, Kurpas D, Steciwko A. Ocena jakości i skuteczności nauczania studentów VI roku w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Pol Med Rodz* 2003; 5, 3: 587–589.
4. Czachowski S, Buczkowski K. Miejsce specjalizacji z medycyny rodzinnej w ocenie studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. *Pol Med Rodz* 2001; 3, 2: 151.

Adres Autorów:
Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. H. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań

Aspekty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w pracy lekarzy pierwszego kontaktu/lekarzy rodzinnych i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w warunkach zreformowanego systemu ochrony zdrowia

Aspects of health promotion and diseases' prophylaxis in general practitioners/family doctors and district nurses work after the health care system reform

MARIOLA SEŃ¹, ANDRZEJ STECIWKO²

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr nauk. hum. Iwona Taranowicz

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko

Streszczenie Podniesienie zdrowotności społeczeństwa i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego było jednym z założeń reformy systemu ochrony zdrowia, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. Wiodącą rolę w systemie przypisano dobrze zorganizowanej, powszechnie dostępnej i dostosowanej do potrzeb społeczeństwa podstawowej opiece zdrowotnej, również w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Celem pracy było określenie udziału lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w promocji zdrowia i profilaktyce chorób w nowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w latach 1999–2001, a także ocena adekwatności podejmowanych działań w tym zakresie do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji Dolnego Śląska oraz ocena dostępności do usług na poziomie podstawowym jako wyraz poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że udział podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób i promocji zdrowia wśród mieszkańców Dolnego Śląska po wdrożeniu zasad reformy systemu ochrony zdrowia należy uznać za niewystarczający wobec rozpoznanych potrzeb w tym zakresie.
Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, potrzeby zdrowotne, promocja zdrowia, profilaktyka chorób.

Summary Elevation of sanitary condition of societies and enlargement of feeling of wholesome safety was one from foundations health care system reform, which entered in rye with day of 1 January of 1999 year. Leading part in system was attributed well organized been guided, broadly accessible and adapt to needs of society basic wholesome care also in range of promotion of health and prophylaxis of diseases. Qualification of part of doctors and nurses of basic wholesome care was aim of work in promotion of health and prophylaxis of diseases in new conditions of functioning health care system in years 1999–2001, and also as well as; opinion of adequacy of taken workings in this range to real needs of wholesome population of Lower Silesia as well as opinion of accessibility to services on basic level as word of feeling of wholesome safety of patients. Results of moved investigations show, that one should part of basic wholesome care in prophylaxis of diseases and promotion of health among occupants of Lower Silesia after initiating of rules of reform health care system to recognise behind insufficient range in the face of recognized, needs in this.

Key words: primary health care, health needs, health promotion, diseases prophylaxis.

Wprowadzenie

Zmiany w sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej ludności świata w coraz większym stopniu zależą od tempa procesów przemian, jakie zachodzą we wszystkich dziedzinach życia. Mogą one spowodować zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki zdrowotne (Karski JB, 1994, 1999). Zmiany w stanie zdrowia ludności wynikają z rodzaju chorób, częstości ich występowania,

możliwości ograniczenia ich skutków i ułomności czy inwalidztwa w związku z przemianami w sytuacji ekonomicznej, społecznej czy też w środowisku naturalnym, a także zmianami zachowań związanymi z tempem rozwoju gospodarczego i uprzemysłowieniem, np. siedzący tryb życia, nadużywanie leków, używek, narkotyków, palenie tytoniu, niewłaściwe odżywianie (Bejnarowicz J, 1992; Karski JB, 1999). Niektóre z powyższych zagrożeń mogą być zmniejszone dzie-

ki działaniom zdrowia publicznego i ochrony zdrowia oraz promocji zdrowia, a inne będą wymagały modyfikacji zachowań na poziomie jednostki poprzez m.in. działania edukacyjne i zmianę świadomości zdrowotnej (Bik B, 2001).

Cel pracy

Celem pracy było określenie udziału lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w promocji zdrowia i profilaktyce chorób w nowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w latach 1999–2001 na podstawie opinii pacjentów szpitali Dolnego Śląska.

Cel postanowiono osiągnąć, starając się odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

1. Jakie działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób podejmują członkowie zespołu podstawowej opieki zdrowotnej?
2. Kto z zespołu podstawowej opieki zdrowotnej częściej podejmuje działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wobec podopiecznych?
3. Jakie metody pracy w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób stosują członkowie zespołu podstawowej opieki zdrowotnej?
4. Jakich działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wymagają mieszkańcy regionu Dolnego Śląska ze względu na:
 - 4.1. poziom świadomości zdrowotnej określonej na podstawie znajomości i samooceny podstawowych wskaźników zdrowia (ciśnienie tętnicze krwi, masa ciała, stężenie cholesterolu w surowicy krwi);
 - 4.2. samoocenę stanu zdrowia i występowanie chorób;
 - 4.3. przejawiane zachowania w zakresie wybranych elementów stylu życia i świadomości ich znaczenia w kształtowaniu stanu zdrowia.
5. Jaka jest dostępność do świadczeń zdrowotnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w opinii badanych osób?

osób wyrażony jako kategoria modalna wahał się w granicach 25–34 lata. Przeciętny wiek badanych kobiet to także 25–34 lata, a mężczyzn 45–54 lata.

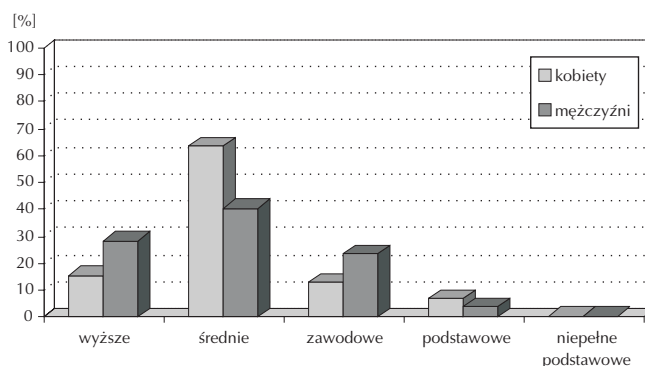
W badanej populacji dominowały osoby z wykształceniem na poziomie średnim (57%).

Poziom wykształcenia badanej populacji obrazuje rycina 1.

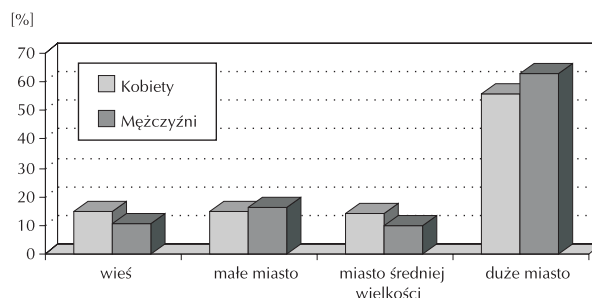
W grupie kobiet wykształcenie na poziomie średnim miało 63,4% osób, a w grupie mężczyzn 40,7%. Najmniej osób było z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (7,7% w grupie kobiet i 4,4% w grupie mężczyzn).

Respondenci wywodzili się w większości ze środowiska miejskiego z przewagą mieszkańców z dużego miasta. Obrazuje to rycina 2.

Spośród badanych osób 690 było ubezpieczonych w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych,



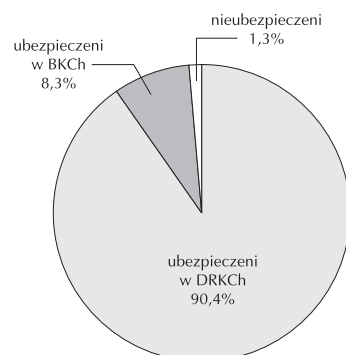
Ryc. 1. Wykształcenie badanych osób



Ryc. 2. Miejsce zamieszkania badanych osób

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono wśród dorosłych pacjentów z losowo wybranych szpitali ogólnych województwa dolnośląskiego z podziałem na Wrocław i region w okresie od kwietnia do grudnia 2001 r. Wśród pacjentów szpitali wytypowanych do badań rozprawdzono 2000 ankiet, z których zebrano 900 kwestionariuszy, a ostatecznej analizie statystycznej poddano 763 ankiety. W badaniu ankietowym wzięło udział 556 kobiet (72,9%) oraz 207 mężczyzn (27,1%) w wieku powyżej 18 roku życia. Przeciętny wiek badanych



Ryc. 3. Rodzaj ubezpieczenia badanych osób

63 należało do Branżowej Kasy Chorych, a 10 osób podało, że nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym.

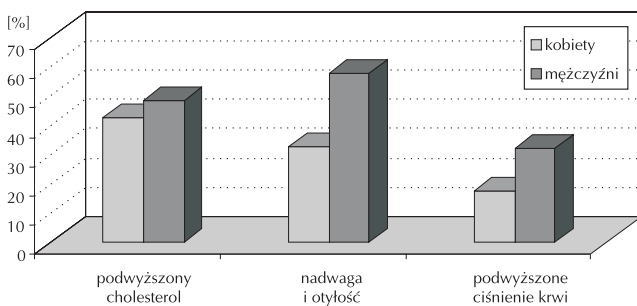
Badanie zostało zrealizowane za pomocą kwestionariusza ankiety skonstruowanego specjalnie na potrzeby niniejszej pracy, skonsultowanego i zatwierdzonego pod względem metodycznym i merytorycznym przez socjologa. Kwestionariusz składał się z 94 pytań, w tym 55 stanowiły pytania zamknięte oraz metryczki.

Analizy statystycznej materiału badawczego dokonano używając: testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) (krytyczną wartość pierwszego rodzaju przyjęto na poziomie $p < 0,05$), testu dla median i testu Manna-Whitneya. Obliczenia wykonano za pomocą programu Simstat (wersja 1,24; Peladeau 1998).

Wyniki badań i ich omówienie

Do zadań zespołu podstawowej opieki zdrowotnej należy między innymi zajmowanie się kontrolą zagrożenia chorobami przewlekłymi w warunkach codziennej praktyki w ciągu długiego okresu czasu. Stwarza to dogodne warunki lekarzom i pielęgniarkom POZ do świadczenia usług zapobiegawczych dzięki regularnym kontaktom z podopiecznymi. Wśród pacjentów POZ są osoby zdrowe, osoby zdrowe, lecz zagrożone ze względu na zachowania szkodliwe dla zdrowia, osoby znajdujące się w stadiach przedklinicznych choroby z subiektywnym poczuciem zdrowia, a także chorzy z dolegliwościami i objawami wskazującymi na konkretną chorobę (Holland W, Glasunov I i wsp., 1995). Kontakty lekarza i pielęgniarki POZ z pacjentem, porady i wizyty domowe stwarzają duże możliwości dla indywidualnej oceny zagrożenia, tj. identyfikacji takich nawyków, sposobów zachowania lub stanów, które wskazują na zagrożenie danej osoby chorobą, oszacowania indywidualnego poziomu ryzyka i konsekwencji zdrowotnych, jakie mogą wynikać z narażenia na te czynniki oraz promocji zachowań sprzyjających zdrowiu.

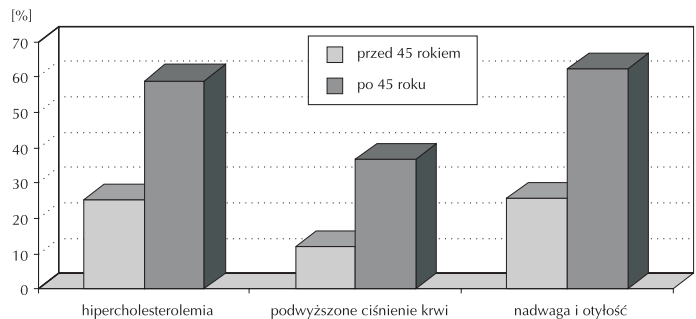
W badanej populacji pacjentów szpitali Dolnego Śląska stwierdza się zagrożenia zdrowotne związane z występowaniem (ryc. 4):



Ryc. 4. Badane wskaźniki zdrowia odbiegające od normy według płci

- podwyższonego poziomu cholesterolu, który obserwowujemy u 48,3% mężczyzn i u 42,5% kobiet,
- nadwagi i otyłości u 57,6% badanych mężczyzn i 32,8% badanych kobiet,
- podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, które występuje u 30,1% badanych mężczyzn i 17,5% badanych kobiet.

Odsetek osób z podwyższonym poziomem cholesterolu całkowitego w surowicy krwi, podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi oraz podwyższonym indeksem masy ciała (BMI) wzrasta istotnie wraz z wiekiem badanych – wśród pacjentów po 45 roku życia częściej niż u co drugiego badanego obserwujemy podwyższony poziom cholesterolu, u co trzeciego podwyższone ciśnienie krwi, a prawie u 2/3 występowała nadwaga lub otyłość (BMI ≥ 25). Obrazuje to rycina 5.

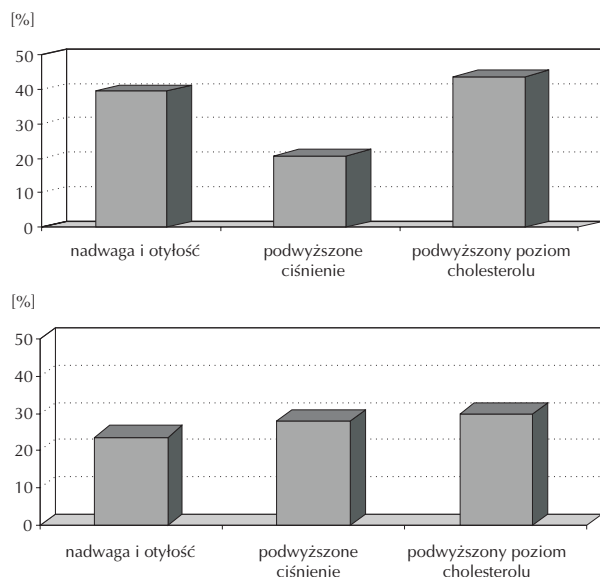


Ryc. 5. Badane wskaźniki zdrowia odbiegające od normy w dwóch grupach wiekowych

W grupie osób, u których stwierdzono nadwagę i otyłość, prawie co czwarty pacjent (23,7%) nie był świadomy, że jego waga odbiega od normy, wśród badanych z podwyższonym ciśnieniem krwi takich osób było 27,9%, a wśród pacjentów z podwyższonym poziomem cholesterolu całkowitego w surowicy krwi prawie 1/3 uważała, że wartość ta jest prawidłowa. Zależność tę ilustruje rycina 6.

Stan zdrowia społeczeństwa zależy w dużej mierze od tego, jakie zachowania zdrowotne w zakresie stylu życia przejawiają poszczególni ludzie. Dotyczą one tych elementów stylu życia, którym na podstawie wielu badań epidemiologicznych przypisuje się znaczącą rolę w powstawaniu chorób głównie układu krążenia i/lub nowotworowych, a więc:

- palenia tytoniu,
- nieracjonalnej diety i picia alkoholu,
- małej aktywności fizycznej
- oraz braku umiejętności radzenia sobie ze stresem (Kannel NS, 1978; Rywik S, Broda G, 1996, 1997; Cybulska B, Adamus J, 2000).



Ryc. 6. Świadomość występowania zagrożeń zdrowotnych spowodowanych podwyższonymi wskaźnikami zdrowia w badanej populacji (górny wykres – wartości odbiegające od normy; dolny wykres – świadomość tego faktu wśród badanych)

W badanej populacji pacjentów szpitali Dolnego Śląska najczęściej stwierdza się:

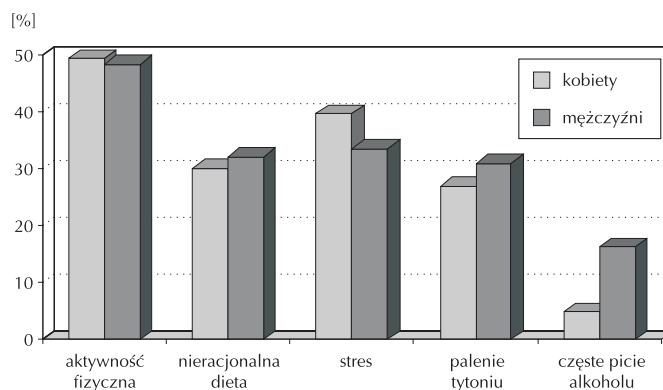
- niski poziom aktywności fizycznej (48,4% M i 49,4% K), polegający na biernym spędzaniu czasu wolnego przez prawie co drugiego badanego (47,1%) oraz wyborze mało aktywnych form ruchu (spacer 67,7% K i 62,6% M); jedynie 8,5% badanych osób spędza wolny czas uprawiając sport (biegi, gra w piłkę, ćwiczenia na siłowni);
- błędy żywieniowe (32,2% M i 30,1% K), polegające m.in. na zbyt rzadkim jadeniu warzyw (2/3 badanych) i owoców (co drugi badany), preferowanie mięsa czerwonego bogatego w nasycone kwasy tłuszczowe i cholesterol na niekorzyść drobiu i ryb oraz wychodzenie z domu bez śniadania (co piąty badany);
- brak umiejętności radzenia sobie ze stresem we własnej ocenie badanych (33,5% M i 39,7% K);
- palenie tytoniu (31% M i 27% K);
- oraz u niewielkiego odsetka badanych częste picie alkoholu (16,3% M i 4,9% K).

Deficyt w zakresie wybranych elementów stylu życia w badanej populacji ilustruje rycina 7.

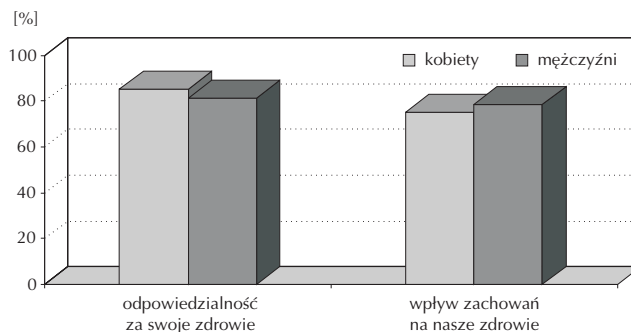
Za niekorzystny należy uznać również fakt, że przejawiane zachowania pozostają w sprzeczności z deklarowanym poczuciem odpowiedzialności za swoje zdrowie wśród dużego odsetka badanych (ponad 80%) oraz wyrażaną opinią, że na nasze zdrowie największy wpływ mają nasze zachowania (ok. 80%) (ryc. 8). Dowodzi to, że odpowiedzialność za własne zdrowie pozostaje jedynie w sferze deklaracji badanych i może świadczyć o ich niskiej świadomości zdrowotnej.

Innym ważnym problemem w zapobiegawczej pracy zespołu POZ jest prowadzenie działań w zakresie profilaktyki raka piersi i szyjki macicy wśród kobiet poprzez upowszechnianie i naukę samokontroli piersi, zachęcanie do badania mammograficznego kobiet po 40 roku życia oraz uświadamianie o konieczności regularnego wykonywania badania cytologicznego i wizyt u ginekologa. Nowotwory złośliwe stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów w Polsce u obu płci, ale u kobiet w grupie wieku 35–59 lat są najczęstszą przyczyną zgonów (Ostrowska A, Sikorska J, 1996; Włodarczyk C, Sito S, 1999).

