

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych

PL ISSN 1508-2121

Polska Medycyna Rodzinna

Kwartalnik

2001

Tom 3

Zeszyt 4

WYDAWNICTWO
Continuo

Komitet Naukowy

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

Komitet Redakcyjny

Redaktor Naczelny

Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Dr n. med. Andrzej Staniszewski, dr n. med. Iwona Pirogowicz

Sekretarz Redakcji

Lek. Bartosz J. Sapiłak

Członkowie Redakcji

Lek. Jarosław Drobnik, lek. Agnieszka Mastalerz-Migas,
mgr Waldemar Żukowski

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu,
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. 071 325 51 26, tel./fax 071 325 43 41

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Siedziba: ul. Czackiego 46/1, 51-607 Wrocław, tel. kom. 0 601 77 47 33

Biuro i prenumerata: ul. Lelewela 4, 53-505 Wrocław, pok. 325,
tel./fax 071 34 390 18 w. 223

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.

Spis treści

257 Słowo wstępne

PRACE POGLĄDOWE

- 263 Andrzej Steciwko, Donata Kurpas • Bioterroryzm – wybrane zagadnienia w aspekcie lekarzy rodzinnych
- 273 Helena Żukowska • Gruźlica – epidemiologia, diagnostyka, leczenie
- 277 Grażyna Mardarowicz, Jerzy Łopatyński • Nowa sytuacja tyreologii polskiej po reformie ochrony zdrowia – korzyści i zagrożenia. O konieczności ścisłej współpracy lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób tarczycy
- 283 Jerzy Błaszczuk, Marta Strutyńska-Karpińska • Przewlekłe zapalenie trzustki
- 291 Beata Karakiewicz • Realizacja programu leczenia metadonem uzależnienia od opiatów w województwie zachodniopomorskim
- 299 Zygmunt Zdrojewicz, Kinga Belowska-Bień • Leczenie zaburzeń erekcji – współczesny stan wiedzy
- 305 Maciej Latałski, Hanna Skórzyńska • Rynek pracy w służbie zdrowia w Polsce – ocena zapotrzebowania na lekarzy, w tym specjalistów – zauważalne tendencje
- 309 Artur Zięba, Józef Dzbanuszek, Andrzej Steciwko • Wypadki i urazy przy pracy u dzieci wiejskich na terenie województwa legnickiego w latach 1993–2000

PRACE KAZUISTYCZNE

- 319 Marzena Drozd, Marzena Zakrzewska, Beata Karakiewicz • Rzetelność i trafność czynnikowa polskiej wersji skali „Family Environment Scale”
- 327 Krzysztof Kassolik, Ewa Krawiecka-Jaworska, Waldemar Andrzejewski • Próba oceny wspomagającego leczenia za pomocą masażu medycznego w łagodnym przeroście stercza

SPRAWOZDANIA

- 331 Donata Kurpas, Bogusława Pylvänäinen • Sprawozdanie z pobytu w Centrum Medycznym w Kangasali (Kangasala, Finlandia, 28 maja–1 czerwca 2001 r.)
- 332 Donata Kurpas • Sprawozdanie z III Międzynarodowej Konferencji Słuchaczy Studiów Doktoranckich (Miskolc, Węgry, 13–19 sierpnia 2001 r.)
- 333 Donata Kurpas, Andrzej Steciwko, Maria Bujnowska-Fedak • Sprawozdanie z XXXIV Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich (Poznań, 19–22 września 2001 r.)
- 334 Jerzy Łopatyński, Teresa Nicer, Grzegorz Szcześniak, Barbara Żmurowska • Sprawozdanie z konferencji naukowej „Nauczanie Medycyny Rodzinnej w Polsce – dziś i w przyszłości” (Kazimierz Dolny nad Wisłą, 8–9 grudnia 2001 r.)

NOWE KSIĄŻKI • KOMUNIKATY

na str.: 262, 276, 290, 304, 318, 337

Contents

257 Editorial

REVIEWS

- 263 Andrzej Steciwko, Donata Kurpas • Bioterrorism – select problems in the family doctors' bearing
- 273 Helena Żukowska • Tuberculosis – epidemiology, diagnosis, treatment
- 277 Grażyna Mardarowicz, Jerzy Łopatyński • New situation of the Polish thyreology after the health care system reform – advantages and threats. On the necessity of close cooperation between family doctors and specialists in diagnosis and treatment of thyroid diseases
- 283 Jerzy Błaszczuk, Marta Strutyńska-Karpińska • Chronic pancreatitis
- 291 Beata Karakiewicz • The substitution therapy of methadone program in patients addicted to opioids
- 299 Zygmunt Zdrojewicz, Kinga Belowska-Bień • The current knowledge on treatment of the erectile dysfunction
- 305 Maciej Latałski, Hanna Skórzyńska • Labour market in health service in Poland – the evaluation of the demand for doctors, including specialists – noticeable trends
- 309 Artur Zięba, Józef Dzbanuszek, Andrzej Steciwko • Children accidents and injuries at work in rural areas in the Legnica district in the years 1993–2000

CASE REPORTS

- 319 Marzena Drozd, Marzenna Zakrzewska, Beata Karakiewicz • Reliability and validity of the Polish version of the Family Environment Scale
- 327 Krzysztof Kassolik, Ewa Krawiecka-Jaworska, Waldemar Andrzejewski • A trial in the assessment of supportive therapy with medical massage in benign prostatic hypertrophy

REPORTS

- 331 Donata Kurpas, Bogusława Pylvänäinen • Report on the visit in the Kangasala Medical Centre (Kangasala, Finland, 28 May–1 June 2001)
- 332 Donata Kurpas • Report on the 3rd International Conference of PhD Students (Miskolc, Hungary, 13–19 August 2001)
- 333 Donata Kurpas, Andrzej Steciwko, Maria Bujnowska-Fedak • Report on the 34th Congress of Polish Internists Society (Poznań, 19–22 September 2001)
- 334 Jerzy Łopatyński, Teresa Nicer, Grzegorz Szcześniak, Barbara Żmurowska • Report on the scientific conference „Teaching Family Medicine in Poland – today and in the future” (Kazimierz Dolny, 8–9 December 2001)

NEW BOOKS • ANNOUNCEMENTS

on pages: 262, 276, 290, 304, 318, 337

Słowo wstępne

Szanowni Państwo!

Już kolejny rok nasz kwartalnik jest dostępny dla Państwa. Staramy się zamieszczać w nim przydatne każdemu lekarzowi, a szczególnie lekarzowi rodzinemu, najważniejsze i najpotrzebniejsze materiały naukowo-szkoleniowe w formie prac pogładowych, oryginalnych, kazuistycznych oraz sprawozdań ze zjazdów, konferencji oraz wyjazdów i staży zagranicznych. Od tego roku zdecydowaliśmy się na zamieszczanie krótkich recenzji i streszczeń ciekawych książek oraz artykułów obcojęzycznych trudno dostępnych ogółowi Czytelników.

Kończący się kolejny rok edycji czasopisma zmienił nieco formę edytorską, a Komitet Redakcyjny opracował nowy Regulamin ogłaszania prac, zgodny z najnowszymi światowymi wymogami wydawniczymi.

Jak co roku pragnę serdecznie podziękować Radzie Naukowej, Współpracownikom Redakcji oraz wszystkim Recenzentom za duży trud i wysiłek związany z recenzowaniem wszystkich artykułów.

Poczynione uwagi, niekiedy niewielkie, czasem surowe, przyczyniają się do ciągłego udoskonalenia naszego pisma i coraz lepszych notowań. Wzrosła liczba prenumeratorów stałych i osób zainteresowanych zakupem naszego kwartalnika, co niezwykle cieszy Zespół Redakcyjny i dodaje sił do dalszej coraz lepszej pracy.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia oraz nadchodzącego Nowego Roku 2002 w imieniu Redakcji kwartalnika „Polska Medycyna Rodzinna” i swoim własnym pragnę złożyć Wszystkim Czytelnikom jak najserdeczniejsze życzenia zdrowia i spełnienia marzeń oraz sukcesów w życiu osobistym i zawodowym

Andrzej Steciwko

W związku ze zbliżającymi się Świątami Bożego Narodzenia i nadejściem Nowego Roku 2002, z którym „Polska Medycyna Rodzinna” wkroczy w czwarty rok istnienia kwartalnika, Redakcja pragnie złożyć najserdeczniejsze podziękowania Recenzentom, których pracy zawdzięczamy wysoki poziom merytoryczny i stylistyczny publikowanych prac.

Wszystkim Recenzentom dziękujemy za bezinteresownie poświęcony czas, za rzetelne i cenne uwagi, liczymy na dalszą owocną współpracę w przyszłości.

Poniżej zamieszczamy listę osób, które recenzowały nadesłane prace w latach 2000–2001:

Prof. dr hab. Waldemar Banasiak
Dr hab. Jerzy Błaszczuk
Prof. dr hab. Alicja Chybicka
Prof. dr hab. Jerzy Czernik
Prof. dr hab. Jerzy Gerber
Prof. dr hab. Marian Gryboś
Prof. dr hab. Andrzej Kiejna
Prof. dr hab. Wiesław J. Kocharński
Prof. dr hab. Jerzy Kołodziej
Prof. dr hab. Jan Kornafel
Prof. dr hab. Waldemar Kozuschek
Dr hab. Jerzy Leszek
Prof. dr hab. Jan Łazowski
Prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień
Prof. dr hab. Andrzej Milewicz
Prof. dr hab. Stefan Misterka
Prof. dr hab. Zuzanna Morawska
Dr hab. Bernard Panaszek
Prof. dr hab. Leszek Paradowski
Prof. dr hab. Ryszard Podemski
Dr hab. Piotr Ponikowski
Prof. dr hab. Wiesław Prusek
Prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski
Prof. dr hab. Zenon Szewczyk
Prof. dr hab. Piotr Szyber

Z serdecznymi życzeniami dalszych sukcesów

Redaktor Naczelny
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko
wraz z zespołem

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W dniach 9–11 maja 2002 r. organizujemy II Ogólnopolski Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, tym razem w Łodzi, w ośrodku akademickim o dużych tradycjach i wspaniałej kadrze naukowej. W imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej funkcję Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego objęła Pani Profesor Ewa Ratajczyk-Pakalska, Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi. Jest mi niezmiernie miło, że spotkamy się ponownie nie tylko podczas obrad w Teatrze Wielkim, ale również na sesjach satelitarnych i imprezach towarzyszących. Tego typu Zjazdy Naukowe służą pogłębianiu wiedzy teoretycznej i praktycznej, przedstawiają najnowsze osiągnięcia w zakresie diagnostyki i terapii różnych jednostek chorobowych, stanowią również wspaniałą okazję do integracji środowisk medycznych, w tym lekarzy rodzinnych, sprzyjają licznym dyskusjom oraz prezentacji własnych osiągnięć zawodowych.

Zapraszamy wszystkich lekarzy: specjalistów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a w szczególności lekarzy rodzinnych na II Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Jestem głęboko przekonany, że wykłady wygłoszone podczas Zjazdu, który będzie się odbywał pod hasłem „Wyzwania i możliwości medycyny rodzinnej w Polsce u progu XXI wieku”, o tematyce dotyczącej chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, psychiatrii, laryngologii, reumatologii, nefrologii, dietetyki, rehabilitacji, neurologii, ginekologii i położnictwa, endokrynologii i innych, stanowić będą cenne źródło najnowszych informacji dla każdego z Państwa. Obrady będą odbywały się w ramach sesji plenarnych i satelitarnych. Przewidziane są również sesje plakatowe. Żywię wielką nadzieję, że większość z Państwa nadeśle na adres Komitetu Naukowego swoje prace kazuistyczne, oryginalne, które będą mogły być zaprezentowane podczas Zjazdu i wydane drukiem w materiałach zjazdowych.

Jestem głęboko przekonany, że obecność na II Ogólnopolskim Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej sprawi Państwu dużo satysfakcji i zostanie na długo w Państwa pamięci.

Do zobaczenia w Łodzi

Prezes Zarządu
Głównego Polskiego Towarzystwa
Medycyny Rodzinnej
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko

KOMUNIKATY • ANNOUNCEMENTS

W dniach **18–21 kwietnia 2002 r.** w Ośrodku Konferencyjno-Szkoleniowym „RADOŚĆ” w Szklarskiej Porębie odbędzie się

X Jubileuszowy Ogólnopolski Zjazd Studenckich Kół Naukowych Medycyny Rodzinnej oraz Kół Nefrologicznych z udziałem lekarzy

Komitety Naukowy Zjazdu:

Przewodniczący: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Członkowie: dr Jacek Imiela (Warszawa), prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),

prof. dr hab. Bolesław Rutkowski (Gdańsk), prof. dr hab. Zenon Szewczyk (Wrocław),

prof. dr hab. Piotr Szyber (Wrocław), prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław)

Komitet Organizacyjny:

Przewodniczący: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Wiceprzewodnicząca: lek. Agnieszka Mastalerz-Migas

Skarbnik: lek. Jarosław Drobnik

Sekretarz: lek. Krzysztof Lewandowski

Członkowie: lek. Iwona Helminiak, lek. Grażyna Krauze, lek. Robert Susło, lek. Barbara Rejman-Gruszka, lek. Wojciech Kluz, Jolanta Żak, Aleksandra Krystkiewicz, Dorota Kozioł, Monika Melon, Radosław Fluder, Ewa Fluder, Anita Janas, Jolanta Tymicka, Katarzyna Serafin

Tematyka Zjazdu:

Nefrologia: Leczenie nerkozastępcze: hemodializa, dializa otrzewnowa, transplantacja nerek. Kłębuszkowe zapalenia nerek. Śródmiąższowe zapalenia nerek. Nefropatie: analgetyczna, nadciśnieniowa, cukrzycowa oraz tematy różne

Medycyna rodzinna: Interna, pediatria, chirurgia w praktyce lekarza rodzinnego oraz tematy różne

Konferencja Okrągłego Stołu: Miejsce i rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu chorób nerek

W programie zjazdu przewidujemy sesje naukowe oraz liczne imprezy towarzyszące.

Ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń oraz streszczeń upływa dnia **28 lutego 2002 r.**

Formularz zgłoszenia oraz wymogi dotyczące streszczeń znajdują się na naszej stronie internetowej pod adresem: <http://www.zmr.am.wroc.pl/stn/html>

Zgłoszenia można przysyłać e-mailem, faxem lub pocztą tradycyjną.

Adres Komitetu Organizacyjnego

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

tel. 071 325 51 26; fax 071 325 43 41

e-mail: zmr@zmr.am.wroc.pl

klewand@zmr.am.wroc.pl

W sprawach organizacyjnych prosimy o kontakt z lek. Agnieszką Mastalerz-Migas, tel. 071 325 51 26,

kom. 0608 519 352, e-mail: aga.mm@wp.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe

Kopie artykułów przez Internet

Pod koniec września 2001 r. z myślą o środowisku medycznym Biblioteki Główne Akademii Medycznych w Poznaniu, Szczecinie i we Wrocławiu oraz portal medyczny **Clinika.pl** uruchomiły projekt pilotażowy umożliwiający profesjonalistom medycznym, min. lekarzom, farmaceutom, pielęgniarkom i studentom medycyny zamawianie i otrzymywanie za pośrednictwem sieci Internet kopii artykułów z biomedycznych czasopism zagranicznych znajdujących w zasobach polskich bibliotek medycznych.

W ramach realizowanego projektu w portalu **www.clinika.pl** została udostępniona usługa pod nazwą **eMail@rtykul** umożliwiająca złożenie zamówienia i otrzymanie elektronicznej kopii wskazanego artykułu. Zaletą usługi jest bezpośredni i szybki dostęp online do informacji o zasobach bibliotek, łatwość składania zamówień, szybkie dostarczanie kopii artykułu (w ciągu 48 godzin), wielokrotne skrócenie czasu realizacji zamówienia, ułatwienia dostępu do czasopism zagranicznych lekarzom i farmaceutom spoza ośrodków akademickich.

Warunkiem korzystania z usługi jest rejestracja w portalu **Clinika.pl**. Aby zamówienie na artykuł zostało zrealizowane konieczne jest wpisanie następujących danych: tytułu czasopisma, wolumenu, rocznika oraz pierwszą stronę. Jeżeli dane te nie są znane, skorzystać można z wyszukiwarek **Medline** dostępnych na portalu Clinika.pl. Zamówione kopie artykułów w postaci plików w formacie PDF przesyłane są na adres skrytki poczty elektronicznej zarejestrowanego użytkownika, znajdującej się na serwerze Cliniki.pl.

Dostęp do **eMail@rtykul** jest płatny, w chwili obecnej koszty obsługi systemu administracyjnego, informatycznego i wykonania kopii szacowane są na poziomie 10 zł/1 kopię artykułu, w przyszłości wzrost zainteresowania usługą na pewno spowoduje obniżenie tych kosztów. Warto podkreślić, że w Niemczech cena podobnej usługi wynosi 7 DM/1 kopię artykułu, a w Wielkiej Brytanii 7,25£/1 kopię artykułu. Uruchomiony projekt pilotażowy w pełni potwierdza możliwości wykorzystania Internetu na obszarze medycyny.

Clinika.pl to Medyczna Platforma Internetowa stworzona z myślą o profesjonalistach medycznych, oparta na nowoczesnych technologiach umożliwiających łatwą i taną obsługę, ewidencję i przetwarzanie transakcji na rynku zdrowia oraz swobodny dostęp do informacji, serwisów i porad prawno-gospodarczych. Założycielami Cliniki.pl są dwie spółki giełdowe - ComputerLand, jeden z liderów polskiego rynku informatycznego i największy dostawca oprogramowania dla służby zdrowia oraz Polska Grupa Farmaceutyczna, krajowy potentat na rynku obrotu lekami. Clinika.pl, kieruje usługi do ściśle określonej i zdefiniowanej grupy odbiorców. Są to: lekarze, farmaceuci, menedżerowie opieki zdrowotnej i inni profesjonaliści medyczni, studenci akademii medycznych, uczestnicy rynku medyczno-farmaceutycznego (producenti farmaceutyków i sprzętu medycznego, dystrybutorzy), którym umożliwiamy i ułatwiamy transakcje internetowe, a także instytucje medyczne, takie jak szpitale, przychodnie, kliniki, kasy chorych.



KOMUNIKATY • ANNOUNCEMENTS

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

Termin	Temat	Kontakt
16.02.2002 godz. 10–15	„Kominiek naukowy”: 1. Grupy Balinta 2. Wyniszczenie nowotworowe 3. Diagnostyka i leczenie zespołu „suchego oka”	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
23.03.2002 godz. 10–15	„Kominiek naukowy”: 1. Alergia jako schorzenie ogólnoustrojowe – korzyści ze stosowania leków przeciwalergicznych najnowszej generacji 2. Program GOLD w Polsce – implikacje dla medycyny rodzinnej 3. Przewlekła obturacyjna choroba płuc – punkt widzenia internisty-pulmonologa i torakochirurga	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
13.04.2002 godz. 10–18	Szkolenie dla lekarzy pierwszego kontaktu, rodzinnych i pediatrów: Wczesne wykrywanie autyzmu i zagrożenia autyzmem u małych dzieci Prowadzi: dr n. med. Michał Wroniszewski (Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; dyrektor Fundacji Synapsis; członek Krajowej Komisji ds. Autyzmu)	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
18–21.04.02 Szkłarska Poręba	X Jubileuszowy Zjazd SKN Nefrologicznych i Młodych Lekarzy	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu, Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
20.04.2002 godz. 10–15	„Kominiek naukowy”: W programie m.in.: Profilaktyka przeciwzakrzepowa i leczenie stanów zakrzepowo-zatorowych	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
22–24.04.02 Kraków	VII Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej – Błędy postępowania medycznego	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ul. Syrokomli 10 31-102 Kraków tel.: (0-12) 427-81-70; 427-81-71; 423-20-88 URL: http://www.cmj.org.pl
9–11.05.02 Łódź	II Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej – Wyzwania i możliwości medycyny rodzinnej w Polsce u progu XXI wieku	Prof. dr hab. Ewa Ratajczyk-Pakalska Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Łodzi, ul. Narutowicza 96, 90-153 Łódź tel./fax: (0-42) 678-72-10
18.05.2002 godz. 10–15	„Kominiek naukowy”: W programie blok tematyczny: Alergologia oraz m.in. osteoporoza	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
23–25.05.2002 Jabłonna	International Conference on Telemedicine – Inter- and intradisciplinary application	Prof. dr hab. Janina Słodkowska Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa; tel. (0-22) 43-12-256; fax: (0-22) 43-12-452 e-mail: telemed.conf@igichp.edu.pl URL: http://www.igichp.edu.pl/telemed.news.html
9–13.06.2002 Londyn (UK)	8th Congress WONCA Europe: Promoting excellence in FM	WONCA Europe 2002 c/o The Event Organisation Company 5 Maidstone Buildings Mews Bankside; London SE1 1GN, England URL: www.woncaeurope2002.com
22.06.2002 godz. 10–15	„Kominiek naukowy”: W programie blok tematyczny Gastroenterologia, genetyka	Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM Wrocław, ul. Syrokomli 1 tel./fax: (0-71) 325-43-41
8–9.11.2002 Wrocław	IV Zjazd Unii Polskich Towarzystw Chirurgicznych oraz I Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej – Medycyna i chirurgia ambulatoryjna	

Bioterroryzm – wybrane zagadnienia w aspekcie lekarzy rodzinnych

Bioterrorism – select problems in the family doctors' bearing

ANDRZEJ STECIWKO, DONATA KURPAS

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie W pracy przedstawiamy definicję oraz historię bioterroryzmu. Prezentujemy także możliwe czynniki etiologiczne oraz charakteryzujemy główne z nich. Przedstawiamy zasady postępowania w przypadku podejrzenia ataku bioterrorystycznego.

Słowa kluczowe: bioterroryzm, atak bioterrorystyczny.

Summary In the paper we introduce the definition and history of bioterrorism. We present also possible etiological factors and characterize main of them. We introduce the rules in the instance of bioterroristic attack suspicion.

Key words: bioterrorism, bioterroristic attack.

Wstęp

Terror (z łac. strach, groza) oznacza stosowanie przemocy, gwałtu, okrucieństwa, terroryzm natomiast to stosowanie terroru w celu zdobycia władzy lub utrzymania się przy niej [1]. Bioterror to stosowanie terroru z wykorzystaniem broni biologicznej. Broń biologiczna to rodzaj broni masowego rażenia, wykorzystująca chorobotwórczość bakterii i ich toksyn oraz rzadziej wirusów, do wywoływania epidemii. Nośnikami są specjalne bomby i/lub pojemniki z zakażonymi owadami lub substancjami [2]. Błyskawiczne szerzenie się zachorowań, brak skutecznych lekarstw, ogromna liczba chorych oraz ofiar śmiertelnych, trudność określenia przyczyny zachorowań i zgonów w okresie początkowym – to charakterystyczne cechy skutków użycia broni biologicznej.

Atak bioterrorystyczny może być wykryty dopiero po pewnym czasie. Epidemiolodzy podkreślają, że widoczny staje się dopiero wtedy, gdy na jakimś obszarze występują masowe zachorowania lub zgony.

Pierwszy udokumentowany atak bioterrorystyczny sięga 1754 r., kiedy to Francuzi celowo wykorzystali pleśń zakażoną ospą prawdziwą w wojnie z Indianami. W 1925 r. podpisano Protokół Genewski zakazujący użycia broni bakteriologicznej, ale już w 1939 r. broń bakteriologiczna została użyta w wojnie Japonii z Mongolią. W 1972 r. podpisano konwencję o zakazie rozwoju, produkcji i magazynowania broni bak-

teriologicznej oraz obowiązku zniszczenia jej zapasów. Umowę tę ratyfikowało ponad 140 państw, jednak społeczność międzynarodowa nie wypracowała skutecznych mechanizmów weryfikacji tego zobowiązania, które było wielokrotnie łamane przez różne kraje. Działo się tak mimo systematycznie organizowanych konferencji przeglądowych dotyczących przestrzegania konwencji. W 1984 r. miała miejsce kontaminacja *Salmonellą typhimurium* sieci barów sałatkowych i wodociągów w Oregonie przez sektę Rajneeshee (zachorowało 751 ludzi) [3]. W 1994 r. doszło do ataku bioterrorystycznego japońskiej sekty Aum Shinrikyo w Matsumoto (przy użyciu sarinu). Sekta ta, która posiada prawdopodobnie arsenał węgla, botuliny, wirusa Ebola, zaatakowała ponownie w 1995 r. – tym razem w Tokio (również wykorzystując sarin) [3, 4].

Czynniki etiologiczne

Mikroorganizmy, które mogą zostać użyte jako broń biologiczna, to m.in.:

- *Bacillus anthracis*
- Wirus ospy prawdziwej (ludzkiej)
- *Clostridium botulinum*
- Wirus krymsko-kongijskiej gorączki krwotocznej
- Wirus Chikungunya
- Wirus wschodniego końskiego zapalenia mózgu
- Wirus Ebola
- Koński morbiliiwirus
- Wirus Flexal

- Wirus Guanarito
- Hantawirus
- Wirus japońskiego zapalenia mózgu
- Wirus Junin
- Wirus gorączki Lassa
- Wirus Machupo
- Wirus Marburg
- Wirus gorączki Rift Valley
- Wirus Sabia
- Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (wirus rosyjskiego jesienno-letniego zapalenia mózgu)
- Wirus wenezuelskiego końskiego zapalenia mózgu
- Wirus żółtej febry
- Wirus gorączki Kyasanur Forest
- *Brucella* spp. (*B. abortus*, *B. melitensis*, *B. suis*)
- *Chlamydia psitacci*
- *Francisella tularensis*
- *Pseudomonas (Burkholderia) mallei*
- *Pseudomonas (Burkholderia) pseudomallei*
- *Yersinia pestis*
- *Coxiella burnetii*
- *Rickettsia prowazekii*
- *Rickettsia rickettsii*
- *Coccidioides*
- *Histoplasma capsulatum*

W przypadku kilku z tych czynników etiologicznych można by zastosować szczepionki. W praktyce jednak nie można z nich skorzystać, ponieważ należałoby zaszczerpić setki tysięcy osób, ale co najistotniejsze nie wiadomo również, na którą z ewentualnych chorób.

Ze względu na wagę konsekwencji zakażenia danym czynnikiem etiologicznym – można je podzielić na następujące grupy narażenia [5]:

Grupa narażenia 4: patogen, który wywołuje poważną chorobę u ludzi lub zwierząt, który może być łatwo przenoszony z jednego osobnika na drugiego, bezpośrednio lub pośrednio, dla którego skuteczne leczenie i profilaktyka są zwykle niedostępne (wysokie zagrożenie indywidualne i środowiskowe).

Grupa narażenia 3: patogen, który wywołuje poważną chorobę u ludzi lub zwierząt, ale zwykle nie rozprzestrzenia się od jednego zakażonego osobnika do drugiego, dla którego dostępne są skuteczne leczenie i profilaktyka (duże zagrożenie indywidualne i niskie zagrożenie środowiskowe).

Grupa narażenia 2: patogen, który może wywoływać chorobę ludzi lub zwierząt, nie stwarzając poważnego zagrożenia chorobowego, ale może wywoływać poważne infekcje w przypadku kontaktu z nim, w grupie tej istnieje skuteczne leczenie i profilaktyka (umiarkowane zagrożenie indywidualne i niskie zagrożenie środowiskowe).

Grupa narażenia 1: obejmuje drobnoustroje, które nie wywołują choroby u ludzi lub zwierząt

(tzn. nie stwarzają zagrożenia lub stwarzają niewielkie zagrożenie indywidualne lub środowiskowe). Materiały zawierające tylko takie drobnoustroje nie są uważane za materiały zakaźne.

Cechy ataku bioterrorystycznego

O ataku bioterrorystycznym [6, 7] należy myśleć, gdy mamy do czynienia z:

- dużą liczbą niewyjaśnionych zachorowań lub zgonów w podobnym czasie, o zbliżonym obrazie klinicznym, dotyczących przede wszystkim występowania zmian na skórze i/lub błonach śluzowych, objawów uszkodzenia układu nerwowego, układu oddechowego, przewodu pokarmowego lub uszkodzeń wieloukładowych;
- stwierdzeniem nietypowych epidemiologicznie chorób wśród ludności;
- raptownym wzrostem zachorowalności i umieralności z powodu znanych chorób;
- nieskuteczną terapią powszechnie występujących chorób;
- nawet odosobnionym przypadkiem choroby spowodowanej egzotycznym czynnikiem, u osoby, która nie opuściła kraju w ostatnim okresie;
- potwierdzeniem zachorowań w nietypowym dla nich sezonie i terenie geograficznym;
- stwierdzeniem licznych i nietypowych dla danego czynnika etiologicznego objawów chorobowych;
- podobieństwem genetycznym czynników etiologicznych, wyizolowanych z różnych źródeł odległych w czasie i terenie;
- atypowym czynnikiem etiologicznym, genetycznie zmodyfikowanym;
- nieuzasadnionym wzrostem przypadków choroby endemicznej;
- równoczesnym zaistnieniem przypadków podobnej choroby w ogniskach nie połączonych terytorialnie w kraju lub za granicą;
- atypowym sposobem transmisji chorób (aerol, woda, żywność).

Czynniki zakaźne stosowane w ataku bioterrorystycznym

Wąglik (*Bacillus anthracis*)

Zachorowanie na wąglika dotyczy głównie zwierząt, ale co roku notuje się 2000 przypadków skórnej postaci wąglika wśród ludzi na całym świecie. Postać jelitową obserwuje się niezwykle rzadko. W ciągu ostatnich 20 lat nie obserwowano w USA żadnego przypadku wąglika przekazanego drogą inhalacyjną [4].

W 1970 r. WHO oceniło, że ewentualne rozpy-

lenie 50 kg węgla nad terenem o populacji 5 mln ludzi spowodowałoby zachorowanie 250 tys. osób oraz śmierć (w przypadku niepodjęcia leczenia) 100 tys. osób. Inne źródła podają, że 100 kg sproszkowanego *Bacillus anthracis* może spowodować od 300 000 do 3 mln zgonów [3, 4, 8].

Podczas konfliktu nad Zatoką Perską odkryto na terenie Iraku produkcję 8000 litrów węgla, należy przypomnieć, że LD 50 węgla dla ludzi (letalna dawka dla 50% osób po ekspozycji) wynosi od 2500 do 55 000 zainhalowanych spor [3].

O możliwości wykorzystania węgla w ataku bioterrorystycznym należy myśleć, gdy [6, 7]:

- stwierdzono i zidentyfikowano przypadki postaci płucnej lub jelitowej węgla,
- zaobserwowano niezidentyfikowane bakteriologicznie i nieuzasadnione epidemiologicznie przypadki zachorowań o obrazie klinicznym sugerującym postać płucną lub jelitową węgla,
- wystąpiły zachorowania na węgiel wśród zwierząt gospodarskich na obszarach nieendemicznych,
- stwierdzono i zidentyfikowano zarodniki węgla na terenie, gdzie nie występuje on endemicznie,
- użyto węgla w ataku bioterrorystycznym w innych krajach, szczególnie ościennych,
- wysunięto groźbę dokonania ataku bioterrorystycznego ze strony organizacji ekstremistycznych,
- doszło do sytuacji potencjalnego, ale jeszcze nie zidentyfikowanego zagrożenia w postaci, np. przesyłek pocztowych niewiadomego pochodzenia lub o nietypowej zawartości.

W ataku bioterrorystycznym źródłem zakażenia są zarodniki węgla zawarte w rozpylonym aerozolu, zarodniki węgla w postaci sproszkowanej lub żywność zakażona zarodnikami węgla [6, 7].

Jeżeli dojdzie do zakażenia człowieka bakterią węgla od zwierząt – występuje niegroźna postać choroby (skórna lub pokarmowa). Natomiast jeśli zakażenie węglikiem pochodzi z powietrza, to u człowieka dochodzi do obustronnego krwotocznego zapalenia płuc, w tym przypadku śmiertelność wynosi 85% [8].

Postać płucna węgla może pojawić się po okresie utajenia trwającym od 2 do 60 dni (średnio po 5 dniach), postać jelitowa i skórna rozwijają się po 1–7 dniach od momentu zakażenia.

Objawy kliniczne postaci płucnej to:

- zespół grypopodobny trwający od 2 do 4 dni,
- możliwość przejściowej poprawy,
- wystąpienie objawów ostrej niewydolności oddechowej i niewydolności krążenia z poszerzeniem śródpiersia na zdjęciu rentgenowskim płuc, sugerującym limfadenopatię śródpiersia i krwotoczne zapalenie śródpiersia w 2–4 dni po objawach wstępnych,

- pojawienie się Gram-dodatnich bakterii w posiewie krwi po 2–3 dniach trwania choroby. Objawy kliniczne postaci jelitowej to:
- ból brzucha, nudności, wymioty i gorączka po zjedzeniu zakażonego pokarmu (w sytuacji nie związanej z atakiem bioterrorystycznym najczęściej po spożyciu mięsa),
- krwawa biegunka, krwawe wymioty,
- posocznica i toksemia prowadzące do wstrząsu i zgonu.

Objawy kliniczne postaci nosowo-gardłowej to:

- ból gardła, zaburzenia połykania,
- gorączka,
- zmiany w regionalnych węzłach chłonnych,
- objawy toksemii [9].

W postaci nosowo-gardłowej (nawet w przypadku podjęcia leczenia śmiertelność sięga 50%).

W przebiegu zarówno postaci płucnej, jelitowej, jak i skórnej istnieje możliwość rozwinięcia się groźnego zapalenia opon mózgowych ze śmiertelnością sięgającą 100%. Jest ono zapaleniem krwotocznym – stąd oprócz znacznego podniesienia ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego należy oczekiwać pojawienia się w nim krwi [9].

Możliwość wyleczenia postaci płucnej i jelitowej węgla jest największa w okresie prodromalnym (ciprofloxacyna 500 mg p.o. 2 x dziennie lub doxycyclina 100 mg p.o. 2 x dziennie). Leczenie wdrożone w okresie późniejszym rzadko jest skuteczne [6, 7].

Antybiotykiem z wyboru w zapaleniu mózgu oraz opon mózgowych jest penicylina krystaliczna (2 mln j.m. i.v., początkowo co 2 godziny). W przypadku nadwrażliwości na penicylinę – sugeruje się stosowanie chloramfenikolu (1 g co 4 godziny). Oba terapeutyki dobrze penetrują do tkanki mózgowej poprzez zmienione zapalnie opony. Dodatkowo stosuje się terapię przeciwo-brzękową: 100 ml 20%-mannitolu (i.v. co 8 godzin) i hemibursztynianu hydrokortizonu (100 mg co 6 godzin) [9].

Center for Civilian Biodefence Studies przy Uniwersytecie Johns Hopkinsa w Baltimore zaleca podawanie zarówno doksycykliny lub ciprofloksacyny, jak i penicyliny [8, 12].

Terapię antybiotykową należy kontynuować przez 60 dni (możliwy jest opóźniony rozwój z przetrwalników chorobotwórczych form bakterii) [6, 7].

Leczenie rozpoczęte 24–36 godzin po wystąpieniu objawów klinicznych może być nieskuteczne w postaci płucnej, jelitowej oraz skórnej z powikłaniami dlatego podanie – swoistej γ -globuliny z przeciwciałami może okazać się metodą ratującą życie [9].

Fakt śmiertelnych przypadków zachorowań na węgla na Florydzie w USA przy dużych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych tego kraju może przemawiać za tym, że bakterie

wąglika były odporne na antybiotyki (uzyskane w laboratoriach metodą inżynierii genetycznej).

Szczepionki przeciw wąglikowi są trudno dostępne i obecnie nie są zalecane ludności cywilnej.

Profilaktyczną antybiotykoterapię stosuje się wyłącznie na zlecenie lekarza u osób narażonych, z obszaru o potwierdzonych przypadkach klinicznych. W profilaktyce u dzieci powinna być stosowana amoksycylina (30–40 mg/kg m.c.) [6, 7].

Osoby chore na wąglik podlegają obowiązkowi przymusowej hospitalizacji. Chorzy ci nie wymagają izolacji ani osobnych pokoi w szpitalu. Środki sporobójcze (zestawione w tab. 1) stosowane do dezynfekcji pomieszczeń, sprzętu i odzieży są wystarczające. Transport pacjentów chorych na wąglik nie wymaga szczególnych zabezpieczeń. Po wypisaniu ze szpitala pacjenci wracają do swego środowiska bez dodatkowych zaleceń epidemiologiczno-sanitarnych. W postaci skórnej wąglika możliwe jest zakażenie w wyniku kontaktu bezpośredniego (zabezpieczeniem osób kontaktujących się są rękawiczki gumowe zaliczane do uniwersalnych środków zapobiegawczych) [6, 7].

Wąglik bez dostępu tlenu ginie w ciągu kilku dni, jednak w warunkach tlenowych wytwarza formy przetrwalnikowe zdolne przeżyć w glebie nawet kilkadziesiąt lat. Militarne doświadczenia z wąglikiem przeprowadzone podczas II wojny światowej na brytyjskiej wyspie Gruinard wykazały duże problemy z eliminacją spor. Na wyspie przetrwały one 36 lat. Dekontaminację rozpoczętą w 1979 r., zakończono w 1987 r., po zużyciu 280 ton formaldehydu i 2000 ton wody morskiej [8].

Teren skażony zarodnikami i bakteriami wąglika można zdezynfekować skoncentrowanym wybielaczem na bazie chloru (roztwór 1:10 domowego wybielacza) lub formaldehydem. Związki te mogą być jednak toksyczne dla ludzi i zwierząt. Stąd prowadzi się badania nad zastosowaniem innych związków, które nie niszczyłyby środowiska. Jednym z nich jest BCTP, wynaleziony w laboratorium firmy Novavax. Składa się z wody, oleju sojowego, detergentu Triton X 100 i rozpuszczalnika (tri-n-butylo-fosforanu). Wstępne badania wskazują, że niszczy on zarodniki wąglika, nie szkodząc zwierzętom i ludziom [7].

Tabela 1. Substancje sporobójcze (cytowane za [7])

Na podstawie „Wykazu preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej, pozytywnie zaopiniowanych przez Państwowy Zakład Higieny” (z dn. 16.10.2001 r.)

Preparat	Stężenie (%)	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
NU-Cidex ²	stęż.	10 min	B, Tbc, F, V, S	pojemnik A – nadtlenek wodoru,	Johnson&Johnson on Medical W. Brytania
PeraSafe ¹	1,62	20 min	B, Tbc, F, V, S	pojemnik B – kwas nadoctowy nadboran sodu, TAED	Antec International Wielka Brytania Septoma Polska
Aldesan E + aktywator ²	stęż.	10 h	B, Tbc, F, V, S	AG	
Cidex Long Life + aktywator ²	stęż.	10 h	B, Tbc, F, V, S	AG	Johnson&Johnson on Medical W. Brytania
Cidex Solution + aktywator ²	stęż.	10 h	B, Tbc, F, V, S	AG	Johnson&Johnson on Medical W. Brytania
Gigasept FF	12,0	18 h	B, Tbc, F, V, S	aldehyd bursztynowy	Schülke&Mayr Niemcy
Perform	2,0	1 h	B, Tbc, F, V, S	mononadsiarcezan potasu, beznoesan sodu	Schülke&Mayr Niemcy
Sekusept Pulver + 0,5% aktywatora ²	2,0	6 h	B, Tbc, F, V, S	nadbora sodu, TAED	Henkel-Ecolab Niemcy
Renalina	3,5	11 h	B, Tbc, F, V, S	kwas nadoctowy	Henkel-Ecolab Słowenia Renal Systems USA

¹ Preparat rozpuścić w temp. 35–38°C i zużyć bezpośrednio po przygotowaniu.

² Do roztworu roboczego dodać podaną ilość odpowiedniego aktywatora.

Uwaga: Jeżeli zalecany czas działania przekracza 15 min, dezynfekowane powierzchnie zmywać wielokrotnie roztworem preparatu, utrzymując w stanie wilgotnym przez czas określony w tabeli.

Jeżeli zalecany czas działania przekracza 1 godzinę, stosować dezynfekcję metodą zanurzenia. Podane stężenia i czasy działania należy traktować jako minimalne.

Objaśnienia zastosowanych skrótów w tabeli 1

Zakres działania:

- B – bakteriobójczy (bez Tbc)
- Tbc – prątkobójczy (prątki gruźlicy)
- F – grzybobójczy
- V – wirusobójczy
- S – sporobójczy

Związki aktywne:

- AG – aldehyd glutarowy
- TAED – tetraacetyloetylenodiamina

Dezynfekcja powierzchni:

Etap I – wstępna dezynfekcja:

1–1,5 litra na metr kwadratowy, przy czasie ekspozycji 2 godziny:

Etap II – czyszczenie mechaniczne przy użyciu dużej ilości wody.

Etap III – dezynfekcja końcowa:

- 10% formaldehyd,
 - 4% aldehyd glutarowy (pH 8,0–8,5),
 - 3% nadtlenek wodoru,
 - 1% kwas nadoctowy,
- (0,4 litra na metr kwadratowy przy minimalnym czasie ekspozycji 2 godziny).

Nie należy stosować nadtlenu wodoru i kwasu nadoctowego w przypadku obecności krwi.

Przy stosowaniu aldehydu glutarowego, nadtlenu wodoru oraz kwasu nadoctowego powierzchnię należy dezynfekować 2 razy w odstępie 1 godziny [9].

Zatrucie jadem kielbasianym (*Botulismus*)

Jad kielbasiany jest silną neurotoksyną produkowaną przez *Clostridium botulinum* (Gram-dodatnią bakterię) w warunkach beztlenowych. Przypadkowe zatrucia jadem kielbasianym występują zwykle po spożyciu zakażonych lub niewłaściwie przechowywanych potraw konserwowanych (najczęściej konserwy mięsne i rybne).

O możliwości wykorzystania jadu kielbasianego w ataku bioterrorystycznym należy myśleć, gdy mamy do czynienia z [6, 7]:

- wystąpieniem potwierdzonych klinicznie i/lub bakteriologicznie zatruc jadem kielbasianym w ilości przekraczającej średnią z ostatnich trzech miesięcy i dodatkowo w krótkich odstępach czasu,
- obserwowaniem w krótkich interwałach czasowych zespołów klinicznych (nie potwierdzonych bakteriologicznie) z objawami przypominającymi zatrucie jadem kielbasianym,
- atakiem bioterrorystycznym z użyciem jadu kielbasianego w innych krajach, szczególnie ościennych,
- groźbą ze strony organizacji ekstremistycznych dokonania ataku bioterrorystycznego z wykorzystaniem jadu kielbasianego.

Źródłem zatrucia jadem kielbasianym w ataku bioterrorystycznym mogą być pokarmy zatrute

oraz wdychany aerozol zawierający toksynę botulinową.

Po spożyciu pokarmów zatrutych jadem kielbasianym objawy neurologiczne pojawiają się wcześniej – już po 12–36 godzinach, po narażeniu wziewnym – po 24–72 godzinach.

Objawy kliniczne zatrucia jadem kielbasianym to:

- brak gorączki,
- symetryczne porażenia nerwów czaszkowych (opadanie powiek, osłabienie zaciskania szczęk – opadanie żuchwy, trudności w połknięciu i mowie),
- nieostre i (lub) podwójne widzenie,
- symetryczne, zstępujące osłabienie siły mięśniowej (najpierw mięśnie ramion, następnie oddechowe, w końcu kończyn dolnych),
- zaburzenia oddychania w wyniku porażenia mięśni oddechowych i opadania głośni.

Nie ma szczepionki przeciw jadowi kielbasianemu. Dostępna jest jedynie antytoksyna (*Immuneserum botulinicum* typus A, B, E equinum).

Pacjenci, u których stwierdzono lub podejrzewa się zatrucie jadem kielbasianym, podlegają przymusowej hospitalizacji. Nie wymagają oni izolacji ani osobnych pokoi w szpitalu. Transport chorych nie wymaga szczególnych zabezpieczeń. Po wypisaniu ze szpitala wracają oni do swego środowiska bez dodatkowych zaleceń epidemiologiczno-sanitarnych [6, 7].

Ospa prawdziwa (*Variola vera*)

W populacji ludzkiej zachorowanie na ospę prawdziwą nie występuje od 1980 r. Zaprzestanie szczepień stwarza sytuację powszechnej wrażliwości na tę chorobę (szczepienie przeciw ospie nie daje też odporności na całe życie). Wysoka zaraźliwość ospy i brak odpowiednich zapasów szczepionki czyni groźbę ataku terrorystycznego szczególnie niebezpieczną.

O wykorzystaniu ospy prawdziwej w ataku bioterrorystycznym należy myśleć w przypadku pojawienia się nawet jednego potwierdzonego zachorowania na ospę prawdziwą.

Źródłem zakażenia są wirusy ospy (*Poxvirus*) zawarte w rozpylonym aerozolu, a wtórnie – osoby zakażone (w okresie zmian skórnych). Choroba przenosi się drogą powietrzną oraz przez kontakt z treścią wykwitów skórnych.

Okres wylęgania wynosi 7–17 dni od chwili ekspozycji [6, 7].

Objawy kliniczne ospy prawdziwej to:

- niecharakterystyczne symptomy okresu zwiastunowego (prodromalnego) – gorączka i ból mięśni (2–4 dni),
- wysypka pęcherzykowa na twarzy i kończynach łącznie z dłońmi i stopami (w przeci-

wieństwie do ospy wietrznej, gdzie wysypka występuje głównie na tułowiu),

- ropienie pęcherzy po 1 do 2 tygodni.

Okres zakaźności ospy prawdziwej pokrywa się z okresem występowania zmian skórnych – pacjent zakaża aż do odpadnięcia strupów.

Ospie prawdziwej można zapobiegać jedynie przez szczepienia. Osoby z kontaktu muszą zostać zaszczepione i objęte kwarantanną przez 21 dni.

Pacjenci, u których podejrzewa się ospę prawdziwą wymagają izolacji oddechowej i kontaktowej. Osoby z personelu medycznego powinny mieć zapewnioną ochronę oddechową z użyciem filtrów HEPA. Podczas przebywania w salach chorych konieczna jest odzież ochronna i rękawiczki. Przy opuszczaniu pomieszczenia, w którym przebywa pacjent, należy pozostawić odzież ochronną w śluzie. Pomieszczenia dla chorych powinny mieć zapewnione ujemne, niższe niż na korytarzu ciśnienie powietrza atmosferycznego (wymusza to jednokierunkowy przepływ powietrza do wewnątrz). Powietrze, które jest usuwane z pomieszczenia, musi być filtrowane za pomocą filtrów HEPA.

Do wypisania pacjenta ze szpitala może dojść jedynie po całkowitym ustąpieniu objawów skórnych (pacjenci są wtedy uodpornieni i nie zarażliwi).

Transport chorych musi być ograniczony do absolutnego minimum, wymaga specjalnego pojazdu, a personel musi być ubrany w kombinezon ochronny z systemem filtrów. Po transporcie karetką – jej wyposażenie musi być poddane dezynfekcji według odpowiedniej instrukcji [6, 7].

Gorączki krwotoczne

Wywołane mogą być przez *Togaviridae* (gorączka denga, żółta gorączka), *Bunyviridae* (gorączka krymsko-kongijska), Phlebowirus (gorączka Doliny Riftu), hantawirusy, *Arenaviridae* (gorączka Lassa, argentyńska, boliwijska).

Ze względu na szybkie mutacje trudno przewidzieć ewolucję zmian ich dróg transmisji i wirulencji.

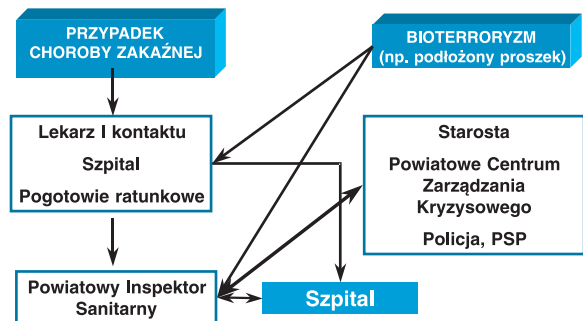
Dla gorączek krwotocznych typowe są: nagły początek, objawy skazy krwotocznej (często z zespołem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego – zwłaszcza: gorączka denga, Lassa, argentyńska, boliwijska, wenezuelska, brazylijska, Ebola, krymsko-kongijska, Doliny Riftu) i wysoka temperatura. Dodatkowo obserwuje się uszkodzenie nerek, wątroby oraz ośrodkowego układu nerwowego.

Rozpoznanie stawia się po wykluczeniu etiologii bakteryjnej, riketsyjowej, pasożytniczej, schorzeń nowotworowych oraz chorób o podłożu immunologicznym [10].

Postępowanie w przypadku zagrożenia niebezpieczną chorobą zakaźną oraz bioterroryzmem (ryc. 1)

Znajomość tego problemu ma dla lekarzy, zwłaszcza pierwszego kontaktu, szczególne znaczenie. Wczesne rozpoznanie i prawidłowe postępowanie stanowi o przyszłej sytuacji epidemiologicznej danego terenu.

Zgłoszenia przypadku zachorowania lub podejrzenia zachorowania dokonują: lekarz pierwszego kontaktu, lekarz pogotowia ratunkowego, lekarz w szpitalu. Lekarz podejrzewający zakażenie niebezpieczną chorobą zakaźną powinien powiadomić telefonicznie Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PIS). PIS powiadamia telefonicznie Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Powiatowe Centrum Zarządzania Kryzysowego, Policję, Państwową Straż Pożarną (PSP) oraz dyrektora właściwego terenowo szpitala.



Ryc. 1. Schemat postępowania i współpracy w przypadku zagrożenia niebezpieczną chorobą zakaźną oraz bioterroryzmem (zakres kompetencji LR) [cytowane za 6]

Postępowanie w przypadku otrzymania przesyłki niewiadomego pochodzenia

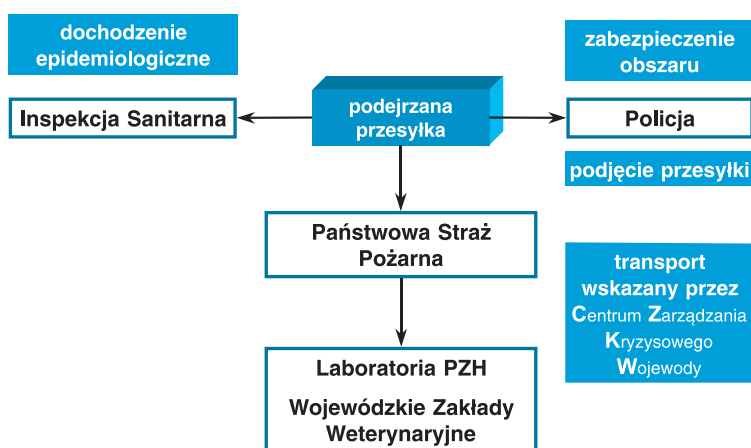
W przypadku otrzymania przesyłki niewiadomego pochodzenia oraz budzącej podejrzenia z powodu braku nadawcy lub jego adresu, nieznanego nam nadawcy lub miejsca nadania należy [6, 7]:

1. Pozostawić przesyłkę zamkniętą!
2. Umieścić przesyłkę w worku plastikowym, a worek szczelnie zamknąć.
3. Worek umieścić w drugim plastikowym worku i szczelnie zamknąć (związać supeł i zakleić taśmą klejącą).
4. Paczkę pozostawić na miejscu (nie przemieszczać).
5. Powiadomić lokalny posterunek policji (nr tel. 997, komórka 112) lub straż pożarną (nr tel. 998).

Instrukcje dodatkowe

W przypadku gdy podejrzana przesyłka została otwarta i zawiera jakąkolwiek podejrzaną substancję w formie stałej lub płynnej należy:

1. Nie naruszać tej zawartości (nie rozsypywać, nie przenosić, nie dotykać, nie wachać), nie powodować ruchu powietrza w pomieszczeniu (wyłączyć systemy wentylacji i klimatyzacji, zamknąć okna).
2. Całą zawartość umieścić w worku plastikowym, zamknąć go i zakleić taśmą lub plastrem.
3. Dokładnie umyć ręce.
4. Zaklejony worek umieścić w drugim worku, zamknąć go i zakleić.
5. Ponownie umyć dokładnie ręce.
6. W przypadku braku odpowiedniego opakowania – unikać poruszania i przemieszczania przesyłki.
7. Natychmiast powiadomić lokalny posterunek policji (nr tel. 997; komórka 112) lub straż pożarną (nr tel. 998) i stosować się do ich zaleceń (ryc. 2).