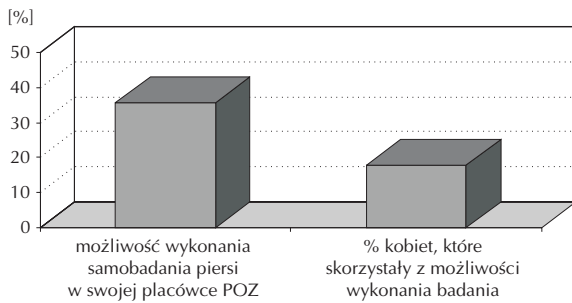
U kobiet najczęstszym nowotworem złośliwym jest rak piersi i rak szyjki macicy. W zwalczaniu tych nowotworów duże nadzieje pokłada się w programach wczesnego wykrywania i edukacji kobiet w tym zakresie (Rydzewska A, Król I, 1997). Z badań własnych wynika, że 35,5% respondentek deklaruowało, iż ma możliwość nauki samokontroli piersi i przeprowadzenia badania piersi w celach profilaktycznych w placówce POZ, w której się leczą, lecz jedynie 17,8% kobiet skorzystało z tej możliwości (ryc. 9). Dowodzi to niskiej świadomości zdrowotnej wśród badanych kobiet w tym zakresie i wskazuje na konieczność intensyfikacji działań edukacyjnych



Ryc. 7. Deficyt zachowań zdrowotnych w zakresie wybranych elementów stylu życia w badanej populacji



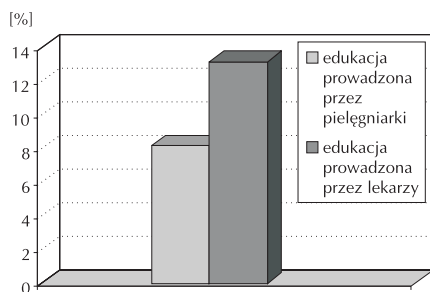
Ryc. 8. Deklarowane poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz opinia na temat wpływu naszych zachowań na zdrowie w grupie kobiet i mężczyzn



Ryc. 9. Punkty nauki samobadania piersi w placówkach POZ i korzystanie z ich usług wśród badanych kobiet

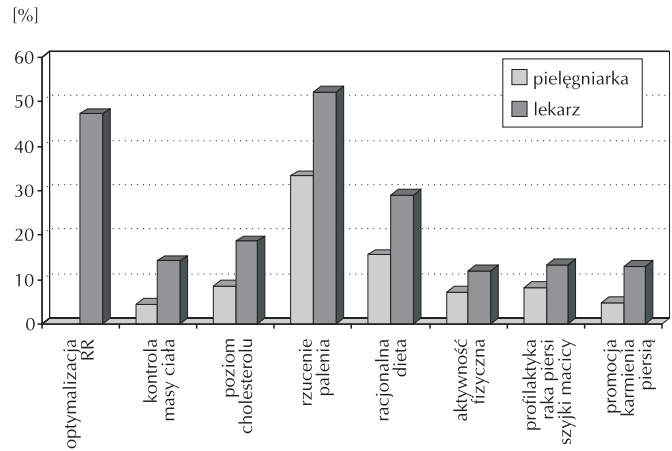
w zakresie zapobiegania nowotworom piersi i szyjki macicy ze strony lekarzy i pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej wobec kobiet we wszystkich grupach wiekowych.

Istotną rolę w edukacji zdrowotnej ludzi dorosłych jako elementu promocji zdrowia przypisuje się poradnictwu (Czerniawska O, 1992; Charońska E, Janus B, 1997). Wyniki badań wskazują, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej rzadko prowadzili poradnictwo w celu zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy wobec pacjentek. Jedynie 13,2% lekarzy i prawie dwukrotnie mniej pielęgniarek (8,1%) prowadziło edukację i poradnictwo w tym zakresie (ryc. 10).



Ryc. 10. Edukacja w zakresie profilaktyki nowotworów piersi i szyjki macicy wśród kobiet prowadzona przez lekarzy i pielęgniarki na poziomie POZ

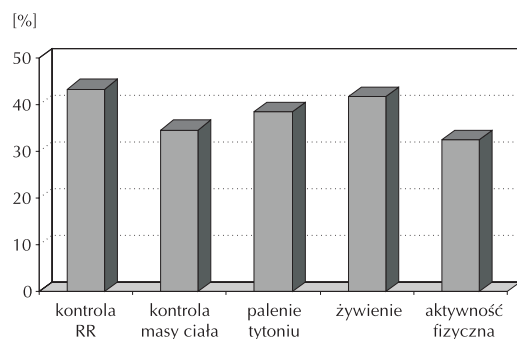
Poradnictwo w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych (racjonalna dieta, aktywność fizyczna, promocja karmienia piersią, działania w zakresie profilaktyki raka piersi i szyjki macicy) i redukcji czynników zagrożenia zdrowia (optymalizacja ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała i stężenia cholesterolu w surowicy krwi, zaprzestanie palenia tytoniu) niemal w każdym przypadku prowadzone jest dwukrotnie częściej przez lekarzy pierwszego kontaktu/lekarzy rodzinnych w porównaniu z pielęgniarkami środowiskowo-rodzinnymi wobec podopiecznych POZ (ryc. 11). Działania te prowadzone były znacznie częściej wobec pacjentów po 45 roku życia.



Ryc. 11. Prowadzenie poradnictwa przez lekarzy i pielęgniarki POZ w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych i redukcji czynników zagrożenia zdrowia

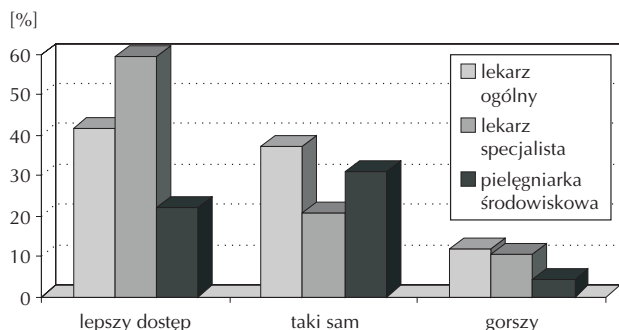
Członkowie zespołu POZ stosują częściej bierne metody pracy z podopiecznymi w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, takie jak rozdawnictwo materiałów edukacyjnych w formie ulotek, poradników i broszur na temat kontroli ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, zaprzestania palenia tytoniu, racjonalnego żywienia i aktywności fizycznej w czasie wolnym (ryc. 12), pomimo ich mniejszej skuteczności w porównaniu z czynnym poradnictwem. Udowodnione jest, że dużo większą skuteczność w edukacji zdrowotnej osiąga się poprzez indywidualne spotkania i porady (Ciok J, Kamińska M, 2001).

Zdecydowana poprawa opieki zdrowotnej (choć nie jest ona podstawową determinantą zdrowia) ma znaczący wpływ na poziom zdrowotności obywateli (Ostrowska A, 1999). Jakość i powszechna dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie na poziomie podstawowym, są uznawane za jedną z grup czynników warunkujących stan zdrowia człowieka. Zdecydowanie częściej pacjenci wyrażali opinię, że dostęp do świadczeń lekarzy POZ (zarówno leka-



Ryc. 12. Rozdawnictwo materiałów edukacyjnych (poradników, ulotek, broszur itp.) jako metoda pracy z pacjentami w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób w POZ

rzy ogólnych, jak i specjalistów) oraz pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych (środowiskowych) był lepszy w okresie przed wprowadzeniem reformy systemu ochrony zdrowia. Jedynie niewiele ponad 10% pacjentów oceniło, że był on gorszy w porównaniu z okresem obecnym (ryc. 13).

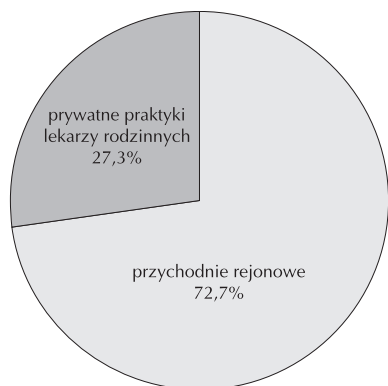


Ryc. 13. Jakość i powszechna dostępność do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przed reformą służby zdrowia

W zreformowanym systemie ochrony zdrowia (po 1999 roku) POZ stanowi jeden z najważniejszych elementów całego systemu, a docelowo zmiana ta ma być oparta na nowoczesnym modelu instytucji lekarza rodzinnego jako dostawcy świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie (MZIOS, 1998). Uważa się, że jest to najlepsza forma sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Wyniki badań własnych wskazują, że zdecydowana większość badanych osób leczy się w dalszym ciągu w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (przychodniach rejonowych) – 72,7%, a jedynie 27,3% w prywatnych praktykach lekarzy rodzinnych.

W nowym zreformowanym systemie ochrony zdrowia pacjent miał znaleźć się w centrum uwagi wszystkich świadczeniodawców (MZIOS, 1998), a uzyskanie porady zarówno leczniczej, rehabili-



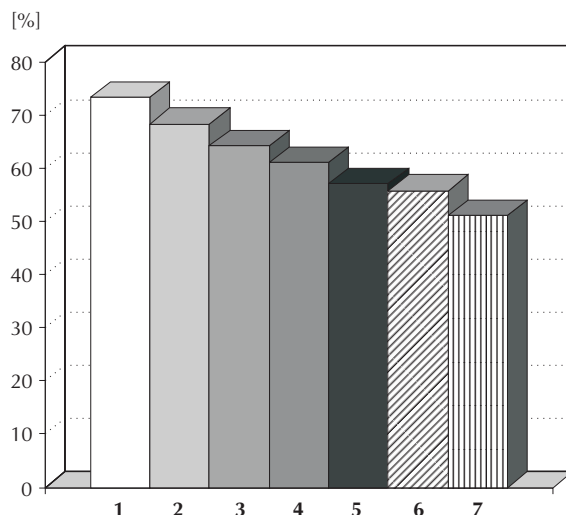
Ryc. 14. Placówki POZ, w których leczyli się ankietowani pacjenci

tacyjnej, jak i edukacyjnej miało stworzyć pacjentowi możliwość wyrażenia jego potrzeb zdrowotnych oraz dać mu poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Opieka zdrowotna jest wtedy dostępna dla danego człowieka, kiedy może on ją uzyskać w dogodnym miejscu i czasie ze strony wykwalifikowanego personelu przy jak najmniejszych kosztach (czasowych, finansowych, psychicznych) (Antidotum 4/2001).

O trudnościach z uzyskaniem porady u lekarza pierwszego kontaktu mówił co trzeci pacjent leczący się u lekarza rodzinnego w prywatnej praktyce i 58,8% pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w przychodni. Tak duży odsetek osób deklarujących trudności z uzyskaniem wizyty u lekarza pierwszego kontaktu dowodzi jednak braku poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w zreformowanej służbie zdrowia.

Niemal we wszystkich przypadkach (oprócz trudności związanych z biurokacją) na wymienione trudności częściej wskazywali pacjenci leczący się w przychodniach rejonowych (publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej) w porównaniu z prywatnymi praktykami lekarzy rodzinnych.

W literaturze przedmiotu możemy znaleźć wiele słów krytyki na temat obecnego kształtu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym również na poziomie podstawowym, a także wie-



- 1 – brak zainteresowania sytuacją rodzinną i materialną ze strony personelu p.o.z.
- 2 – niemożności uzyskania wnikliwego badania
- 3 – opłata za usługi medyczne, które przed reformą były bezpłatne
- 4 – niemożność uzyskania wizyty domowej
- 5 – niewystarczająca ilość czasu na rozmowę z lekarzem w odczuciu pacjentów podczas badania
- 6 – problem z uzyskaniem skierowania do lekarza specjalisty
- 7 – trudności biurokratyczne

Ryc. 15. Trudności, na jakie wskazywali pacjenci podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych na poziomie POZ

le propozycji poprawy tego stanu rzeczy (Leowski J, Opolski J, 2001). Pacjenci poproszeni o wskazanie propozycji poprawy w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej najczęściej wskazywali na zwiększenie nakładów finansowych na POZ (92,9%) oraz posiadanie większego wpływu na decyzje o alokacji środków ze składek ubezpieczeniowych (tab. 1). Pieniądze w ten sposób uzyskane przeznaczyliby w głównej mierze na zakup lepszego sprzętu diagnostycznego. Wielu pacjentów wskazywało również na prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób w placówkach POZ, jako sposobu na podniesienie efektywności i skuteczności pracy lekarzy i pielęgniarek na poziomie podstawowym (tab. 1).

Wnioski

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Wśród działań podejmowanych przez zespół POZ dominują działania o charakterze profilaktyki wtórnej, adresowane do osób głównie po 45 roku życia:
 - uzależnionych od palenia tytoniu,
 - z podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi,
 - z nadmierną masą ciała,
 - z odbiegającym od normy stężeniem cholesterolu całkowitego w surowicy krwi.
 W znikomym zakresie działania te podejmowane są wobec osób w młodszych grupach wiekowych.

Podejmowane w niewielkim zakresie działania dotyczące promocji zdrowia najczęściej odnoszą się do zaleceń dotyczących:

 - zdrowego żywienia,
 - aktywności fizycznej,
 - karmienia naturalnego niemowląt.

2. Dwukrotnie częściej działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie POZ podejmuje lekarz pierwszego kontaktu wobec aktywności pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w tym zakresie szczególnie w mieście. Udział pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w edukacji zdrowotnej, profilaktyce chorób i promocji zdrowia jest większy w środowisku wiejskim.
3. Lekarze i pielęgniarki w POZ preferują bierne metody pracy (rozdawnictwo broszur, ulotek, poradników itp.) wobec podopiecznych w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Poradnictwo prowadzone jest w niewielkim zakresie i najczęściej wobec osób z określonymi problemami zdrowotnymi w starszych grupach wiekowych, a także o niższym poziomie wykształcenia, co nie zawsze znajduje uzasadnienie.
4. Zagrożenia zdrowotne w badanej populacji wiążą się z występowaniem klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia (i/lub chorób nowotworowych), takich jak:
 - hipercholesterolemia,
 - nadwaga i otyłość,
 - nadciśnienie tętnicze krwi,
 oraz deficytem w zakresie zachowań zdrowotnych, które dotyczą:
 - niskiej aktywności fizycznej w czasie wolnym,
 - braku umiejętności radzenia sobie ze stresem,
 - palenia tytoniu,
 - błędów żywieniowych,
 - rzadziej, częstego picia alkoholu.
 Stanowi to uzasadnienie dla wdrażania działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do wszystkich pacjentów bez względu na wiek, płeć, status społeczno-zawodowy i miejsce zamieszkania.
5. Liczne trudności zgłaszane przez pacjentów

Tabela 1. Propozycje pacjentów dla usprawnienia funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej

| Propozycje pacjentów | Kobiety | | Mężczyźni | | Ogółem | |
|--|---------|------|-----------|------|--------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Zwiększenie nakładów finansowych | 425 | 92,4 | 166 | 95,4 | 591 | 93,2 |
| Więcej lekarzy | 264 | 72,5 | 112 | 78,9 | 376 | 72,9 |
| Więcej pielęgniarek | 276 | 75,6 | 90 | 69,8 | 366 | 74,1 |
| Więcej innych specjalistów | 294 | 79,0 | 85 | 63,9 | 379 | 75,0 |
| Zniesienie skierowań | 398 | 88,2 | 133 | 81,1 | 531 | 86,3 |
| Większy wpływ pacjentów na dysponowanie ich pieniędzmi | 393 | 92,7 | 137 | 89,5 | 530 | 91,9 |
| Lepszy sprzęt diagnostyczny | 389 | 93,3 | 141 | 95,3 | 530 | 93,8 |
| Promocja zdrowia w POZ | 356 | 91,5 | 127 | 92,0 | 483 | 91,7 |

korzystających z usług na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej dowodzą ograniczonej dostępności do świadczeń lekarza pierwszego kontaktu, wskazując jednocześnie na brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego badanych w nowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Natomiast niewielki odsetek osób wskazujących na trudności z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych pielęgniarki środowiskowo-ro-

dzinnej wynika z braku doświadczeń pacjentów w korzystaniu z usług pielęgniarek i wskazuje na ich małą aktywność jako członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.

6. Udział podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób i promocji zdrowia wśród mieszkańców regionu Dolnego Śląska w nowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia należy uznać za niewystarczający wobec rozpoznanych potrzeb w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Karski JB. Promocja zdrowia w okresie przemian systemowych służby zdrowia w Polsce. *Zdr Publ* 1994; 55(6): 194–199.
2. Karski JB. *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku*. [w:] *Promocja zdrowia*. Wydanie Nowe, Karski JB (red.). Warszawa: Ignis; 1999: 19–39.
3. Bejnarowicz J. Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1994; 1(1–2): 17–36.
4. Karski JB. *Promocja zdrowia (Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Warszawa; 1992.
5. Bik B. *Koncepcja promocji zdrowia*. [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. 2. Czupryna A i wsp. (red.). Kraków: Vesalius; 2001: 207–248.
6. *Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej. Przewodnik dla lekarzy rodzinnych i studentów, CINDI*. Światowa Organizacja Zdrowia, Europejskie Biuro Regionalne, Łódź; 1995.
7. Cybulska B, Adamus J i wsp. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiologia Pol* 2000; 53 (Supl. I): 6.
8. Kannel NS. Niektóre wyniki długofalowego badania populacji Framingham. *Przegl Lek* 1978; 2: 275.
9. Rywik S, Broda G. Czy zmienia się zagrożenie miażdżycą w Polsce – wnioski dla praktyki. *Czynniki Ryzyka* 1997; 1–2: 48.
10. Rywik S, Broda G, Piotrowski W i wsp. Epidemiologia chorób układu krążenia – Program Pol-MONICA Warszawa. *Kardiologia Pol* 1996; 44(Supl. II): 7–36.
11. Ostrowska A, Sikorska J. *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: IFIS PAN; 1996.
12. Włodarczyk C, Sito S. *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie*. Kraków; 1999: 515.
13. Rydzewska A, Król I. *Kierunki działań pielęgniarskich w profilaktyce raka sutka kobiet w Wielkopolsce określone na podstawie oceny niektórych czynników ryzyka*. [w:] *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*. Cz. 11. Poznań; 1997: 192–197.
14. Charońska E, Janus B. *Poradnictwo w pracy pielęgniarki*. [w:] *Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka*. Kawczyńska-Butrym Z (red.). Centrum Edukacji Medycznej 1997: 211–238.
15. Czerniawska O. *Poradnictwo jako swoista metoda wspierania wychowania*. [w:] *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*. Wujek T (red.). Warszawa; 1992.
16. Ciok J, Kamińska M. Ocena skuteczności programu edukacji żywieniowej pacjentów szpitalnych jako metody prewencji wtórnej chorób układu krążenia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2001; 8(20): 111–126.
17. Ostrowska A. *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFIS PAN; 1999.
18. *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, listopad 1998.
19. *Reforma ochrony zdrowia*. *Antidotum* 2001; 4: 39–71.
20. Leowski J, Opolski J. *Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21 stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia (artykuł dyskusyjny)*. *Antidotum* 2001; 9: 34–52.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego AM

ul. Bartla 5

51-618 Wrocław

Przydatność niektórych parametrów badania morfologicznego krwi do oceny gospodarki żelazem u pacjentów leczonych powtarzanymi hemodializami

Application of some morphological parameters in diagnostics of iron deficiency at patients treated with repeated hemodialysis

PAWEŁ WILCZEK¹, RYSZARD KWIECIŃSKI¹, BARTOSZ J. SAPILAK²

¹ Z Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu
Ordynator: dr n. med. R. Kwieciński

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko

Streszczenie Otrzymanie rekombinowanej erytropoetyny było przełomowym wydarzeniem w historii dializoterapii, pozwoliło bowiem na skuteczne leczenie niedokrwistości u pacjentów z terminalną niewydolnością nerek. Warunkiem prawidłowego działania erytropoetyny jest obecność odpowiedniej liczby substratów niezbędnych w procesie erythropoezy, w tym żelaza. Niewątpliwie cennych informacji na temat ustrojowych zapasów żelaza dostarczają nam takie badania, jak poziom transferyny, ferrytyny czy zwiększony odsetek krwinek hipochromicznych, który według niektórych autorów jest najwcześniejszym markerem deficytu żelaza. Nie są one jednak w chwili obecnej dostępne dla wszystkich lekarzy rodzinnych.

Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, czy rozpoczynającemu się niedoborowi żelaza towarzyszy znamienne statystycznie obniżenie wartości MCV, MCH i MCHC, co pozwoliłoby na wykorzystanie tych parametrów w powszechnie dostępnej diagnostyce. Badaniem objęto 36 chorych (21 kobiet i 15 mężczyzn w wieku 22–71 lat) dializowanych w Stacji Dializ Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Na podstawie otrzymanych wyników pacjentów podzielono na dwie grupy: A – 16 chorych z odsetkiem krwinek hipochromicznych powyżej 3% i B – 21 chorych z odsetkiem krwinek hipochromicznych poniżej 3%. Porównanie wartości badanych parametrów między obiema grupami wykazało znamienne statystycznie obniżenie MCV, MCH i MCHC w grupie A w porównaniu z grupą B, co świadczy o przydatności tych badań do oceny zasobów żelaza w ustroju.

Słowa kluczowe: erytropoetyna, anemia, hemodializa.

Summary Synthetic erythropoietin appeared as a powerful tool in treatment of patients with terminal renal insufficiency and anemia. Sufficient level of iron is necessary in this process. Levels of transferritin, ferritin or elevated percentage of hypochromic erythrocytes gives valuable information about iron deficiency but are not always accessible for family doctors.

Aim of this study was to reveal if lowered MCV, MCH or MCHC are statistically significant markers of iron deficiency and are useful in its diagnostics in HD patients.

We have examined 36 HD patients (21 female and 15 male) in age 22–71 from Dialysis Center in Opole. They were divided into two groups A – 16 patients with hypochromic RBC level over 3% and B – 21 ones with hypochromic RBC levels under 3%. Evaluation of biochemical and morphological results showed statistically significant lowering of MCV, MCH and MCHC in group A compared to group B. These results testify that MCV, MCH and MCHC are useful tool for iron levels estimation and could be useful for diagnostic of family doctors practice.

Key words: erythropoietin, anemia, haemodialysis.

Otrzymanie rekombinowanej erytropoetyny było przełomowym wydarzeniem w historii dializoterapii, pozwoliło bowiem na skuteczne leczenie niedokrwistości u pacjentów z terminalną niewydolnością nerek. Warunkiem prawidłowego działania erytropoetyny jest obecność w organizmie odpowiedniej ilości substratów niezbędnych w procesie erythropoezy, przy czym najczę-

ściej spotykanym stanem niedoborowym jest deficyt żelaza. Ponieważ powszechnie oznaczany w praktyce klinicznej poziom żelaza nie zawsze jest wiarygodnym miernikiem jego biodostępności, poszukuje się innych parametrów, które byłyby pomocne w ocenie zasobów żelaza w organizmie. Niewątpliwie cennych informacji na temat ustrojowych zapasów żelaza dostarczają nam ta-

kie badania, jak poziom transferyny, ferrytyny czy zwiększony odsetek krwinek hipochromicznych, który według niektórych autorów (Dębska-Ślizień A, Kabata J i wsp. 1991; Pińkowski R, Paradowski M i wsp. 1996) jest najwcześniejszym markerem deficytu żelaza. Nie są one jednak dostępne dla wszystkich lekarzy rodzinnych.

Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, czy zwiększonemu odsetkowi krwinek hipochromicznych towarzyszy znamienne statystycznie obniżenie takich parametrów, jak średnia objętość krwinki czerwonej (MCV), średni ciężar Hb w krwince czerwonej (MCH) i średnie stężenie Hb w krwince czerwonej (MCHC), co pozwoliłoby wykorzystać te parametry do wczesnej, szybkiej, taniej i ogólnie dostępnej diagnostyki deficytu żelaza.

Materiał i metody

Badaniem objęto 36 pacjentów (21 kobiet i 15 mężczyzn w wieku 22–71 lat) z terminalną niewydolnością nerek leczonych powtarzającymi dializami 3 razy w tygodniu po 4 godziny. Żaden z pacjentów nie prezentował cech świadczących o toczącym się procesie zapalnym. Średni czas leczenia nerkozastępczego wyniósł 3 lata (min. 4 miesiące, max. 18 lat). Przyczyną niewydolności nerek były:

- przewlekłe kłębuszkowe zapalenia nerek – 21 pacjentów,
- przewlekłe odmiedniczkowe zapalenia nerek – 4 pacjentów,
- amyloidoza – 2 pacjentów,
- zwyrodnienie wielotorbielowate nerek – 2 pacjentów,
- nefroskleroza – 1 pacjent,
- usunięcie obu nerek – 1 pacjent,
- przyczyna nieznaną – 4 pacjentów.

W trakcie trzymiesięcznej obserwacji wykonywano co 2 tygodnie badanie morfologiczne krwi za pomocą analizatora hematologicznego Technicon H3. Oceny gospodarki żelazem dokonano oznaczając raz w miesiącu poziom żelaza i transferyny analizatorem firmy Roche i poziom ferrytyny za pomocą analizatora ACS 180+ firmy Ciba-Corning. Analizę statystyczną wykonano testem nieparametrycznym Wilcoxon.

Wyniki

- Zwiększony odsetek hipochromicznych erytrocytów stwierdzono u 14 pacjentów – grupa A. W grupie tej wyłoniono dwie podgrupy: A1 – 6 chorych, u których poza zwiększonym odsetkiem hipochromicznych erytrocytów stwierdzono mikrocytozę, i podgrupę A2 – 8 pacjentów, w której niezależnie od zwiększonej ilo-

ści hipochromicznych erytrocytów występowała makrocytoza.

- W grupie B (21 chorych) odsetek niedobarwliwych erytrocytów był prawidłowy i wynosił mniej niż 3%. Makrocytozę w tej grupie stwierdzono u 16 chorych, a prawidłowe morfologicznie krwinki znaleziono u 5 chorych. U wszystkich pacjentów w tej grupie poziom żelaza i transferyny był prawidłowy, a poziom ferrytyny podwyższony.

Analizie statystycznej poddano chorych z grupy A1 i A2.

1. grupa A1 – z odsetkiem krwinek hipochromicznych powyżej 3% – 6 pacjentów,
2. grupa A2 – z odsetkiem krwinek hipochromicznych powyżej 3% i towarzyszącą makrocytozą – 8 pacjentów.

Parametry MCV, MCH i MCHC grup A1, A2 i A3 porównano z badaniami pacjentów z grupy B.

Znamienną statystycznie różnicę ($p < 0,01$) uzyskano:

- dla parametru MCV w grupie A1,
- dla parametru MCH w grupie A1,
- dla parametru MCHC w grupach A1 i A2.

Tabela 1. Średnie wartości MCV (fl) w poszczególnych grupach pacjentów

| | Grupa A1 | Grupa A2 | Grupa B |
|--------------|----------|----------|---------|
| średnia | 80,7* | 101,1 | 95,4 |
| odch. stand. | 4,45 | 2,89 | 2,01 |

Tabela 2. Średnie wartości MCH (pg) w poszczególnych grupach pacjentów

| | Grupa A1 | Grupa A2 | Grupa B |
|--------------|----------|----------|---------|
| średnia | 25,1* | 31,4 | 30,6 |
| odch. stand. | 1,32 | 1,35 | 1,54 |

Tabela 3. Średnie wartości MCHC (g%) w poszczególnych grupach pacjentów

| | Grupa A1 | Grupa A2 | Grupa B |
|--------------|----------|----------|---------|
| średnia | 30,4* | 30,8* | 32,7 |
| odch. stand. | 0,9 | 0,8 | 1,2 |

Tabela 4. Średnie wartości żelaza, transferyny i ferrytyny w poszczególnych grupach pacjentów

| | Grupa A1 | Grupa A2 | Grupa B |
|-----------------|----------|----------|---------|
| żelazo µg% | 42 | 41 | 78 |
| transferyna g/l | 4,8 | 4,7 | 2,8 |
| ferrytyna pg/ml | 99 | 104 | 1243 |

* $p < 0,1$.

Dyskusja

Terapia erytropoetyną (r-huEPO) powoduje wzmoczoną utylizację biologicznych zasobów żelaza w procesie nasilonej odnowy czerwono-krwinkowej, co w przypadku niedostatecznego dostarczenia tego pierwiastka do organizmu może powodować jego niedobór. Z jednej strony efekt ten może być korzystny u pacjentów przeładowanych żelazem w wyniku licznych przetoczeń krwi, z drugiej jednak strony brak tego substratu erytropoezy jest najczęstszą przyczyną złej odpowiedzi na leczenie erytropoetyną. Monitorowanie gospodarki żelazem jest więc niezbędnym warunkiem efektywnego i ekonomicznego stosowania r-huEPO. Ważne przy tym jest jak najwcześniejsze wychwycenie rozpoczynającego się deficytu.

Otrzymane przez nas wyniki wykazały, że niedokrwistości syderopenicznej zawsze towarzyszy zwiększony odsetek krwinek hipochromicznych, co jest zgodne z wcześniejszymi doniesieniami (Dębska-Ślizień A, Kabata J i wsp. 1991; Pińkowski R, Paradowski M i wsp. 1996). Co prawda w naszych badaniach wzrost liczby niedobarwliwych erytrocytów nie wyprzedzał jawnej syderopenii, jak to miało miejsce u innych autorów (Dębska-Ślizień A, Kabata J i wsp. 1991; Pińkowski R, Paradowski M i wsp. 1996; Schaefer RM, Schaefer L, 1995), tylko występował równocześnie, ale mogło to być spowodowane zbyt krótkim okresem obserwacji.

Celem pracy było wykazanie, czy zwiększonemu odsetkowi krwinek hipochromicznych towarzyszą zaburzenia innych parametrów krwinki czerwonej, co mogłoby być wykorzystane w diagnostyce wczesnego niedoboru żelaza. Uzyskane wyniki dowodzą, że najbardziej pomocny w tym celu wydaje się parametr MCHC, ponieważ był on znamienne obniżony w obu badanych grupach. Równie przydatna u pacjentów z izolowaną hipochromią jest ocena MCH i MCV, natomiast towarzysząca hipochromii makrocytoza powoduje wzrost wartości tych parametrów do poziomu porównywalnego z badaniami pacjentów bez deficytu żelaza.

Piśmiennictwo

1. Dębska-Ślizień A, Kabata J, Rutkowski B, Ciesielski D, Jankowska-Gan E, Manitus A. Ocena odnowy układu czerwono-krwinkowego pod wpływem rekombinowanej erytropoetyny u pacjentów dializowanych. *Pol Arch Med Wewn* 1991; 85: 341.
2. Pińkowski R, Paradowski M, Luciak M, Rysz J. Przydatność analizatora H-1 Technicon do oceny układu czerwono-krwinkowego w monitorowaniu leczenia erytropoetyną. *Diagn Lab* 1996; 32: 731–739.
3. Schaefer RM, Schaefer L. The hypochromic red cell: a new parameter for monitoring of iron supplementation during rhEPO therapy. *J Perinat Med* 1995; 23: 83.
4. Anastassiades EG, Howarth D, Howarth J i wsp. Monitoring of iron requirements in renal patients on erythropoietin. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8: 846.

Hipochromiczne erytrocyty mogą pojawiać się także w przypadku względnego deficytu żelaza w przebiegu zakażeń i innych stanów zapalnych. W tych przypadkach w różnicowaniu z rzeczywistym niedoborem żelaza pomocne będą podwyższone wartości wykładników stanu zapalnego (białka ostrej fazy, OB), a także znacznie obniżony poziom transferyny i prawidłowy poziom ferrytyny.

Otrzymane wyniki potwierdzają też uzyskane przez innych autorów dane o istnieniu trzech typów odpowiedzi szpiku na erytropoetynę (Dębska-Ślizień A, Kabata J i wsp. 1991): 1) odnowy niedobarwliwej, 2) odnowy makrocytarnej, 3) odnowy prawidłowej (Anastassiades EG, Howarth D i wsp. 1993).

Na uwagę zasługuje także znaczna liczba chorych, u których stwierdzono zwiększony odsetek krwinek makrocytarnych zarówno w grupie pacjentów z niedobarwliwymi erytrocytami, jak i wśród pacjentów bez hipochromii. Jest to spowodowane najprawdopodobniej nasiloną odnową układu czerwono-krwinkowego w wyniku działania r-huEPO i w takim przypadku byłby to efekt samoistnie przemijający. Drugą przyczyną może być izolowany lub równoczesny niedobór witaminy B₁₂ i kwasu foliowego. Przyczyną tych zaburzeń jest z jednej strony utrata obu substancji w czasie zabiegu hemodializy, a z drugiej strony – upośledzone ich wchłanianie z przewodu pokarmowego w przebiegu przewlekłej mocznicy (Cunningham J, Sharman VL i wsp. 1981).

Wnioski

1. Obecność podwyższonego ponad 3% odsetka hipochromicznych krwinek czerwonych jest wartościowym wskaźnikiem mówiącym o niedoborze żelaza.
2. Zwiększeniu liczby krwinek hipochromicznych, a więc i niedoborowi żelaza towarzyszy znamienne obniżenie wartości parametrów MCHC, MCH i MCV.

5. Cunningham J, Sharman VL, Goodvin FJ, Marsh FP. Do patients receiving haemodialysis need folic acid supplements? *Brit Med J* 1981; 282: 1582.
6. Dębska-Ślizień A, Biedunkiewicz B, Rutkowski B. Wpływ rekombinowanej ludzkiej erytropoetyny na zachowanie się parametrów gospodarki żelazem u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek leczonych hemodializami. *Pol Arch Med Wewn* 1994; 92: 207.
7. Macdougall IC. How to get the best out of r-HuEPO. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10 (Suppl. 2): 85.
8. Macdougall IC, Cavill I, Hulme B. Detection of functional iron deficiency during erythropoietin treatment – a new approach. *Brit Med J* 1992; 304: 225
9. Van Wyck DB, Stivelman JC, Riuz J, Kirilin LF, Katz MA, Ogden DA. Iron status in patients receiving erythropoietin for dialysis – associated anemia. *Kidney Int* 1989; 35: 712–716.

Adres III Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

System rejestru zakładów opieki zdrowotnej jako wiarygodne źródło informacji

Healthcare Institution Registry System as the reliable information source

JAROSŁAW DROBNIK¹, KRZYSZTOF NYCZAJ², ANDRZEJ STECIWKO¹,
IZABELA CZAPROWSKA³

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

² Z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia w Warszawie
Dyrektor: Iwo Dominik Żochowski

³ Z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu
Dyrektor: Dorota Grzybowska

Streszczenie Szczególny charakter sektora ochrony zdrowia (skomplikowalność) oraz zmiany zachodzące w sposobie jego funkcjonowania (konieczność ekonomizacji, większa rola otoczenia w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ), coraz bardziej burzliwe otoczenie) sprawiają, że niezbędnym staje się coraz bardziej precyzyjny jego opis. Przykładem może tu być system rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Jego rozwój można podzielić na trzy etapy. Pierwszy, trwający od 1992 do 2000 r., charakteryzował się niezbyt rozbudowanym zakresem informacyjnym dotyczącym struktury zakładu. W rejestrze zbierano informacje o podstawowych kierunkach działalności. Brak było odzwierciedlenia struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej. Drugi etap, trwający od 2001 r. do chwili obecnej, charakteryzuje się szczegółową identyfikacją struktury organizacyjnej w aspekcie podmiotowym (konieczne jest wykazanie jednostek organizacyjnych oraz komórek organizacyjnych), a także w wymiarze przedmiotowym (strukturę zakładu opisują kody specjalności komórek organizacyjnych oraz charakter jednostek organizacyjnych). Obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz aktów prawnych wydanych na jej podstawie (rozporządzenia w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, rozporządzenia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania). Rezultat tych prac będzie stanowił III etap. Realizacja trzeciego etapu, co prawda, jeszcze nie nastąpiła, ale jest niezbędna w związku z koniecznością zachowania porównywalności danych z danymi dotyczącymi ochrony zdrowia w innych krajach UE. Zmiany w rejestrze powinny iść w kierunku jeszcze bardziej precyzyjnego opisu zakresu przedmiotowego działalności komórek organizacyjnych ZOZ oraz jednostek organizacyjnych. Do ich opisu powinno się wykorzystać system klasyfikacji dostawców świadczeń zdrowotnych oraz funkcji ochrony zdrowia stosowany w Systemie Rachunków Zdrowia (System of Health Accounts), który został przyjęty i rekomendowany przez EUROSTAT.

Słowa kluczowe: zakłady opieki zdrowotnej, rejestr zakładów opieki zdrowotnej, jednostka organizacyjna, komórka organizacyjna, struktura organizacyjna.

Summary One of the visible effects of the continuous changes since 1989 in Polish economy is systematic increase of the role of organizational structure as a management tool, especially its subjective aspect (institution, department, unit) and its objective aspect (operational scope of activities). Since these two aspects are the basic elements to be described in different registries, a constant endeavour to modify a scope of collected information towards its accuracy and precision goes together with the progress in approach towards internal organization. Such situation concerns healthcare sector as well. More and more precise description of this management tool is required due to its specific character (complexity) and due to the changes in its functionality (necessity to economize, increasing role of the Healthcare Institution's surroundings, more and more unstable environment). Healthcare Institution registry system can be an example. Its development can be divided into three stages. First stage from 1992 to 2000 contained scarce information on Healthcare institution's structure. Basic information on its activities have been collected and no organizational structure has been reflected. Characteristic feature of the second stage from 2001 onwards is a detailed identification of the organizational structure (necessity to identify departments and units in the organization). Operational activities of the Healthcare Institution are described in codes that reflect both specialization of organizational units and its character. Third stage performance, though not accomplished as yet, is indispensable to maintain comparability of the data with those from other EU countries. Changes in registry should target in more detailed description of operational activities of organizational units of the Healthcare Institution and its departments. Healthcare services' suppliers classification and healthcare function system applied in the "System of Health Accounts" accepted and recommended by the EUROSTAT shall be used for description in registry of Healthcare institutions.

Key words: healthcare institution, healthcare institution registry, operational division (operational department), operational unit, organizational structure.

Jednym z zauważalnych efektów zmian zachodzących nieprzerwanie od 1989 r. w polskiej gospodarce jest systematyczne zwiększanie się roli struktury organizacyjnej jako narzędzia zarządzania, zwłaszcza jeśli chodzi o jej aspekt podmiotowy (zakład, jednostka, komórka) i przedmiotowy (zakres przedmiotowy działalności). W związku z tym, że aspekty te są zawsze podstawowymi elementami opisu w różnych systemach ewidencyjno-rejestrowych, ewolucji spojrzenia na organizację wewnętrzną towarzyszy stałe dążenie do modyfikacji zakresu zbieranych informacji w kierunku jego większej szczegółowości i precyzji. Z sytuacją taką mamy do czynienia również w obrębie sektora ochrony zdrowia.

Zachodzące na przestrzeni ostatnich lat zmiany w systemie gospodarki krajowej pociągnęły za sobą również zmiany w systemie ochrony zdrowia. Reforma sektora służby zdrowia przyczyniła się do polepszenia usług medycznych i bardziej racjonalnej gospodarki kadrowo-finansowej. Wprowadzenie w życie reformy skutkowało łatwym dostępem do świadczeń zdrowotnych, polepszeniem jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz umożliwiło wolną konkurencję. Zakłady zaczęły podlegać zasadom wolnorynkowym. Odpowiedzialne za własne funkcjonowanie zmuszone zostały do dokonania dokładnej analizy dotychczasowych struktur organizacyjnych, głównie tych określających rodzaje oddziałów i poradni w ramach zakładu. Dokonana częściowa analiza stanów strukturalnych pozwoliła na wyodrębnienie korzystnych składników. Organy założycielskie – odpowiadające za sprawne i nieprzerwalne funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ) – poczyniły kroki w kierunku dokonania wszelkich korzystnych zmian, głównie w ich strukturach organizacyjnych. Mając na względzie zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych oraz zadowolenie pacjenta rozszerzano wachlarz usług o nowe oddziały i poradnie. Jednocześnie – choć nie zawsze skutecznie – dbano o zmniejszenie kosztów funkcjonowania ZOZ.

Tworzenie, funkcjonowanie i likwidację zakładów określa ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) [1]. Zapisy poszczególnych artykułów ustawy oraz akty wykonawcze mówią o rejestrze zakładów opieki zdrowotnej. Każdy ZOZ przed rozpoczęciem swojej działalności winien dokonać wpisu do rejestru. Musi on spełniać wymagania określone w art. 9–11 ustawy o ZOZ, czyli posiadać odpowiednie pomieszczenia i urządzenia, zatrudniać wykwalifikowany personel, mieć powołanego kierownika zakładu spełniającego wymogi uregulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach

opieki zdrowotnej określonego rodzaju, a także odpowiedni statut zakładu opieki zdrowotnej [6].

Szczegółowe przepisy dotyczące rejestru zakładów opieki zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 864) [2]. Wcześniej, tj. od 1992 r., prowadzony był rejestr ZOZ zgodny obowiązującym rozporządzeniem z dnia 13 stycznia 1992 r. (Dz.U. nr 9, poz. 37 z późn. zm.) [3]. Oba akty prawne określały sposób prowadzenia rejestru oraz jego zakres informacyjny. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 stycznia 1992 r. regulowało kwestie prowadzenia rejestru i nakładało obowiązek prowadzenia ksiąg rejestrowych o bardzo wąskim zakresie [3]. „Stary rejestr” zawierał trzy działy, których zakres informacyjny był niewystarczający. Księga rejestrowa określała w dziale I „Oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej” – pełną i skróconą nazwę zakładu oraz jego siedzibę, podstawowe kierunki działalności, w tym nazwy oddziałów szpitalnych i liczbę łóżek, obszar działania, organ lub inny podmiot, który utworzył zakład oraz organ sprawujący nadzór nad tym zakładem, cyfrowy identyfikator zakładu opieki zdrowotnej (identyfikatory te nadawane były odpowiednio dla zakładów publicznych i niepublicznych). Składały się one z siedmiu znaków, z których sześć stanowiły cyfry, a jeden, pierwszy, literę „J” – dla zakładu publicznego lub „N” – dla zakładu niepublicznego. Odpowiednie cyfry określały grupę i rodzaj zakładu oraz jego liczbę porządkową w obrębie województwa. Zakres informacyjny działu II „Organizacja i gospodarka finansowa zakładu opieki zdrowotnej” przedstawiał dane o złożeniu statutu do rejestru, imię i nazwisko kierownika zakładu, informacje dotyczące rady nadzorczej (społecznej), nazwy i siedziby, a także identyfikator cyfrowy jednostek organizacyjnych, jednakże tylko tych mających siedzibę na obszarze innego województwa, oraz wzmiankę o gospodarce finansowej zakładu. Dział III „Połączenie, przekształcenie i likwidacja zakładu opieki zdrowotnej” określał wzmianki dotyczące połączenia, przekształcenia lub likwidacji zakładu oraz imię i nazwisko likwidatora. „Stare księgi rejestrowe” posiadające wąski zakres informacyjny nie były ani dobrym, ani wiarygodnym, a także często niedostępnym źródłem informacji.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 864) nakłada obowiązek tworzenia ksiąg rejestrowych już nie z trzech, lecz pięciu działów [2]. Zakres informacyjny księgi rejestrowej różni się od dotychczasowego. „Nowa księga rejestrowa” wzbogacona została o wiele dotychczas nieuwzględnianych informacji. Ponadto mocodawca określił

sposób i formę prowadzenia rejestru. W § 3 tego rozporządzenia nałożono również obowiązek prowadzenia ww. rejestru w sposób z informatyzowany [2]. W tym celu stworzono System Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej, który obecnie działa we wszystkich organach rejestrowych na terenie kraju. System obejmuje wszystkie działy „nowej księgi rejestrowej”, której zakres informacyjny jest szerszy od obowiązującej wcześniej. Informacje zostały zawarte w pięciu działach. Zmieniono strukturę numeru księgi rejestrowej, obecnie numer ten składa się z siedmiu cyfr, z których dwie pierwsze określają kod terytorialny województwa, a kolejne numer porządkowy w ramach rejestru. Dział I poszerzono o datę wpisu do rejestru, datę wykreślenia z rejestru, NIP, REGON, identyfikator terytorialny, dane teleadresowe (nr telefonu, faksu oraz adres poczty elektronicznej), kody resortowe zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. nr 30, poz. 379 z późn. zm.) [5]. Ponadto dodano rubryki określające rzeczywisty i deklarowany termin rozpoczęcia działalności oraz szerzej omówiono rubryki dotyczące likwidacji zakładu. Uwzględniono datę zaprzestania działalności, przyczyny wykreślenia zakładu z rejestru, imię i nazwisko likwidatora oraz informację o adresie przechowywania dokumentacji medycznej likwidowanego zakładu. Stworzono nowe działy określające jednostki i komórki organizacyjne, wykaz sprzętu medycznego oraz personel medyczny zakładu. Dział II księgi rejestrowej zawiera informacje o jednostkach organizacyjnych zakładu. Uwzględniono dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu, można zatem szybko dowiedzieć się, ile i jakie jednostki organizacyjne wchodzi w skład zakładu. Uwzględniono ich lokalizację, dane teleadresowe, datę rozpoczęcia i zakończenia działalności oraz kolejny szczebel struktury (liczbę komórek organizacyjnych). Podobne informacje zawarto w dziale III, mówiącym o komórkach organizacyjnych. Komórki organizacyjne (oddziały, poradnie, pracownie) zostały odpowiednio zakodowane. Oba działy mają ogromną wartość informacyjną. Organ rejestrowy w każdej chwili ma możliwość stworzenia odpowiedniego zestawienia ukazującego wszystkie poradnie na terenie danego województwa, powiatu, gminy czy nawet miejscowości. Ze względów funkcjonalnych ma to duże znaczenie. Znacznie przyspieszyło dostęp do informacji o rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych na danym terenie. Dział IV księgi określa urządzenia i aparaturę medyczną zgodną z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki

zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 864) [2]. Uwzględniono tam wysoce specjalistyczny sprzęt medyczny oraz datę jego produkcji i samego producenta. Dział V określa zatrudnienie personelu medycznego w ramach zakładu. Informacje zawarte w tym dziale muszą również spełniać wymagania załącznika nr 5 do wyżej wspomnianego rozporządzenia. Załącznik ten określa tylko personel medyczny uszeregowany w 11 grupach.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej korzystnie wpłynęło na zawartość i dostęp do informacji o zakładach opieki zdrowotnej. Informatyzacja organów rejestrowych skutkuje dużą efektywnością pracy [2]. Realizacja zapisów o informatyzacji wspomnianego rozporządzenia została spełniona. Zwiększyła się również dostępność do informacji zawartych w księgach rejestrowych. Na stronie internetowej pod adresem www.rejestrZOZ.gov.pl można znaleźć dane zakładów opieki zdrowotnej oraz wydrukować ich księgę. Dane przedstawione na stronie internetowej są potwierdzone i zgodne z danymi zawartymi w bazach lokalnych rejestrów. Organ rejestrowy uwierzytelnia dane wysyłane na stronie opatrując je podpisem elektronicznym. Pracownicy organów rejestrowych wysyłają wnioski na stronę internetową posługując się przy tym podpisem elektronicznym. Dlatego też można sądzić, że dane te są wiarygodne i mają odzwierciedlenie w księgach rejestrowych zakładów opieki zdrowotnej.

Strona internetowa rejestru zakładów opieki zdrowotnej ma szereg innych zastosowań. Umieszczona została tam instrukcja umożliwiająca zapoznanie się z procedurą rejestracji ZOZ. Dostęp do instrukcji daje klientom urzędów wojewódzkich oraz Centrów Zdrowia Publicznego możliwość szybszego i bardziej rzeczowego przygotowania niezbędnych dokumentów. Zamieszczona instrukcja określa sposób i tryb przygotowania dokumentów, ponadto jest ona zgodna z obowiązującymi przepisami, głównie zaś opiera się na rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 864) [2]. W wyżej wymienionym rozporządzeniu określona została niezbędna dokumentacja, którą dołącza się do wniosku o wpis zakładu do rejestru. Zgodnie z § 6 do wniosku stanowiącego załącznik nr 1 dołącza się wykaz jednostek organizacyjnych zakładu – zgodnych z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia, wykaz komórek organizacyjnych stanowiący załącznik nr 3, wykaz aparatury i sprzętu medycznego – załącznik nr 4, wykaz personelu medycznego – załącznik nr 5 [2]. Organ założycielski winien jest przedstawić również inne dokumenty stwierdzające spełnienie przez zakład wymogów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, głównie: akt o utworze-

niu zakładu, statut, dokument stwierdzający uprawnienia do budynku lub lokalu, w którym prowadzona będzie działalność, opinię organu inspekcji sanitarnej o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 366 z późn. zm.) [4], oświadczenie podmiotu tworzącego zakład, w którym wskazany jest kierownik zakładu, oświadczenie kierownika o przyjęciu obowiązków oraz dokumentację potwierdzającą kwalifikacje kierownika, uchwałę lub zarządzenie o powołaniu rady społecznej, jeśli jest ona wymagana (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej narzuca jedynie obowiązek posiadania rady społecznej przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej).

System rejestru zakładów opieki zdrowotnej przyczynił się do uwierzytelnienia i ujednoczenia procedur rejestrowych. Jednocześnie wdrożono jeden i ten sam format księgi rejestrowej oraz decyzji administracyjnej. Prace związane z wdrożeniem i prowadzeniem rejestru zostały kompletnie z informatyzowane, co procentuje wydajnością, efektywnością oraz daje możliwość głębszej analizy danych objętych rejestrem. Opierając się na informacjach zawartych na stronie internetowej oraz w bazach lokalnych wszystkich organów rejestrowych, można dokonać szeregu analiz służących do zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Skutkiem tych działań może być dokładna i rzetelna restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej oraz tworzenie konkretnych i realnych planów czy programów naprawczych służby zdrowia. Po raz pierwszy możliwe stały się szczegółowe analizy lokalizacji i liczby placówek opieki zdrowotnej, według specjalności i rodzaju prowadzonej działalności, w odniesieniu do liczby ludności zamieszkującej dany obszar oraz innych zjawisk, jakie na tym obszarze występują. System kodów resortowych stał się filarem systemu informacyjnego ochrony zdrowia weryfikującym wiele nieprawdziwych lub niekompletnych informacji na temat sektora opieki zdrowotnej w naszym kraju. Zaczął być powszechnie stosowany również w systemie informacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej przed systemem informacyjnym ochrony zdrowia, w tym rejestrem zakładów opieki zdrowotnej, stają dodatkowe wyzwania – integracji i komplementarności z systemami informacyjnymi ochrony zdrowia innych krajów Unii. Chodzi tu zwłaszcza o rozwinięcie i zmodyfikowanie wykorzystywanych w rejestrze ZOZ systemu kodów resortowych o takie pozycje, które wynikają z uzgodnień międzynarodowych i stanowią standardy w zakresie systemów informacyjnych.

Z zaproponowanego przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) Systemu Rachunków Zdrowia (System of Health Accounts), który został przyjęty i rekomendowany przez EUROSTAT jako narzędzie raportowania informacji na temat wydatków na ochronę zdrowia w krajach członkowskich, powinny zostać zaczerpnięte słowniki określające rodzaje dostawców świadczeń zdrowotnych oraz funkcji ochrony zdrowia. Zastosowanie tych słowników do opisu struktury zakładów opieki zdrowotnej, a następnie użycie ich jako kryterium różnicujące w analizie statystycznej przychodów i wydatków tych podmiotów, pozwoli na bardzo sprawne, efektywne oraz mało kosztowne generowanie zestawień wymaganych m.in. przez organizacje ponadnarodowe.

Z doskonale znanej i powszechnie używanej w skali światowej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych powinny być natomiast zaczerpnięte kody dla oznaczania głównych chorób i problemów zdrowotnych, z jakimi styka się personel danej komórki organizacyjnej. Stosowanie takich kodów do oznaczania głównych chorób i problemów zdrowotnych pozwoli na płynne i efektywne prezentowanie przedmiotu działalności poszczególnych komórek organizacyjnych w dowolnym kontekście w skali międzynarodowej.

Wprowadzenie takich zmian do rozporządzenia o rejestrze zakładów opieki zdrowotnej jest konieczne w związku z realizacją pierwszego celu strategii zawartej we Wspólnotowym Programie Zdrowia Publicznego (program przyjęty decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 1786/2002 nt. działań wspólnoty w obszarze zdrowia publicznego (2003–2008) z dnia 23 września 2002 r.) dotyczącego rozwoju porównywalności w systemach informacyjnych ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74 poz. 864).

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 stycznia 1992 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 9, poz. 37 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 366 z późn. zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. nr 30, poz. 379 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520 z późn. zm.).

Adres | Autora:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Sprawozdanie z pobytu w Praktyce Lekarza Domowego

październik–listopad 2002 r., Dortmund, Niemcy

Report on the visit in the family doctor's practice

October–November 2002, Dortmund, Germany

WOJCIECH WAWRZYNEK

Dortmund jest prawie 600-tysięcznym miastem położonym w Westfalii w zachodnich Niemczech, w przeszłości znanym z licznych kopalń i hut, które w ostatnich latach wszystkie zamknięto, oraz z 8 browarów, z których pozostały już tylko 2. Obecnie jest znany w Niemczech i poza granicami jako siedziba mistrza kraju w piłce nożnej – drużyny Borussia Dortmund, na której mecze przychodzi co tydzień prawie 70 tysięcy kibiców (tylko tyle mieści miejscowy stadion). Dortmund jest także jednym z 3 miast w Niemczech, gdzie znajduje się specjalna placówka dla narkomanów, którzy mogą brać narkotyki pod kontrolą lekarską i w trakcie pobytu w tej placówce nie są niepokojeni przez policję, nie mogą jednak tam mieszkać.

Podstawy funkcjonowania praktyki

Praxis Dr Lutsch jest typową praktyką dla tej części Niemiec. Jest to praktyka indywidualna, w której pracuje 1 lekarz – to rodzaj praktyki najczęściej spotykany w Północnej Nadrenii-Westfalii. Z różnych względów, m.in. oszczędnościowych, lekarz–praktyk nie zatrudnia zwykle pielęgniarek, tylko w dosłownym tłumaczeniu z niemieckiego „pomocnicze lekarza”. Kończą one 2-letnią szkołę dla pomocnic lekarza domowego (zajęcia w szkole 2 dni w tygodniu, zajęcia praktyczne odbywają w praktyce wybranego przez siebie lekarza domowego).

Po przeszkoleniu do nabytych przez nie umiejętności należą:

- posługiwanie się na co dzień programem komputerowym usprawniającym funkcjonowanie całej praktyki,
- wykonywanie tego, co zwykle robią pielę-

- gniarki w Polsce, tj. pobieranie krwi, wykonywanie szczepień i wszelkiego typu iniekcji (też dożylnych łącznie z przygotowaniem i podłączaniem wlewów kroplowych), badanie glukometrem, wykonywanie EKG, pomiar ciśnienia, zmiana opatrunków, ściąganie szwów, utrzymywanie w czystości swojego miejsca pracy (łącznie z podłogą),
- wykonywanie tego, czym się zwykle nie zajmują pielęgniarki w POZ w Polsce: EKG wysiłkowego na ergometrze rowerowym, który należy do standardowego wyposażenia praktyk (łącznie z aparatem tlenowym oraz cały czas włączonym defibrylatorem – kardiowerterem), zakładanie holterów (w Praxis Dr Lutsch), przeprowadzenie badania spirometrycznego (oczywiście wyniki tych badań ocenia lekarz – zwykle przy badaniu nieobecny), ocena tętna na tętnicach grzbietowych stóp w trakcie przeprowadzanego regularnie co 3-miesiące badania pacjentów chorych na cukrzycę, badanie dopplerowskie: wskaźnik kostka – ramię.

Pilnują one też kolejności przyjęć i wprowadzają pacjenta do gabinetu.

Jak z tego wynika, asystentki lekarza domowego w Niemczech są dla niego rzeczywiście „wielką pomocą”, także w pracach administracyjno-biurowych i księgowości, np. wypisywanie i rozliczanie rachunków. Dr Lutsch zatrudnia 1 asystentkę na pełnym etacie, 2 na częściowym, 2 szkolące się praktykantki (Ausbilder). Obowiązkiem lekarza praktyka jest prowadzenie bieżącej dokumentacji pacjentów (używa przy tym wielu skrótów), nie musi sam wypisywać żadnych recept, zwolnień ani skierowań: wpisuje je tylko do karty pacjenta, używając często przy tym oznaczeń numerycznych leków z niemieckiego spisu leków, podpisuje *in blanco* odpowiednie formularze, a trudniejsze



Ryc. 1. Dr Lutsch z zespołem



Ryc. 2. Recepcja praktyki

skierowania w formie listu nagrywa na dyktafonie. Resztę załatwiają za pomocą komputera jego asystentki. Dzięki takiej organizacji pracy lekarzowi pozostaje więcej czasu na bezpośredni kontakt z pacjentem, przy czym często poruszane są wówczas tematy nie związane bezpośrednio z danym schorzeniem, następuje lepsze zrozumienie pacjenta, nawiązywana jest z nim ściślejsza więź – zasady medycyny rodzinnej – opieki kompleksowej – stają się rzeczywistością.