Ryc. 2. Schemat postępowania z podejrzaną przesyłką (cytowane za [6])

Tabela 2. Pobieranie próbek biologicznych (cytowane za [11])

Rodzaj próbki	Narzędzia	Wielkość próbki	Dodatkowe szczegóły
Aerazol	jałowy przyrząd do pobierania próbek aerozolu lub urządzenie „Cyclon” dla dużych objętości	zgodnie z wydajnością (minimum 100 l)	tylko w przypadku wyniku pozytywnego testów polowych
Woda	pipety, strzykawki oraz pojemniki próżniowe (vacuum containers)	100 ml	warstwa powierzchniowa
Materiał stały	szcypce/kleszcze	200–300 ml	kamienie, plastiki, metale itp. Wielkość jednostkowa materiału 0,5–2 cm
Śnieg	łopatki	obszar 10 × 10 cm, warstwa 2 cm	zbierać jedynie warstwę eksponowaną
Gleba	łopatki	obszar 10 × 10 cm, warstwa 2 cm	piaszczysta gleba jest łatwiejsza do badań
Płyny	pojemniki próżniowe, pipety	10 ml	czynniki nierozcieńczone (w stanie pierwotnym)
Pojemniki, ubrania ochronne NBC	szcypce/kleszcze, szczyrki i skalpele	objętość możliwa do umieszczenia w torbie o pojemności 500 ml	dowolna objętość
Przedmioty nie nadające się do transportu	sucha wata/wata nasączona wodą destylowaną lub PBS/ /wymazówki z podłożem transportowym		próbki pobrane przez zdrapywanie lub przecieranie
Roślinność	szcypce/kleszcze, szczyrki oraz sekatory	2 l	preferować roślinność o szerokich liściach

Tabela 3. Pobieranie próbek materiałów biologicznych – wykaz zaleceń (cytowane za [11])

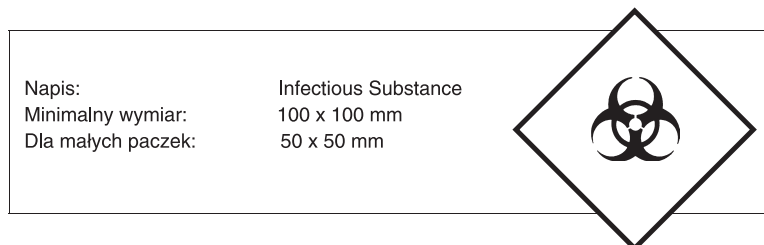
Rodzaj próbki	Narzędzia	Wielkość próbki	Dodatkowe szczegóły
Martwe zwierzęta	narzędzia sekcyjne	całe zwłoki lub odpowiednie ich części	powinny zostać pobrane jedynie przez personel medyczny
Krew ludzka	zestaw „Venojet” lub strzykawki próżniowe	1 x 10 ml do jałowych probówek; 2 x 10 ml do heparynowanych probówek; 1 x 10 ml do probówek zaw. wew. EDTA; 1 x 10 ml do probówek zawierających cytrynian sodu	
Mocz ludzki	jałowe pojemniki szklane	100–200 ml	

SAMPLE IDENTIFICATION NUMBER (SIN) <i>[Identyfikacyjny Numer Próbkki (INP)]</i>		CAMERA FILM NUMBER: <i>[Numer filmu]</i> VIDEO FILM NUMBER: <i>[Numer taśmy VIDEO]</i>
SAMPLING UNIT: <i>[Jednostka pobierająca]</i>		MAP NUMBER: <i>[Numer mapy]</i> GRID REFERENCE: <i>[Siatka kartograficzna]</i>
DATE/TIME OF SAMPLING: <i>[Data/Czas pobrania]</i>		WEATHER: <i>[Warunki pogody]</i>
DESCRIPTION OF SAMPLES (include condition and unusual marks or scratches) <i>[Opis próbek (w tym: stan, znaki szczególne, trwałe ślady)]</i>		
SIN <i>[INP]</i>	DESCRIPTION <i>[Opis]</i>	
RESPONSE OF DETECTION EQUIPMENT: <i>[Dane z urządzeń wykrywczych]</i>		
CONTROL SAMPLES: <i>[Próbki kontrolne]</i>		
SIN: <i>[INP]</i> DATE/TIME TAKEN: <i>[Data/Czas pobrania]</i> GRID REFERENCE: <i>[Siatka kartograficzna]</i>		
ATTACK DETAILS <i>[Szczegóły ataku]</i> LOCATION: <i>[Miejsce]</i> DATE/TIME: <i>[Data/Czas]</i> DELIVERY: <i>[Sposób realizacji ataku]</i> MUNITIONS: <i>[Rodzaj amunicji]</i> CASUALTY DETAILS: <i>[Dane szczegółowe o skutkach ataku]</i>		
SIBCA TEAM COMPOSITION: <i>[Skład zespołu SIBCA]</i>		

Ryc. 3. Blankiet dowodu pobrania próbki (cytowane za [11])

INFECTIOUS/TOXIC INFECTIEUX/TOXIQUE [ZAKAŻNE/TOKSYCZNE] SHIP TO: DESTINAIRE:
[Miejsce przeznaczenia]
CONTENTS: (TYPE OF SAMPLE AND CONTAINER: TYPE D'ÉCHANTILLON, CONTENEUR) [RODZAJ PRÓBKI ORAZ POJEMNIKA] CONTENU:
[Zawartość]
PLACE, DATE, TIME SAMPLE WAS TAKEN LIEU, DATE, HEURE DU PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLON
[Miejsce, data, czas – pobrania próbki]
SHIPPING UNIT/FORMATION: UNITÉ/FORMATION EXPEDITRICE:
[Jednostka transportująca/przewoźnik]
PRIORITY SHIPMENT ENVOI PRIORITAIRE [PIERWSZEŃSTWO ZAŁADUNKU]
INFECTIOUS/TOXIC INFECTIEUX/TOXIQUE [ZAKAŻNE/TOKSYCZNE]

Ryc. 4. Etykieta transportowa (cytowane za [11])



Ryc. 5. Etykieta ostrzegawcza dla towarów niebezpiecznych (cytowane za [5])

Zdajemy sobie sprawę, że zasygnalizowaliśmy jedynie najważniejsze (wybrane) tematy związane z bioterroryzmem i obrazem klinicznym chorób będących wynikiem zastosowania broni biologicznej.

Jesteśmy głęboko przekonani, że rozsądek zwycięży i nigdy nie będziemy musieli stawić czoła tym problemom. Jednak uważamy, że im dokładniejsza jest znajomość objawów klinicznych przedstawionej grupy chorób, tym wcześniej potrafi się je rozpoznać, tym skuteczniejsza

będzie walka z bioterroryzmem i tym mniej będzie osób narażonych, a skutki śmiertelne zastosowania broni biologicznej zostaną ograniczone do minimum.

To również wymiar korzyści osobistych służby medycznej, bowiem właściwe postępowanie diagnostyczne, przestrzeganie przepisów stacji sanitarno-epidemiologicznych i stosowanie zaleceń określonych przez władze danej instytucji – ograniczą liczbę ofiar wśród samej służby zdrowia, ale też ich najbliższych osób, rodzin, kolegów.

Piśmiennictwo

1. Tokarski J. (red). *Słownik wyrazów obcych*. PWN: Warszawa 1979.
2. *Encyklopedia powszechna*. PWN: Warszawa 1977, t. 1.
3. e-mail contact: Citywide Pharmaceutical Preparation for Bioterrorism Am. J. Heath Syst. Pharm. 2001; 58(03): 233–237.
4. Sniffen JC., Nadler JP. Bioterrorist Threats: Potential Agents and Theoretical Preparedness. 39th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Day 3 – September 28, 1999.
5. Oświadczenie rządowe z dnia 29 stycznia 1999 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Umowy Europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r., wraz ze znowelizowanymi tekstami załączników A i B do tej umowy (Dz. U. z 12 kwietnia 1999 r.) Dz. U. 99.30.287.

6. *Medycyna Praktyczna* On-line: Kurier elektroniczny. Źródło: Ministerstwo Zdrowia – dane z 19.10.2001.
7. e-mail contact: www.onet.pl – [Wiadomości-waglik.htm](http://wiadomosci-waglik.htm)
8. Inglesby TV., Henderson DA., Bartlett JG. Anthrax as a Biological Weapon Medical and Public Health Management. *JAMA* 1999; 281(18): 1735–1745.
9. Turnbull PCB. [tł. Arciuch H.] Wąglík u ludzi i zwierząt, zapobieganie oraz zwalczanie. Przewodnik. WHO Department of Communicable Disease Surveillance and Response. Puławy 2000 r.
10. Szymczak A, Simon K. Wirusowe gorączki krwotoczne. *Pol. Med. Rodz.* 2001; 3 (3): 185–190.
11. Arciuch H. Pobieranie, pakowanie, ochrona oraz przesyłanie próbek do badań laboratoryjnych. Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii, Ośrodek Badań Weterynaryjnych, kwiecień 2000.
12. e-mail contact: www.cdc.gov/ncidod/EID/vol3no4/tauxe.html

Adres Autorów:

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

Gruźlica – epidemiologia, diagnostyka, leczenie

Tuberculosis – epidemiology, diagnosis, treatment

HELENA ŻUKOWSKA

Z Dolnośląskiego Centrum Gruźlicy i Chorób Płuc we Wrocławiu – Szpital im. K. Dłuskiego
Dyrektor: dr Jerzy Sypuła

Streszczenie W artykule zwięźle przedstawiono epidemiologię, standardy przeciwdziałania, rozpoznawania i leczenia gruźlicy w Polsce. W naszym kraju prawie jedna trzecia populacji jest zakażona prątkiem gruźlicy, a liczba nowo wykrytych zachorowań ponownie wzrasta (11 477 w roku 2000). Jednocześnie nadal zaniżona jest wykrywalność gruźlicy pozapłucnej. Bezwzględny priorytet w programie zwalczania gruźlicy w Polsce ma wczesne wykrywanie i leczenie zakażeń, co zależy przede wszystkim od kompetencji i skuteczności lekarzy pierwszego kontaktu. Znaczenie uzupełniające mają szczepienia BCG i chemioprophylaktyka w grupach zwiększonego ryzyka. W każdym przypadku podejrzenia gruźlicy (nawracające stany podgorączkowe, osłabienie, brak apetytu, ubytek masy ciała, kaszel) niezbędne jest wykonanie Rtg płuc oraz próba identyfikacji prątków w materiale biologicznym. Przyjętym standardem leczenia gruźlicy jest leczenie skojarzone RMP+INH+PZA oraz EMB lub SM przez dwa miesiące, a następnie RMP+INH przez kolejne cztery. Warto podkreślić, że zarówno w Polsce, jak i na świecie wzrasta pierwotna i wtórna lekooporność prątków (np. w Warszawie ponad 23%), co wymaga indywidualnego doboru leków i wydłużonego leczenia.

Słowa kluczowe: gruźlica, leki przeciwaprątkowe, lekooporność.

Summary In this article we have report epidemiology, standards of prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis in Poland. In our country nearly one third of population is infected by Mycobacterium tuberculosis and the number of newly identified infections is growing again (11 477 in year 2000). The most important priority in national antituberculosis program is detection and early treatment of infected patients. Central is role of family doctors here. Additional role plays BCG immunization and prevention in higher hazard patients. In every case of tuberculosis suspicion essential is confirmation of diagnosis by RTG and Mycobacterium tuberculosis identification in biological material. Standard treatment should consist of combination of RMP, INH, PZA and EMB or SM for first two months and then RMP and INH for next four. Unfortunately there is still growing evidence of drug resistance (23% in Warsaw). This should lead to individual composed and longer treatment of tuberculosis.

Key words: tuberculosis, antituberculosis drugs, drug resistance.

Znawcy historii medycyny podają, że gruźlica towarzyszyła człowiekowi od zarania dziejów, ale jej natężenie na przestrzeni stuleci nie było jednakowe. Szerzenie się epidemii gruźlicy w krajach europejskich zaczęło narastać w XIX wieku, a szczyt zachorowań w krajach Europy Zachodniej nastąpił pod koniec XIX wieku, natomiast w Europie Wschodniej i Środkowej 50 lat później.

Wprowadzenie leków przeciwaprątkowych, zapoczątkowane w 1945 r., rozpoczęło nową erę w historii tej choroby, kolejno odkrywane leki stworzyły możliwość wyleczenia każdego chorego. Przez kolejne dekady do połowy lat osiemdziesiątych rejestrowano znaczący spadek zachorowalności i umieralności, stąd w niektórych krajach gruźlica zaczęła być postrzegana jako nieaktualny problem zdrowotny. W ślad za tym zaczęto zmniejszać środki na jej zwalczanie i rozwiązywać istniejące struktury organizacyjne. Dopiero

znaczący wzrost zachorowań na gruźlicę w latach 1985–1991 (11% w USA, a 33% w Szwajcarii i 28% we Włoszech i we Francji) spowodował nawrót zainteresowania tą chorobą i uświadomił, że gruźlica w dalszym ciągu stanowi zagrożenie dla zdrowia ludności na całym świecie.

Gruźlica jest choroba zakaźna. Źródłem zakażenia jest chory prątkujący. Każdy chory, u którego nie rozpoznano choroby, zakaża od 10 do 20 osób rocznie. W Polsce jest nadal około 12 milionów ludzi zakażonych prątkiem gruźlicy, a liczba nowo zakażonych wynosi około 90–100 tys. rocznie. Z tej populacji ludzi będą wywodzić się w przyszłości nowe zachorowania. Ryzyko zachorowania u osób zakażonych utrzymuje się do końca życia. W 2000 r. zarejestrowano w Polsce 11 477 nowych zachorowań na gruźlicę, w tym były 103 zachorowania u dzieci. W 1999 r. zmarło z powodu gruźlicy 1022 chorych, podczas gdy

w 1998 r. zanotowano 695 zgonów z powodu tej choroby. Współczynnik zapadalności na gruźlicę płucną wynosił w 2000 r. 28,4 na 100 tys., na gruźlicę pozapłucną – 1,3 na 100 tys. W Polsce współczynnik zapadalności na gruźlicę pozapłucną jest znacznie niższy niż w krajach Europy Zachodniej, co może wynikać z niedodiagnozowania i niedorejestrowania wszystkich zachorowań na gruźlicę pozapłucną. Podstawową metodą wykrywania gruźlicy jest wykrycie choroby u pacjentów zgłaszających się z objawami chorobowymi. Stwierdzenie objawów ogólnych lub narządowych sugerujących chorobę gruźliczą stanowi wskazanie do wykonania badań dodatkowych z zakresu diagnostyki pulmonologicznej. Choroba może mieć przebieg przewlekły, podostry lub ostry, z różnorodnym zakresem objawów – od nikłych lub z przebiegiem bezobjawowym do ostrych, gwałtownych zagrażających życiu. Najczęstszym objawem ogólnym są stany podgorączkowe lub nawracająca gorączka, inne objawy ogólne to: osłabienie, brak apetytu, ubytek masy ciała. Najczęstszym miejscowym objawem gruźlicy płuc jest kaszel o różnym charakterze: suchy, z odkrztuszaniem płwociny ropnej, śluzowo-ropnej lub śluzowej. Może występować krwioplucie, ból w klatce piersiowej w przypadkach, w których w proces chorobowy wciągnięta jest opłucna, duszność. Duszność w przebiegu gruźlicy występuje zwykle w późnej fazie choroby.

W każdym przypadku podejrzenia choroby gruźliczej konieczne jest wykonanie badania radiologicznego klatki piersiowej, które jest podstawowym elementem w rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Potwierdzeniem rozpoznania gruźlicy jest wykrycie prątków gruźlicy w materiale pobranym od chorego. Do wykrywania i identyfikacji prątków z rodzaju *Mycobacterium* stosuje się następujące metody: bakterioskopia bezpośrednia, hodowla na pożywkach konwencjonalnych, przyspieszone systemy hodowli w płynnej pożywce, metody chemiczne, immunologiczne, genetyczne z użyciem sondy genetycznej i z zastosowaniem techniki PCR. Znaczną pomoc w ustaleniu rozpoznania gruźlicy, zwłaszcza pozapłucnej, może stanowić badanie histologiczne, jeżeli w materiale tkankowym stwierdza się ziarniniaki z ogniskami martwicy serowatej, jednak i w tych przypadkach bezwzględny dowodem jest stwierdzenie w preparacie histologicznym prątków kwasoopornych.

Znaczenie odczynu tuberkulinowego w diagnostyce gruźlicy jest ograniczone. Dodatni odczyn tuberkulinowy jest wyrazem nadwrażliwości na białko prątka po przebytych zakażeniu, przy czym ze względu na podobieństwo antygenowe między prątkami gruźliczymi a prątkami BCG oraz prątkami niegruźliczymi może być dodatni po szczepieniu BCG czy wskutek kontaktu z prątkami niegruźliczymi znajdującymi się

w środowisku. I odwrotnie, ujemny odczyn nie wyklucza zakażenia i choroby czasami nawet o bardzo ciężkim przebiegu.

Bezwzględny priorytet w programie zwalczania gruźlicy ma wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie chorych. Współcześnie dostępne leki umożliwiają wyleczenie niemal każdego chorego, a ich zastosowanie powoduje, że chory prątkujący już po kilku dniach przestaje być zakaźny dla otoczenia. Ponadto prawidłowo przeprowadzone leczenie jest najskuteczniejszą metodą zapobiegającą powstawaniu zjawiska lekooporności. Warunkiem trwałego wyleczenia chorego i zapobieżenia rozwoju lekooporności jest leczenie wielolekowe, standaryzowane (odpowiedni zestaw leków, dawka i okres leczenia) z bezpłatną, regularną dostawą leków oraz bezpośredni nadzór personelu medycznego przy pobieraniu leków przez chorego. W leczeniu standardowym stosuje się w fazie intensywnego leczenia RMP + INH + PZA oraz EMB lub SM przez 2 miesiące, a w fazie kontynuacji RMP + INH przez 4 miesiące. Całkowity okres leczenia trwa 6 miesięcy. Leczenie dłuższe niż 6 miesięcy stosuje się u chorych ze wznową choroby, przy niepowodzeniach leczenia, u chorych z niewydolnością nerek, uszkodzeniem wątroby, zakażonych wirusem HIV. W ostatnich latach w całym świecie narastają zachorowania na gruźlicę wielolekooporną. Są regiony, gdzie niemal 100% nowych zachorowań to gruźlica lekooporna, a jej szerzeniu się sprzyja rozwijająca się turystyka, migracja zarobkowa i polityczna milionów ludzi z krajów o wysokim odsetku zachorowań na gruźlicę lekooporną, szerzenie się pandemii zakażenia wirusem HIV. Wyróżnia się lekooporność pierwotną, po zakażeniu prątkiem lekoopornym, oraz lekooporność wtórną, indukowaną nieprawidłowym leczeniem. Od 3 lat również w Polsce wzrasta zachorowalność na gruźlicę wielolekooporną. W badaniach ogólnokrajowych przeprowadzonych w 2000 r. przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie stwierdzono lekooporność pierwotną u 5,2% i wtórną u 18% chorych. Leczenie gruźlicy lekoopornej jest trudne. Jest to leczenie wielokrotnie dłuższe od standardowego, droższe, gorzej tolerowane ze znaczną toksycznością i o trudnej do przewidzenia skuteczności. Oporność wielolekowa wymaga indywidualnego doboru leków, zwykle rozpoczyna się od podania 5–6 leków z wykorzystaniem leków drugiej linii (etionamid, cyklokseryna, kapreomycyna, chinolony, amikacyna, klofazymina, rifabutyna, makrolidy).

Program zwalczania gruźlicy w Polsce, opracowany w latach siedemdziesiątych i wielokrotnie od tego czasu modyfikowany, zawiera obecnie wszystkie składowe wymagane w nowoczesnych programach zwalczania gruźlicy. Bezwzględny priorytet w tym programie ma wczesne wykrywanie

i leczenie chorych, co zależy przede wszystkim od kompetencji i skuteczności lekarzy pierwszego kontaktu. Uzupełniające znaczenie w programie zwalczania gruźlicy ma zespół działań o charakte-

rze profilaktycznym: szczepienia BCG, chemio-profilaktyka w grupach zwiększonego ryzyka zachorowania u dzieci, działania o charakterze oświatowym na rzecz promocji zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Migliori GB. i wsp. Tuberculosis management in Europe. *Eur Resp J* 1999; 14: 978–992.
2. Płusa T. *Postępy w pneumonologii*. Warszawa: Medpress 1994.
3. Rowińska-Zakrzewska E. *Gruźlica w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL; 2000.
4. Szczuka J. *Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2000 r.* Warszawa: Zakład Epidemiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc; 2001.
5. Zwolska Z. i wsp. Gruźlica lekooporna w Polsce w 2000 r. – badania ogólnokrajowe. *Pneum Aleg Pol* 2001; 69: 387–388.

Adres Autorki:

Dolnośląskie Centrum Gruźlicy i Chorób Płuc
Szpital im. K. Dłuskiego
ul. Grabiszyńska 105
53-439 Wrocław

Nowa sytuacja tyreologii polskiej po reformie ochrony zdrowia – korzyści i zagrożenia. O konieczności ścisłej współpracy lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób tarczycy

New situation of the Polish thyreology after the health care system reform – advantages and threats. On the necessity of close cooperation between family doctors and specialists in diagnosis and treatment of thyroid diseases

GRAŻYNA MARDAROWICZ, JERZY ŁOPATYŃSKI

Z Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik Zakładu i Katedry: prof. dr hab. Jerzy Łopatyński

Streszczenie Autorzy omawiają bardzo znaczne rozpowszechnienie schorzeń tarczycy na świecie, w Polsce i na Lubelszczyźnie. Przedstawiają proponowany podział zadań pomiędzy podstawową i specjalistyczną opiekę tyreologiczną. Do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) należałaby profilaktyka w indywidualnych przypadkach, wyszukiwanie schorzeń tarczycy u pacjentów POZ, konsultowanie ich ze specjalistami, leczenie wola prostego, hipotyreozy, duży współudział w leczeniu tyreotoksykozy w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa. Do zadań specjalisty należałaby edukacja lekarzy POZ w zakresie tyreologii, wstępna konsultacja pacjenta z nowo wykrytą chorobą tarczycy, proponowanie metod diagnozy i leczenia (szczególnie gdy w grę wchodzi leczenie agresywne), leczenie patologii tarczycy w okresie ciąży i okołoporodowym. Do zespołu specjalistów należałoby także opracowywanie metod profilaktyki i poszukiwania chorób tarczycy w skali narodowej. Autorzy omawiają częste błędy lekarskie i „ekonomiczne” w prowadzeniu „chorych tarczycowych” popełniane przez lekarzy POZ, a wynikające z nieumiejętności interpretacji badań hormonalnych. Podkreślając gwałtowny rozwój wiedzy i praktyki tyreologicznej, uważają, że jedynym sposobem, aby korzystać z tego rozwoju pacjent, jest ścisła współpraca lekarzy POZ i tyreologów.

Słowa kluczowe: tyreologia praktyczna, podział zadań pomiędzy podstawową i specjalistyczną opiekę tyreologiczną w Polsce, zagrożenia i korzyści.

Summary The authors discuss widespread prevalence of thyroid diseases all over the world, in Poland, and in the Lublin region. They present a suggested division of tasks between primary and specialist thyreologic health care. Primary health care (PHC) would take care of prophylaxis in individual cases, looking for thyroid diseases in PHC patients, sending them for consultations with specialists, simple goitre and hypothyreosis treatment, co-participation in thyreotoxicosis treatment in Graves-Basedov disease. Specialists would handle the education of PHC doctors in thyreology, preliminary consultation of a patient with a newly diagnosed thyroid disease, suggesting methods of diagnosis and treatment (especially when an aggressive treatment comes into question), treatment of thyroid pathologies during pregnancy. A team of specialist would also take care of preparation of prophylaxis methods and search for diseases on the country-wide scale. The authors discuss frequent medical and "economic" mistakes made by PHC doctors during the treatment of "thyroid diseases" resulting from the lack of interpretation skills of hormonal tests. Drawing attention to the rapid development of thyreological knowledge and practice, the authors believe that the only way for a patient to make use of benefits of this development is to introduce close co-operation between PHC doctors and thyreologists.

Key words: practical thyreology, division of tasks between primary and specialist thyreologic health care in Poland, threats and advantages.

Tarczyca kontroluje intensywność metabolizmu większości organów i tkanek. Zaburzenia funkcji tarczycy (niedoczynność i nadczynność), a także zaburzenia jej anatomii (różne rodzaje wola i zmiany jej struktury przebiegające bez wola),

stanowią najczęstsze problemy endokrynologiczne. Choroby tarczycy, szczególnie zaburzenia jej funkcji, przejawiają się różnymi, nieswoistymi objawami i bardzo często wymagają długiego, trwającego do końca życia, leczenia [1, 2, 26].

Epidemia schorzeń gruczołu tarczowego obserwowana od lat w naszym kraju powoduje, że problemy związane z zaburzeniami budowy i funkcji tarczycy stanowią istotną część codziennej praktyki lekarskiej. Dlatego wszyscy praktykujący lekarze powinni być wyczuleni na występowanie patologii gruczołu tarczowego oraz ich konsekwencji zdrowotnych. Najbardziej dotyczy to lekarzy pierwszego kontaktu [3–6].

Nowy model reformowanej służby zdrowia w Polsce spowodował, że ciężar odpowiedzialności za stan zdrowotny społeczeństwa spoczął na przeciążonym lekarzu rodzinnym. To jak szybko i jak trafnie, i czy w ogóle zdefiniuje on problem tyreologiczny, czy potrafi go rozwiązać samodzielnie, czy zrozumie konieczność zasięgnięcia opinii konsultanta – specjalisty zadecyduje o jakości opieki tyreologicznej w naszym kraju [7].

Choroby tarczycy są problemem ogólnosiątkowym. 1,6 miliarda ludzi na świecie cierpi z powodu niedoboru jodu (dane WHO). U 15–20% kobiet w okresie ciąży i po porodzie występują „problemy tarczycowe” [8]. Również w Polsce stanowią bardzo poważny, choć niedoceniany problem zdrowotny. Wieloletni niedobór jodu w diecie spowodował rozwinięcie się wola endemicznego u około 9 milionów Polaków. W większości przypadków oceniano je jako wole mięszone, ale u 10% były to wole guzkowe, a więc takie, w przebiegu których należy się liczyć z wielu, czasami agresywnymi procedurami diagnostycznymi i leczniczymi, jak np. punkcja tarczycy, leczenie chirurgiczne, leczenie radiojodem [7]. Nauman ocenia, że zapadalność na chorobę Gravesa-Basedowa wynosi w Polsce około 45 nowych zachorowań na 100 000/rok, na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto) około 40 nowych zachorowań na 100 000/rok [7]. Często przeoczanym problemem jest poporodowe, bezbolesne zapalenie tarczycy (15/100 ciężarnych i rodzących) i pełnoobjawowa niedoczynność tarczycy – zapadalność około 40 przypadków na

100 000/rok. Za bardzo istotny problem autor ten uważa mało objawową (przedkliniczną) niedoczynność tarczycy, o której ostatnio dużo się pisze i ocenia, że zapadalność na to schorzenie może sięgać 2000–4000 zachorowań na 100 000/rok [7]. Przewiduje również, że problemy sprawiać będzie subkliniczna hipertyreoza, którą coraz częściej rozpoznaje się dzięki szeroko stosowanym badaniom diagnostycznym (tab. 1). Obie te od niedawna dopiero rozpoznawane patologie tarczycy, zdają się mieć znaczący wpływ na jakość życia i rozwój szeroko pojętych chorób cywilizacyjnych u dotkniętych nimi pacjentów.

Należy się liczyć również z tym, że liczba przypadków raka tarczycy, oceniana przed kilku laty na 600 nowych przypadków rocznie, będzie stopniowo narastać tak, że przekroczy 1000 przypadków/rok w skali całej Polski. Będzie to nadal bardzo rzadko w stosunku do innych raków występujący nowotwór złośliwy, budzący jednak irracjonalny lęk wśród pacjentów, a często i lekarzy.