Plan praktyki

Praktyka znajduje się na pierwszym piętrze nad apteką (apteka plus praktyka jest powszechnym schematem w Niemczech). Brak jest windy – jednak z tego powodu nie słycać narzekań i żadna instytucja nie stawia zarzutów. Z klatki schodowej wchodzi się bezpośrednio do recepcji z rejestracją, gdzie drukowane są recepty i skierowania oraz wprowadzanych jest do komputera część danych dotyczących pacjentów i praktyki (np. cel wizyty). W recepcji znajduje się też kilka

krzesel. Wchodzi się z niej w korytarzyk prowadzący do wszystkich pozostałych pomieszczeń. Pierwsze drzwi po lewej to laboratorium, gdzie pobierana jest krew i wykonywane są pilne badania, np. poziom troponiny; tu też znajduje się kąciek socjalny dla personelu z przylegającą małą szatnią. Naprzeciwko laboratorium znajduje się poczekalnia dla pacjentów z około 10 krzesłami i wyborem aktualnych czasopism, gdzie pacjenci cierpliwie oczekują na swoją kolejkę, czy to na pobranie krwi rano czy na wizytę u lekarza. Stąd pacjent prowadzony jest przez asystentkę dalej korytarzykiem do jednego z dwóch gabinetów lekarskich, który jest aktualnie wolny, gdzie czeka dalej, aż lekarz do nich przyjdzie po załatwieniu sprawy pacjenta w sąsiednim gabinecie. W praktyce znajdują się 4 pracownie – gabinety zabiegowe. W największej, przylegającej bezpośrednio do poczekalni obok kolejnych krzesel dla pacjentów oczekujących na zabieg, znajdują się 3 boksy, w których wykonuje się zastrzyki podskórne (np. szczepienia), domięśniowe, dożylnie oraz wlewy kroplowe, lekarz robi też tutaj znieczulenia okołostawowe i dosplotowe. W jednym



Ryc. 3. Autor sprawozdania w gabinecie praktyki

boksie znajduje się urządzenie do masażu, w drugim aparat USG. W sąsiednim pokoju wykonuje się próbę wysiłkową EKG na ergometrze rowerowym. Inne pracownie to pracownia gastroskopowa oraz spirometryczna (będąca jednocześnie szatnią lekarza). W korytarzu znajdują się wielkie szafy, w których przechowywane są wszystkie wyniki badań pacjentów osobno, bez kart znajdujących się w rejestracji. We wszystkich pomieszczeniach znajdują się interkomy służące sprawnemu porozumiewaniu się personelu, a w większych także komputery (3 na praktykę) połączone w sieć wewnętrzną oraz z Internetem.

Rozkład dnia

Praktyka otwarta jest od godziny 7.30 do 18.00 przez cztery dni w tygodniu, w środę krócej do około 13.00. W środowe popołudnie w całych Niemczech praktyki są zamknięte, z wyjątkiem praktyk pełniących dyżury. Jest to czas na szkolenie, rozrywkę lub dla rodziny.

Pomiędzy 11.00 a 15.00 jest oficjalna przerwa, ale praktycznie trwa ona krócej od 1 do 1,5 godziny. Jest to czas na jedzenie, ale też dla lekarza na wizyty domowe (nigdy nie jeździ na nie w godzinach przyjmowania pacjentów w prakty-

ce, a pacjenci wiedzą, że w pilnym przypadku zawsze mogą wezwać ambulans). Pacjenci rejestrowani są co 15 minut. Od 9.00 do 11.00 i od 15.00 do 17.00, ale lekarz przyjmuje zwykle 2–3 razy więcej pacjentów niż jest zarejestrowanych, gdyż mogą to być dodatkowo stany ostre oraz ci pacjenci, którzy przyszli na badania bądź zabiegi wykonywane w praktyce i chcą się przy okazji zobaczyć z lekarzem. Doktor przeznaczają na osobę tyle czasu, ile uważa za stosowne, w związku z czym godzinne opóźnienia nie są niczym niezwykłym (pacjenci siedzą w tym czasie spokojnie rozmawiając (rzadziej niż u nas) bądź czytając czasopisma. Od godziny 7.45 do ok. 9.15 doktor Lutsch wykonuje badania USG, a w czwartki także gastroduodenoskopię. Przed badaniem USG lekarz starannie bada pacjenta; oprócz zbadania brzucha osłuchuje też klatkę piersiową, tętnice szyjne oraz bada tętno na stopach. Zasadą jest jednak, że nie komentuje w tym czasie wyników – na to i na dalsze zalecenia przeznaczona jest kolejna wizyta zwykle następnego dnia wraz z wynikami badań dodatkowych.

Krew pobierana jest codziennie od godziny 7.30 do 9.00, a w razie potrzeby także w ciągu całego czasu pracy przychodni. W większości przypadków robi to asystentka doktora, a tylko czasami lekarz. Zrobienie badania moczu możliwe jest na miejscu testem paskowym. Tak samo na miejscu wykonuje się badanie poziomu tropiny – markera zawału serca.

Zakres usług

Każdy lekarz domowy w tej części Niemiec umie robić i robi USG jamy brzusznej i tarczycy. Odwiedzany przeze mnie lekarz wykonywał także badanie echokardiograficzne. W każdej praktyce znajduje się też ergometr rowerowy (co ciekawie próbę wysiłkową wykonują pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi kryteriami, do lekarza należy jedynie ocena wyniku badania). Część lekarzy domowych w Dortmundzie wykonuje też badania endoskopowe przewodu pokarmowego – dr Lutsch gastroduodenoskopię, oczywiście z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego oraz testem na *Helicobacter pylori*. Pacjentom rutynowo podaje się dożylnie Dormicum, żeby lepiej znieśli zabieg (chyba że sobie tego nie życzą) oraz Buscolizynę. Przy okazji lekarz pobiera im krew na badania laboratoryjne.

Powszechnie lekarze domowi wykonują u siebie badania czynnościowe płuc, łącznie z testem odwracalności obturacji. W gabinecie znajduje się też powszechnie używany otoskop, nie widać natomiast oftalmoskopu. Część lekarzy robi i ocenia 24-godzinne monitorowanie holterowskie



Ryc. 4. Gabinet zaprzyjaźnionego lekarza domowego z Dortmundu (dr Jan Rossa – absolwent AM we Wrocławiu)

EKG. Część też zajmuje się akupunkturą, która obecnie jest dla pacjenta leczeniem bezpłatnym, finansowanym przez kasę chorych, w ramach programu oceniającego jej skuteczność w chorobach układu ruchu i migrenie; wcześniej pacjenci płacili za to bezpośrednio lekarzowi. Leczenie oferowane w praktyce jest także urozmaicone i dość śmiało w porównaniu ze standardami polskimi. W razie wskazań podaje się np. Solumedrol w dawce 1000 mg. Przychodzą też pacjenci na dożylny wlew Nootropilu. Dr Lutsch wykonuje też dużo blokad splotów nerwowych i wstrzyknięć do- i okołostawowych. Nie zszywa natomiast ran. Na uwagę zasługuje duża liczba zleczanych badań laboratoryjnych. Praktycznie poza wykonywanym pojedynczo badaniem moczu inne badania zlecane są w zestawach, tzw. profilach, obejmujących zalecane badania przy podejrzeniu bądź monitorowaniu przebiegu danej choroby – zwykle około 10 badań w zestawie. Każdy pacjent ma prawo raz w roku wykonać odpowiedni dla niego zestaw badań diagnostycznych (inny dla zdrowych, inny dla chorych, np. na nadciśnienie). Teoretycznie dobrą opiekę mają np. cukrzycy, którzy oprócz wizyt u lekarza raz na 3 miesiące mają badania przeprowadzane przez asystentki, tj. badanie tętna na stopach, pomiar ciśnienia tętniczego, poziomu cukru i HbA1c (praktycznie jednak duży odsetek z nich ma źle wyrównaną cukrzycę).

Opieka domowa. Dyżury i wizyty domowe

Lekarz domowy odwiedza w domu pacjentów, którzy nie są w stanie samodzielnie dotrzeć do Praktyki, zarówno ostre przypadki, jak i przewlekle chorych. Udziela także porad telefonicznie, które czasami wystarczają zamiast wizyty. Lekarz odpowiedzialny jest także za zdrowie swoich pacjentów w nocy od poniedziałku do piątku. Udziela wtedy porad telefonicznie, a w razie potrzeby jeździ też na wizyty lub wzywa karetkę (co zresztą pacjenci często robią sami). W praktyce dyżury nocne są często wykonywane na zmianę z innymi lekarzami–praktykami z sąsiedztwa, choć nie zawsze, bo część lekarzy uważa, że swoich pacjentów zna na tyle, że wie, kiedy wymagają oni wizyty domowej w nocy, a kiedy tylko porady telefonicznej i ewentualnej porady osobistej dnia następnego, pacjentów swoich kolegów tak dobrze nie znają, co w przypadku zastępstw narazi ich na większy stres i więcej pracy. W dni wolne od pracy i środy po południu do czwartku rano istnieją zorganizowane dyżury przez Stowarzyszenie Lekarzy i Kas Chorych. Na jedną dzielnicę Dortmundu otwarte są 1–2 praktyki dyżurujące oraz osobno dyżurują zespoły jeżdżące na wizyty domowe w składzie lekarz – taksówkarz. Każdy lekarz w Dortmundzie poniżej 50 roku życia ma obowiązek odbycia 4–5 takich dyżurów na



Ryc. 5. Laboratorium praktyki

rok. Część jednak odsprzedaje dyżury innym lekarzom, którzy chcą dorobić. A zarabia się całkiem dobrze: za wizytę domową w trakcie takiego dyżuru lekarz dostaje 70 Euro. Podobnie stawki za porady osobiste i telefoniczne poza godzinami pracy praktyki są nawet kilka razy wyższe.

Opieka domowa jest w Niemczech dobrze rozwinięta, choć wielu Niemcom wydaje się ona droga. Pielęgniarki – asystentki lekarza chodzą rzadko do pacjenta, aby zrobić zastrzyk lub pobrać krew, bo większość tego typu usług, a także inne dotyczące pielęgnacji pacjenta jest wykonywane przez tzw. ambulatoryjne służby opieki. Lekarz musi tylko napisać, co pacjent potrzebuje.

Lekarz zajmuje się też pacjentami z domów starców, najczęściej tylko tymi, którzy w przeszłości do niego przychodzili.

Współpraca ze specjalistami. Fee for service

Lekarz domowy w Niemczech jest bardzo samodzielny i efektywny. Dzięki sprzętowi, dostępności badań i umiejętnościom, jego pacjent nie musi składać wizyt np. specjalistom chorób tarczycy, alergologom, gastrologom, i tak często jak u nas kardiologom. Lekarz domowy może też opiekować się kobietami w ciąży, choć raczej nie

jest to praktykowane, gdyż są one prowadzone przez lekarza – specjalistę położnictwa i położną. Część porodów odbywa się w domu. Lekarze nie odbierają porodów.

Jeżeli lekarz domowy nie wykonuje jakiegokolwiek procedury medycznej, jego pacjent zawsze może iść jednak do specjalisty, bądź nawet do innego lekarza domowego, który ją wykonuje, co nie wiąże się z żadnymi obciążeniami finansowymi dla jego lekarza domowego. W Niemczech istnieje bowiem zasada płacenia za wykonaną usługę przez kasę chorych, a specjaliści z pewnymi wyjątkami dostępni są bez skierowań (lekarz domowy danego pacjenta pisze jednak dość często list przewodni wyjaśniający problem pacjenta i zawsze na taki list otrzymuje szczegółową i uprzejmą odpowiedź). Skierowania wymagane są, jeżeli specjalista musi przyjść do pacjenta na wizytę domową i w rzadkich przypadkach, jeżeli specjalista nie ma u siebie komputera umożliwiającego korzystanie z kart ubezpieczeniowych. W praktyce brak skierowań ma swoje dobre i złe strony. Jeżeli np. pacjent złamie nogę – idzie do chirurga i jest przez niego leczony aż do całkowitego wyzdrowienia, bez pośredników. Pacjent może też zasięgnąć opinii innych specjalistów na temat swojej choroby, co jednak prowadzi czasem do wielu niepotrzebnych konsultacji i badań, i zwiększania kosztów opieki zdrowotnej. Dochodzi także czasami do oszukiwania systemu i lekarzy przez pacjentów, dotyczy to jednak raczej tzw. naturalizowanych Niemców ze Wschodu. Od około 8 lat przepustką do systemu opieki zdrowotnej jest elektroniczna karta ubezpieczeniowa. Jest to jedyny wymagany dokument nie tylko przy wizycie u lekarza, ale także przy przyjęciu do szpitala w stanach nagłych (planowo wymagane są też skierowania). Jej wadą jest brak zdjęcia posiadacza karty. W praktyce więc może on pożyczać tę kartę swoim krewnym i przyjaciółom, którzy oficjalnie nie mają prawa do bezpłatnego leczenia. Zdarza się nawet, że rodziny ze „starego kraju” przyjeżdżają do Niemiec na zabiegi operacyjne w ramach cudzego ubezpieczenia.

Ze względu na przyjazność systemu (zwłaszcza dla pacjenta) planowe skierowania do szpitala nie są nadużywane i jeśli lekarz–praktyk uzna, że jego pacjent wymaga diagnostyki bądź leczenia w warunkach szpitalnych i wyśle pacjenta ze skierowaniem, nie zdarza się, aby chory nie został przyjęty i odesłany z adnotacją: „brak wskazań do hospitalizacji”. Według danych miejskiego urzędu zdrowia w 2001 r. w 590-tysięcznym Dortmundzie czeka na pacjentów 4401 łóżek szpitalnych.

Jeszcze na temat finansów

Jak wcześniej wspomniałem, lekarz–praktyk dostaje pieniądze za wizyty domowe, za wyko-

naną usługę u siebie w praktyce, tj. za przyjęcia pacjentów (więcej za chorych i emerytów), za konsultacje telefoniczne, za wykonane przez siebie lub swoje asystentki procedury. Nie jest to płatność bezpośrednia, bowiem dostaje za to wszystko punkty, które przeliczane są przez kasy chorych na pieniądze. Ile lekarz dostaje za punkt, zależy od wynegocjowanych stawek i czasami też od kasy chorych. Liczba punktów za procedury jest z góry ustalona i tak np. za zwykłą poradę lekarz dostaje 90 pkt., za konsultację telefoniczną 50, a za tę samą poradę telefoniczną w porze nocnej i dni wolne od pracy 5 razy więcej. Z badań dodatkowych za USG jamy brzusznej – 520 pkt., USG tarczycy – 220 pkt., za EKG – 250 pkt. (dużo!). Można by powiedzieć, że przy takim systemie dochody lekarzy mogłyby być ograniczone tylko ich wydolnością fizyczną, ale tak nie jest. Każdy lekarz ma swój tzw. budżet świadczeń, tzn. ograniczoną liczbę punktów, które może zdobyć, przydzielaną na 3 miesiące. Liczba ta zależy od liczby przyjętych **różnych** pacjentów przez danego lekarza w ciągu 3 poprzedzających miesięcy. Liczba pacjentów jest jednak także ograniczona i nie powinna przekraczać średniej dla całego rejonu, w przypadku Dortmundu – 978 różnych pacjentów (oczywiście pacjent przychodzący w tym czasie 10 razy jest dalej tylko tym samym pacjentem, liczy się tylko raz). Lepsi lekarze dostają możliwość przyjęcia dodatkowych pacjentów, np. 10% więcej niż średnia, ale maksymalnie do ilości 1300 na 3 miesiące. Jeżeli lekarz przekroczy budżet świadczeń, musi wtedy przyjmować bądź badać pacjentów za darmo. Lekarze jednak biorą wtedy często urlop i powierają swoich pacjentów sąsiednim praktykom, a wszelkie świadczenia tam udzielone idą już na konto zastępców. Podobnie lekarz domowy ma ograniczony budżet na badania laboratoryjne, ale np. cukrzykom i chorym na nowotwory oraz w większości innych chorób przewlekłych można wykonywać badania bez ograniczeń – płaci kasa chorych. Jeżeli lekarz nie wyda całego budżetu na badania laboratoryjne, resztę dostaje on, co jest teoretycznie niezbyt dobre dla pacjentów, praktycznie jednak nie widać, by na nich oszczędzono. Podobnie wygląda budżet na leki, tutaj jednak istnieją pewne różnice między landami – jeżeli lekarz w Dortmundzie zaoszczędzi na le-

karstwach, nie ma z tego żadnych korzyści finansowych, a lekarz w Brandenburgii dostaje nagrodę. Za przekroczenie budżetów – co się rzadko zdarza – przewidziane są teoretycznie kary, jeżeli nadwyżka wydatków nie zostanie odpowiednio umotywowana, jednak lekarz domowy z innej praktyki, pracujący tam od około 20 lat, mówi, że jeszcze o takich ukaranych lekarzach w Dortmundzie nie słyszał.

W ograniczeniach tych chodzi nie o zmniejszenie dochodów lekarzy, ale o zagwarantowanie, że lekarz poświęci pacjentowi odpowiednią ilość czasu. W związku z dużą liczbą kas chorych w Niemczech negocjacją warunków umów zajmuje się tzw. Stowarzyszenia Lekarzy i Kas Chorych, składające się z przedstawicieli lekarzy opłacanych przez nich oraz z przedstawicieli kas chorych. Odpowiadają one za podział budżetu, ale także i za szkolenie lekarzy.

Ile zarabiają w rzeczywistości lekarze domowi w Niemczech? Dwaj zapytani o to lekarze nie chcieli odpowiedzieć. Możliwe, że jest to objęte tajemnicą kontraktową. Ich dochody są jednak prawdopodobnie proporcjonalne do stawki za dyżury świąteczne (patrz wyżej) i można się ich także domyślać po klasie używanych przez nich samochodów. Wszystko to jest jednak uczciwą zapłatą za rzetelną pracę – do czego my także w Polsce powinniśmy dążyć.

Podsumowanie

Pomijając pewne drobiazgi, które mogą budzić zdziwienie, a które podyktowane są często względami komercyjnymi (np. szczepienia dorosłych), można powiedzieć ogólnie o lekarzach – praktykach w Niemczech, że medycynę, jaką my znamy najczęściej w teorii (np.: wiemy, co zrobić, ale nie pozwalają nam na to dostępne środki), oni realizują w praktyce oraz robią coś ponadto (np. akupunkturę, która być może znajdzie się w przyszłości w kanonie tzw. medycyny klasycznej). „Tylko ci wprowadzają postęp, co próbują rzeczy nowych i weryfikują stare”.

Adres Autora:
ul. Głogowska 11/88
53-621 Wrocław

Sprawozdanie z Konferencji „Rodzina i opieka zdrowotna”

28–29 marca 2003 r., Mysłowice

Report on the Conference “Family and Health Care”

28th–29th March 2003, Mysłowice, Poland

DONATA KURPAS

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

„Truizmem stało się w opiece zdrowotnej stwierdzenie, że w czasie każdego kontaktu lekarza, pielęgniarki czy innego pracownika ochrony zdrowia z pacjentem zawsze obecny jest »ten trzeci«, którym jest społeczeństwo. A rodzina była już w starożytności uważana za najbardziej pierwotną, naturalną strukturę każdej ludzkiej społeczności (Arystoteles). Szczególnym fenomenem współczesności pozostaje fakt, że właśnie ta instytucja, która przez wieki uważana była za swojego rodzaju fundament społeczny, przeżywa szczególne, często postrzegane jako niebezpieczne lub wręcz zagrażające jej istnieniu przemiany.

Nie sposób przy tym nie zauważyć, że wiele z owych przemian pozostaje w bezpośrednim związku ze zmianami w zakresie ochrony zdrowia: technologicznym postępowaniem w zakresie reprodukcji medycznie wspomaganą, wprowadzaniem coraz skuteczniejszych form prewencji chorób, ich leczenia i stosowanych wobec chorych metod rehabilitacji. Kształt współczesnej rodziny w dużej mierze określa także, co jest niewątpliwą zasługą postępu medycznego, wydłużanie się średniego czasu ludzkiego życia.

Z drugiej strony zauważa się istotny wpływ rodziny pacjenta na jego zachorowania czy przebieg leczenia, a pośrednio przez to także na samą instytucję opieki zdrowotnej. Zmieniająca się rodzina otoczona opieką zmieniającej się ochrony zdrowia...”*

Zakład Filozofii i Etyki Śląskiej Akademii Medycznej, powołany do istnienia w 2001 r. w ramach utworzonego Wydziału Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, zorganizował w dniach 28–29.03.2003 r. już trzecią Konferencję „Rodzina i opieka zdrowotna” (wcześniejsze: „Etyka – Pedagogika – Medycyna”, listopad 2001, „Opieka zdrowotna wobec procesu transformacji społecznej”, luty 2002).

Głównymi tematami Konferencji były:

- Tożsamość rodziny wobec stosowania technik reprodukcji wspomaganą medycznie.

- Edukacja zdrowotna w rodzinie i poprzez rodzinę.
- Dziecko zaniedbane i wykorzystywane.
- Wpływ rodziny pacjenta na przebieg procesu leczenia i pielęgnacji.
- Wpływ rodziny na przebieg procesu rehabilitacji.
- Rodzina wobec osób u kresu życia.

Już pierwszego dnia Konferencji po ceremonii otwarcia uczestniczyliśmy w I Sesji plenarnej, której przewodniczyli: prof. dr hab. Krystyna de Walden-Gałuszko, prof. dr hab. Jerzy Kopania, dr Maria Kosińska. Podczas sesji wysłuchaliśmy wystąpień: Karta lekarza – etyczne kwestie otwarte (M. Nowacka), The parental attitudes towards birth palsy children (A. Płotka, M. Antosz), Nowe aspekty pomocy osieroconym rodzinom (K. de Walden-Gałuszko), The role of nurses in health promotion in primary health care in community (L. Rybárová, S. Andrascikova), Wpływ rodziny na kształtowanie postaw prozdrowotnych młodzieży szkół zawodowych (T. Przybyłowicz, T. Irzyniec, J. Kaźmierczak, H. Ludczak, H. Szczerba), Kontrowersje wokół hormonalnej terapii zastępczej (V. Skrzypulec, W. Rozmus-Warcholińska, A. Droszol, K. Nowosielski, D. Zdun).

Kolejnego dnia sesji tematycznej „Opieka nad pacjentem w rodzinie i poprzez rodzinę” przewodniczyli dr Katarzyna Węgrzyn i dr Jadwiga Pyszowska. Na sesję tę złożyły się wystąpienia: Cechy rodziny mające wpływ na zdrowie (G. Franek, H. Chłopecka, Z. Nowak-Kapusta, M. Cabaj, E. Tobor), Consigned to the care of strangers? The caring function of the family (K. Węgrzyn), Rozpad rodziny jako typowe zjawisko w kulturze postmodernistycznej (M. Olejniczak), Ludzie chorzy w rodzinie parafialnej (M. Wandrasz), Pielęgniarka rodzinna konsultantem zdrowia rodziny (G. Franek, T. Grzywna, H. Chłopecka, Z. Nowak-Kapusta, M. Cabaj, E. Tobor), Pacjent uzależniony od opioidów i jego rodzina w świetle realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i spo-

* Lesław Niebroj. *Rodzina i opieka zdrowotna*. Informacje nt. Konferencji. <http://republika.pl/lniebroj/>

łecznych narkomanii w Polsce (B. Karakiewicz, M. Lembas-Sznabel), Zakres opieki domowej nad chorym z przewlekłą chorobą neurologiczną na przykładzie choroby Parkinsona (K. Anuszevska-Mastalerz, I. Jasnos), Rola rodziny i środowiska rówieśniczego w adaptacji szpitalnej pacjentów (A. Warmuz, A. Dubowska, G. Krzemień, J. Wróbel), Ochrona zdrowia osób starszych w społeczeństwie województwa śląskiego – wybrane wskaźniki (G. Bonek-Wytrych), Rola rodziny w procesie adaptacji człowieka staro do warunków domów pomocy społecznej (A. Dubowska, H. Pluta, G. Krzemień, D. Cygan, A. Warmuz), Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów (M. Seń, D. Kurpas, A. Steciwko), Poziom niepokój a intensywność i kryzys religijny w przeżywanej chorobie (M. Wandrasz), Signification of communication in the support of family of terminally ill and dying persons (L. Rybárová, L. Derňárová), Jakość małżeństwa a jakość życia wśród chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej – doniesienie wstępne (A. Modlińska, T. Buss, M. Felska), Opieka duchowa nad rodziną terminalnie chorego (A. Bartoszek), Potrzeby rodziny chorego w okresie terminalnym. Wsparcie medyczne i niemedyczne udzielane rodzinie chorego u kresu życia w programie opieki paliatywnej (J. Pyszkowska, M. Janecki, J. Janecka), Satysfakcja pacjentów i poziom usług medycznych rejonu wiejskiego i miejskiego Dolnego Śląska (D. Kurpas, A. Bednarska, A. Steciwko).

Kolejna sesja „Rodzina wobec dziecka i jego potrzeb zdrowotnych”, której przewodniczyli: dr Lidia Łosik i dr Ewa Kułagowska również nie rozczarowała uczestników. Przedstawiono następujące prace: Etyka i semantyka: „leczenie bezpłodności” vs „reprodukcja asystowana” (L. Niebrój), Hypotrofia – przebieg ciąży i rozwiązanie w materiałach śląskich placówek ochrony zdrowia (M. Mazurek, B. Podsiadło, I. Caus), Najczęstsze powikłania noworodków z ciężą wysokiego ryzyka (K. Dymczyk, I. Caus, K. Leszczyńska), Intensywna terapia noworodka: opieka nad pacjentem i jego rodziną (L. Niebrój, D. Jadamus-Niebrój), Rola rodziców w programie wczesnej interwencji wobec małego dziecka (K. Wac, K. Dymczyk, K. Leszczyńska, A. Śmiejkowska-Jasińska), Wartość modeli rodziny psychosomatycznej w diagnostyce i terapii przewlekłych schorzeń psychosomatycznych u dzieci (V. Tuszyńska-Bogucka), Zmienne rodzinne w przebiegu dziecięcych przewlekłych chorób dermatologicznych (V. Tuszyńska-Bogucka, J. Bogucki), Przyczyny umieszczania dzieci z rodzin patologicznych w policyjnej izbie dziecka w Katowicach (L. Łosik, M. Kryczka), Maltretowanie psychiczne jako element przemocy wobec dzieci (K. Leszczyńska, K. Wac, K. Dymczyk, A. Śmiejkowska-Jasińska), Problem przemocy w rodzinie w opinii studentów pielęgniarstwa Ślą-

skiej Akademii Medycznej (A. Warmuz, J. Witanińska, U. Szczurek, A. Sikor), Spożywanie alkoholu przez nastoletnich mieszkańców aglomeracji górnośląskiej (E. Kułagowska), Skala zjawiska alkoholizmu u dziewcząt między 14–18 rokiem życia (L. Łosik, J. Chadzaj), Fenomen dotyku (M. Mrozkowiak), Różnice wybranych parametrów morfologicznych stóp dzieci 4–7-letnich środowiska miejskiego (M. Mrozkowiak), Analiza kąta piętowego szpotawości palca piątego i koślawości palucha u dzieci 4–7-letnich środowiska miejskiego (M. Mrozkowiak), Aspekt historyczny antykoncepcji (W. Rozmus-Warcholińska, V. Skrzypulec, A. Droszdol, K. Nowosielski).

Konferencję kończyły dwie sesje tematyczne: „Rodzina i edukacja zdrowotna”, której przewodniczyli dr Grażyna Franek i dr Lesław Niebrój oraz „Osoba niepełnosprawna w rodzinie” prowadzona przez dr Mariannę Cabaj oraz dr Annę Jabłońską-Chmielewską. Podczas tych sesji przedstawiono: Wybrane problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie (M. Kłyk), Edukacja położnic w czasie pobytu w oddziale położniczym dotycząca pielęgnacji dziecka (E. Grochans, V. Łuczzyńska, P. Wysiecki), Funkcja samokształcenia w zawodzie położnej (G. Krzemień), Edukacja zdrowotna w profilaktyce wad narządu wzroku u dzieci w wieku wczesnoszkolnym (V. Łuczzyńska, E. Grochans, I. Muszyńska-Lachota), Dziecko przewlekle chore z chorobami układu pokarmowego – edukacja zdrowotna opiekunów dziecka w placówkach służby zdrowia (J. Witanińska, A. Warmuz, A. Sikora, E. Tiszler-Cieślik), Sposoby edukacji pacjenta i jego rodziny, jako ważny element przygotowania do samoopieki w zespole stopy cukrzycowej (U. Skotnicka-Graca, M. Kowalska, B. Sedlak, J. Kitlas), Rodzina, zdrowie a niepełnosprawność (Z. Nowak-Kapusta, G. Franek, J. Szewieczek, M. Cabaj), Wybrane problemy rodzin posiadających niepełnosprawne dziecko (M. Cabaj, G. Franek, Z. Nowak-Kapusta, H. Chłopecka), Sexuality of the mentally handicapped in the social context (G. Węgrzyn), Rola rodziny w rekonwalescencji inwalidów narządu wzroku (B. Jędrzejewska, D. Jędrzejewski), Rehabilitacja osób niepełnosprawnych ruchowo w przebiegu schorzeń neurologicznych w warunkach domowych (I. Jasnos, K. Anuszevska-Mastalerz), Analiza wybranych cech społecznych i socjalnych wśród badanej grupy osób niepełnosprawnych z terenu woj. lubelskiego 2002 roku (A. Jabłońska-Chmielewska), Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym w świetle badań ankietowych w woj. lubelskim w 2002 roku (A. Jabłońska-Chmielewska).

Każdą z sesji kończyła dyskusja – niejednokrotnie stanowiąca interesujące rozwinięcie prezentacji.

Bardzo wysoki poziom merytoryczny Konferencji na długo pozostanie we wspomnieniach uczestników, a gościnność organizatorów ułatwia podjęcie decyzji co do uczestniczenia w kolejnych spotkaniach – na pewno równie owocnych.

Adres Autorki:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Sprawozdanie z XII Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Środowisko a zdrowie dziecka”

30–31 maja 2003 r., Legnica

Report on the 12th International Scientific Conference „Environment and health of child”

30–31st May 2003, Legnica, Poland

DONATA KURPAS, URSZULA GRATA-BORKOWSKA

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko

Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego zorganizowała XII Międzynarodową Konferencję Naukową, która odbyła się tradycyjnie w Legnicy w dniach 30–31 maja 2003 r. Stanowiła ona Konferencję przygotowawczą do IV Europejskiej Konferencji Zdrowia Środowiskowego w Budapeszcie w 2004 r.

Głównymi tematami Konferencji były:

- Środowiskowe obciążenie metalami ciężkimi – epidemiologia, biomonitoring, konsekwencje zdrowotne, diagnostyka, leczenie, profilaktyka.
- Rola rodziny i szkoły w profilaktyce zdrowotnej.
- Zagrożenia cywilizacyjne wobec dzieci w mieście i na wsi.
- Aktualne problemy uzależnień i ich profilaktyka u dzieci i młodzieży.
- Organizacja działań prozdrowotnych jako podstawa profilaktyki.
- Aktualne problemy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.

Patronat honorowy nad Konferencją objęli: Minister Środowiska – Czesław Ślęzak, Minister Zdrowia – Leszek Sikorski, Prezydent Legnicy – Tadeusz Krzakowski.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego został prof. dr hab. n. med. Zbigniew Rudkowski. Komitet Programowy Konferencji stanowili: dr n. med. Halina Strugała-Stawik – prezes Fundacji, prof. dr hab. Jerzy Sokal, prof. David Bellinger (USA), prof. Scott Clark (USA), prof. dr hab. Zofia

Ignasiak, prof. dr hab. Wojciech Chalcarz, prof. dr hab. med. Marek Jakubowski, prof. dr hab. Janusz Hałuszka, prof. Tadeusz Koziolec, dr n. med. Tomasz Pietraszkiewicz, prof. dr hab. Michał Omieljanczyk (Białoruś), dr n. med. Jerzy Kisielewski (Białoruś), dr n. med. Andrzej Szpakow (Białoruś), natomiast Komitet Organizacyjny Konferencji – zespół pracowników Fundacji na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego.

W trakcie całego roku celem prac Fundacji na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego jest wszechstronna pomoc dzieciom mieszkającym na tym terenie oraz ich rodzinom. Pracownicy Fundacji utworzyli dla całego obszaru Zagłębia Miedziowego monitoring biologiczny zagrożeń zdrowia dzieci. Fundacja zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem dzieci z przekroczonymi poziomami metali ciężkich, prowadzi działania profilaktyczne oraz propaguje zachowania prozdrowotne dotyczące wychowywania dzieci na zagrożonym skażeniami przemysłowymi terenie.

Doskonale wyposażona Sala Konferencyjna Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej stanowiła miejsce spotkań i dyskusji XII Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Środowisko a zdrowie dziecka”.

Otwarcie konferencji uświetnili swoimi wystąpieniami: Prezes Fundacji dr med. Halina Strugała-Stawik oraz goście honorowi.

Podczas Sesji I, której przewodniczyli prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (AM, Wrocław, Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, Legnica), prof. dr hab. Ryszard Andrzejak

(AM, Wrocław), prof. dr hab. Zofia Spiak (AR, Wrocław) wysłuchaliśmy następujących doniesień – Halina Strugała-Stawik: Przekroczenia poziomu ołowiu we krwi dzieci z gmin Zagłębia Miedziowego w latach 1991–2002 (Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, Legnica), Jerzy A. Sokal: IV Europejska Konferencja Zdrowia Środowiskowego – tematyka i wkład Polski (Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec), Andrzej W. Jasiński, Zdzisław Kiedel: Efekty działań KGHM Polska Miedź S.A. na rzecz ochrony powietrza w zagłębiu miedziowym (KGHM Polska Miedź S.A., Lubin), Yuriy Nechytailo: Methodology of environmental risk assessment in children (Bucovian State Medical Academy, Chernivtsy, Ukraina), Sofiya Fokina: The Peculiarities of health, growth and development of children resided different environmental conditions (Bucovian State Medical Academy, Chernivtsy, Ukraina), Dominika Oborska-Kumaszewska: Metoda oceny jakości środowiska w oparciu o algorytm Steinhausa i algorytm Bellingera (Instytut Inżynierii Ochrony Środowiska, Politechnika Wrocławska, Wrocław), Barbara Groszek, Janusz Pach, Piotr Hybzik, Łucja Szczepańska: Ocena neurotoksyczności w ostrym zatruciu ołowiem (Klinika Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków).

Przewodniczącymi kolejnej sesji byli: prof. dr hab. Jerzy Sokal (IMPiZŚ, Sosnowiec), prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska (UW, Warszawa), Yuriy Nechytailo (Ukraina).

Sesja II również nie zawiodła nas pod względem merytorycznym. Wysłuchaliśmy następujących prac – Ryszard Andrzejak, Rafała Poręba: Wpływ czynników środowiskowych na występowanie chorób alergicznych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci (Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna, Wrocław), Anna Huzior-Bałajewicz, Jacek J. Pietrzyk: Schemat opieki klinicznej dziecka narażonego na ekspozycję środowiskową (Szpital Dziecięcy Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Klinika Chorób Dzieci, Kraków), Krystyna Pawlas: Wpływ hałasu na płód i dzieci (Katedra i Zakład Higieny Akademia Medyczna, Wrocław, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec), Renata Wąsikowa: Zagrożenia u dzieci matek chorujących na cukrzycę typu 1 (Katedra i Klinika Endokrynologii Wieku Rozwojowego, Akademia Medyczna, Wrocław).

Sesji III przewodniczyli: prof. dr hab. Wojciech Chalcarz (AWF, Poznań), prof. dr hab. Bogdan Kędzia (IRiPZ, Poznań), prof. dr hab. Ludmiła Waszkiewicz (AM, Wrocław). Podczas sesji tej zaprezentowano następujące doniesienia – Piotr Kołodziej: Metale ciężkie – monitoring żywności pochodzenia zwierzęcego w świetle przepisów

Unii Europejskiej i Polski (Inspekcja Weterynaryjna, Warszawa), Zofia Spiak: Czynniki wpływające na kumulację metali ciężkich w roślinach i metody ich pobierania z gleby (Katedra Chemii Rolniczej, Wrocław), Renata Złotkowska: Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego a stan układu oddechowego dzieci – projekt badawczy PATY /Pollution And The Young/ (Zakład Epidemiologii, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec), Anna Lesiak-Bednarek, Monika Ścibor, Halina Strugała-Stawik, Jacek Zakrzewski, Janusz Hałuszka, Krzysztof Pisiewicz: Porównanie częstości występowania chorób układu oddechowego u dzieci w Legnicy i Starachowicach w zależności od cech środowiska domowego (Instytut Zdrowia Publicznego, WOZ CM UJ, Kraków, Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, Legnica, Gabinet Alergologiczno-Pediatryczny, Starachowice, Instytut Gruźlicy i Choroby Płuc, Zespół Pediatryczny, Rabka), Loreta Strumylaite: Respiratory health and exposure to air pollutants in kaunas children (Affiliation Institute for Biomedical Research Kaunas University of Medicine, Litwa), Piotr Konarski, Iwona Iwanejko, Michał Ćwil, Ryszard Diduszko: Spektralne badania mikro- i nanocząsteczek aerozoli zanieczyszczających środowisko w Zagłębiu Miedziowym (Przemysłowy Instytut Elektroniki, Warszawa).

Przewodniczącymi Sesji IV byli: prof. dr hab. Renata Wąsikowa (AM, Wrocław), prof. dr hab. n. med. Hanna Chrząstek-Spruch (AM, Lublin), prof. dr hab. Marian Krawczyński (AM, Poznań). Podczas sesji tej wysłuchaliśmy następujących prac – Barbara Woynarowska, Joanna Mazur: Zmiany zachowań zdrowotnych młodzieży w okresie dojrzewania w Polsce w latach 1990–2002 (Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa), Marian Krawczyński: Najczęstsze problemy zdrowotne i psychospołeczne populacji dzieci i młodzieży szkolnej (Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych, Poznań), Hanna Chrząstek-Spruch: Nowe trendy w ocenie rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży (Dziecięcy Szpital Kliniczny, Klinika Patologii Noworodków, Niemowląt i Kardiologii, Lublin), Michał Omeljańczyk: Akceleracja rozwoju dzieci jako początkowy etap ekologicznej progerii ludności (Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś), Alina Czapiga: Nieprawidłowy przebieg rozwoju psychicznego dziecka – kryteria diagnostyczne niepełnosprawności intelektualnej (Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław), Ludwika Sadowska: Dynamizm rozwoju dziecka w świetle plastyczności ośrodkowego układu nerwowego (Samodzielna Pracownia Re-

habilitacji Rozwojowej, I Katedra Pediatrii, Akademia Medyczna, Wrocław), Irena Wlekleńska, Ludwika Sadowska, Monika Mysłək: Tryb życia wrocławskich dzieci w młodszy m wieku szkolnym w świetle badań pedagogicznych (Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej, I Katedra Pediatrii, Akademia Medyczna, Wrocław), Mirosława Kram: Dziecko krzywdzone a otaczające je środowisko (Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Akademia Medyczna, Bydgoszcz), Ludmiła Waszkiewicz, Wojciech Bolanowski, Monika Bolanowska: Stosunek młodzieży licealnej do własnego zdrowia (Studium Medycyny Społecznej i Zdrowia Społecznego, Akademia Medyczna, Wrocław).