W badaniach przeprowadzanych przez pracowników naszego Zakładu (1998–2001) – na reprezentatywnej grupie mieszkańców Lubelszczyzny (3785 osób powyżej 35 roku życia) stwierdziliśmy za pomocą badania fizykalnego wole I⁰ i II⁰ według klasyfikacji WHO u 18% kobiet na wsi i 17,8% kobiet w mieście oraz 4,3% mężczyzn na wsi i 5,1% mężczyzn w mieście. Wole guzkowe stwierdziliśmy u 4,3% badanych w populacji wiejskiej i 3,1% populacji miejskiej. 1,7% badanych na wsi i 0,6% badanych w mieście było w chwili badania leczonych z powodu nadczynności tarczycy. Strumektomii dokonano u 1,4% badanych na wsi i 1,5% badanych w mieście. Jest bardzo niepokojące, że tylko 25,4% przypadków wola w mieście i 5,8% przypadków wola na wsi było uprzednio diagnozowanych i podejmowano próbę leczenia zachowawczego [9].

Z przytoczonych danych wynika, iż patologii tarczycy należy spodziewać się i poszukiwać

Tabela 1. Różne stany funkcji tarczycy

Funkcja		Stężenia hormonów		
		TSH	FT4	FT3
hipertyreoza	jawna	↓	↑ lub N	↑ lub N
	przedkliniczna	↓	N	N
eutyreoza		N	N	N
hipotyreoza	przedkliniczna	↑	N	N
	jawna	↑	↓ lub N	↓ lub N

N – norma

↑ – stężenie hormonów podwyższone

↓ – stężenie hormonów obniżone

u każdego mieszkańca Polski. Kto ma tych ludzi z podejrzeniem i rozpoznaną patologią tarczycy diagnozować i leczyć? Utał się pogląd, że schorzeniami tarczycy powinien zajmować się specjalista tyreolog, w praktyce lekarz ze specjalizacją w zakresie endokrynologii lub wyspecjalizowani w tyreologii praktycznej interniści, a w znacznie mniejszym zakresie pediatri. Jeśli przyjąć, że tylko część wyspecjalizowanych w endokrynologii lekarzy zajmuje się tyreologią (szacunkowo ok. 300) i że tyreologią praktyczną zajmuje się około 500 internistów i pediatrów, to oczywiste jest, że nie są oni w stanie objąć opieką wszystkich chorych ze schorzeniami tarczycy. Ponadto, należy pamiętać, że specjalista „tyreolog” przystępuje do diagnozowania schorzenia tarczycy, gdy takie podejrzenie zostało już postawione przez lekarza lub samego pacjenta. Należy wziąć również pod uwagę, że zapobieganie chorobom tarczycy w indywidualnych przypadkach nie należy do zakresu działania specjalisty tyreologa. Jest więc oczywiste, że zapobieganiem i wczesnym rozpoznawaniem patologii tarczycy powinien zająć się lekarz pierwszego kontaktu.

Przeprowadziliśmy badania ankietowe wśród 215 lekarzy, zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) [5]. Celem badań było zaznajomienie się z zakresem praktyki tyreologicznej ankietowanych oraz sposobami rozwiązywania codziennych problemów spotykanych u pacjentów ze schorzeniami tarczycy. Wyniki wskazują na niski poziom wiedzy w tym zakresie wśród badanych. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy wydaje się fakt, że połowa ankietowanych lekarzy nie uczestniczyła w szkoleniach w zakresie tyreologii po ukończeniu studiów. Wyniki te uzyskaliśmy przed kilku laty, przed wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia, a więc w okresie, kiedy zdecydowanie łatwiej było odesłać pacjen-

ta do leczenia specjalistycznego. Co prawda, w tym okresie 1/4 pacjentów oczekiwała na konsultacje ponad 4 tygodnie (z tego 11,5% dzieci oraz 6,3% dorosłych – aż 6 miesięcy), ale odpowiedzialność za leczenie, przynajmniej teoretycznie, przejmował specjalista. W obecnej sytuacji, kiedy to lekarz pierwszego kontaktu odpowiada za szybkie diagnozowanie i leczenie pacjentów, widzimy pilną konieczność uzupełniania wiedzy tych lekarzy z zakresu tyreologii, np. poprzez zorganizowanie szeroko dostępnych, wielogodzinnych szkoleń, być może obowiązkowych. Pożytecznym też mógłby być, przystępnie opracowany, krótki podręcznik tyreologii praktycznej, uwzględniający specyfikę polskiej służby zdrowia.

W naszym przekonaniu konieczny jest obecnie jasny podział zadań pomiędzy „tyreologią praktyczną” na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej a „tyreologią specjalistyczną” na poziomie poradni i oddziałów specjalistycznych (tab. 2). Uważamy, że zadaniem lekarza POZ jest profilaktyka w indywidualnych przypadkach, np. suplementacja jodu u ciężarnych, dzieci i młodzieży – wczesne wykrywanie schorzeń tarczycy przy okazji badań okresowych albo wizyt w gabinecie z przyczyn pozatarczycowych i celowe poszukiwanie patologii w grupach szczególnego ryzyka: okres ciąży i okołoporodowy, dzieci i młodzież, ludzie powyżej 60 roku życia, pacjenci z patologią tarczycową w wywiadzie. Jest oczywiste, że w tej sytuacji lekarz POZ powinien mieć swobodny dostęp do podstawowych metod diagnostycznych, np. USG tarczycy oraz oznaczeń TSH (tyreotropiny) i hormonów tarczycy (tyroksyny i trójiodotyroniny). Przeszkolony i dostatecznie doświadczony lekarz ogólnie praktykujący/lekarz rodzinny byłby wówczas w stanie zdiagnozować większość przypadków schorzeń tarczycy, jak również wytypować pacjentów, u których ko-

Tabela 2. Kto i jak powinien rozpoznawać i leczyć choroby tarczycy

Zadanie	Kto ma to zadanie wypełniać
Wstępna ocena anatomii i funkcji tarczycy (kliniczna i za pomocą podstawowych badań dodatkowych) Oddzielenie „pewnych diagnostycznie” od wymagających pogłębionej diagnozy przypadków tarczycy Pogłębiona diagnoza	Lekarz POZ, ale też innych specjalności (np. pediatra, położnik) Tyreolog Lekarz POZ Tyreolog współpracujący z: a) lekarzem wykonującym USG b) specjalistą medycyny nuklearnej c) lekarzem wykonującym biopsję tarczycy d) cytohistopatologiem e) odpowiedzialnym za badania pracownikiem laboratorium
Wybór metody leczenia Leczenie	Tyreolog często w porozumieniu z lekarzem POZ Lekarz POZ; tyreolog, chirurg; specjalista medycyny nuklearnej

nieczna byłaby konsultacja, a czasami stałe prowadzenie przez tyreologa. Ponadto lekarz POZ mógłby leczyć samodzielnie określone przypadki schorzeń tarczycy, np. wole proste, mógłby również kontynuować leczenie w pewnych przypadkach zdiagnozowanych przez specjalistę, np.: hipotyreozy lub (rzadziej) tyreotoksykozy.

Do specjalisty, celem konsultacji lub stałego leczenia, należy kierować wole guzkowe, w tym szczególnie podejrzenie nowotworu tarczycy (konieczna biopsja i jej precyzyjna ocena), zaburzenia funkcji tarczycy, a więc hipotyreozy i tyreotoksykozy (konieczne określenie przyczyny), podejrzenie zapalenia tarczycy. Również leczenie patologii tarczycy w ciąży (wola, hipotyreozy i tyreotoksykozy) powinno być prowadzone przez doświadczonego specjalistę. Wskazania do agresywnych metod diagnozy, a więc biopsji tarczycy, jak i agresywnych metod leczenia – jak strumektomia i leczenie jodem radioaktywnym – powinny być ustalone przez tyreologa lub w ścisłej z nim współpracy.

Wydaje się, że w najbliższych latach, pomimo ponownego wprowadzenia jodowania soli, nie należy spodziewać się zmniejszenia liczby już istniejących przypadków patologii tarczycy, natomiast należy liczyć się z narastaniem nowych problemów, takich jak tyreotoksykoza indukowana przez jod czy zwiększenie nowych przypadków raka tarczycy (późne następstwo katastrofy w Czarnobylu).

Znajdujemy się więc w sytuacji, w której patologii tarczycy możemy spodziewać się u niemal połowy mieszkańców Polski, a za leczenie i rozpoznanie tych schorzeń odpowiada, przynajmniej w założeniu, lekarz POZ. Warto więc przyjrzeć się, najważniejszym – naszym zdaniem – uchybieniem w codziennej praktyce tyreologicznej kolegów z POZ, na które zwróciliśmy uwagę.

Pierwszym grzechem głównym praktyki tyreologicznej tu popełnianym jest niedostateczne przestrzeganie zasad podziału zadań leczniczych i diagnostycznych pomiędzy lekarzy ogólnych a specjalistów. Przypominamy raz jeszcze, że lekarz pierwszego kontaktu w całości odpowiada za diagnostykę i leczenie wola prostego, przewlekłe leczy chorych z niedoczynnością tarczycy, okresowo konsultując przypadki u specjalisty, przewlekłe leczy nadczynność tarczycy po wstępnym rozpoznaniu jej przez specjalistę, korzystając z okresowych porad konsultacyjnych. Konsultuje przypadki wola guzowatego, bezwzględnie przekazuje specjalistom przypadki podejrzanego o rozrost nowotworowy. Obowiązkowo kieruje na konsultacje pacjentki ciężarne z patologią tarczycy. Nasze obserwacje wskazują, że lekarze pierwszej linii skłonni są obecnie raczej poszerzać zakres swoich kompetencji diagnostycznych i leczniczych niż

przesadnie (jak to było przed kilku laty) kierować pacjentów na konsultacje do specjalistów, co do niedawna, w starym modelu funkcjonowania służby zdrowia, było nagminną praktyką.

Drugim spośród grzechów głównych praktyki tyreologicznej jest obecnie stale niezadowolająca umiejętność interpretowania testów funkcji tarczycy.

Nawet doświadczeni tyreolodzy mają poważne wątpliwości przy ocenie klinicznego znaczenia testów funkcji tarczycy [10–12]. Niestety, część niedoświadczonych lekarzy podejmuje ważne decyzje terapeutyczne na podstawie błędnej interpretacji testów funkcji tarczycy (np. rozpoczyna leczenie tyreostatyczne subklinicznej hipertyreozy, przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych albo leczy ciężarne z granicznym dolnym stężeniem TSH i z podwyższoną całkowitą tyroksyną też przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych).

Wzrastająca w ostatnich latach i wynikająca z powstania małych prywatnych laboratoriów (nawet w małych miejscowościach) dostępność badań laboratoryjnych spowodowała zwiększenie liczby błędów diagnostycznych związanych z niewystarczającą jakością testów stosowanych przez te laboratoria oraz nieprzestrzeganiem wymogów niezbędnych do przygotowania pacjenta przed pobraniem materiału do badania diagnostycznego. Dostępność oznaczeń hormonalnych spowodowała, że lekarze pierwszego kontaktu w sposób bardziej śmiały podejmują trudne zadania lecznicze. Oznaczając testy funkcji tarczycy w laboratoriach prywatnych, często w odstępach siedmiodziesięcio-, czternastodniowych, w okresie leczenia nadczynności tarczycy narażają pacjentów na niepotrzebne koszty.

Celowe wydaje się oszacowanie kosztów diagnostyki tarczycowej w sytuacji, gdy lekarze zbyt pochopnie kierują na wykonanie „pełnego panelu” oznaczeń hormonalnych oraz zlecają częste badania ultrasonograficzne w wypadku wola prostego. Trudność interpretacji wyników oznaczeń hormonalnych powoduje, że zdarzają się sytuacje, w których lekarz leczy niejasne i niezdiagnozowane przypadki tyreologiczne przez długie tygodnie, podając jedną tabletkę metizolu!

Paradoksalnie więc szeroka dostępność testów funkcji tarczycy, poza wyraźnymi korzyściami, może, w przypadku gdy są one stosowane bez pełnego rozeznania ich możliwości, częściej prowadzić do nieporozumień niż pomagać w diagnozie i leczeniu.

Trzecim grzechem głównym praktyki tyreologicznej w pierwszej linii jest zbyt szybkie, pochopne i bez odwoływania się do opinii specjalisty kierowanie pacjentów wprost do oddziałów chirurgicznych celem leczenia wola prostego bez brania pod uwagę możliwości powikłań chirurgicznych oraz nawrotu wola. W ostatnich latach w naszym

kraju bardzo znacznie wzrosła liczba lekarzy wyspecjalizowanych w endokrynologii, a przez to mających większe doświadczenie tyreologiczne. W tej sytuacji istotne jest naleganie, aby lekarze pierwszego kontaktu bezwzględnie korzystali z konsultacji w przypadkach, które określone zostały wytycznymi, co do podziału zadań w zakresie leczenia chorób tarczycy. Należy wprowadzić pilny wymóg szkolenia i szczegółowego egzekwowania wiedzy z zakresu interpretacji testów funkcji tarczycy oraz wpływu czynników modyfikujących te wyniki podczas egzaminów specjalizacyjnych. Pilnym zadaniem na najbliższy okres jest również kontrola jakości pracy laboratoriów diagnostycznych.

Te „trzy grzechy główne” mogą śmieszyć, oburzać, niepokoić. Tu jednak zostały przedstawione, aby pobudzić do refleksji. Nie wystarczy mieć bowiem dostęp do najnowszych możliwości technicznych i najnowszych i najlepszych informacji tyreologicznych (wytyczne opracowane przez ekspertów [2, 13–15], szczególnie te na bieżąco niemal uaktualniane w Internecie [16, 19, 27]). Należy umieć właściwie te informacje interpretować

i stosować w praktyce. I tu jest szansa na zrozumienie bezwzględnej konieczności partnerskiej współpracy pomiędzy lekarzami POZ i specjalistami.

Należy stale pamiętać, że tyreologia praktyczna jest nauką i sztuką żywą, a przez to ulegającą stałym zmianom. Stąd takie, ostatnio podkreślane trudne i ważne problemy, jak np.: rzetelność przyjmowania leków przez pacjentów i wpływ tej rzetelności na wyniki badań dodatkowych [11], konieczność wykonywania biopsji cienkoigłowej w każdym przypadku odosobnionego guzka tarczycy, znaczenie subklinicznych postaci tyreotoksykozy [21] i hipotyreozy [22–25] i zasadności ich leczenia, wpływu amiodaronu na patologię tarczycy [11], patologia tarczycy w ciąży [8], tyreotoksykoza indukowana przez jod [2, 20] i wiele innych, wymagają pilnej uwagi i badań specjalistów, a następnie zaznajamiania z tymi problemami lekarzy pierwszego kontaktu.

W naszym przekonaniu przedstawione wyżej problemy skazują niejako na aktywną współpracę lekarzy POZ i specjalistów tyreologów.

Piśmiennictwo

1. Haddow JE., Palomaki GE., Allan WC. et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med* 1999; 341: 549–555.
2. Stanbury JB., Ermans AE., Bourdoux P. et al. Iodine-induced hyperthyroidism: occurrence and epidemiology. *Thyroid* 1998; 8: 83–100.
3. Hoc Cz. Rozpoznawanie chorób tarczycy. *Lek. Rodz* 2001; 5: 66–75.
4. Łopatyński J. Rola lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób tarczycy w Polsce. *Endokrynol Pol* 1997; 48(3): 197–200.
5. Mardarowicz G., Łopatyński J. Znajomość problemów tyreologii praktycznej wśród lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. *Endokrynol Pol* 1997; 48(3): 201–208.
6. Peterson S, Sanga A, Eklof H, Bunga B., Taube A. Classification of thyroid size by palpation and ultrasonography in field surveys. *Lancet* 2000; 355: 106–110.
7. Nauman J. List od Redaktora Naczelnego do czytelników „Endokrynologii Polskiej”. *Endokrynol Pol* 1997; 48(3): 195–196.
8. Lazarus JH., Kokandi A. Thyroid disease in relation to pregnancy: a decade of change. *Clin Endocrinol* 2000; 53: 265–278.
9. Łopatyński J, Mardarowicz G, Szydłowski W. Clinically evident thyroid disturbances in adult population of Lublin Region. *J Endocrinol Invest* 2001; 24: 122.
10. Dayan CM. Interpretation of thyroid function tests. *Lancet* 2001; 357: 619–624.
11. Hanna FWF., Lazarus JH., Scanlan MF. Controversial aspects of thyroid disease. *BMJ* 1999; 319: 894–899.
12. O’ Reilly D. Thyroid function tests time for a reassessment. *BMJ* 2000; 320: 1332–1334.
13. AACE/aaes medical/surgical guidelines for clinical practice: management of thyroid carcinoma. *Endocrine Practice* 2001; 7: 203–220.
14. Gharib MD., Cobin RH., Dickey RA. Subclinical hypothyroidism during pregnancy: position statement from the American association of clinical endocrinologist. *Endocrine Practice* 1999; 5: 367–368.
15. Hermes AR., Huysmans DA. Treatment of benign nodular thyroid disease. *N. Engl. J. Med.* 1998; 338: 1438–1447.
16. AACE Clinical Practice Guidelines for Evaluation and Treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. http://www.aace.com/clin/guides/thyroid_guide.html.
17. AACE Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. <http://www.aace.com/clin/guides/nodule.html>.
18. AACE Clinical Practice Guidelines for Evaluation and Treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. http://www.aace.com/clin/guides/thyroid_guide.html.
19. International thyroid testing guidelines implications for clinical practice. cspencer@hsc.usc.edu.
20. Todd CH., Allain T, Gomo ZAR., Hasler JA., Ndiweni M., Oken E. Increase in thyrotoxicosis associated with iodine supplements in Zimbabwe. *Lancet* 1995; 346: 1563–1564.

21. Levy EG. Subclinical hyperthyroidism. *Thyroid* 2000; 10: 721–723.
22. Cooper D.S. Subclinical hypothyroidism. *N Engl J Med* 2001; 345: 260–265.
23. Danese M, Ladenson W, Meinert C. Effect of thyroxine therapy on serum lipoproteins in patients with mild thyroid failure: A Quantitative review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 2993–3001.
24. Danese MD., Powe NR., Sawin CT., Ladenson PW. Screening for Mild Thyroid Failure at the Periodic Health Examination. *JAMA* 1996; 276: 285–292.
25. Kahaly GJ. Cardiovascular and Atherogenic Aspects of Subclinical Hypothyroidism. *Thyroid* 2000; 10: 665–679.
26. Singer PA., Cooper DS., Levy FG., Landenson PWJ., Braverman LF., Daniels G, Greenspon FS., McDougall LR., Nicolas TF. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. *JAMA* 1995; 273: 808–812.
27. Thyroid disease manager. www.thyroid.manager.org.

Adres Autorów:

Zakład POZ Katedry Medycyny Rodzinnej AM
ul. Staszica 13
20-081 Lublin

Przewlekłe zapalenie trzustki

Chronic pancreatitis

JERZY BŁASZCZUK, MARTA STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA

Z Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Witold Knast

Streszczenie Przewlekłe zapalenie trzustki (pzt) jest częstą chorobą narządów jamy brzusznej. Ze względu na przewlekły przebieg oraz duże subiektywne dolegliwości nierozpoznane pzt powoduje częste wizyty chorego i szukanie pomocy u coraz nowych lekarzy. Podstawowym objawem przewlekłego zapalenia trzustki jest ból. W przypadku cięższych postaci zapalenia dołączają się: utrata wagi ciała, biegunki tłuszczowe, wyniszczenie, cukrzyca, utrata masy, jadłowstręt. Najczęstszą przyczyną prowadzącą do powstawania około 70% przypadków przewlekłego zapalenia trzustki jest nadużywanie alkoholu. W rozpoznaniu przewlekłego zapalenia trzustki nieoceniony jest starannie zebrany wywiad chorobowy oraz badanie przedmiotowe. Podstawowymi badaniami potwierdzającymi rozpoznanie są: USG jamy brzusznej oraz przeglądowe zdjęcie jamy brzusznej. Dodatkowe badania diagnostyczne i laboratoryjne ukierunkowane na potwierdzenie podejrzenia mają również na celu ustalenie obecności często towarzyszących przewlekłemu zapaleniu trzustki powikłań. Zasadniczą rolę w leczeniu chorego z pzt odgrywa lekarz rodzinny. Głównym celem leczenia przewlekłego zapalenia trzustki jest zniesienie bólu oraz opanowanie spowodowanych niedoczynnością zewnątrzwydzielniczą zaburzeń wchłaniania. Podstawą leczenia jest bezwzględny zakaz spożywania alkoholu. Głównymi wskazaniami do leczenia operacyjnego są nie dający się opanować, stosowanym leczeniem, ból oraz powikłania miejscowe pzt.

Słowa kluczowe: przewlekłe zapalenie trzustki, ultrasonografia, leczenie zachowawcze, zabiegi chirurgiczne.

Summary Chronic pancreatitis is an often encountered abdominal diseases. Due to its chronic course and heavy subjective symptoms, unrecognised pancreatitis results in constant seeking for help in medical practices. Abdominal pain is an overwhelming symptom of chronic pancreatitis. In more advanced cases body mass loss, steatorrhea, cachexia, diabetes and sitophobia are observed. About 70% of cases of chronic pancreatitis are caused by excessive alcohol consumption. Thorough medical history and medical examination are invaluable in reaching the diagnosis. Abdominal ultrasonography and x-ray examination constitute the first line of diagnostic tests. Further diagnostic and laboratory work-up is necessary to find or confirm the presence of chronic pancreatitis complications. Family doctor plays the central role in the treatment. Control of abdominal pain is the main goal of the treatment. Control of food absorption disorders is the other important goal to be achieved by medical treatment. Alcohol is totally prohibited. Uncontrolled pain or local complications are the main reasons for surgical intervention in chronic pancreatitis.

Key words: chronic pancreatitis, ultrasonography, medical treatment, surgical procedures.

Przewlekłe zapalenie trzustki (pzt) jest częstą chorobą narządów jamy brzusznej. W badaniach autopsyjnych częstość jego występowania jest oceniana na około 5%. Choroba jest rozpoznawana przyżyciowo znacznie rzadziej, ponieważ jej główne objawy są niecharakterystyczne.

Bardzo ważne jest, żeby częściej brać pod uwagę w różnicowaniu dolegliwości bólowych w nadbrzuszu przewlekłe zapalenie trzustki, gdyż jego skryty przebieg może prowadzić do rozwoju ciężkich powikłań. Ze względu na przewlekły przebieg oraz duże subiektywne dolegliwości, nierozpoznane pzt powoduje częste wizyty chorego i szukanie pomocy u coraz nowych lekarzy.

Dlatego ważne jest, aby lekarz rodzinny, pamiętając o tym schorzeniu, brał pod uwagę możliwość, że zgłaszający się do niego pacjent, z nie-

typowymi dolegliwościami jamy brzusznej, może cierpieć na przewlekłe zapalenie trzustki. Najlepszą metodą rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki jest starannie zebrany wywiad dotyczący obserwowanych przez chorego dolegliwości.

Początkowo choroba przebiega bezobjawowo, ale w miarę jej trwania pojawiają się typowe objawy. Podstawowym objawem przewlekłego zapalenia trzustki jest ból. W przypadku cięższych postaci zapalenia dołączają się: utrata wagi ciała, biegunki tłuszczowe, wyniszczenie, cukrzyca, utrata masy, jadłowstręt.

Wykonane w tym okresie badanie ultrasonograficzne może stanowić podstawę do ustalenia ostatecznego rozpoznania. Typowymi zmianami, pozwalającymi na rozpoznanie pzt, są stwierdzone w obrazie ultrasonograficznym zwłóknienia i zwapnienia miększu trzustkowego.

Etiologia

Najczęstszą przyczyną, prowadzącą do powstania około 70% przypadków przewlekłego zapalenia trzustki, jest nadużywanie alkoholu. Część chorych może mieć genetycznie wrodzoną podwyższoną wrażliwość na toksyczne działanie alkoholu. Innymi przyczynami rozwoju tego schorzenia są: kamica żółciowa, niedrożność przewodów wyprowadzających trzustki, zaburzenia immunologiczne, wrzodziejące zapalenia jelita grubego oraz takie zaburzenia metaboliczne, jak: nadczynność przytarczyc czy hiperlipidemie [6, 13, 28, 34]. Jedną z teorii powstania przewlekłego zapalenia trzustki mówi, że stanowi ono zejście ostrego zapalenia tego narządu [1, 13]. Innym czynnikiem ryzyka powstania pzt jest palenie tytoniu [21].

Objawy

Wśród objawów towarzyszących przewlekłemu zapaleniu trzustki dominuje ból. Najczęściej dolegliwości bólowe lokalizują się w nadbrzuszu lub dotyczą pleców. Ból ma charakter stały lub przerywany. Nasila się po posiłkach, a zwłaszcza po spożyciu alkoholu. Jego przyczyna nie jest wyjaśniona. Uważa się, że powstaje on na skutek różnych, współdziałających ze sobą, mechanizmów. Najważniejszą rolę odgrywają: nadciśnienie w przewodach trzustkowych, nacieki zapalne na otaczające trzustkę struktury, zwłaszcza na położone w okolicy tego gruczołu sploty nerwowe, oraz powstałe na skutek obrzęku niedokrwienie trzustki [12, 31, 33]. W ostatnio opublikowanych badaniach wykazano wzrost stężenia w trzustce oraz splotach nerwowych modulatora reakcji bólowej, jakim jest obecny również w innych procesach zapalnych BDNF [39].

Zniszczenie czynnego wydzielniczo mięszu trzustki prowadzi, w pierwszym okresie, do niewydolności zewnątrzwydzielniczej. Niedobór wydzielanych przez trzustkę enzymów trawiennych (lipaza, enzymy proteolityczne) prowadzi do zaburzeń trawienia objawiających się biegunką tłuszczową.

Pojawiające się stolce tłuszczowe są obfite, cuchnące oraz trudne do splukania. Chory często nieświadomie ogranicza ilość tłuszczów w diecie, co przyczynia się do normalizacji oddawanego stolca. Z nietolerancją tłuszczów wiążą się zaburzenia w przyswajaniu rozpuszczalnych w tłuszczach witamin. Ich brak prowadzi do hipokalcemii, ostomalacji oraz upośledzenia krzepnięcia krwi.

Cukrzyca w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki pojawia się późno, z reguły już po ustaleniu rozpoznania [24, 30]. Do utraty wagi ciała dochodzi na skutek powstrzymywania się

chorego przed spożywaniem pokarmów. Jest ono związane z obserwowanym przez pacjenta zaostrzeniem dolegliwości bólowych po posiłkach.

W przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki dochodzi do częstych krwawień z przewodu pokarmowego. Ich przyczyną, obok rozwijających się w trakcie pzt zaburzeń krzepnięcia, najczęściej są owrzodzenia przewodu pokarmowego. Takie powikłanie może wystąpić także po skutecznym leczeniu operacyjnym [38].