Po sesjach tematycznych omówiono Sesję Plakatową, podczas której swoje prace zaprezentowali – Ewa Barczykowska, Zbigniew Bartuzi: Wpływ czynników środowiska domowego i stylu życia na występowanie chorób atopowych u dzieci i młodzieży (Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Akademia Medyczna, Bydgoszcz, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacyjnego, Akademia Medyczna, Bydgoszcz), Maria Stojek Nimfa: Choroba kociego pazura. Historia i aktualny stan wiedzy (Instytut Medycyny Wsi, Lublin), Natalia Bohutska: Epidemiological approach to primary prevention of bronchial asthma in children (Bukovinian State Medical Academy, Chernivtsi, Ukraina), Bożena Jaźwiec-Kanyion: Środowiskowe uwarunkowania atopii i alergii pokarmowej u dzieci (Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec), Šárka Andélova, Marie Hlasová: Adolescents and their life styl (Krayska Hygienicka Stanice, Ostrava, Czech Republic), Ludmila Bystroňová, Šárka Andélová: Special Monitoring of the health state of inhabitants in the Ostrava-Karviná region (Krayska Hygienicka Stanice, Ostrava, Czech Republic), Rima Naginienie, R. Dobrovolskiene, R. Kregzdyte, R. Verkauskiene: Blood indices and heavy metals in children with alopecia (Institute for Biomedical Research Kaunas University of Medicine, Litwa, Department of Pediatric Endocrinology, Hospital of Kaunas University of Medicine, Litwa), T. Kozielec, A. Sałacka, E. Kędzierska, B. Karakiewicz: Wpływ suplementacji magnezem na stężenie magnezu oraz na eliminację ołowiu kadmu z organizmu dzieci i dorosłych (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin, Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego Katedry Medycyny Rodzinnej, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin), Magdalena Skiba, Renata Złotkowska: Ocena odległych skutków środowiskowego narażenia dzieci na dym tytoniowy (Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Zakład Epidemiologii, Sosnowiec), Jerzy Monkiewicz, Anna Romasz: Wartości metali ciężkich

we krwi, mięśniach i narządach krów w latach 1999–2002 (Katedra Genetyki Ogólnej Hodowli Zwierząt, Wrocław), Beata Pieróg, Danuta Kornafel: Stężenie kadmu i ołowiu we krwi u studentów I i V roku AWF Wrocław w zależności od wieku, diety i stanu ekologicznego środowiska (Katedra Biologii i Ekologii Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław), Jolanta Szymańska: Zastosowanie sedacji wziewnej podtleniem azotu podczas leczenia stomatologicznego dzieci i młodzieży (Redakcja „Annales of Agricultural and Environmental Medicine”, Instytut Medycyny Wsi, Lublin), Ludwika Sadowska, Monika Mysłək, Agata Gruna-Ożarówka: Problemy zdrowotne dzieci z zespołem Downa w świetle badań własnych (Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej, I Katedra Pediatrii, Akademia Medyczna, Wrocław).

Kolejny dzień Konferencji rozpoczęła Sesja V, której przewodniczyli: prof. dr hab. Alicja Chybicka (AM, Wrocław), prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec (PAM, Szczecin), prof. dr hab. Zuzanna Morawska (AM, Wrocław). Podczas sesji tej wysłuchaliśmy następujących doniesień – Janusz Pach: Substancje uzależniające w materiale Kliniki Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Klinika Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków), Beata Karakiewicz, Tadeusz Kozielec: Wpływ narkotyków psychostymulujących na wybrane aspekty funkcjonowania dzieci i młodzieży (Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego Katedry Medycyny Rodzinnej PAM, Katedra Medycyny Rodzinnej PAM, Szczecin), Maria Połocka-Molińska: Uzależnienia wśród młodzieży szkół średnich i gimnazjum (Akademia Medyczna, Poznań), Jolanta Pietrzak, Maria Książewska, Joanna Żmudzińska-Kitczak, Anna Świętochowska-Chechlińska, Anna Obuchowicz: Środowiskowe uwarunkowania incydentów upojenia alkoholem etylowym u dzieci i młodzieży (Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej, Bytom), Bolesław Floriańczyk: Udział metalotionein w wiązaniu jonów metali niezbędnych dla ustroju oraz metali toksycznych (Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej, Akademia Medyczna, Lublin), Zofia Foryś: Więzi społeczne a częstość podejmowania prób samobójczych (Klinika Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków), Janina Olewicka: Niepełnosprawni w Polsce i Unii Europejskiej (Fundacja na Rzecz Dzieci zagłębia Miedziowego, Legnica).

Przewodniczącymi Sesji VI byli: prof. Zofia Ignasiak (AWF, Wrocław), prof. dr hab. Krystyna Pawlas (IMPiZŚ, Sosnowiec), dr hab. med. Jerzy Kisielowski, UM, Grodno. Podczas tej sesji wysłuchaliśmy następujących prac – Alicja Chybicka: Profilaktyka chorób układu krwiotwórczego i no-

wotworów u dzieci (Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Akademia Medyczna, Wrocław), Marzena Szwed-Kolińska, Ewa Barczykowska: Czy musi boleć? Pokonywanie bólu u dziecka z chorobą nowotworową – studium przypadków (SPSK i Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Akademia Medyczna, Bydgoszcz, Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Akademia Medyczna, Bydgoszcz), Anita Stanjek, Joanna Schab, Adam Bogacz, Aleksandra Bijak, Aleksandra Kochańska-Dziurawicz: Ocena stężenia wydalanego z moczem jodu u dzieci niepełnosprawnych zamieszkujących Sosnowiec (Katedra i Zakład Diagnostyki Izotopowej i Radiofarmaceutyków, Śląska Akademia Medyczna, Sosnowiec), T. Kozielec, J. Brodowski, B. Karakiewicz, P. Michoń, A. Stanjek: Stan gospodarki jodowej a budowa i funkcja gruczołu tarczowego u dzieci i młodzieży z terenu miasta Szczecina (Katedra Medycyny Rodzinnej PAM, Szczecin, Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego Katedry Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin, Katedra Diagnostyki Izotopowej i Radiofarmaceutyków Śląskiej Akademii Medycznej, Sosnowiec), Jolanta Szymańska: Zapobieganie lękowi przed leczeniem stomatologicznym jako element profilaktyki próchnicy dzieci i młodzieży (Redakcja „Annales of Agricultural and Environmental Medicine”, Instytut Medycyny Wsi, Lublin), Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Halina Panek, Aureliusz Mikłaszewski: Środowiskowe uwarunkowania wybranych zaburzeń rozwojowych narządu żucia u młodzieży Zagłębia Miedziowego (Katedra Protetyki Stomatologicznej, Akademia Medyczna, Wrocław, Wydział Górniczy, Politechnika Wrocławska, Wrocław), Joanna Janowska, Ewa Barczykowska, Sylwia Kołtan: Obraz własnej choroby z perspektywy cierpiącego dziecka (SPSK Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii AM, Bydgoszcz, Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Akademia Medyczna, Bydgoszcz, Katedra i Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii, Akademia Medyczna, Bydgoszcz).

Podczas sesji tej zaprezentowano też wyniki prac badawczych prowadzonych od dwóch lat w naszej Katedrze, były to doniesienia – Urszula Grata-Borkowska, Zbigniew Rudkowski, Andrzej Steciwko: Hospitalizacja, zachorowalność i alergia – uwagi co do aktualnych wskaźników opieki pediatrycznej (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, Legnica) oraz Donata Kurpas, Andrzej Steciwko: Analiza standardu usług oferowanych w opiece podstawowej na Dolnym Śląsku z uwzględnieniem działań prozdrowotnych (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna, Wrocław).

Ostatniej Sesji VII Konferencji przewodniczyli: dr n. med. Beata Karakiewicz (PAM, Szczecin), prof. dr hab. Michał Omeliańczyk (UM, Grodno, Białoruś), dr Šárka Andélova (Ostrava, Czech Republic). Sesja ta również okazała się obfitującą w niezwykle interesujące doniesienia – Natalia Wiktorowna Pac: Osobliwości rozwoju syndromu ekologicznej dezadaptacji u dzieci z zaburzeniami równowagi mikroelementów (Uniwersytet Medyczny, Grodno, Białoruś), Halina Milnerowicz, Przemysław Nowak: Wpływ wysiłku fizycznego na poziom biomarkerów środowiskowego narażenia na kadm ludzi (Katedra i Zakład Toksykologii, Pracownia Badań nad Metalotioneiną, Akademia Medyczna, Wrocław, Wojska Ochrony Powietrznej, Poznań), Bogdan Kędzia, Elżbieta Hołderna-Kędzia: Zapobiegawcze i lecznicze zastosowanie propolisu ze szczególnym uwzględnieniem dzieci (Instytut Roślin i Przetworów Zielarskich, Poznań), Grzegorz Żurek, Teresa Sławińska: O niektórych czynnikach społecznych wpływających na rozwój morfofunkcjonalny dziewcząt (Katedra Antropomotoryki, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław), Jarosław Domaradzki: Znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia (Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław), Barbara Nieradko, Andrzej Borzęcki: Aktywność fizyczna, higiena snu i wypoczynku wśród studentów III roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie (Katedra i Zakład Higieny Akademii Medycznej, Lublin), K. Kochan-Jacheć, I. Krynicka, J. Fugiel, Z. Ignasiak: Kształtowanie się postawy ciała 7-letnich dzieci miejskich i wiejskich Legnicko-Głogowskiego Zagłębia Miedziowego na tle rozwoju fizycznego (Katedra Antropomotoryki, Zakład Anatomii, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław), Justyna Saltarska: Rola wychowawców, nauczycieli i lekarzy rodzinnych w pracy z dziećmi z grupy ryzyka dysleksji (Nauczycielskie Kolegium Języków Obcych, Wrocław), W. Chalcarz, M. Radzińska-Graczyk: Wiedza żywieniowa dzieci i młodzieży uprawiających szermierkę. Źródło makro i mikroskładników pokarmowych (Katedra Żywienia Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań), Jerzy Kisielewski: Wrodzona patologia ortopedyczna kończyn dolnych dzieci: wieloczynnikowy pogląd na problem (Uniwersytet Medyczny, Grodno).

Dyskusję panelową na temat „Informacja, edukacja i komunikacja w działaniach na rzecz środowiskowego zdrowia dzieci”, która miała miejsce po ostatniej sesji moderowali: prof. dr hab. Jerzy Sokal (IMPiZS, Sosnowiec), prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (AM, Wrocław) oraz dr n. med. Halina Strugała-Stawik.

Sesja plakatowa również drugiego dnia Konferencji była niezwykle interesująca. Wyniki swoich prac zaprezentowali – D. Czapska, E. Stefań-

ska, L. Ostrowska, J. Karczewski: Zachowanie zdrowotne kohorty studentów AMB w latach 2001–2003 (Zakład Higieny i Epidemiologii Akademii Medycznej, Białystok), Monika Mysłak, Anna Trzmiel, Ludwika Sadowska: Warunki socjodemograficzne rodzin dzieci i młodzieży z zespołem Downa w odniesieniu do zdrowej populacji wrocławskiej (Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej, I Katedra Pediatrii, Akademia Medyczna, Wrocław), B. Karakiewicz, I. Rotter, J. Brodowski, P. Michoń, E. Grochans, W. Łuczyńska: Ocena wybranych zachowań zdrowotnych młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim i ich sytuacja rodzinna (Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego Katedry Medycyny Rodzinnej PAM, Szczecin, Katedra Medycyny Rodzinnej, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin, Zakład Propedeutyki, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin), Dariusz Tuchowski: Wprowadzenie do terapii EEG Neurobiofeedback (Centrum „Promyk Słońca”, Wrocław), Maria Połocka-Molińska: Problemy medyczno-społeczne dzieci z M.P.D. (Akademia Medyczna, Poznań), Wiesława Banach, Joanna Hoffman-Aulich, Izabela Mroczkowska: Wiedza i postawy nastolatków wobec uzależnień (Studenckie Koło Naukowe Pracowni Pielęgniarstwa Rodzinnego, Katedry Medycyny Rodzinnej, Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin), Zdzisław Brzeski, Wojciech Sodolski, Alicja Wójcik: Uzależnienia wśród młodzieży w praktyce oddziału toksykologii klinicznej (Instytut Medycyny Wsi, Lublin), Jacek Wójcik, Rafał Nowak, Jacek Wójcik, Rafał Nowak, Jacek Wójcik, Rafał Nowak, Małgorzata Schlegel-Zawadzka: Zalecenia prawidłowego żywienia a ich realizacja przez kobiety w ciąży z rejonu Krakowa (Szpital Ginekologiczno-Położniczy, Kraków, Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ, Kraków), Jolanta Pietrzak, Maria Kniażewska, Joanna Żmudzińska-Kitczak, Anna Obuchowicz, Lucyna Krzyśków, Anna Stokłosińska, Anna Świętochłowska-Chechlińska: Zatrucia tlenkiem węgla u dzieci i młodzieży hospitalizowanych w la-

tach 1998–2003 (Katedra i Klinika Pediatrii Śląska Akademia Medyczna, Bytom), Jolanta Pietrzak, Joanna Żmudzińska-Kitczak, Maria Kniażewska, Anna Świętochłowska-Chechlińska, Anna Obuchowicz, Anna Sandelewska: Analiza przyczyn zatruc lekami i środkami chemicznymi u dzieci i młodzieży w środowisku miejskim (Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii Śląska Akademia Medyczna, Bytom), Marta Malinowska-Cieślak: Rola rodziców i nauczycieli w przejawianiu przez dzieci zachowań związanych z unikaniem urazów z powodu wypadków drogowych (Zakład Zdrowia i Środowiska Instytut Zdrowia Publicznego, CM UJ, Kraków), Anna Hawrylczak-Małańczak: Wkład „Wszechnicy Żywienia” w edukację prozdrowotną dzieci i młodzieży z Legnicy (Technikum Ochrony Środowiska, Legnica), W. Chalcarz, M. Radzimirska-Graczyk: Wiedza żywieniowa dzieci i młodzieży uprawiających szermierkę. Metabolizm choroby cywilizacyjnej i układanie jadłospisu (Katedra Żywienia Człowieka, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań).

W kularach toczyły się dyskusje dotyczące poszczególnych tematów. Można było pogłębić wiedzę dotyczącą wybranych tematów oraz podzielić się doświadczeniami.

Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego zajmuje się także propagowaniem zdrowej żywności. Produkty takie, jak żywność dietetyczna, produkty makrobiotyczne, żywność wegetariańska, otręby, zostały zaprezentowane na specjalnie przygotowanym stoisku. Można było je zakupić, aby przekonać się nie tylko o walorach zdrowotnych, ale i smakowych tej żywności. „Wszechnica Żywienia” propagowała oprócz wymienionych wyżej produktów także produkty bezglutenowe, odżywki dla dzieci, wody mineralne.

Wyjeżdżając z tego gościnnego miasta wszyscy zabrali miłe wspomnienia i nadzieję, że powrócimy tutaj za rok. Miejmy nadzieję, że znajomości naukowe zawarte na konferencji zaowocują dobrą współpracą i przyniosą efekty, z których korzyści odczują „mali mieszkańcy” Zagłębia Miedziowego.

Sprawozdanie z XII Ogólnopolskiego Zjazdu Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy

23–25 kwietnia 2004 r., Karpacz

Report on the 12th National Conference of the Medical Student Research Groups and Young Doctors

23–25 April 2004, Karpacz

ANNA KRĘCICHWOST, AGNIESZKA MUSZYŃSKA

Z Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W dniach 23–25 kwietnia 2004 r. odbył się XII Ogólnopolski Zjazd Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy. W tym roku uczestników Zjazdu gościł Karpacz, a ściślej mówiąc Ośrodek Wczasowy „Stokrotka”, malowniczo położony u podnóża Śnieżki i w bliskim sąsiedztwie zabytkowego kościółka Wang. Dwunastoletnia tradycja Zjazdu, jego naukowy charakter oraz karkonoskie krajozabyry ściągnęły do Karpacza blisko 120 osób niemalże z całej Polski – profesorów, lekarzy, studentów. Obok stałych sympatyków corocznych spotkań nie zabrakło także tych, którzy uczestniczyli w Zjeździe po raz pierwszy, a którym bliska jest nefrologia i medycyna rodzinna.

Organizatorami Zjazdu byli: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, Studenckie Koło Naukowe działające

przy Katedrze i Zakładzie oraz Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych. Organizatorzy dołożyli wielu starań, aby trzy dni konferencji przebiegały zgodnie z ustalonym wcześniej programem i aby wszyscy goście czuli się naprawdę dobrze. Pieczę nad wszystkim przejął Komitet Organizacyjny, któremu przewodniczył Profesor Andrzej Steciwko, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. W organizacji Zjazdu wspierali Go członkowie Komitetu – pracownicy Katedry i Zakładu oraz studenci działający w Kole Naukowym.

Profesor Andrzej Steciwko był także przewodniczącym Komitetu Naukowego, w którym obok niego zasiedli zaproszeni goście: dr hab. n. med. Jerzy Chudek (Katowice), dr n. med. Jacek Imiela (Warszawa), prof. dr hab. Jerzy Kołodziej (Wrocław), prof. dr hab. Tadeusz Koziolec (Szczecin), dr n. med. Donata Kurpas (Wrocław), dr n. med. Iwona Pirogowicz (Wrocław), prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski (Wrocław), prof. dr hab. Bolesław Rutkowski (Gdańsk), dr n. med. Adam Rze-



Wykład prowadzi dr n. med. Paweł Syzdół



Komitet naukowy podczas jednej z sesji (od lewej: prof. dr hab. Jerzy Kołodziej, dr n. med. Paweł Syzdół, prof. dr hab. Andrzej Steciwko)



Uczestnicy konferencji

chonek (Wrocław), prof. dr hab. Krzysztof Simon (Wrocław), dr n. med. Paweł Syzdół (Warszawa), prof. dr hab. Zenon Szewczyk (Wrocław), prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław). Dzięki pracy Komitetu możliwy był prawidłowy przebieg sesji naukowych oraz wyłonienie najlepszych prac wygłoszonych przez studentów.

Pierwsi goście pojawili się w OW „Stokrotka” już we wczesnych godzinach piątkowego popołudnia. Rejestracją uczestników i kwaterowaniem w pokojach zajmowało się Biuro Zjazdu. Każda osoba oprócz imiennego identyfikatora otrzymała także teczkę zjazdową, a w niej m.in. szczegółowy program Zjazdu wraz ze streszczeniami prac, szósty tom „Wybranych zagadnień z praktyki lekarza rodzinnego” oraz bogatą prasę medyczną. Wieczorem o godzinie 18.00 uroczystego rozpoczęcia Zjazdu dokonał Profesor Andrzej Steciwko ciepłymi słowami powitania oraz życzeniami wspianiałych (nie tylko naukowych!) wrażeń dla wszystkich uczestników. Kolejnym ważnym momentem było złożenie na ręce sponsorów Zjazdu podziękowań w formie dyplomów. Ich finansowe wsparcie i wieloletnie zaangażowanie we współpracę z organizatorami w dużej mierze przyczynia się do kontynuacji corocznych spotkań.

Klamrą spinającą uroczyste rozpoczęcie był wykład Pana Profesora Andrzeja Steciwko pt. „Kierunki rozwoju medycyny w XXI wieku”. Profesor nie tylko zwrócił nam wszystkim uwagę na niepokojąco narastające problemy współczesnej medycyny, takie jak m.in. choroby cywilizacyjne, zakaźne czy kwestia bioterroryzmu, ale także zasiał iskiarkę nadziei w sercach, przedstawiając najnowsze osiągnięcia dynamicznie rozwijają-

cych się nauk medycznych. Jeszcze tego samego wieczoru o godzinie 20.00 odbyło się ognisko, na którym nie zabrakło pieczonych kiełbasek, prawdziwie swojskiego bigosu i góralskiej muzyki, jaką zapewniła miejscowa kapela. Ciepłe, wesołe trzaskanie ogniska i skoczne takty muzyki stworzyły niepowtarzalną atmosferę dla odświeżenia starych znajomości, nawiązywania nowych, a także dzielenia się pierwszymi wrażeniami. Szkoda tylko, że po upływie niespełna godziny z nieba spadły pierwsze krople deszczu, którego nieuchronne nadejście zwiastowała piątkowa pogoda. Jego narastająca intensywność uniemożliwiła wprowadzić kontynuowanie zabawy przy ognisku, ale za to nikomu nie popsuła dobrego nastroju.

Sobotni poranek okazał się zimny, mglisty i deszczowy, a amatorów spacerów skutecznie zniechęcił do zwiedzania Karpacza (a może nawet do wspinaczki na Śnieżkę). Na szczęście program Zjazdu w tym dniu był bardzo bogaty i już o godzinie 8.30 rozpoczęła się pierwsza sesja wykładów programowych. W sumie na sobotnio-niedzielne obrady przewidziane były trzy takie sesje, a w czasie ich trwania swoje wykłady wygłosili:

- prof. dr hab. Krzysztof Simon: „Endoskopia żyłaków przełyku”,
- prof. dr hab. Andrzej Steciwko: „Nowe poglądy na terapię cukrzycy typu 2 przy braku skuteczności doustnych leków przeciwcukrzycowych” oraz „Badania laboratoryjne w chorobach nerek”,
- prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz: „Seksualność studentek wrocławskich uczelni” oraz „Seks w kulturach świata”,



Podziękowania dla Organizatorów Zjazdu składane na ręce Profesora Steciwko przez Docenta Jacka Imieł



Profesor Andrzej Steciwko zaprasza wszystkich do wspólnej zabawy przy ognisku

- dr n. med. Jacek Imiela: „Zaburzenia gospodarki lipidowej w chorobach nerek”,
- dr n. med. Donata Kurpas: „Opieka nad chorym po zawale mięśnia sercowego”,
- dr n. med. Iwona Pirogowicz: „Badania czynnościowe układu oddechowego w praktyce lekarza rodzinnego”,
- dr n. med. Adam Rzechonek: „Duszność a interwencja chirurgiczna”,
- dr n. med. Paweł Syzdół: „Zaburzenia świadomości u osób w wieku starszym”.

Sześć pozostałych sobotnio-niedzielnnych sesji wypełniły prezentacje studenckich prac naukowych, zarówno oryginalnych opartych na badaniach doświadczalnych i ankietowych, jak i prac poglądowych. W trzech sesjach nefrologicznych autorzy 18 prac poruszyli m.in. zagadnienia takie, jak: transplantacja nerek, problemy zdrowotne pacjentów dializowanych, choroby układu sercowo-naczyniowego w aspekcie ich wpływu na funkcję nerek, skuteczność oceny naczyń nerkowych, a także funkcji i wielkości nerek w badaniach obrazowych, czy wreszcie zastosowanie analizy impedancji bioelektrycznej w medycynie.

W sesjach z zakresu medycyny rodzinnej studenci zaprezentowali 27 prac, których tematyka dotyczyła bardzo wielu dziedzin pozostających w sferze zainteresowań każdego lekarza rodzinnego, a także tych będących nieodłączną składową jego codziennej praktyki. Poruszane były m.in. tematy: psychologiczne aspekty relacji lekarz rodzinny–pacjent, ginekologia i położnictwo (w tym nietrzymanie moczu u kobiet, antykoncepcja, leczenie niepłodności męskiej), problemy pediatryczne w praktyce lekarza rodzinnego (gorączka u dzieci, diagnostyka schorzeń jamy brzusznej, problem nadwagi u najmłodszych), uzależnienia, choroby cywilizacyjne, problematyka HIV i AIDS.

Bardzo bogata tematyka prac studenckich, ich wysoki poziom merytoryczny, a także ciekawy sposób prezentowania zagadnień przyczyniły się do tego, że w trakcie kilkuminutowych przerw pomiędzy kolejnymi wystąpieniami autorzy wygłoszanych prac zasypywani byli licznymi pytaniami. Padały one zarówno ze strony członków Komitetu Naukowego, którzy przewodniczyli danej sesji, ale także ze strony obecnych na sali słuchaczy. Wywiązujące się rozliczne dyskusje pozwoliły autorom prac wykazać się dogłębną znajomością prezentowanego tematu, a dla słuchaczy były okazją do uzyskania odpowiedzi na pytania i wątpliwości, jakie nasuwały się w trakcie prezentacji i dyskusji.

Przed członkami komisji naukowej obecnymi na poszczególnych sesjach stało niełatwe zadanie wyłonienia najlepszych prac spośród wszystkich prezentowanych. W ocenie były brane pod uwagę m.in. oryginalność tematu, wartość merytoryczna pracy, sposób prezentacji, umiejętność dyskusji oraz poprawność udzielanych odpowiedzi.

Nie ulega wątpliwości, że chyba najbardziej oczekiwanym przez wszystkich punktem programu był sobotni wieczór i uroczysty bankiet, który rozpoczął się o godzinie 20.00. Intensywne przygotowania do niego trwały we wszystkich pokojach, czego wyrazem były prawdziwie wieczorowe kreacje i fryzury. Przestronną salę biesiadną z suto zastawionymi stołami wypełnił radosny gwar dobrych humorów, na których brak tego wieczoru nie można było narzekać. Miłym akcentem były słowa podziękowania organizatorom Zjazdu, jakie w imieniu wszystkich uczestników złożył na ręce Przewodniczącego Doktor Jacek Imiela. Zaraz potem Profesor Andrzej Steciwko, życząc wszystkim dobrej zabawy, rozpoczął pierwszy taniec. Parkiet szybko zapełnił



A tak się bawiliśmy...

kolejne pary porwane tanecznymi rytmami, jakie zapewnił zespół muzyczny. Echa gorącej atmosfery wspólnej zabawy niosły się po sennych i mglistych okolicach Karpacza do późnych godzin nocnych.

W niedzielę już od rana trwały obrady. Tego dnia odbyły się trzy ostatnie sesje: wykładów programowych, medycyny rodzinnej i nefrologii. Wczesnym popołudniem zgodnie z programem

odbyło się uroczyste zakończenie Zjazdu. Profesor Andrzej Steciwko w serdecznych słowach podziękował wszystkim uczestnikom za liczny udział i zaangażowanie w obradach. I choć tym samym minione trzy dni zostały zapisane na kartie dwunastoletniej historii Zjazdów, to przyszłość pozwoliła wszystkim zwrócić na moment myśli ku przyszłorocznemu spotkaniu, do udziału w którym gorąco zaprosił Pan Profesor.

Kompendium wiedzy behawioralnej przydatne na gruncie medycyny rodzinnej

Recenzja podręcznika akademickiego
„Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny”
pod red. J. Barańskiego, W. Piątkowskiego, Wrocławskie Wydawnictwo
Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2002, ss. 258.

MICHAŁ SKRZYPEK

Z Pracowni Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: dr n. hum. Włodzimierz Piątkowski

Książkę pod redakcją Jarosława Barańskiego i Włodzimierza Piątkowskiego pt. „Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny”, odczytać można jako ofertę współpracy skierowaną przez – reprezentującą nauki o zachowaniu – socjologię zdrowia, choroby i medycyny, pod adresem medycyny rodzinnej, będącej naturalnym adresatem problematyki behawioralnej na gruncie medycyny. Do postawienia takiej tezy upoważnia fakt, iż do centralnych założeń medycyny rodzinnej należy przyjmowanie biopsychospołecznego podejścia do zagadnień zdrowia i choroby. W. Lukas podaje, że „głównym celem [lekarza rodzinnego] jest postawienie tzw. wczesnej diagnozy, w której uwzględnione będą wszystkie wpływające na zdrowie czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne”, a lekarz rodzinny „po ukończeniu szkolenia powinien znać metody rozpoznawania wpływu czynników socjalnych i środowiskowych na zdrowie pacjenta”¹. Model biopsychospołeczny wprowadza do praktyki medycznej podejście wielowymiarowe i systemowe, w którym choroba i jej przebieg są konceptualizowane jako rezultat oddziaływania licznych, wchodzących ze sobą w interakcje zmiennych biologicznych, psychologicznych i społecznych, zaś procesy emocjonalne, behawioralne i społeczne powiązane są zarówno z rozwojem, przebiegiem, jak i zakończeniem

choroby². Wypracowanie realistycznych i zarazem skutecznych metod aplikacji podejścia biopsychospołecznego w praktyce lekarskiej nie jest możliwe bez uwzględnienia dorobku i ustaleń nauk o zachowaniu, których przedstawiciele powinni być naturalnymi partnerami lekarza rodzinnego. Warto w tym kontekście przywołać głosy z amerykańskiej dyskusji nad przyszłością podstawowej opieki medycznej, jakie opublikowano w suplementcie do „Annals of Internal Medicine” z lutego 2003 r. S.D. Gelb wskazuje, że odniesienie do całego człowieka w kontekście jego osobistej i medycznej historii, a także środowiska życiowego pacjenta – raczej niż koncentrowanie się na poszczególnej chorobie, organie czy układzie – stanowi cechę wyróżniającą opiekę podstawową spośród innych specjalności medycznych. Autor ten cytuje wyniki *The Primary Care Assessment Survey (PCAS)* obejmującego populację amerykańską i oceniającego opinie pacjentów na temat siedmiu kluczowych cech opieki podstawowej, wśród których istotne miejsce zajmują kategorie o wyraźnej konotacji behawioralnej, takie jak całościowa wiedza o pacjencie („*whole-person*” *knowledge*), realizowanie poradnictwa prewencyjnego przez lekarza, jakość interakcji klinicysta–pacjent z uwzględnieniem aspektu ko-

¹ Lukas W. (red.). Wprowadzenie do nauczania praktycznych umiejętności w medycynie rodzinnej. *Zdrowie i Zarządzanie*, Kraków 2002: 9–13.

² Cohen-Cole SA, Levinson RM. *The biopsychosocial model in medical practice*. [In:] Stoudemire A. (ed.). *Human behaviour: an introduction for medical students*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994: 22–63.

munikacyjnego, czy kategoria zaufania ze strony pacjenta. Jak wynika z cytowanych badań, całościowe podejście do pacjenta jest słabym punktem opieki podstawowej i to kryterium oceny ocenione zostało przez pacjentów najniżej: tylko 1/3 ankietowanych uznała, że ich lekarze mają doskonałą lub bardzo dobrą wiedzę o swych pacjentach³. Ideał zintegrowanej opieki medycznej, obejmującej całą osobę pacjenta (*whole-person integrated care*) jest więc w populacji amerykańskiej – co dotyczy również, jak się wydaje, sytuacji w polskiej medycynie rodzinnej, celem do realizacji. Główny wątek niniejszego omówienia wyznaczać będzie teza, że kompetencje behawioralne nie tylko wywodzące się z lekarskiej intuicji, ale nabyte w procesie profesjonalnego kształcenia realizowanego we współpracy z przedstawicielami nauk o zachowaniu powinny należeć do kluczowych umiejętności lekarza rodzinnego. Treści zawarte w recenzowanym podręczniku stanowić mogą zbiór wiedzy w tym zakresie przydatny nie tylko dla celów samokształcenia w tym zakresie, ale także organizowania szkoleń z zakresu behawioralnych aspektów praktyki lekarskiej. Książka ma w zamiarze redaktorów i autorów pełnić rolę ogólnopolskiego podręcznika akademickiego – przynosi więc systematyczny wykład problematyki podejmowanej przez współczesną socjologię zdrowia, choroby i medycyny.

Książka składa się z czterech części, poświęconych kolejno: przedmiotowi i charakterystyce socjologii zdrowia i medycyny, zachowaniom związanym ze zdrowiem i chorobą, instytucjom i zawodom medycznym i zagadnieniom zdrowia, choroby i medycyny w kontekście polskich przemian systemowych. W każdej z części czytelnik związany z medycyną rodzinną odnajdzie zagadnienia bezpośrednio związane z obszarem zainteresowań swej specjalności. Omówiono przedmiot i genezę socjologii medycyny na świecie i w Polsce, na obszarze której kategoria zdrowia społeczne, a także zjawiska „otaczające” zdrowie, z uwzględnieniem zachowań pro- lub antyzdrowotnych decydują o tym, że dyscyplina ta ewoluuje „w stronę socjologii zdrowia”⁴. Omówiono założenia promocji zdrowia, uznawanej za interdyscyplinarną naukę o zdrowiu oraz związki tej dyscypliny z naukami o zachowaniu, podkreślając, że skuteczna implementacja

założeń promocji zdrowia nie jest możliwa bez wykorzystania wiedzy behawioralnej, w tym przede wszystkim socjotechniki. W rozdziale poświęconym psychosocjosomatyce, ewolucji, przedmiotowi badań i funkcjom tej dyscypliny wiedzy, stanowiącej praktyczną aplikację w sferze badań naukowych założeń modelu biopsychospołecznego w medycynie, interesujący dla lekarza rodzinnego wątek dotyczy funkcji psychosomatyki, wśród których centralne miejsce zajmuje diagnoza i leczenie zaburzeń czynnościowych, których geneza wiąże się ze sferą emocjonalną i społeczną pacjentów. Przedstawiono ewolucję tej dziedziny wiedzy, odchodzącej od pojęcia konfliktu intrapsychoicznego na rzecz szerokiego spektrum zmiennych socjokulturowych, co znajduje odzwierciedlenie w propozycjach określania dyscypliny mianem socjopsychosomatyki. Istotne zadanie w poszukiwaniu sposobów praktycznych zastosowań wiedzy psychosomatyki przypada lekarzowi rodzinemu, którego silną stroną, zdaniem B. de Barbaro, może być rozumienie zjawisk związanych z chorobą w kontekście społecznym, rodzinnym i psychologicznym⁵. Odrębne rozdziały podręcznika poświęcono problemom znajdującym bezpośrednio odniesienie do praktyki lekarza rodzinnego, takim jak zachowania w zdrowiu i chorobie, zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie, a także uwarunkowaniom zdrowia związanym ze środowiskiem życia i wykonywaną pracą. Przedmiotem opracowania jest również ważna dla lekarza rodzinnego tematyka „rodzina a problemy zdrowia i choroby”, a także problematyka rehabilitacji osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem omówienia skali zjawiska w Polsce, psychospołecznych konsekwencji niepełnosprawności i uwarunkowań skuteczności działań rehabilitacyjnych. Trzecia część książki streszcza klasyczne wątki badawcze socjologii medycyny, takie jak analizy instytucji i zawodów medycznych, wśród których opis roli zawodowej i społecznej lekarza rodzinnego umiejscowiony został w rozdziale dotyczącym przyszłości zawodów medycznych. Obszernie omówiono zagadnienia interakcji lekarz–pacjent, prezentując charakterystykę współcześnie zalecanego modelu, z uwzględnieniem znaczenia lekarskich kompetencji w zakresie komunikacji z pacjentem, które poprawiają nie tylko jakość i skuteczność opieki lekarskiej, ale także obniżają jej koszt. Inne omówione w tej części książki zagadnienia dotyczą jatropatologii, błędów lekarskiego oraz odpowiedzialności prawnej i zawodowej lekarza. Czwarta część książki dotyczy problematyki zdrowia, choroby i medycyny w kontekście polskich przemian systemo-

³ Gelb SD. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Ann Int Med* 2003; 138(3): Suppl. Future of Primary Care: 248–255.

⁴ Kwestii tej poświęcona została monografia naukowa pod red. W. Piątkowskiego i A. Titkow „W stronę socjologii zdrowia”, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002. Książka została omówiona na łamach „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2002, vol. III, 2 (w druku).

⁵ de Barbaro B. *Pacjent w swojej rodzinie. Przewodnik lekarza praktyka*. Warszawa 1997: 12–14.

wych. Przeanalizowano zmiany w zakresie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a także opisano zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego w warunkach biedy, podkreślając, że postawy i zachowania wobec zdrowia zależą od dochodu oraz wykształcenia, praktycznie nie obserwuje się zachowań prozdrowotnych wśród niższych klas społeczeństwa, a trudności z wdrażaniem prozdrowotnego stylu życia mogą mieć źródło w niezamierzonej i obiektywnej niemożności, w związku z czym promowanie zdrowego stylu życia musi przekraczać granice wyznaczone przez nierówności społeczne. Zamykający książkę tekst dotyczy problematyki leczenia niemedycznego, stającego się „trwałym i ważnym elementem zmieniającej się kultury zdrowotnej polskiego społeczeństwa”. Zwrócono uwagę, że skuteczność tego typu metod terapii opiera się przede wszystkim na realizowanej w sposób amatorski socjopsychoterapii i dotyczy w głównej mierze chorób z wyraźnym komponentem psychosomatycznym, a sposobem „odzyskania” pacjentów korzystających z tego rodzaju pozanaukowych metod leczenia jest wyposażenie lekarzy w wiedzę i umiejętności behawioralne zaspokajające ekspresyjne potrzeby pacjentów, co możliwe jest pod warunkiem kształcenia profesjonalistów medycznych w zakresie nauk o zachowaniu, które przygotowują do realizacji kwalifikowanych interwencji w tym zakresie.

Podsumowując, zaakcentowany w książce zwrot badań socjomedycznych w stronę kategorii zdrowia otwiera przestrzeń dla współpracy socjologii zdrowia, choroby i medycyny z wieloma dyscyplinami wiedzy, w tym promocją zdrowia, powstającą niejako równolegle na gruncie polskim socjopsychosomatyką czy medycyną rodzinną i – jak się wydaje – znajdzie odbiorców wśród osób związanych z tymi dyscyplinami. Potrzeba współpracy medycyny rodzinnej z naukami o zachowaniu wynika z wielu deklaracji programowych jednoznacznie deklarujących, że podejście biopsychospołeczne do zagadnień zdrowia i choroby ma podstawowe znaczenie dla medycyny rodzinnej. Warto przywołać w tym

miejscu wypowiedź R. de Melkera, zdaniem którego „lekarz rodzinny integruje wiedzę biomedyczną, psychologiczną i społeczną oraz umiejętności techniczne i komunikacyjne”⁶. W opinii M. Sokołowskiej, twórczyni polskiej socjologii medycyny, medycynę do nauk społecznych zbliżają przede wszystkim dwie kwestie, szczególnie aktualne również współcześnie: problem choroby funkcjonalnej, niemającej uchwytne tła organicznego oraz „niemedyczne” (behawioralne) potrzeby pacjentów⁷. Satysfakcjonujące dla nauki i dla pacjentów rozwiązywanie tych kwestii nie jest możliwe bez udziału nauk o zachowaniu. Jak wskazują wyniki wielu badań, poziom satysfakcji pacjenta z opieki lekarskiej uzależniony jest w większym stopniu od jej psychospołecznego lub emocjonalnego wymiaru niż *stricto* medycznych procedur stosowanych w jej przebiegu czy technicznych kompetencji lekarza, nawet wówczas, gdy to one były zasadniczym celem skorzystania z porady lekarskiej⁸. Jak wskazują wyniki cytowanych badań amerykańskich, pacjenci kładą duży nacisk na interpersonalne aspekty opieki lekarskiej, w tym całościowe podejście ze strony lekarza. Wypracowanie i stałe doskonalenie modelu całościowej opieki nad pacjentem pozostaje ważnym zadaniem dla umacniającej się w Polsce medycyny rodzinnej, możliwym do realizacji przy współpracy z naukami o zachowaniu.

Adres Autora:

Pracownia Socjologii Medycyny
Katedra Nauk Humanistycznych AM
ul. Szkolna 18
20-950 Lublin

⁶ de Melker R. Zdrowie i medycyna rodzinna. *Lekarz Rodzinny* 2002; 7-8: 25–27.

⁷ Sokołowska M (red.). *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza: 1969: 25–43.

⁸ Cohen-Cole SA, Levinson RM, *op. cit.*: 24.