Pojawiająca się w przebiegu choroby niedrożność przewodu żółciowego wspólnego wymaga dokładnego rozpoznania jej przyczyny. Ponieważ w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki u 2% chorych dochodzi do powstania nowotworu złośliwego, należy poważnie brać pod uwagę możliwość współistnienia raka, aby uniknąć jego przeoczenia [23]. Ból w nadbrzuszu, nudności, wymioty, żółtaczka, niedrożność żołądka oraz gorączka są wspólnymi objawami obu schorzeń i nie pozwalają na odróżnienie raka trzustki od przewlekłego zapalenia.

Diagnostyka

W rozpoznaniu przewlekłego zapalenia trzustki nieoceniony jest starannie zebrany wywiad chorobowy oraz badanie przedmiotowe. Najważniejsze pytania dotyczą charakteru i czasu występowania dolegliwości bólowych, liczby i rodzaju oddawanych stolców oraz spożycia alkoholu.

Podstawowymi badaniami potwierdzającymi rozpoznanie są: USG jamy brzusznej oraz przeglądowe zdjęcie jamy brzusznej. Stwierdzenie, w jednym z tych badań, obecności zwapnień w trzustce całkowicie wystarcza do ustalenia ostatecznego rozpoznania pzt [22].

Dodatkowe badania diagnostyczne i laboratoryjne, ukierunkowane na potwierdzenie podejrzenia, mają również na celu ustalenie obecności często towarzyszących przewlekłemu zapaleniu trzustki powikłań.

Takie badania, jak: tomografia komputerowa (CT), ERCP, endoskopowa ultrasonografia (EUS), cholangioMR, poza możliwością rozpoznania mniej zaawansowanych postaci zapalenia trzustki, pozwalają na różnicowanie raka i przewlekłego zapalenia trzustki [26]. W razie wątpliwości wskazane jest wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej pod kontrolą USG lub CT. Uzyskany materiał może służyć zarówno do weryfikacji cytologicznej, jak i do posiewu w celu identyfikacji flory bakteryjnej oraz oceny jej wrażliwości na antybiotyki.

Najwyższą skutecznością diagnostyczną charakteryzuje się EUS [7, 9]. W badaniu stwierdza się poszerzenia przewodu trzustkowego, heterogeniczną strukturę gruczołu, obecność zwapnień oraz torbiele o wielkości ok. 10 mm. Wysoka

czułość (88%) oraz specyficzność EUS dochodząca do 100% sprawiają, że jest to w chwili obecnej najlepsza metoda rozpoznawania przewlekłego zapalenia trzustki.

Wyniki EUS oraz ERCP wykazują dobrą korelację wyników, ERCP ma jednak przy równie wysokiej specyficzności niższą czułość dochodzącą do 74%. Porównywalną metodą w diagnostyce zapalenia trzustki jest cholangioMR, ERCP ma jednak przewagę pod postacią możliwości jednoczesowego wykonania odpowiednich zabiegów leczniczych.

Wszystkie te metody znajdują swoje miejsce w diagnostyce towarzyszących przewlekłemu zapaleniu trzustki powikłań.

Powikłania

W przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki dochodzi do rozwoju różnego rodzaju powikłań. Do najpoważniejszych należą: torbiele rzekome trzustki, żółtaczką, niedrożność przewodu pokarmowego oraz przetoka trzustkowa. Innymi często spotykanymi powikłaniami pzt są: zwężenie przewodów trzustkowych, zmiany zapalne głowy trzustki, kamica trzustkowa, zespoły niedoborów witaminowych, przetoki trzustkowe, krwawienia z przewodu pokarmowego.

Dużym problemem diagnostycznym są przetoki trzustkowe, a zwłaszcza przetoki trzustkowo-płucnowe. Często ich jedynym objawem są objawy płucne, w takich przypadkach rozpoznanie można postawić po wykonaniu badania biochemicznego płynu pobranego w czasie punkcji jamy klatki piersiowej. Stwierdzenie dużej aktywności enzymów trzustkowych jest podstawą ustalenia rozpoznania przetoki [5].

Powikłania przewlekłego zapalenia trzustki wymagają dokładnego rozpoznania i ustalenia odrębnego planu postępowania leczniczego. Ponieważ często jedyną skuteczną metodą ich leczenia jest leczenie zabiegowe, w diagnostyce duże znaczenie mają metody endoskopowe, pozwalające na równoczesne zastosowanie zabiegów leczniczych.

Podstawowe w przebiegu pzt badanie endoskopowe, jakim jest ERCP, powinno być wykonane w dobrze wyposażonym ośrodku zajmującym się rutynowo tego typu leczeniem.

Leczenie

Zasadniczą rolę w leczeniu chorego z pzt odgrywa lekarz rodzinny. Znając wywiad chorobowy, rodzinny oraz środowiskowy, może nie tylko skupiać się na kontroli objawów bólowych, ale również kontroluje, czy chory stosuje się do zakazu spożywania alkoholu. Znając chorego i jego

problemy, może wpływać na zmianę postawy, zarówno wobec samej choroby, jak i wobec związanych z nią ograniczeń i koniecznych zmian w dotychczasowym trybie życia.

Głównym celem leczenia przewlekłego zapalenia trzustki jest zniesienie bólu oraz opanowanie spowodowanych niedoczynnością zewnątrzwydzielniczą zaburzeń wchłaniania. Podstawą leczenia jest bezwzględny zakaz spożywania alkoholu [10, 36]. Alkohol bardzo silnie pobudza wydzielanie trzustkowe, a jedną z głównych przyczyn bólu jest wzrost wydzielania trzustkowego. Ma to duże znaczenie, zwłaszcza gdy na skutek zwężenia przewodów trzustkowych dochodzi do wzrostu ciśnienia w ich świetle.

W leczeniu zachowawczym stosuje się również leki hamujące wydzielanie trzustkowe, jednak ponieważ główne dolegliwości chorych stanowią bóle, dużą rolę odgrywają leki przeciwbólowe. W razie silnych dolegliwości konieczne może być stosowanie narkotycznych leków przeciwbólowych. Należy uważać, gdyż pacjenci nadużywający alkoholu mają większą podatność na rozwój uzależnienia od leków. Konieczne może być skierowanie chorego do poradni leczenia bólu i korzystanie z pomocy psychologa.

Gdy mimo prawidłowo prowadzonego leczenia przeciwbólowego dolegliwości utrzymują się lub nawracają, należy wykonać ERCP w celu stwierdzenia, czy podłożem dolegliwości nie jest kamica przewodu trzustkowego.

Ze względu na niewydolność zewnątrzwydzielniczą trzustki konieczne może być stosowanie diety bogatokalorycznej, ubogotłuszczowej o zawartości tłuszczu 30–40 g/dobę oraz substytucyjnych preparatów enzymatycznych. Leki te poprawiają trawienie pokarmów oraz hamują wydzielanie trzustkowe. Substytucyjne preparaty enzymatyczne powinny być przyjmowane przez chorego w trakcie posiłków, w dawce wystarczającej dla poprawy trawienia i wchłaniania tłuszczów (2–4 kapsułki w trakcie posiłku). Nie stwierdzono wyższości żadnego z dostępnych na naszym rynku preparatów (Kreon, Lipancrea, Panzytrat), jednak gdy konieczne jest stosowanie wysokich dawek należy używać preparatów o wysokiej zawartości enzymów.

Nie mają one wpływu na ograniczenie podawanych przez chorych dolegliwości bólowych [6]. W połączeniu z dietą powodują przyrost wagi ciała oraz poprawiają jakość życia chorych z pzt. Celem osiągnięcia właściwych efektów terapii konieczne jest przewlekłe stosowanie dużych dawek tych preparatów.

Jeśli mimo stosowania diety i leków substytucyjnych utrzymują się tłuszczowe wypróżnienia, należy do stosowanych preparatów dodać leki hamujące wydzielanie kwasu solnego (inhibitory pompy protonowej lub H₂-blokery).

W przypadku niepowodzenia zachowawczych metod leczenia, stosuje się zabiegi endoskopowe. Obejmują one nacięcie brodawki Vatera, przeszskórny lub wewnętrzny drenaż torbieli, drenaż torbieli trzustki przez brodawkę Vatera, endoskopowe usuwanie kamieni z przewodów trzustkowych, protezowanie przewodu trzustkowego. Pojawiły się publikacje donoszące o skutecznym połączeniu metod endoskopowych oraz zewnątrzustrojowej litotrypsji falą uderzeniową w leczeniu kamicy przewodów trzustkowych [2, 35]. Endoskopowe postępowanie pozwala na szybkie opanowanie dolegliwości chorego i przywraca możliwość normalnego funkcjonowania. Jako postępowanie mniej obciążające chorego, w wielu wypadkach powinno być stosowane jako postępowanie z wyboru [7, 20, 27, 29].

W przypadku przetok trzustkowych stosuje się punkcję i odsysanie treści z jamy opłucnej lub jamy brzusznej, antybiotyki, środki moczopędne. Podobne postępowanie jest możliwe w stosunku do torbieli trzustki.

Leczenie chirurgiczne jest stosowane u tych chorych, którzy mimo wcześniejszego prawidłowo prowadzonego leczenia, nadal podają silne dolegliwości bólowe. Innym wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest podejrzenie raka trzustki. Leczenie to powinno być wykonywane tylko w ośrodkach o dużym doświadczeniu w chirurgii trzustki. W trakcie postępowania operacyjnego należy rozważyć jednoczesowe postępowanie przeciwbólowe (neuroлиза lub odnerwienie trzustki). Pozwala to, w okresie pooperacyjnym, na ograniczenie ilości stosowanych leków przeciwbólowych [25].

Głównymi wskazaniami do leczenia operacyjnego są nie dający się opanować, stosowanym leczeniem, ból oraz powikłania miejscowe pzt. W bogatej gamie stosowanych zabiegów operacyjnych można wyróżnić zabiegi drenażowe oraz resekcyjne.

Drenaż wewnętrzny torbieli trzustki jest możliwy poprzez połączenie jej światła z żołądkiem, dwunastnicą lub wyosobnioną pętlą jelita cienkiego [11]. Nie stosuje się obecnie marsupializacji zewnętrznej.

Wybór typu zabiegu zależy od obecności takich zmian w trzustce, jak: zwężenie i poszerzenie przewodów trzustkowych, obecność aktywnych zmian zapalnych, obecność i wielkość pseudotorbieli [15, 37].

Najczęściej wykonywanym zabiegiem jest wycięcie zmienionej zapalnie głowy trzustki i części dwunastnicy. Zabieg ten może obejmować lub nie część odźwiernikową żołądka. Czasem wykonuje się wycięcie głowy trzustki z zachowaniem dwunastnicy [14]. W przypadku znacznego stopnia poszerzenia przewodu trzustkowego stosuje się boczne zespolenie przewodu trzustkowego z pętlą jelita cienkiego [18, 32]. W rzadkich przypadkach, gdy

zmiany zapalne są ograniczone do ogona i/lub trzonu trzustki, możliwe jest wycięcie tej części trzustki.

Jak wcześniej wspomniano rak trzustki może współistnieć z jej przewlekłym zapaleniem. W takich przypadkach konieczne jest ustalenie rozpoznania przed zabiegiem. Pomocne jest tutaj zwłaszcza EUS, którego czułość wynosi w tych przypadkach 100%. Spiralne CT oraz MRI w chwili obecnej dają duży odsetek fałszywie dodatnich wyników [19]. Niestety specyficzność stwierdzanych w EUS zmian pod postacią hipoechogenicznych, nieregularnych guzów ze zwapnieniami na obwodzie, wynosi około 60% [4].

Opublikowano prace dotyczące markerów mogących służyć do różnicowania pzt i raka trzustki. Duże nadzieje można wiązać z dwoma z nich: TPS oraz mRNA telomerazy [17]. Badania zespołu pod kierownictwem Buchlera dotyczące oznaczania mRNA telomerazy za pomocą testu PCR wykazały dużą czułość i specyficzność tego testu w różnicowaniu przewlekłego zapalenia i raka trzustki. Po upowszechnieniu techniki tego badania możemy mieć nadzieję na szybki, łatwy do wykonania oraz powtarzalny test różnicujący te dwa schorzenia [8].

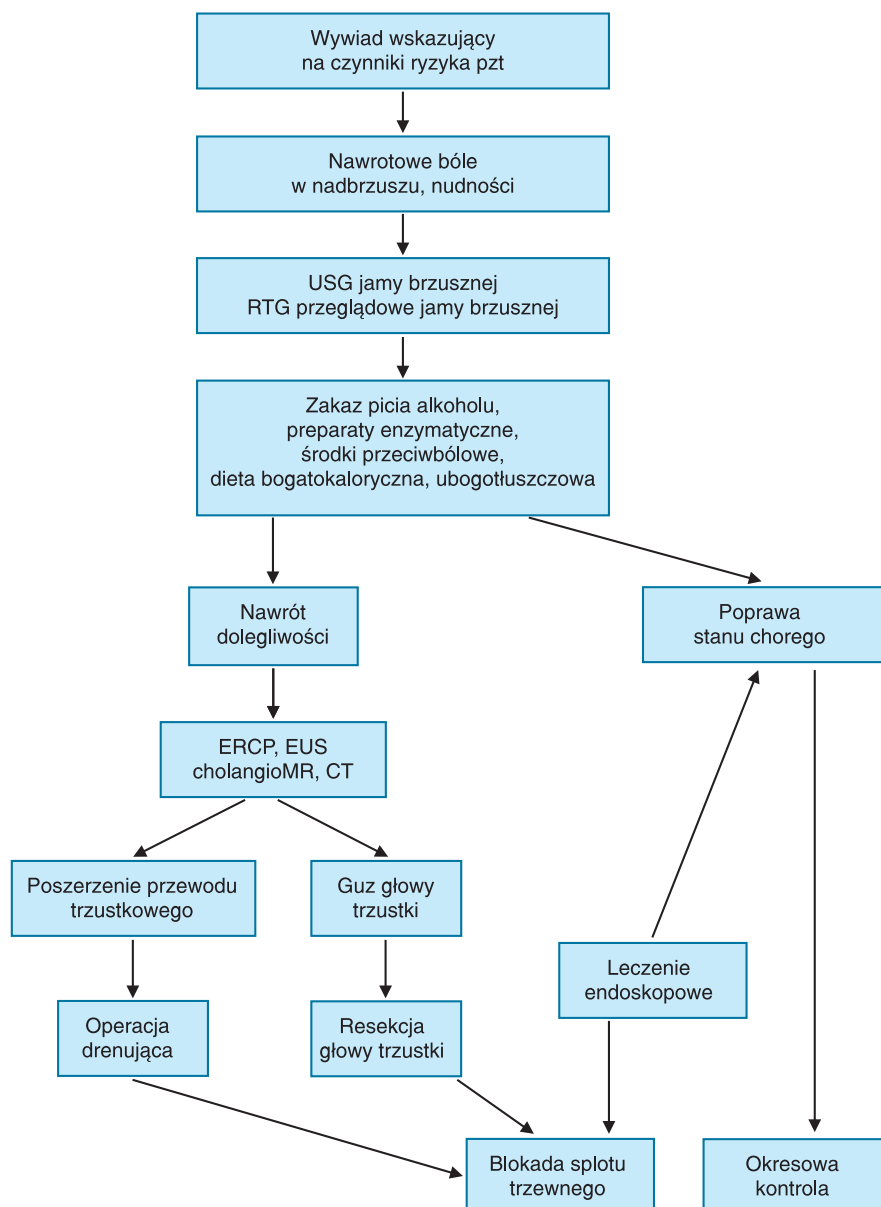
Podsumowanie

Ponieważ skargi na bóle w nadbrzuszu należą do najczęściej zgłaszanych dolegliwości przez pacjentów zgłaszających się do lekarza, należy podejrzewając przewlekłe zapalenie trzustki zebrać staranny wywiad, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka pzt oraz nawrotowego charakteru dolegliwości. W badaniu przedmiotowym można czasem stwierdzić macalny opór lub bolesność w rzucie trzustki.

Kolejnym krokiem w postępowaniu powinno być wykonanie USG przez powłoki jamy brzusznej oraz zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej. W większości przypadków na tym etapie można już ustalić pewne rozpoznanie przewlekłego zapalenia trzustki.

Należy wtedy uczulić pacjenta na konieczność unikania alkoholu pod każdą postacią i wdrożyć odpowiednie leczenie dietetyczne i substytucyjne, a pacjenta objąć okresową kontrolą. Podstawą leczenia przewlekłego zapalenia trzustki jest całkowita abstynencja, dieta ubogotłuszczowa oraz suplementacja odpowiednią dawką preparatów enzymatycznych podawanych w trakcie posiłku. Lekarz rodzinny prowadzący to leczenie powinien zająć się też problemami psychologicznymi swojego pacjenta.

W przypadku pojawienia się nowych dolegliwości lub braku poprawy konieczne jest skierowanie chorego do dalszych specjalistycznych badań w celu ustalenia, czy nie zachodzi konieczność stosowania bardziej energicznych metod leczenia.



Schemat postępowania diagnostyczno-leczniczego z chorym podejrzanym o pzt

Piśmiennictwo

1. Ammann RW., Heitz PU., Kloppel G. Course of alcoholic chronic pancreatitis: a prospective clinicomorphological long-term study. *Gastroenterology* 1996; 111: 224–231.
2. Arguto J, Chopita N, Cirilo E, Clavier M, Piegari A, Cremer M, Vandermeeren A, Jagodzinski R, Solanas S, Dumonceau JM. Tratamiento del dolor en pancreatitis cronica calcificante con endoscopia y ondas de choque extracorporeas. A proposito de un caso. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2000; 30: 505–509.
3. Barthet M, Hastier P, Bernard JP., Bordes G, Frederick J, Allio S, Mambrini P, Saint-Paul MC., Delmont JP., Salducci J, Grimaud JC., Sahel J. Chronic pancreatitis and inflammatory bowel disease: true or coincidental association? *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2141–2148.
4. Barthet M, Portal I, Boujaoude J, Bernard JP., Sahel J. Endoscopic ultrasonographic diagnosis of pancreatic cancer complicating chronic pancreatitis. *Endoscopy* 1996; 28: 487–491.
5. Błaszczuk J, Nienartowicz M, Adamus A, Woźniak S. Pericardial effusion – unusual pancreatitis complication. *Chir Pol* 2000; 2: suppl. 1: 87.
6. Brown A, Hughes M, Tenner S, Banks PA. Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 1997; 92(11): 2032–2035.
7. Bruno MJ., Bergman JJ., Masclee AA., Huibregtse K. Gastro-intestinale chirurgie en gastro-enterologie. V. Chronische pancreatitis: gastro-enterologische aspecten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 263–268.

8. Buchler P, Conejo-Garcia JR., Lehmann G, Muller M, Emrich T, Reber HA., Buchler MW., Friess H. Real-time quantitative PCR of telomerase mRNA is useful for the differentiation of benign and malignant pancreatic disorders. *Pancreas* 2001; 22: 331–340.
9. Buscail L, Escourrou J, Moreau J, Delvaux M, Louvel D, Lapeyre F, Tregant P, Frexinos J. Endoscopic ultrasonography in chronic pancreatitis: a comparative prospective study with conventional ultrasonography, computed tomography, and ERCP. *Pancreas* 1995; 10: 251–257.
10. De las Heras G, de la Pena J, Lopez Arias MJ., Gonzalez-Bernal AC., Martin-Ramos L, Pons-Romero F. Drinking habits and pain in chronic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 1995; 20: 33–36.
11. Dhar P, Tomey S, Jain P, Azfar M, Sachdev A, Chaudhary A. Internal pancreatic fistulae with serous effusions in chronic pancreatitis. *Aust N Z J Surg* 1996; 66: 608–611.
12. Di Sebastiano P, Friess H, Di Mola FF., Innocenti P, Buchler MW. Mechanisms of pain in chronic pancreatitis. *Ann Ital Chir* 2000; 71: 11–16.
13. Foitzik T, Buhr HJ. Neue Aspekte in der Pathophysiologie der chronischen Pankreatitis. *Chirurg* 1997; 68: 855–864.
14. Friess H, Muller M, Ebert M, Buchler MW. Chronische Pankreatitis mit inflammatorischer Pankreaskopfervergrößerung. *Zentralbl Chir* 1995; 120(4): 292–297.
15. Gouyon B, Levy P, Ruszniewski P, Zins M, Hammel P, Vilgrain V, Sauvanet A, Belghiti J, Bernades P. Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis. *Gut* 1997; 41: 821–825.
16. Hardt PD., Bretz L, Krauss A, Schnell-Kretschmer H, Wusten O, Nalop J, Zekorn T, Klor HU. Pathological pancreatic exocrine function and duct morphology in patients with cholelithiasis. *Dig Dis Sci* 2001; 46: 536–539.
17. Harłodzińska A, Ślesak B, Knast W, Sedlaczek P, van Dalen A, Einarsson R. TPS – a new marker for differential diagnosis of pancreatic carcinoma and chronic pancreatitis – comparison with CA 19–9. *Anticancer Research* 1997; 17: 4178–4179.
18. Izbicki JR., Bloechle C, Broering DC., Knoefel WT., Kuechler T, Broelsch CE. Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis: a prospective randomized trial comparing the longitudinal pancreaticojejunostomy combined with local pancreatic head excision with the pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. *Ann Surg.* 1998; 228: 771–779.
19. Kim T, Murakami T, Takamura M, Hori M, Takahashi S, Nakamori S, Sakon M, Tanji Y, Wakasa K, Nakamura H. Pancreatic mass due to chronic pancreatitis: correlation of CT and MR imaging features with pathologic findings. *Am. J. Roentgenol.* 2001; 177: 367–371.
20. Laugier R, Renou C. Endoscopic ductal drainage may avoid resective surgery in painful chronic pancreatitis without large ductal dilatation. *Int J Pancreatol* 1998; 23: 145–152.
21. Lin Y, Tamakoshi A, Hayakawa T, Ogawa M, Ohno Y. Cigarette smoking as a risk factor for chronic pancreatitis: a case-control study in Japan. Research Committee on Intractable Pancreatic Diseases. *Pancreas* 2000; 21: 109–114.
22. Manes G, Kahl S, Glasbrenner B, Malferteiner P. Chronic pancreatitis: diagnosis and staging. *Ann Ital Chir* 2000; 71: 23–32.
23. Murayama KM., Joehl RJ. Przewlekłe zapalenie trzustki. *Med Prakt Chir* 2001; 1–2: 101–107.
24. Nakamura T, Imamura K, Takebe K, Terada A, Arai Y, Tandoh Y, Yamada N, Ishii M, Machida K, Suda T. Correlation between pancreatic endocrine and exocrine function and characteristics of pancreatic endocrine function in patients with diabetes mellitus owing to chronic pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1996; 20: 169–175.
25. Niemann T, Madsen LG., Larsen S, Thorsgaard N. Opioid treatment of painful chronic pancreatitis. *Int J Pancreatol* 2000; 27: 235–240.
26. Nienartowicz E, Słonina J, Błaszczuk J, Knast W, Moroń K. Zastosowanie ultrasonograficznych środków kontrastujących w diagnostyce trzustki. XXXVI Zjazd Radiologów Polskich Lublin 6–9.06.2001 pam.: 361.
27. Pap A, Topa L, Berger Z, Flautner L, Varro V. Pain relief and functional recovery after endoscopic interventions for chronic pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 1998; 228 Suppl.: 98–106.
28. Pena E, Moreira VF., Garcia S, Urman J, del Pozo D, Miquel J. Pancreatitis cronica idiopatica (con estenosis difusa del Wirsung) en la colitis ulcerosa. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 389–391.
29. Ponsot P, Ruszniewski P. La place du traitement endoscopique dans les complications de la pancreatite chronique. *Ann Chir* 2000; 125: 68–73.
30. Raue G, Keim V. Sekundärer Diabetes bei chronischer Pankreatitis. *Z Gastroenterol* 1999; Suppl. 1: 4–9.
31. Renou C, Grandval P, Ville E, Laugier R. Endoscopic treatment of the main pancreatic duct: correlations among morphology, manometry, and clinical follow-up. *Int J Pancreatol* 2000; 27: 143–149.
32. Sakorafas GH., Sarr MG. Changing trends in operations for chronic pancreatitis: a 22-year experience. *Eur J Surg* 2000; 166: 633–637.
33. Schilling MK., Redaelli C, Reber PU, Friess H, Signer C, Stoupis C, Buchler MW. Microcirculation in chronic alcoholic pancreatitis: a laser Doppler flow study. *Pancreas* 1999; 19: 21–25.
34. Scully KA., Li SC., Hebert JC., Trainer TD. The characteristic appearance of non-alcoholic duct destructive chronic pancreatitis: a report of 2 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 1535–1538.
35. Smits ME., Rauws EA., Tytgat GN., Huibregtse K. Endoscopic treatment of pancreatic stones in patients with chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 1996; 43: 556–560.
36. Strum WB. Abstinence in alcoholic chronic pancreatitis. Effect on pain and outcome. *J Clin Gastroenterol* 1995; 20: 37–41.
37. van Gulik TM; Eddes EH. Gastro-intestinale chirurgie en gastro-enterologie. VI. Chronische pancreatitis: chirurgische aspecten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 268–274.

38. Woźniak S, Knast W, Błaszczuk J. Krwawiący wrzód w zespoleniu żołądkowo-jelitowym jako powikłanie przetoki trzustkowej po operacji Whipple'a. *Pol Przegl Chir* 2000; 72: 374–377.
39. Zhu ZW., Friess H, Wang L, Zimmermann A, Buchler MW. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) is upregulated and associated with pain in chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci* 2001; 46: 1633–1639.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego AM
ul. R. Traugutta 57/59
50-417 Wrocław

Realizacja programu leczenia metadonem uzależnienia od opiatów w województwie zachodniopomorskim

The execution of the substitution therapy of methadone in patients addicted to opioids in Szczecin Province

BEATA KARAKIEWICZ

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Koziół

Streszczenie Uczestnicy programu metadonowego w Szczecinie to osoby głęboko i przewlekle uzależnione od opiatów (głównie od tzw. polskiej heroiny), mające za sobą kilka prób leczenia w ośrodkach rehabilitacyjnych zakończonych niepowodzeniem. Są to osoby z głęboką psychodegradacją i w większości z doświadczeniem politoksykomanii. Praca zawiera analizę dodatkowych problemów zdrowotnych stwierdzonych u pacjentów w trakcie przebiegu leczenia substytucyjnego metadonem. Istotny jest wpływ dodatkowych chorób przewlekłych, w tym problem pacjentów HIV-seropozytywnych na ich stabilizację w programie metadonowym i dyscyplinę leczenia. Pacjenci ze statusem seropozytywnym ze względu na priorytet leczenia antyretrowirusowego wymagają innych kryteriów kwalifikacyjnych i innej organizacji programu rehabilitacji z uwzględnieniem spojrzenia epidemiologicznego. Wymagają również dostosowanych do ich potrzeb form terapii grupowej i systemowej terapii rodziny uwzględniającej wszechstronne wsparcie w życiu z problemem HIV/AIDS.

W szczecińskim programie metadonowym 5 pacjentek seropozytywnych zaszło w ciążę. Objęte były ścisłą kontrolą lekarską w aspekcie interdyscyplinarnym. Dzieci urodziły się zdrowe bez widocznych objawów zespołu abstynencyjnego. Testy kontrolne u dzieci nie wykazały obecności wirusa HIV. Program metadonowy pozwala koordynować działania medyczne u pacjentów chorych przewlekle. Obserwacja pacjentów zdaje się potwierdzać wyraźną poprawę ich stanu zdrowia po 3 latach uczestniczenia w programie leczenia substytucyjnego metadonem.

Słowa kluczowe: narkomania, leczenie substytucyjne, metadon.

Summary Participants in methadone program in Szczecin are chronically and heavily addicted to opioids (mainly so called “Polish heroin”) having already undergone a couple of treatment attempts in rehabilitation centers ending in failures. These individuals present with heavy psychological degradation and in most cases, have politoxicomania experience. This paper covers analysis of additional health problems in patients during substitution methadone treatment. Influence additional chronic diseases is substantial (including a problem of HIV-seropositive patients) for their stabilization in methadone program as well as compliance. Seropositive patients, due to antiretroviral treatment priorities, require different qualification criteria and different organization of rehabilitation programs taking into consideration epidemiological aspects. They also require group therapy forms concordant with their needs and systematic family therapy taking into account comprehensive support in living with HIV/AIDS problem. In Szczecin methadone program 5 seropositive women got pregnant. They were under close medical interdisciplinary supervision. The babies were born healthy, without signs of abstinence syndrome. Methadone program allows to coordinate medical work with addicted patients. Observation of patients seems to confirm the fact of clear improvement in their condition after a 3-year long participation in methadone program.

Key words: drug addiction, substitution therapy, methadone.

Wstęp

Używanie środków odurzających przez ludzi ma bardzo długą historię. Jej początek sięga okresów prehistorycznych. Przełom związany ze wzrostem zainteresowania substancjami prowadzącymi do stanów upojenia czy euforii nastąpił w XX wieku [1]. W Polsce narkomania pojawiła się pod koniec lat sześćdziesiątych. Początkowo rozmiary tego zjawiska były na tyle ograniczone,

że nie dostrzegano zagrożenia rozprzestrzeniania się narkomanii na tak dużą skalę. Na początku lat osiemdziesiątych narkomania w Polsce została zdefiniowana jako problem społeczny.

Jednym z głównych problemów w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest uzależnienie typu morfinowego [2].

Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 spośród wielu zadań ważnych dla kształtowania zdrowia publicznego w naszym kraju wy-

mienia również przedsięwzięcia związane z problematyką uzależnień. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii [3, 4] dąży do stworzenia całościowej strategii obejmującej między innymi zmniejszenie rozmiarów szkód zdrowotnych (Harm Reduction) spowodowanych używaniem środków odurzających i substancji psychoaktywnych poprzez doskonalenie programów edukacyjnych, wymiany igieł i strzykawek oraz leczenia substytucyjnego.

Leczenie substytucyjne stosowane jest począwszy od lat sześćdziesiątych. W Polsce metadon zastosowano po raz pierwszy w 1992 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W 1993 r. metadon został wprowadzony do pionu lecznictwa zakaźnego (HIV/AIDS). W krajach zachodnich programowe leczenie metadonem zbiegło się z epidemicznym zakażeniem się wirusem HIV przez narkomanów. Od 1997 r. leczenie substytucyjne metadonem jest prawnie uznaną formą leczenia uzależnienia opiatowego. W 2001 r. w Polsce funkcjonuje 10 ośrodków leczenia substytucyjnego uzależnień opiatowych metadonem. Jednym z nich jest program realizowany w Szczecinie (zał. 1).

Przeciwnicy stosowania metadonu u narkomanów nie uznają tej metody jako metody leczenia i twierdzą, że jest to zastępowanie jednego uzależnienia drugim. Podkreślają, że podawanie metadonu jest działaniem szkodliwym dla samego pacjenta, ponieważ uniemożliwia mu podjęcie decyzji o leczeniu i zerwaniu z nałogiem. Problemy związane z fizycznym uzależnieniem są mniej istotne od problemów natury psychologicznej, a podawanie metadonu jako środka zastępczego nie daje poczucia wewnętrznej kontroli i utwierdza narkomana w postawie wyuczonej bezradności [5].

Zwolennicy programów metadonowych uznają je za instrument prowadzący do umożliwienia powrotu do życia osobom, które nie są zdolne do podjęcia innych sposobów leczenia. Metadon jest dla nich ostatnim i jedynym sposobem, a zatem pierwszym krokiem na drodze do wyjścia z nałogu. Podkreśla się również inne: profilaktyczne, medyczne, społeczne i badawcze efekty i korzyści ze stosowania metadonu, np. ograniczenie nadkażania się zmutowanymi wirusami innych narkomanów, przedłużenie okresu bezobjawowego u seropozytywnych narkomanów, zmiana funkcjonowania społecznego, umożliwienie oceny wpływu toksycznego „kompotu” na szybkość rozwijania się objawów AIDS [6].

W ostatnich dwóch latach znacznie wzrosło zainteresowanie lekarzy rodzinnych problematyką leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. leczeniem osób uzależnionych powinni zajmować się lekarze psychiatry i lekarze rodzinni. Działania rehabilitacyjne leżą w kompetencji psychologów i pedagogów.

Lekarze rodzinni w przebiegu kształcenia podyplomowego w Szczecinie odbywają staż w Poradni dla Osób Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych, gdzie zapoznawani są z funkcjonowaniem programu leczenia metadonem.

Wskazane jest zintegrowanie wszystkich oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych w stosunku do trudnego problemu, jakim jest narkomania w Polsce

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie modelu funkcjonowania zachodniopomorskiego programu leczenia substytucyjnego metadonem dla pacjentów uzależnionych od opiatów oraz wskazanie na korzyści i zagrożenia zdrowotne wynikające z udziału w programie.

Materiał i metody

Uczestnicy programu metadonowego to 83 osoby (18 kobiet i 65 mężczyzn), pacjenci Poradni dla Osób Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych przy Centrum Psychiatrycznym SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie. Wiek badanych wynosił od 21 do 49 roku życia. Średnia wieku 32,14. Średni czas trwania uzależnienia dla kobiet wynosił około 12 lat, dla mężczyzn około 14 lat.

Po uzyskaniu zgody pacjenta na badanie przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej wcześniejszych etapów leczenia. Na podstawie Ankiety Wywiadu Środowiskowego (opracowanie własne) dokonana została analiza zmiennych demograficznych i socjologicznych. Przeanalizowano poziom wykształcenia, zatrudnienie badanych osób. Ocenie poddano również karalność pacjentów oraz występujące w przebiegu uzależnienia dodatkowe problemy zdrowotne. Opisano również subiektywne odczucia pacjentów w okresie abstynencji.

Wszystkie badane osoby poddane zostały klinicznej ocenie psychiatrycznej na podstawie ICD-10 [7].

Dla oceny toksykologicznej przebiegu abstynencji przeprowadzono analizę zawartości narkotyków we włosach i moczu. Włosy pobierano z części potylicznej głowy w ilości 30–50 mg. Miejsce cięcia włosa najbliżej skóry oznaczano białą nicią bawełnianą. Próbkę włosów pobrane od pacjentów podzielono na kilkucentymetrowe odcinki w celu przeprowadzenia analizy segmentowej i uzyskania retrospektywnej informacji na temat przyjmowania substancji psychoaktywnych. Analizę włosów przeprowadzono według opracowanych i miarodajnych procedur analitycznych w Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie.

We włosach oceniano występowanie środków psychoaktywnych z grupy opioidów (morfina, kodeina, 6-monoacetylmorfina, metadon) oraz środków z grupy amfetamin (EP, MK, MA, AMP, MDA, MDMA, MDEA):

- EP – efedryna,
- MK – metaktynon (efedron) – często w mieszaninie z efedryną,
- AMP – amfetamina,
- MA – metamfetamina,
- MDMA – metylenodioksymetametamina,
- MDEA – metylenodioksyetylamfetamina.

Dla oceny zawartości opiatów zastosowano chromatografię gazową sprzężoną ze spektrometrią mas GC/MS – ITD, wykorzystując chromatograf gazowy serii 3400 (Varian USA) sprzężony ze spektrometrem mas (pułapka jonowa wersji Magnum) firmy Finnigan Mat (USA). Amfetaminy oceniane były na podstawie chromatografii cieczowej sprzężonej ze spektrometrem mas (LC/MS) firmy Agilent Technologies. Stosowano chemiczną jonizację pod ciśnieniem atmosferycznym (APCI). W moczu oznaczano występowanie narkotyków za pomocą testów paskowych Corporation WHPM.

Uzyskane wyniki z przeprowadzonych badań poddano analizie statystycznej i przedstawiono w postaci tabelarycznej i graficznej.

Wyniki badań własnych

Program metadonowy w Szczecinie, po wielu miesiącach przygotowań, rozpoczęto jesienią 1998 r. Osoby, które są kwalifikowane do programu muszą spełniać odpowiednie kryteria naboru, co jest regulowane przepisami wewnętrznymi (kryteria klasyfikacji pacjentów do programu). Służy to wykluczeniu osób, dla których istnieją szanse na wyleczenie uzależnienia innymi metodami ukierunkowanymi na uzyskanie całkowitej abstynencji.

Metadon podawany jest pacjentom w postaci syropu w indywidualnie dostosowanych dawkach od 20 do 150 ml na dobę, w zależności od nasilenia objawów zespołu odstawienia substancji uzależniającej. Model takiego postępowania ustalony został na Krajowych i Międzynarodowych Konferencjach Naukowych, dotyczących leczenia substytucyjnego narkomanii oraz minimalizacji szkód zdrowotnych i społecznych używania substancji psychoaktywnych (Kraków 2000, New Delhi 2001, Warszawa 2001).

Z założenia program metadonowy kierowany jest do tych opiatowców, którzy mają już za sobą kilka prób leczenia w ośrodkach rehabilitacyjnych, a często dodatkowo wiele prób wychodzenia z nałogu przez detoksykację sposobem domowym lub w oddziałach szpitalnych. Są to

osoby silnie uzależnione z głęboką psychodegradacją i w większości z doświadczeniem politoksykomanii.

Główne cele szczecińskiego programu metadonowego:

- Zminimalizowanie skutków zdrowotnych i społecznych narkomanii dożylniej, zatrzymanie i stopniowe zmniejszanie tendencji rozwoju narkomanii opiatowej w Szczecinie i okolicznych powiatach.
- Ograniczenie podaży na produkcję i handel heroiną dożylną.
- Zmniejszenie ilości zakażeń wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi w środowisku narkomanów dożylnych i ich partnerów seksualnych.
- Umożliwienie lepszego zdrowotnego i społecznego funkcjonowania pacjentów uzależnionych od wielu lat, w stosunku do których zawiodły inne metody leczenia.
- Poprawa funkcjonowania rodziny, w której istnieje problem uzależnienia.
- Umożliwienie nadzoru medycznego nad kobietą ciężarną uzależnioną od narkotyków oraz podniesienie jakości opieki nad noworodkiem.
- Zmniejszenie liczby przestępstw typowych dla narkomanii.
- Zmniejszenie nakładów finansowych na nieefektywne metody leczenia w stosunku do grupy pacjentów trwale uzależnionych z głęboką psychodegradacją.
- Ochrona dobra zdrowia publicznego.

W omawianym materiale stwierdzono, że 39,75% (K – 6, M – 27) badanych osób jest uzależnionych od opiatów w różnej postaci: „kompot”, tzw. polska heroina, „zupa makowa”, „zielone” mleczko makowe, brown sugar. Uzależnienie mieszane – opiaty, amfetamina, efedryna, leki dotyczy 60,24% badanych (K – 12, M – 38). Pacjenci w bezpośredniej rozmowie określali orientacyjnie datę rozpoczęcia używania narkotyków. Spośród respondentów 16,86% (K – 2, M – 12) deklaruje, że rozpoczęło używać narkotyki już w latach siedemdziesiątych; w latach osiemdziesiątych kontakty z narkotykami miało 27,71% osób (K – 3, M – 20). Najwięcej osób badanych uzależniło się od substancji psychoaktywnych w latach dziewięćdziesiątych – 55,42% (K – 13, M – 33). Badane osoby reprezentowały niski poziom wykształcenia. Wykształceniem zasadniczym zawodowym legitymuje się 46,98% (K – 6, M – 33), wykształcenie podstawowe posiada jedynie 30,12% (K – 4, M – 21), 21,68% (K – 8, M – 10) jest wykształconych na poziomie szkoły średniej lub uczy się w szkole średniej (2 osoby zdały maturę). Jedna osoba (M) ukończyła szkołę wyższą o kierunku artystycznym ASP.

Stosunkowo duży odsetek badanych osób 38,55% (K – 4, M – 28) nie ma żadnego źródła

utrzymania. Na rencie zdrowotnej (z tytułu używania substancji uzależniających) jest 40,96% (K – 9, M – 25) badanych. Około 9,63% osób (K – 4, M – 4) uczy się z mniejszymi bądź większymi przerwami i tylko 10,84% osób (K – 1, M – 8) pracuje zawodowo.

Bardzo wysoki odsetek badanych 80% (K – 16, M – 50) miało konflikt z prawem. Osoby te popełniały wykroczenia o różnym stopniu karalności, od drobnych kradzieży i rozbojów poprzez posiadanie lub przemyt narkotyków, produkcję na mniejszą lub większą skalę, a nawet pozbawienia życia drugiego człowieka (pobicie ze skutkiem śmiertelnym).

Badanych pytano również o samopoczucie w przebiegu zespołu abstynencyjnego. 27,71% pacjentów (K – 2, M – 21) twierdzi, że odczuwa znaczny wzrost agresji. U 72,28% osób (K – 16, M – 44) problem ten nie występuje. W przebiegu zespołu abstynencyjnego 40,96% badanych osób (K – 12, M – 22) miało myśli i próby samobójcze. Pozostały odsetek pacjentów 59,04% zaprzecza takim zdarzeniom. Inne objawy charakterystyczne dla zespołu abstynencyjnego, takie jak: potliwość, bezsenność, wymioty, biegunka, kurcze mięśniowe oraz zgłaszane przez pacjenta „głód narkotyku”, nudności, niepokój, bóle brzucha, światłowstręt, bóle głowy, drażliwość i inne, występowały z różnym nasileniem w zależności od reakcji osobniczej na odstawienie.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych ma poważne następstwa zdrowotne, psychologiczne i społeczne. Jednym z poważniejszych następstw używania narkotyków są powikłania związane z dożylnym przyjmowaniem substancji

tadonowych. Oceny dokonuje się na podstawie analizy wyników na zawartość narkotyków w płynach ustrojowych (mocz, krew). W takich przypadkach występują jednak pewne ograniczenia czasowe (zwykle od 48 do 72 godzin). W tym czasie następuje prawie całkowite wydalenie narkotyków z organizmu. Czasem okres ten zostaje skrócony na skutek celowego wyplukiwania narkotyków z organizmu przez samych pacjentów w celu uniknięcia konsekwencji.

W przypadku powtarzającego się łamania abstynencji narkotycznej przez uczestnika programu metadonowego następuje usunięcie go z programu na okres nie krótszy niż 6 miesięcy. W okresie od stycznia do października 2001 r. wykonano 979 badań na zawartość narkotyków w moczu. Na podstawie uzyskanych wyników w 44 przypadkach stwierdzono obecność amfetaminy w moczu. 21 badań wykazało obecność opiatów w moczu, rzadziej w 9 przypadkach stwierdzono obecność barbituranów. Osoby sporadycznie łamiące abstynencję poddawane są dodatkowej terapii indywidualnej w kierunku podniesienia poziomu motywacji do leczenia.

Zdarza się, że pacjenci nie stosując się do zasad abstynencji, spożywają alkohol. Są to jednak przypadki sporadyczne.

Omówienie

Kontrolę występowania substancji psychoaktywnych prowadzono dotychczas jedynie na takich materiałach biologicznych, jakimi są krew czy mocz.

Wzrastający w Polsce problem narkomanii wymusza konieczność prowadzenia badań w zakresie nowych metod detekcji środków odurzających i wykorzystania materiałów alternatywnych do tych celów. Takim materiałem badawczym są włosy.

Dopiero od niedawna wzrastające problemy związane z szerokim używaniem i nadużywaniem środków psychoaktywnych i leków skłoniły badaczy do podjęcia prób oznaczania tych substancji i ich metabolitów w niekonwencjonalnym materiale biologicznym, jakim są włosy. Prace te zostały zainicjowane przez Baumgartnera i współpracowników, którzy w 1969 r. wykryli morfinę u osób uzależnionych od heroiny [8, 9]. W Polsce dotychczas nie wykonywano tego typu badań. W dobie zjednoczenia z Unią Europejską wykorzystanie analizy włosów (np. testowanie w miejscu pracy), będzie stanowiło jeden z kroków na drodze do dostosowania się do jej standardów.

Na świecie coraz częściej korzysta się z badania zawartości narkotyków we włosach, jako metody służącej do określenia orientacyjnego czasu ich używania. Zakres oceny gromadzenia się narkotyków we włosach możliwy jest od tygodnia do kilku miesięcy w zależności od długości włosów.

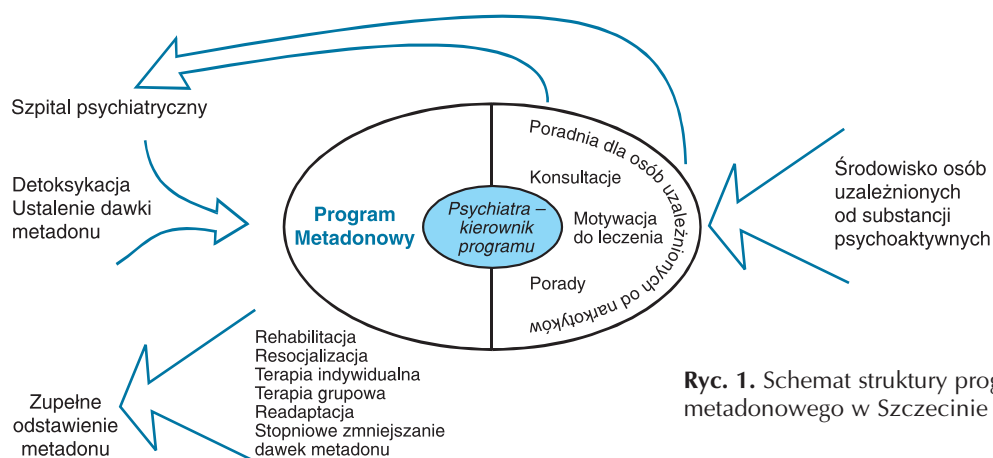
Tabela 1. Nosicielstwo wirusa HIV i HCV w grupie badanej

HIV dodatni		HIV ujemny		HIV dodatni		HIV ujemny	
%	n	%	n	%	n	%	n
31,32	26	68,67	57	40,96	34	59,03	49
K – 6	M – 20	K – 12	M – 45	K – 7	M – 27	K – 11	M – 35
RAZEM 100% n – 83				RAZEM 100% n – 83			

psychoaktywnych. Stosowanie skażonych igieł i strzykawek często prowadzi do szerzenia się w tej grupie pacjentów chorób zakaźnych spowodowanych wirusami hepatotropowymi czy wirusem HIV (tab. 1).

U 48 osób (K – 12, M – 36) stwierdzono dodatkowe problemy ze zdrowiem. Najczęściej u pacjentów tych stwierdzano epilepsję, choroby psychiczne – są to pacjenci z „podwójną diagnozą”, ropowice oraz uszkodzenia CUN na skutek urazów głowy.

Stałym elementem programu są regularne badania toksykologiczne na zawartość środków psychoaktywnych w organizmie pacjenta. Badania te są najdroższym elementem programów me-



Ryc. 1. Schemat struktury programu metadonowego w Szczecinie

Commissione Media Locale (CML) wprowadziła w 1998 r. we Włoszech badanie zawartości kokainy i heroiny we włosach u kandydatów na kierowców. U osób ubiegających się o prawo jazdy we Włoszech (Brescia) poddaje się badaniu włosy (ok. dwa segmenty 0–3, 3–6 cm) oraz mocz. W latach 1998–1999 przetestowano w ten sposób 697 próbek włosów. 180 osób miało wynik pozytywny na jeden lub więcej podanych w kontroli narkotyków. 73,3% (kokaina), 10% (opiaty), 16,7% (oba z podanych) [10, 11]. Na podstawie przeprowadzonych badań dokonano zestawienia zakresów stężeń substancji psychoaktywnych we włosach (tab. 2).

Wyniki badań toksykologicznych stężenia opioidów i amfetamin w większości przypadków są zbliżone do stężeń podawanych w literaturze [11]. Niestety do tej pory nie wyznaczono korelacji pomiędzy zawartością alkaloidów opium we włosach a przyjętą do organizmu dawką polskiej heroiny. Istnieje wiele trudności w ocenie stężenia środków odurzających w „polskiej heroinie”, między innymi z powodu bardzo różnej zawartości alkaloidów w opium.

Narkomania wywołuje negatywne skutki w całym społeczeństwie – powoduje ogromne straty. Narkoman, jeżeli nie podejmie leczenia,

naraża się na przedwczesną śmierć. Pacjent musi wziąć pełną odpowiedzialność za własne leczenie, a terapia uzależnienia powinna być kompleksowa, czyli uwzględniać różne aspekty funkcjonowania człowieka. Badania populacji polskich narkomanów nie mogą być porównywane z wynikami uzyskanymi w Europie Zachodniej czy w USA. Podstawową różnicą jest rodzaj używanych w Polsce środków odurzających, zwykle bardzo silnie działających mieszanin różnych substancji (morfina, heroina, kodeina). Jednocześnie polscy narkomani bardzo często stosują inne środki toksyczne i leki.

Mamy tu do czynienia z politoksykomania, która znacznie mnoży i nasila problemy zdrowotne. Politoksykomania, która osiągnęła w omawianym materiale 60,24%, może mieć wpływ na przebieg uzależnienia i degradację psychospołeczną. Pacjenci objęci programem metadonowym znacznie rzadziej popadają w konflikt z prawem, a przy odpowiednim indywidualnym podejściu terapeutycznym uregulowana została również ich sytuacja prawna i socjalno-bytowa. Używanie czy nadużywanie narkotyków wiąże się często z wypadkami komunikacyjnymi, absencją w pracy lub szkole, przestępczością, patologią społeczną i innymi negatywnymi konse-

Tabela 2. Zakresy stężeń substancji uzależniających we włosach

Nr	Substancja	Stężenie minimalne	Stężenie maksymalne	Średnia	Mediana
1	Morfina	0,3	32,4	3,9	2,7
2	Kodeina	0,5	12,5	2,3	1,4
3	6-MAM	0,5	6,1	1,3	0,9
4	MTD	1,2	80,0	18,3	12,2
5	EP	0,17	17,28	2,66	1,15
6	MTK	0,52	2,08	1,26	1,17
7	PMA	–	–	–	–
8	AMP	0,15	62,52	4,70	1,21
9	MA	0,10	16,52	2,14	0,73
10	MDA	–	–	–	–
11	MDMA	0,10	0,88	0,28	0,14
12	MDEA	0,10	0,16	0,13	–

kwencjami społecznymi. Takie warunki życia, jak brak pracy i mieszkania, niedożywienie oraz częste narażenie na czynniki zakaźne mają wpływ na występowanie dodatkowych problemów zdrowotnych oraz na przebieg zakażenia wirusem HIV. Z naszych badań wynika, że 38,55% pacjentów uzależnionych od narkotyków nie ma żadnego źródła utrzymania.

Pierwszych kilka miesięcy uczestnictwa w programie metadonowym związanych jest z „odpoczynkiem” dla organizmu i podjęciem działań dla poprawy ogólnego stanu zdrowia. Przeprowadzane w tym czasie są również odpowiednie konsultacje specjalistyczne w zależności od potrzeb. Jest to również czas na uporządkowanie podstawowych spraw związanych z życiem osobistym i rodzinnym.

Dłuższy pobyt pacjenta w programie ujawnia możliwości i ograniczenia występujące w procesie leczenia uzależnienia od opiatów, stanu somatycznego czy stabilności wytrwania jedynie przy metadonie, bez dobierania dodatkowych substancji psychoaktywnych. Kontrola abstynencji u pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym jest bardzo ważna. Istnieje bowiem możliwość silnego zatrucia w przypadku jednoczesnego przyjmowania metadonu i innych substancji psychoaktywnych.

Na podstawie niemal trzyletniej obserwacji pacjentów uczestniczących w programie można przyjąć trzy typy postaw w stosunku do leczenia, które ściśle określają kierunki działania, możliwości i ograniczenia ważne dla osiągnięcia stabilizacji pacjentów.

Pierwszy typ pacjenta to osoby posiadające wysoką motywację do leczenia. Od początku chętnie angażują się we współpracę z personelem medycznym. Proces terapeutyczny w tej grupie pacjentów przebiega pozytywnie. Następuje szybkie odnowienie więzi rodzinnych, uregulowanie spraw prawnoadministracyjnych, podjęcie pracy. Osoby te chętnie i regularnie poddają się kontroli medycznej u lekarzy różnych specjalności. W tej grupie pacjentów stosunkowo szybko ustala się optymalną dawkę leku, zaś w trakcie pobytu w programie pacjenci wyraźnie dążą do sukcesywnego zmniejszania dawki metadonu. Kontrolne monitorowanie przebiegu abstynencji w tej grupie pacjentów rzadko wskazuje na dobieranie dodatkowych substancji. Ci pacjenci roszą duże szanse na utrzymanie abstynencji po odstawieniu metadonu.

Drugi typ pacjenta to osoby o wysokim stopniu psychodegradacji, na ogół z przeszłością kryminalną. Charakterystyczny w tej grupie pacjentów jest stosunkowo niski poziom motywacji do leczenia. Słabo angażują się w proces terapeutyczny. Ciągłe ponawiają próby uzyskania podniesienia dawek metadonu, uzasadniając to złym samopoczuciem. Z udziałem w programie wiążą nadzieję, że będą

otrzymywać metadon do końca życia. W stosunku do tej grupy pacjentów niezbędne jest prowadzenie zintensyfikowanych działań terapeutycznych indywidualnych i grupowych stale podnoszących motywację do leczenia.

Trzeci typ pacjenta to osoby HIV-seropoztywne. Pomimo że wśród tych pacjentów odnajdujemy postawy omawiane w poprzednich grupach, to pacjenci ci wymagają odrębnego, wysoce zindywidualizowanego podejścia do procesu terapeutycznego. Postępowanie takie wyznaczone jest przede wszystkim złożonością procesu leczenia, w wielu przypadkach koordynowanego przez Klinikę Chorób Zakaźnych. Jednoczesne stosowanie priorytetowo leczenia antyretrowirusowego w stosunku do substytucyjnego leczenia metadonem wpływa znacząco na kształtowanie się postaw pacjentów do własnego udziału w programie. Pacjenci seropozywni wymagają wszechstronnego wsparcia oraz indywidualnej motywacji do leczenia z tytułu często obniżonego poziomu jakości życia spowodowanej często alienacją społeczną.

W trakcie trwania programu metadonowego 5 kobiet zaszło w ciążę. Kobiety te objęte były leczeniem substytucyjnym metadonem. W okresie ciąży przez cały czas leczone były antyretrowirusowo ze względu na nosicielstwo wirusa HIV. Wszystkie urodziły zdrowe noworodki, u których nie stwierdzono obecności wirusa HIV. Dzieci te nie miały również objawów zespołu abstynencyjnego, ze względu na odpowiednio wczesne odstawienie metadonu. Dotychczas rozwijają się prawidłowo. Pacjentka, która odstawiła metadon, od roku czasu zachowuje całkowitą abstynencję. Udział w programie pozwolił na ścisłą kontrolę przebiegu ciąży i porodu oraz umożliwił kształtowanie zasad prawidłowej pielęgnacji i opieki nad dzieckiem.

Po około 3 latach terapii 9 osób uzyskało poziom całkowitej abstynencji. Kontrolne badania toksykologiczne nie wykazują występowania substancji psychoaktywnych u tych osób.

Celowe wydaje się objęcie programem metadonowym jak największej liczby pacjentów na wzór Austrii (Wiedeń), Belgii czy Holandii [13]. W krajach tych leczeniem osób uzależnionych zajmują się również lekarze rodzinni. Jednak stosowanie leczenia substytucyjnego na tak szeroką skalę ma również swoje ujemne strony, m.in. w znacznym stopniu ogranicza możliwość ścisłego nadzoru medycznego i monitorowania pacjentów.

Szczególny nacisk w terapii uzależnień, a zwłaszcza w programie metadonowym, należy położyć na indywidualnie dostosowany program rehabilitacji, prowadząc jednocześnie dłuższą obserwację, aby można było ocenić efekty zaprzestania używania substancji psychoaktywnych oraz zmniejszanie szkód zdrowotnych.

Program metadonowy, aby mógł być skuteczny, zakłada kompleksową opiekę medyczną, psycho-

logiczną i środowiskową dla osób uzależnionych i ich rodzin lub osób im najbliższych. Nie może ograniczać się jedynie do podawania wyznaczonej dawki metadonu. Ważne jest prowadzenie tzw. działań okołometadonowych, tj. wszechstronnego wsparcia, edukacji, terapii indywidualnych i grupowych ukierunkowanych na stabilizację życiową oraz umożliwiających samodzielną egzystencję.

Lekarze rodzinni w wielu krajach zachodnich (Austria, Holandia, Belgia, Norwegia i wielu innych) stosują szeroko rozumianą politykę w zakresie Harm Reduction. Na zachodzie programy minimalizacji szkód zdrowotnych i społecznych narkomanii jest priorytetowym zadaniem w ochronie zdrowia publicznego. Metadon w tych krajach jest dostępny w aptece na receptę i każdy pacjent zakwalifikowany przez lekarza pierwszego kontaktu do substytucji lekowej ma szansę skorzystania z tego rodzaju terapii, zwłaszcza jeśli wszystkie dotychczas stosowane metody leczenia nie przyniosły skutku. Powszechnie stosowany jest również w więziennictwie dla osób uzależnionych, które popadły w konflikt z prawem. W Polsce metadon dostępny jest tylko dla wąskiego grona użytkowników ze względu na

problemy finansowe. Pomimo, że ogólnie znane są efekty stosowania metadonu w zmniejszaniu się zakażeń wirusem HIV czy wirusami hepatotropowymi, to coraz częściej mówi się o braku funduszy na dalsze finansowanie centralne tego leku.

Osoby objęte programem metadonowym, które odbudowują swoje życie i normalnie funkcjonują, nie powinny być postrzegane jako narkomani, lecz jako pacjenci wymagający opieki medycznej, leczenia z powodu przewlekłego schorzenia.

Wnioski

1. Program metadonowy realizuje cele zgodne z kierunkiem minimalizacji szkód zdrowotnych i społecznych narkomanii.
2. Wszechstronna opieka medyczna i psychologiczna, jaką są objęci pacjenci programu metadonowego, wpływa na podniesienie jakości życia, zwłaszcza u osób HIV-seropozytywnych.
3. Osoby uzależnione od opiatów podczas leczenia substytucyjnego metadonem często stosują dodatkowo narkotyki z grupy amfetamin.

Załącznik nr 1

Programy metadonowe	Adres	Kierownik
1. Instytut Psychiatrii i Neurologii	ul. Sobieskiego 1/9 02-957 Warszawa	Karina Chmielewska
2. Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej	ul. Nowowiejska 27 00-665 Warszawa	Teresa Weżyńska
3. Wojewódzki Szpital Zakaźny	ul. Wolska 27 01-201 Warszawa	Grażyna Cholewińska-Szymańska
4. Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10 41-500 Chorzów	Marek Beniowski
5. Psychiatryczny Specjalistyczny ZOZ im. Prof. Kaczyńskiego	ul. Abramowicka 2 20-442 Lublin	Andrzej Kociuba
6. Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ Centrum Psychiatryczne	ul. Żołnierska 55 71-210 Szczecin	Bożena Zubczewska-Ślósarek
7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydgiera	oś. Złotej Jesieni 1 31-826 Kraków	Andrzej Hydzik
8. Miejski Szpital w Starachowicach	ul. Radomska 70 27-700 Starachowice	Katarzyna Dembicka-Król
9. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Warszawska 37a 59-900 Zgorzelec	Jan Kruk
10. Poznań – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Marcinkowskiego 21 61-754 Poznań	

Piśmiennictwo

1. Jacyszyn K, Chmielewska K, Baran-Furga H, Habrat B. Leczenie opioidowego zespołu abstynencyjnego. *Postępy Nauk Medycznych* 1999; 3: 14–19.
2. *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1999.
3. *Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999–2003*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1999.
4. Przyłuska-Fiszler A. Refleksje na marginesie konferencji międzynarodowej. Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacji osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS. *Zdrowie Publ* 1995; 7–8: 193–198.
5. Werezńska-Bolińska T. Metadon w leczeniu uzależnień opioidowych. *Seksuologia* 1995; 3–4: 56–59.
6. *ICD-10 „Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja dziesiąta”*. PZWL, Warszawa 1997.
7. *Accumulation analysis of hair as an indicator of contamination of man by environmental trace element pollutants*. International Atomic Energy. Report IAE/RL/4 1H; 1977.
8. Baumgartner AM., Jones PF., Baumgartner WA., Black CT. Radioimmunoassay of hair for determining opiate-abuse histories. *J Nuck Med* 1997; 20: 748–752.
9. Henderson GL. Mechanism of Drug Incorporation into hair. *Forensic Science International* 1993; 63 (1–3): 19–29.
10. Ricosa MC., Bernini M, De Ferrari F. Hair analysis for driving license in cocaine and heroin users. An epidemiological study. *Forensic Science International* 2000; 107: 301–308.
11. Klein J, Karaskov T, Koren G. Clinical applications of hair testing for drugs of abuse. The Canadian experience. *Forensic Science International* 2000; 107: 281–288.
12. Owoca A (red.), Włoch K. Amsterdamski model profilaktyki AIDS. *Problemy Medycyny Społecznej* 1997; 30: 235–238.

Adres Autorki:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej PAM
ul. Podgórna 22/23
70-205 Szczecin
tel./fax (91) 48-00-869
e-mail: karabea@sci.pam.szczecin.pl

Leczenie zaburzeń erekcji – współczesny stan wiedzy The current knowledge on treatment of the erectile dysfunction

ZYGMUNT ZDROJEWICZ, KINGA BELOWSKA-BIEŃ

Z Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Milewicz

Streszczenie Zaburzenia erekcji należą do najczęstszych zaburzeń funkcji seksualnych u mężczyzn. Przyczynami zaburzeń erekcji są najczęściej przewlekłe choroby somatyczne, przyjmowane leki, niehigieniczny tryb życia i in. Obecnie możliwe jest skuteczne i bezpieczne leczenie zaburzeń erekcji u większości pacjentów. Leczenie takie powinno zaczynać się od leków przyjmowanych doustnie, stopniowo zastępowanych metodami bardziej inwazyjnymi.

Słowa kluczowe: zaburzenia erekcji, sildenafil, chlorowodorek apomorfiny, tadalafil.

Summary The erectile dysfunction belongs to the most common disorders of sexual functions in males. The most frequent causes of the erectile dysfunction include chronic somatic diseases, acquired medicines, non-hygienic way of life, etc. Currently there are effective and safe methods of treating the erectile dysfunction in most patients available. The treatment should begin with orally admitted medicines, gradually replaced with more invasive methods.

Key words: erectile dysfunction, sildenafil, apomorphine hydrochloride, tadalafil.

Zaburzenia erekcji członka należą do najczęściej spotykanych zaburzeń seksualnych u mężczyzn i są definiowane jako niezdolność do osiągnięcia lub utrzymania wzwodu wystarczającego do odbycia normalnego stosunku seksualnego [1]. Nie ma jednoznacznych danych określających częstość występowania tego zjawiska. Z badań przeprowadzonych przez Kinseya (1948) wynika, że zaburzenia erekcji dotyczą niecałego 1% mężczyzn w wieku 19 lat, 3% mężczyzn w wieku do 45 r.ż., 7% mężczyzn między 45 a 55 r.ż. i 25% mężczyzn w wieku 75 lat.

Przyczyny zaburzeń erekcji mogą mieć charakter organiczny, psychogeny i społeczno-kulturowy. Wśród najczęstszych przyczyn organicznych wymieniane są choroby układu krążenia (miażdżycy, zespół Lericha, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa), wątroby (marskość), zaburzenia endokrynologiczne (cukrzyca, nadczynność tarczycy, akromegalia, hipogonadyzm, andropauza), choroby neurologiczne (stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, padaczka, urazy i choroby rdzenia kręgowego, neuropatie obwodowe) oraz stany po zabiegach operacyjnych (neurologicznych, urologicznych i naczyniowych). U podłoża wielu tych zaburzeń leżą powszechnie przyjmowane używki – alkohol, nikotyna, narkotyki. Zaburzenia erekcji mogą być także skutkiem przyjmowanych leków – hipotensyjnych (m.in. klonidyna, metyldopa, spironolakton,

hydrochlorotiazyd), psychotropowych (np. imipramina, amitryptylina, sole litu, barbiturany), neurologicznych i in.

Do przyczyn psychogennych należą przebyte urazy seksualne, złe doświadczenia partnerskie, zbyt surowe wychowanie w atmosferze antyseksualnej, wczesne wyrobienie postawy negującej własną seksualność, dorastanie w rodzinie o zaburzonych relacjach między jej członkami.

Przyczyny społeczno-kulturowe obejmują brak kultury współżycia, stereotypowe myślenie o sferze seksualnej, nieumiejętność nawiązywania kontaktów, rygorizm religijny, a także strach przed negatywną oceną otoczenia.

Zaburzenia erekcji są dla większości pacjentów problemem wstydlivym, o którym nie mówią oni otwarcie. Z kolei lekarze często pomijają tę część wywiadu w obawie przed posądzeniem ich o zbytnią ingerencję w prywatność pacjenta. Szereki wachlarz przyczyn zaburzeń erekcji powinien jednak skłonić lekarzy wielu specjalności do nieskrępowanego zadawania bezpośrednich pytań o częstość i jakość podejmowanych kontaktów seksualnych.

Celem artykułu jest przedstawienie współczesnego stanu wiedzy na temat farmakologicznego leczenia zaburzeń erekcji.

Obecnie możliwe jest dobranie skutecznego leczenia w większości przypadków. Leczenie zaburzeń erekcji powinno odbywać się etapami,

według schematu „schodkowego”. Lekami pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń erekcji powinny być środki stosowane doustnie.

Wzrost liczby leków, które mogą być stosowane w zaburzeniach erekcji, jest możliwy dzięki postępowi, jaki dokonuje się w badaniach nad fizjologią mięśni gładkich ciał jamistych prącia [2]. Uwolnienie tlenku azotu (NO) z nieadrenergicznych i niecholinergicznymi zakończeń nerwowych oraz ze śródbłonna naczyniowego jest jednym z kluczowych etapów patomechanizmu erekcji. NO aktywuje cyklazę guanylową, wzrasta wewnątrzkomórkowa synteza cGMP i dochodzi do relaksacji mięśni gładkich ciał jamistych prącia. W miarę upływu czasu poziom cGMP obniża się, mięśnie gładkie obkurczają się i erekcja ustępuje. Spadek stężenia cGMP jest wynikiem działania fosfodiesteraz (PDE), z których dominującą rolę odgrywa PDE 5. Zablokowanie aktywności PDE przedłuża czas działania cGMP i czas trwania erekcji. W relaksację mięśni gładkich zaangażowany jest także cAMP. Wzrost stężenia cAMP można osiągnąć poprzez nasilenie jego syntezy. Wiadomo także, że antagoniści receptorów alfa-adrenergicznych korzystnie wpływają na relaksację mięśniówki ciał jamistych.

Związki o działaniu agonistycznym w stosunku do receptorów adrenergicznych są od dawna stosowane w leczeniu zaburzeń erekcji. Powszechnie znana jest johimbina – kompetencyjny, selektywny antagonist receptorów alfa-2-adrenergicznych. Blokada tych receptorów zmniejsza wydzielanie noradrenaliny przez zakończenia nerwowe, co hamuje skurcz mięśni gładkich prącia. Morales i wsp. [3] wykazali poprawę u ponad 40% pacjentów przyjmujących johimbine; u połowy z nich powróciły prawidłowe erekcje. Odpowiednie wskaźniki w grupie kontrolnej przyjmującej placebo były znacznie niższe. Podobne dane opublikował Reid i wsp. [4]. Wykazali oni znaczącą poprawę u 62% pacjentów leczonych johimbina z powodu psychogennych zaburzeń erekcji (w grupie placebo – 16%). Najczęściej obserwowanymi objawami niepożądanymi po zastosowaniu johimbiny są napady lęku, niepokój, nudności, biegunki, wzrost ciśnienia tętniczego krwi i tachykardia.

Selektywnym antagonistą receptora alfa-1 jest doksazosyna GITS. Stosowanie jej w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego pozwoliło zaobserwować, że u części pacjentów znacznie poprawiła się zdolność do erekcji [5]. Objawami niepożądanymi po stosowaniu doksazosyny GITS są bóle i zawroty głowy oraz spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Nieselektywnym antagonistą receptorów alfa-adrenergicznych jest fentolamina, stosowana w diagnostyce guza chromochłonnego nadnerczy i leczeniu przelotów nadciśnieniowych. Wyka-

zuje ona znacznie silniejsze powinowactwo do receptorów alfa-1 niż do alfa-2. Preparatem fentolaminy stosowanym w zaburzeniach erekcji jest Vasomax [6]. Lek ten charakteryzuje się dobrymi parametrami farmakodynamicznymi i farmakokinetycznymi (szybka absorpcja i eliminacja, niski stopień wiązania z białkami surowicy, wydalanie z moczem i kałem). Vasomax osiąga maksymalne stężenie w surowicy po 30–60 minutach od zastosowania, a efekt jest silnie zależny od dawki. Nasilenie działań niepożądanych także jest zależne od dawki. Najczęściej występują uczucie zatkania nosa (10%), bóle głowy (3%), zawroty głowy (3%), tachykardia (3%), nudności (1%).

Mimo udowodnionego działania i praktycznego stosowania antagonistów receptorów adrenergicznych nadal nie jest jasne, który receptor odgrywa rolę dominującą i czy przyszłość terapii leży w selektywnych czy nieselektywnych blokerach receptorów alfa-adrenergicznych [7].

Zasadnicze znaczenie w patomechanizmie erekcji ma utrzymywanie wysokiego wewnątrzkomórkowego stężenia cGMP. Tak działa viagra – najbardziej znany na świecie preparat stosowany w zaburzeniach erekcji.

Viagra firmy Pfizer jest wybiórczym, odwracalnym inhibitorem fosfodiesterazy 5. Substancją działającą jest cytrynian sildenafilu. Należy podkreślić, że lek działa tylko po poprzedniej stymulacji seksualnej. Zastosowany w dawce 25, 50 lub 100 mg zaczyna działać po około 30 minutach, a spożycie posiłku opóźnia początek jego działania do 60 minut. Viagra jest obecnie uznanym lekiem I rzutu w leczeniu zaburzeń wzrodu ze względu na udowodnioną wysoką skuteczność w szerokiej grupie pacjentów. Viagra jest skuteczna w 86% przypadków kłopotów ze wzrodem. Największą poprawę obserwuje się w przypadku, gdy przyczyną zaburzeń wzrodu są czynniki psychogenne. Preparat jest skuteczny w leczeniu zaburzeń erekcji z towarzyszącym nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, cukrzycą, uszkodzeniem rdzenia kręgowego, po zabiegu prostatektomii lub rakiem prostaty. Istotnym parametrem do oceny skuteczności leku jest jego porównanie z placebo. Viagra jest skuteczna w zależności od choroby towarzyszącej od 3 do 6 razy powyżej placebo. Badania z ostatnich 2 lat udowodniły, że viagra jest nie tylko bezpiecznym preparatem, ale również wykazuje korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy; poprawia wydolność wysiłkową, poprawia rezerwę wieńcową o 13% oraz zmniejsza agregację płytek.

Badania przeprowadzone przez Klonera [9] wykazały jednak, że wskaźnik śmiertelności i powikłań sercowo-naczyniowych wśród pacjentów z przewlekłą, stabilną chorobą wieńcową lub nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami erekcji stosujących viagrę, był taki sam jak w grupie kon-

trolnej przyjmującej placebo. Randall i wsp. [10] badali wpływ sildenafilu na wysokość ciśnienia tętniczego i tętno u pacjentów przyjmujących leki hipotensyjne. Wyniki ich doświadczeń wykazały, że wpływ ten jest krótkotrwały i nie ma znaczenia klinicznego. Badania wpływu sildenafilu na przepływ naczyniowy u chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia ujawniły, że może on zwiększać wielkość przepływu u tych pacjentów [11]. Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania viagry u pacjentów z chorobą wieńcową udowodniły także wyniki badań z ośrodków szwedzkich [12] i brytyjskich [13]. Najnowsze badania nie tylko potwierdzają tę opinię, ale także sugerują ograniczenie przeciwwskazań uważanych do tej pory za „klasyczne”.

Po sukcesie, jaki odniosła viagra, rozpoczęto badania nad nowymi preparatami. Apomorfina i tadalafil (IC351) są już w późnej fazie badań, a inne inhibitory PDE 5 (Vardenafil) i kombinacja L-argininy i johimbiny znajdują się we wczesnej trzeciej fazie badań [14].

Chlorowodorek apomorfiny dołączy do grupy doustnych leków stosowanych w zaburzeniach erekcji prawdopodobnie już w 2002 r. Już wcześniej donoszono o potencjalnych możliwościach wykorzystania go u pacjentów z zaburzeniami erekcji [15] i prowadzono doświadczenia na modelach zwierzęcych [16]. Sugerowały one jednoznacznie, że apomorfina pośredniczy w wywołaniu erekcji poprzez oddziaływanie na receptory dopaminowe (działanie agonistyczne na receptory D₁ i D₂) w okolicy *nucleus paraventricularis* w podwzgórzu [17]. Dalsze, szczegółowe badania sprawiły, że chlorowodorek apomorfiny w najbliższych miesiącach wejdzie na rynek jako nowy lek w leczeniu zaburzeń erekcji. Apomorfina jest lekiem działającym centralnie, ponieważ pobudza receptory D₁ oraz D₂ w podwzgórzu. Skuteczność apomorfiny jest 10–20% powyżej placebo. Lek nie ma udowodnionej skuteczności w leczeniu zaburzeń erekcji z towarzyszącą cukrzycą, uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz prostatektomią. Należy zachować szczególną ostrożność przy łączeniu z lekami hipotensyjnymi oraz nitratami.

Udowodniona rola tlenu azotu w patomechanizmie erekcji skupiła uwagę badaczy na poszukiwaniu nowych leków działających przez ten związek. Wiadomo, że głównym źródłem NO w organizmie jest syntetaza tlenu azotu (NOS), której aktywność maleje z wiekiem. Zmniejszona produkcja NO jest jedną z przyczyn upośledzenia zdolności erekcji u mężczyzn w starszym wieku. Bivalacqua i wsp. [18] przeprowadzili ciekawe doświadczenie na modelu zwierzęcym. Grupie starych (60-tygodniowych) szczurów wszczepiono gen pełnowartościowej śródbłonkowej syntetazy NO. Po pięciu dniach porównano zdolność erek-

cji starych szczurów i młodych osobników z grupy kontrolnej. Wykazano znaczącą poprawę w badanej grupie: reaktywność starych szczurów była podobna do reaktywności młodych osobników z grupy kontrolnej. Prawdopodobnie syntetaza NO stanie się wkrótce celem terapii genowej u mężczyzn z zaburzeniami erekcji [19]. Nie udowodniono natomiast znaczącego klinicznie wpływu metabolitów NO na zdolność erekcji – ani u pacjentów z jej zaburzeniami, ani u zdrowych mężczyzn [20]. Johnson [21] donosi, że w metabolizm tlenu azotu zaangażowany jest magnez. Niskie stężenie magnezu w surowicy krwi wpływa niekorzystnie na ilość uwalnianego NO i prawdopodobnie jest jednym z czynników osłabiających zdolność erekcji. Warto zauważyć, że przyczyną hipomagnezemu jest m.in. zła dieta, stres, alkohol, diuretyki i inne leki. Czynniki te są także wymieniane jako przyczyny zaburzeń erekcji.

Kolejnym etapem leczenia zaburzeń erekcji po stosowaniu leków doustnych są iniekcje środków wazoaktywnych do ciał jamistych. Złotym standardem pozostają iniekcje prostaglandyny E1 (PDE 1) [22]. Ten rodzaj terapii uznawany jest zarówno przez pacjentów, jak i przez lekarzy za skuteczny, stosunkowo łatwy technicznie i nie powodujący licznych komplikacji [23]. Podanie PDE 1 do ciał jamistych powoduje zmiany w przepływie naczyniowym o podobnym stopniu nasilenia jak po podaniu sildenafilu [24]. Dawką zapewniającą prawidłową erekcję jest zazwyczaj 20–40 µg. Powikłania w postaci stwardnienia błony białawej oraz stwardnienia i zwłóknienia ciał jamistych dotyczą około 0,8% pacjentów, jeszcze rzadziej występuje priapizm (0,36%). Częstą komplikacją w czasie tej terapii są bóle przącia.

Skutecznymi środkami stosowanymi w postaci iniekcji są papaweryna i fentolamina [25]. Skuteczność mieszanki 60 mg papaweryny i 2 mg fentolaminy ocenia się na około 68%, natomiast samej papaweryny w dawce 100 mg na około 61%. Odsetek powikłań po stosowaniu papaweryny lub papaweryny z fentolaminą jest wyższy niż po stosowaniu PGE 1 i wynosi odpowiednio 5,7% i 12,4%. Alternatywą dla pacjentów nie tolerujących iniekcji papaweryny i fentolaminy z powodu ubocznych działań niepożądanych (ból, priapizm) mogą być wstrzyknięcia nitroprusydku sodu [26].

Mniej inwazyjną drogą podania środków wazoaktywnych jest podanie ich do cewki moczowej. Udowodniono jednak, że iniekcje są skuteczniejsze niż podawanie docewkowe [27]. W przypadku stosowania docewkowego poleca się dawkę początkową 500 µg alprostadilu [28]. Aplikacja PGE 1 za pomocą MUSE (Medical Urethral System for Erection) wywołuje erekcję u 75% pacjentów, a 63% pacjentów umożliwia odbycie stosunku seksualnego [29].

Goldstein i wsp. [30] wykazali, że alprostadil

zastosowany w postaci 1% żelu bezpośrednio na błonę śluzową żołądki jest skutecznym i bezpiecznym środkiem, który także może być stosowany u pacjentów z zaburzeniami erekcji.

Jednym z peptydów uwalnianych przez śródbłonek naczyniowy ciał jamistych jest endotelina, nasilająca kurczliwość mięśni gładkich. Khan i wsp. [31] sugerują, że antagoniści endoteliny mogą stanowić w przyszłości lek wspomagający terapię zaburzeń erekcji, jak również samodzielny środek stosowany w profilaktyce tego schorzenia.

Patomechanizm erekcji jest bardziej złożony niż się dotychczas wydawało. Centralna regula-

cja procesu erekcji jest skomplikowana i angażuje różne układy przekaźników, takich jak dopamina, serotonina, noradrenalina, acetylocholina, tlenek azotu, a także peptydów np. oksytocyny, ACTH [32, 33]. Każdy z tych układów może być potencjalnie punktem uchwytu dla leku. Poznanie roli każdego z tych przekaźników w patomechanizmie zaburzeń erekcji może przyczynić się do wynalezienia nowego leku, jeszcze skuteczniejszego i bezpieczniejszego niż obecnie stosowane. Nie można także wykluczyć możliwości opracowania środków, które mogłyby być stosowane w profilaktyce zaburzeń erekcji.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. PZWL 1997: 125–137.
2. Maggi M, Filippi S, Ledda F, Magini A, Forti G. Erectile dysfunction: from biochemical pharmacology to advances in medical therapy. *Eur J Endocrinol* 2000; 143(2): 143–154.
3. Morales A, Condra M, Owen JA., SurrIDGE DHC., Fenemore J, Harris C. Is Yohimbine effective in the treatment of organic impotence? Results of a controlled trial. *J Urol*, 1987; 137: 1168–1172.
4. Reid K, SurrIDGE DHC., Morales A. Double-blind trial of Yohimbine in the treatment of psychogenic impotence. *Lancet* 1987; 2: 5421–5423.
5. Dane w posiadaniu firmy Pfizer.
6. Goldstein I, Carson C, Rosen R, Islam A. Vasomax for the treatment of male erectile dysfunction. *World J Urol* 2001; 19(1): 51–56.
7. Andersson KE., Stief C. Oral alpha adrenoceptor blockade as a treatment of erectile dysfunction. *World J Urol* 2000; 19(1): 9–13.
8. Cohen JS. Comparison of FDA reports of patient deaths associated with sildenafil and with injectable alprostadil. *Ann Pharmacother* 2001; 35(3): 285–288.
9. Kloner RA. Cardiovascular risk and sildenafil. *Am J Cardiol* 2000 20; 86(2A): 57F–61F.
10. Zusman RM., Prisant LM., Brown MJ. Effect of sildenafil citrate on blood pressure and heart rate in men with erectile dysfunction taking concomitant antihypertensive medication. *J Hyper* 2000; 18(12): 1865–1869.
11. Katz SD., Balidemaj K, Homma S, Wu H, Wang J, Maybaum S. Acute type 5 phosphodiesterase inhibition with sildenafil enhances flow-mediated vasodilation in patients with chronic heart failure. *J Am Col Card* 2000, 36(3): 845–851.
12. Olson A, Persson CA. Efficacy and safety of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men with cardiovascular disease. *Int. J. Clin. Pract.* 2001, 55(3): 171–176.
13. Jackson G. Phosphodiesterase 5 inhibition: effects on the coronary vasculature. *Int. J. Clin. Pract.* 2001, 55(3): 183–188.
14. Padma-Nathan H, Giuliano F. Oral drug therapy for erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001; 28(2): 321–334.
15. Segraves RT., Bari M, Segraves K, Spirnak P. Effect of apomorphine on penile tumescence in men with psychogenic impotence. *J Urol* 1999; 145(6):1174–1175.
16. Chen KK., Chan JY., Chang LS. Dopaminergic neurotransmission at the paraventricular nucleus of hypothalamus in central regulation of penile erection in the rat. *J. Urol.* 1999;162(1):237–242.
17. Heaton JP. Central neuropharmacological agents and mechanisms in erectile dysfunction: the role of dopamine. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000; 24(5): 561–569.
18. Bivalacqua TJ., Champion HC., Mehta YS., Abdel-Mageed AB., Sikka SC., Ignarro LJ., Kadowitz PJ., Hellstrom WJ. Adenoviral gene transfer of endothelial nitric oxide synthase (eNOS) to the penis improves age-related erectile dysfunction in the rat. *Int J Impot Res.* 2000; 12 Suppl. 3: S8–17.
19. Chancellor MB., Yoshimura N, Pruchnic R, Huard J. Gene therapy strategies for urological dysfunction. *Trends Mol Med* 2001; 7(7): 301–306
20. Becker AJ., Uckert S, Tsikas D, Noack H, Stief CG., Frolich JC., Wolf G, Jonas U. Determination of nitric oxide metabolites by means of the Griess assay and gas chromatography-mass spectrometry in the cavernous and systemic blood of healthy males and patients with erectile dysfunction during different functional conditions of the penis. *Urol. Res.* 2000; 28(6): 364–369.
21. Johnson S. The multifaceted and widespread pathology of magnesium deficiency. *Med Hypotheses* 2001; 56(2): 163–170.
22. Richter S, Vardi Y, Ringel A, Shalev M, Nissenkorn I. Intracavernous injections: still the gold standard for treatment of erectile dysfunction in elderly men. *Int J Impot Res* 2001; 13(3): 172–175.

23. Dominguez Dominguez M, Amaya Gutierrez J, Blasco Hernandez P, Vega Toro P, Alonso Flores J, Garcia Perez M. Test with intracavernous injection of PGE1 in erectile dysfunction: our experience. *Actas Urol Esp* 2000; 24(10): 796–800.
24. Arslan D, Esen AA., Secil M, Aslan G, Celebi I, Dicle O.: A new method for the evaluation of erectile dysfunction: sildenafil plus Doppler ultrasonography. *J Urol* 2001; 166(1): 181–184.
25. de Boer BJ., Lycklama a Nijeholt AA., Kleinjans HA. Intracavernous auto-injection therapy with papaverine phentolamine via an auto-injection pen for patients with an erectile dysfunction: similar results achieved in family practice and urology. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001 21; 145(16): 783–787.
26. Fu Q, Yao DH., Jiang YQ. A clinical comparative study on effects of intracavernous injection of sodium nitropruside and papaverine/phentolamine in erectile dysfunction patients. *Asian J Androl* 2000; 2(4): 301–303.
27. Vardi Y, Sprecher E, Gruenwald I. Logistic regression and survival analysis of 450 impotent patients treated with injection therapy: long-term dropout parameters. *J Urol* 2000;163(2): 467–470.
28. Ekman P, Sjogren L, Englund G, Persson BE. Optimizing the therapeutic approach of transurethral alprostadil. *BJU Int.* 2000; 86(1): 68–74.
29. Hellstrom WJ., Bennett AH., Gesundheit N. A double blind, placebo-controlled evaluation of the erectile response to transurethral alprostadil. *Urology* 1996; 48: 851–856.
30. Goldstein I, Payton TR., Schechter PJ. A double-blind, placebo-controlled, efficacy and safety study of topical gel formulation of 1% alprostadil (Topiglan) for the in-office treatment of erectile dysfunction. *Urology* 2001; 57(2): 301–305.
31. Richter S, Vardi Y, Ringel A, Shalev M, Nissenkorn I. Intracavernous injections: still the gold standard for treatment of erectile dysfunction in elderly men. *Int J Impot Res* 2001; 13(3): 172–175.
32. Andersson KE. Pharmacology of erectile function and dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001; 28(2): 233–247.
33. Andersson KE. Neurotransmitters: central and peripheral mechanisms. *Int. J. Impot. Res.* 2000; 12 Suppl. 4: S26–33.

Adres Autorów:

Zygmunt Zdrojewicz

Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii AM

Wybrzeże L. Pasteura 4

50-367 Wrocław

Rynek pracy w służbie zdrowia w Polsce – ocena zapotrzebowania na lekarzy, w tym specjalistów – zauważalne tendencje

Labour market in health service in Poland – the evaluation of the demand for doctors, including specialists – noticeable trends

MACIEJ LATALSKI, HANNA SKÓRZYŃSKA

Z Międzynarodowej Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Maciej Latański

Streszczenie Sytuacja na rynku pracy w służbie zdrowia kształtuje się niekorzystnie w ostatnich latach. Zbyt niskie nakłady finansowe na ochronę zdrowia przy istniejących zadłużeniach placówek medycznych wymuszają konieczność ograniczania wydatków. Oszczędności prowadzone są także poprzez zmniejszanie kosztów osobowych, co wiąże się z licznymi zwolnieniami pracowników. Redukcje obejmują lekarzy, pielęgniarki i personel pomocniczy. Ubywa więc miejsc pracy, co powoduje także poważne utrudnienia dla młodych kadr. Droga do realizacji zawodowych planów młodych lekarzy może wymagać weryfikacji nie tylko z braku miejsc pracy, ale także z powodu wprowadzenia nowego modelu kształcenia specjalizacyjnego. W nowym systemie priorytetem jest kształcenie lekarzy rodzinnych, tak więc realizacja marzeń dotycząca innych specjalności może być bardzo trudna dla niektórych lekarzy.

Słowa kluczowe: służba zdrowia, rynek pracy.

Summary The situation of the labour market in health service has been framed in an unfavourable manner in the recent years. Too low financial funds devoted to the health service combined with existing liabilities of health centers trigger the necessity to cut down on expenditures. The savings are being introduced by means of reducing personal costs, which is connected with numerous redundancies. These redundancies involve doctors, nurses and assistant staff. The number of workplaces is going down, which generates serious obstacles for the young personnel. The way to fulfill professional plans may require verification not only due to the lack of workplaces but also because of the introduction of the new model of specialist trainings. The priority in the new system is educating family doctors; thus, the accomplishment of dreams concerning other specialties may be extremely difficult for particular doctors.

Key words: health service, labour market.

Wstęp

Powszechnie deklarowanym celem polityki zdrowotnej jest poprawa zdrowia społeczeństwa, poprzez zmiany w systemie ochrony zdrowia. W sytuacji biedy i niedofinansowania służby zdrowia trudno jednak prowadzić dobrą politykę zdrowia, poprawić dostępność i jakość świadczonych usług medycznych. Aktualne informacje nie napawają optymizmem, także pracowników służby zdrowia. W związku z restrukturyzacją i niedostatkiem zasobów finansowych na ochronę zdrowia dyrektorzy placówek zdrowia zmuszani są do ograniczania wydatków i szukania oszczędności, także – a może już tylko – przez zmniejszanie kosztów osobowych, bowiem na leczeniu już bardziej oszczędzać nie można. Wiąże się to oczywiście z redukcją kadr medycznych i pomocniczych w służbie zdrowia.

Czy w związku z istniejącą sytuacją łatwo być dzisiaj młodym lekarzem wchodzącym do zawodu?

Z pewnością nie. Choć nigdy nie było to proste, bo trudności w znalezieniu wymarzonego miejsca pracy zawsze istniały, to obecnie jest to o wiele bardziej skomplikowane. Niewątpliwie przeszkodą są dokonujące się zmiany w służbie zdrowia, procesy restrukturyzacji placówek medycznych oraz zmiany w systemie kształcenia specjalizacyjnego.

Sytuacja na rynku pracy

Reformy w służbie zdrowia trwają, szpitale likwidują oddziały, a na istniejących przeprowadzane są lub będą redukcje etatów. Część publicznych zakładów opieki zdrowotnej przekształca się w niepubliczne placówki medyczne, co też wiąże się najczęściej z ograniczaniem zatrudniania personelu medycznego. Ubywa więc miejsc pracy dla pracowników medycznych.

Świadczą o tym przedstawione ogólne wskaźniki określające liczbę mieszkańców na jedną osobę z personelu medycznego [1].

1997 r.	ludność	1998 r.	ludność
na 1 lekarza	424	na 1 lekarza	429
na 1 lek. stom.	2194	na 1 lek. stom.	2232
na 1 pielęgniarkę	178	na 1 pielęgniarkę	181
na 1 łóżko szpitalne	189	na 1 łóżko szpitalne	193
na 1 aptekę	5266	na 1 aptekę	5017

W 1998 r. nastąpił spadek liczby personelu medycznego: w grupie lekarzy wskaźnik obniżył się o 0,3, pielęgniarek o 1,1 i położnych o 0,1. Tak więc w stosunku do 1997 r. wskaźnik zatrudnienia na 10 tys. ludności spadł najbardziej w grupie pielęgniarek, głównie tych o pełnych kwalifikacjach. W zatrudnieniu pozostałych grup nie zanotowano znaczących zmian. Większe zmiany odnotowano w 1999 r. Dla lekarzy wskaźnik zatrudnienia na 10 tys. ludności obniżył się o 0,7, dla lekarzy stomatologów o 1,1, znacząco spadł dla pielęgniarek – o 4,1 i położnych o 0,4 (tab. 1).

Tabela 1. Pracownicy medyczni – wskaźnik na 10 tys. ludności

Wyszczególnienie	1997 r.	1998 r.	1999 r.
Lekarze	23,6	23,3	22,6
Lekarze stomatolodzy	4,6	4,5	3,4
Farmaceuci	5,3	5,3	5,2
Felczerzy	0,3	0,2	0,1
Pielęgniarki	56,2	55,1	51,0
Położne	6,4	6,3	5,9

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

W 1998 r. lekarze specjaliści stanowili 83,7% ogólnej liczby lekarzy objętych ewidencją [1]. Wskaźnik zatrudnienia lekarzy specjalistów w 1998 r. wynosił 19,5 na 10 tys. ludności i był większy o 1,2 niż w 1995 r. Najwięcej jak zawsze było lekarzy specjalistów: chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii oraz położnictwa i ginekologii. Ze wszystkich wymienionych specjalności najbardziej wzrósł wskaźnik zatrudnienia lekarzy specjalistów: kardiologii, chorób płuc, położnictwa i ginekologii, chirurgii, okulistyki oraz dermatologii i wenerologii – o 0,1 na 10 tys. ludności. Pozostałe wskaźniki nie zmieniły się. Natomiast w 1999 r. w porównaniu z 1998 rokiem odsetek zatrudnionych specjalistów zmniejszył się i wynosił 82,4% ogółu lekarzy. Zwiększyła się liczba zatrudnionych lekarzy: anesteziologii i intensywnej terapii, kardiologii, nieznacznie specjalistów onkologii i psychiatrii. Liczba zatrudnionych lekarzy innych specjalności zmniejszyła się (tab. 2). W Polsce najwięcej specjalistów w stosunku do ogółu lekarzy na danym terenie obserwuje się w woj. świętokrzyskim, kujawsko-pomorskim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, lubuskim.

W 1998 r. zarówno w szpitalach, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej liczba personelu zatrudnionego na pełnym etacie zmniejszyła się we wszystkich grupach zawodowych. W przychodniach zanotowano spadek zatrudnienia we wszystkich poradniach, poza praktyką lekarza rodzinnego. Wzrosło nieznacznie zatrudnienie w poradniach dla kobiet. W poradniach określonych

Tabela 2. Lekarze specjaliści wg posiadanej specjalizacji

Specjaliści	Liczby bezwzględne		Wskaźnik na 10 tys. ludności	
	1995 r.	1998 r.	1995 r.	1998 r.
Ogółem	70 572	75 429	18,3	19,5
Anesteziologii i intensywnej terapii	3507	3317	0,9	0,9
Chorób wewnętrznych	14 885	14 536	3,9	3,8
Kardiologii	495	674	0,1	0,2
Położnictwa i ginekologii	6179	6431	1,6	1,7
Pediatrii	10 566	10 088	2,7	2,6
Chorób płuc	1647	1789	0,4	0,5
Chirurgii	9239	9850	2,4	2,5
Okulistyki	2865	3033	0,7	0,8
Dermatologii i wenerologii	1717	1809	0,4	0,5
Urologii	650	735	0,2	0,2
Onkologii	80	91	0,0	0,0
Neurologii	2599	2865	0,7	0,7
Psychiatrii	2170	2480	0,6	0,6
Epidemiologii	108	92	0,0	0,0
Chorób zakaźnych	745	786	0,2	0,2
Organizacji ochrony zdrowia	403	328	0,1	0,1

Źródło: Informator statystyczny Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, 1999 r. (dane dotyczą lekarzy z I i II stopniem specjalizacji).

praktykami lekarza rodzinnego liczba lekarzy pielęgniarzek i położnych sukcesywnie rośnie [2].

Wśród polityków i wielu decydentów panuje dość powszechne przekonanie, że lekarzy mamy dosyć, ale niewłaściwe jest ich rozmieszczenie i wykorzystanie. Nikt jednak nie wie dokładnie, jaka jest struktura wiekowa lekarzy w poszczególnych specjalnościach, nikt nie prognozuje, nie prowadzi symulacji potrzeb kształcenia lekarzy, ani w skali regionu, ani w skali całego kraju [3]. Tymczasem wbrew potocznym opiniom nie mamy w Polsce zbyt wielu lekarzy. Wśród państw europejskich jesteśmy pod tym względem raczej w końcówce (tab. 3.) Mniej lekarzy na 1000 mieszkańców mają jedynie Turcja, Wielka Brytania, Irlandia.

Tabela 3. Liczba lekarzy i pielęgniarzek na 1000 mieszkańców

Kraj	Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarzek
Austria	3,3	4,3
Bułgaria	3,3	6,0
Czechy	2,9	8,3
Estonia	3,1	4,9
Francja	2,8	3,7
Hiszpania	4,0	4,1
Holandia	2,5	9,0
Grecja	3,9	2,6
Niemcy	3,2	8,7
Norwegia	3,2	13,7
Portugalia	2,9	7,1
Polska	2,1	5,3
Rosja	3,8	6,0
Słowacja	3,2	7,1
Ukraina	4,3	11,3
Węgry	3,4	3,0
Wielka Brytania	1,7	6,5
Włochy	4,7	3,0

Źródło: WHO Regional Office for Europe, 1994 r.

Są jednak w kraju dwa wielkie skupiska osób wykonujących ten zawód: byłe województwo warszawskie i katowickie. Znacznie gorsza sytuacja jest w pozostałych województwach, mimo że działają w nich Akademie Medyczne i szpitale kliniczne. Prawdziwa jednak przepaść dzieli te województwa od reszty kraju. Najniższy wskaźnik lekarzy na 10 tys. ludności ma województwo: warmińsko-mazurskie (14,7), opolskie (16,3), podkarpackie (17,7), kujawsko-pomorskie (17,7), lubuskie (17,8). Zdecydowanie wyższe wskaźniki są w województwie mazowieckim (27,6), podlaskim (27,4) i śląskim (25,3).

Jeśli chodzi o lekarzy stomatologii najmniejszy wskaźnik obserwuje się w województwie wielkopolskim i warmińsko-mazurskim, gdzie wynosi on 1,9 i lubuskim – 2,0 na 10 tys. ludności.

Najmniej pielęgniarzek jest w województwie wielkopolskim i warmińsko-mazurskim, największe w dolnośląskim i lubelskim (tab. 4).

Trudna sytuacja na rynku pracy dotyczy także pielęgniarzek. W 1999 r. w Polsce jedna pielęgniarka przypadała na 185 mieszkańców. Nie był to jeszcze najgorszy wynik, np. w Stanach Zjednoczonych zawód ten wykonuje jedna na 138 osób, w Holandii – jedna na 123, a w Niemczech – jedna na 114 osób. Wskaźnik ten zmalał niewątpliwie u nas w 2000 r., gdyż na zasiłku dla bezrobotnych znalazło się już w pierwszym kwartale ubiegłego roku powyżej 13 tys. pielęgniarzek. Groźba utraty zatrudnienia i braku miejsc pracy dla pielęgniarzek istnieje w dużych miastach, tam gdzie są duże skupiska osób wykonujących ten zawód. Natomiast istnieją braki pielęgniarzek, a także lekarzy w pewnych regionach Polski, szczególnie w małych ośrodkach, z dala od dużych aglomeracji. To w mniejszych miejscowościach brakuje personelu medycznego, w tym lekarzy i lekarzy specjalistów. To tam są najbardziej zaniedbani pacjenci.

W przypadku stomatologii intensywna prywatyzacja po 1989 r. doprowadziła do znaczącego spadku dostępności do świadczeń gwarantowanych, gdyż nieliczni lekarze stomatolodzy pozostali na stanowiskach w podstawowej opiece zdrowotnej. Pozostali znaleźli pracę w gabinetach prywatnych. Podobnie licznie powstające apteki prywatne stały się miejscem zatrudnienia dla wielu farmaceutów.

W obecnej sytuacji znalezienie pracy jest sprawą najtrudniejszą dla młodych lekarzy bez specjalizacji oraz dla pielęgniarzek. Oferty pracy dotyczą głównie lekarzy posiadających przynajmniej I stopień specjalizacji.

Są to informacje niezbyt wesołe dla lekarzy, którzy wymarzyli sobie ściśle określone specjalizacje. Okazuje się, że droga do realizacji życiowych planów może być bardzo trudna. Obecnie Ministerstwo Zdrowia wyznacza limity miejsc dla różnych specjalności, określając przy tym liczbę rezydentur i miejsc pozarezydentur, co stwarza nadzieję dla młodych lekarzy na pokonanie barier w drodze do kariery zawodowej [3]. Nowy model kształcenia specjalistycznego opiera się na kilku filarach. Jednym z najważniejszych dla lekarzy jest możliwość odbywania specjalizacji w różny sposób. Nowatorstwem jest tryb rezydentury polegający na zatrudnieniu na czas realizacji specjalizacji w placówce szkolącej. Etaty rezydentur są dogodne, gdyż są finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Etaty rezydentur mają służyć wsparciu określonych programów rządowych, których celem jest zmiana struktury wykształcenia lekarzy [4]. Tryb rezydentur powinien przyczynić się do zwiększenia liczby lekarzy specjalistów, na których jest największe zapotrzebowanie na rynku pracy. Ostatnio priorytetem jest kształcenie lekarzy rodzinnych. Rozwijanie opieki podstawowej, z lekarzem rodzinnym na czele, przy równoczesnym ograniczaniu dostępu do

Tabela 4. Pracownicy medyczni w poszczególnych województwach – wskaźniki na 10 tys. ludności

Województwo	Lekarze	Lekarze stom.	Farmaceuci	Felczerzy	Pielęgniarki	Położne
Polska 1998	23,3	4,5	5,3	0,2	55,1	6,3
1999	22,6	3,4	5,2	0,1	51,0	5,9
Dolnośląskie	25,0	4,5	5,1	0,2	62,1	5,7
Kujawsko-pomorskie	17,7	3,0	4,2	0,2	46,9	6,7
Lubelskie	23,8	4,0	7,9	0,1	59,7	6,9
Lubuskie	17,8	2,0	3,6	0,3	48,5	6,2
Łódzkie	25,0	4,4	6,5	0,1	50,8	6,0
Małopolskie	24,1	3,7	6,0	0,1	54,0	6,3
Mazowieckie	27,6	3,6	5,4	0,1	51,1	5,2
Opolskie	16,3	2,4	3,7	0,1	47,8	4,5
Podkarpackie	17,7	3,0	4,0	0,1	51,3	7,4
Podlaskie	27,4	4,1	4,3	0,1	56,4	7,7
Pomorskie	23,7	4,4	7,5	0,1	46,2	5,1
Śląskie	25,3	3,6	4,8	0,1	53,0	5,3
Świętokrzyskie	20,0	3,2	4,6	0,2	52,1	6,2
Warmińsko-mazurskie	14,7	1,9	3,5	0,2	42,9	5,7
Wielkopolskie	18,1	1,9	5,4	0,1	40,6	5,4
Zachodniopomorskie	20,3	3,4	3,5	0,1	46,4	5,6

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia (dane nie obejmują osób pracujących tylko w gabinetach prywatnych).

specjalistów i eliminowanie zbędnych hospitalizacji, to podstawa kreowanego obecnie systemu [5]. Ze względu na założenia reformy ochrony zdrowia i potrzebę wykształcenia 20 tys. lekarzy rodzinnych minister z całej puli przeznaczającą znaczną liczbę rezydentur dla lekarzy ubiegających się o tę specjalizację. Oczywiście w każdej sesji liczba rezydentur i miejsc pozarezydentur dla różnych specjalności jest zmienna dla poszczególnych województw, głównie w zależności od możliwości akredytowanych ośrodków. Tak więc zdarza się, że nie wszyscy zakwalifikowani mogą rozpocząć specjalizację z powodu braku wolnych miejsc szkoleniowych [6].

Największą liczbę miejsc przeznaczono ostatnio dla lekarzy chcących specjalizować się w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz psychiatrii.

W przyszłości szansą dla młodych kadr będzie specjalizacja z medycyny ratunkowej w związku z rządowymi planami stworzenia systemu ratownictwa medycznego.

Niewątpliwie obecnie panująca sytuacja na rynku pracy w służbie zdrowia ma wpływ na podejmowanie decyzji przez młodych lekarzy. Zmusza ich nierzadko do weryfikacji swoich planów życiowych.

Piśmiennictwo

1. *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: GUS; 2000: 253–260.
2. *Opieka zdrowotna w liczbach. Informator statystyczny Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia 1999 r.*; Warszawa: Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia; 1999: 19–23.
3. Ciechomska G. Rezydentury dla upatrzonych. *Gazeta Lek.* 2000; 1; 108: 27.
4. Ciechomska G. Specjalizacja dla najlepszych. *Gazeta Lek.* 1999; 9; 104: 17–19.
5. Kurkowski J. Silny może więcej. *Gazeta Lek.* 2000; 4; 111: 10–12.
6. Jakubowicz J. Ciemna droga do specjalizacji. *Medicus* 2000; 2: 14–15.

Adres Autorów:

Międzywydziałowa Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego AM w Lublinie
ul. Peowiaków 12
20-007 Lublin
tel.: 81 532-16-38

Wypadki i urazy przy pracy u dzieci wiejskich na terenie województwa legnickiego w latach 1993–2000

Children accidents and injuries at work in rural areas in the Legnica district in the years 1993–2000

ARTUR ZIĘBA¹, JÓZEF DZBANUSZEK², ANDRZEJ STECIWKO³

¹ Rezydent w Zakładzie i Katedrze Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Dyrektor Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Legnicy

³ Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Streszczenie Lekarz w praktyce rodzinnej nie może pominąć żadnego z aspektów zdrowia, w tym społecznego, środowiskowych przyzwyczajęń i wzorców ról społecznych, jakie według społeczności lokalnej powinien pełnić człowiek ze względu na swoje predyspozycje, poziom przygotowania zawodowego, wiek, płeć, stan cywilny, aktualną sytuację materialną, życiową itp. Wiele spośród tych czynników sprzyja powstawaniu wypadków i urazów podczas wykonywania prac w gospodarstwie i na roli, gdzie częstokroć pracują całe rodziny, nie wyłączając dzieci i ludzi starszych.

Celem pracy jest analiza tendencji tego niepokojącego zjawiska, jak też jego konsekwencji społecznych na podstawie materiałów Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Urzędu Wojewódzkiego i Sejmiku Samorządowego Województwa Legnickiego. Przeanalizowano 71 wniosków skierowanych do OR KRUS Legnica jako wypadki przy pracy.

Przeprowadzone badania wskazują, że wypadki przy pracy rolniczej z udziałem dzieci w skali kraju niepokojąco rosną w porównaniu z wypadkami przy pracy dorosłych. Najczęstszymi przyczynami urazów w rolnictwie są urazy spowodowane upadkiem na śliskiej i nierównej powierzchni (uznane i nieuznane jako wypadki przy pracy) oraz następstwa wkręcenia kończyn w tryby pracujących maszyn, wskutek nieostrożności, braku doświadczenia, nieprawidłowej obsługi, źle zabezpieczonych elementów roboczych. Równorzędnie w liczbach występują rany zadane przez spłoszone lub agresywne zwierzęta. Najlichniesze były u dzieci uszkodzenia rąk i przedramienia (21), urazy stopy i stawu skokowego (po 7), amputacje palców (5), urazy kolana (3) i dalej urazy mnogie, złamania obojczyka i oparzenia. Częściej dziecko, które uległo wypadkowi przy pracy na wsi, to chłopiec 10–15-letni. Wypadki przy pracy rolniczej z udziałem dzieci są liczniejsze w uboższych gospodarczo rejonach byłego województwa legnickiego.

Obiektywna ocena przyczyn, liczby i rodzaju wypadków u dzieci na wsi pozwoli opracować plan działań prewencyjnych w praktyce lekarza rodzinnego, w instytucjach ubezpieczeniowych, w Pogotowiu Ratunkowym, m.in. poprzez upowszechnienie informacji i budzenie świadomości zagrożeń występujących przy pracy w rolnictwie.

Słowa kluczowe: dzieci, urazy, wypadki przy pracy.

Summary A general practitioner cannot pass over any aspects of health including social aspects, environmental habits and social tasks depending on his job quality level, age, sex, marital status, current economical status and standard of living. Many of those factors can be a reason of accidents and injuries while working in households and carrying out agricultural activities. Numbers of children as well as elderly people are usually engaged in this kind of occupation.

The analysis of this bothering phenomenon and its social consequences is the main aim of this work. All dates are based on the records of KRUS (Agriculture Social Assistance), the agricultural society, the state office and the local parliament of Legnica district. Seventy one OR KRUS Legnica documentary evidence which concern children's work injuries has been analyzed.

Unfortunately, the results of this search show that the number of youngster's injuries in our country permanently increases in comparison to adults. The most common reason for those accidents is rough or slippery surface. Many others like drinking alcohol, inexperience, improper service and not enough protection of working elements are also the reason of accidents.

Roughly the same numbers of injuries are caused by aggressive and frightened animals. Mutilations of arms and forearms (21) as well as harms of feet and knee (3), ankle joint (7), finger amputation (5), clavicle fractures and burns seem to be the most numerous. Children who are injured are usually in age between ten and fifteen. Besides, such accidents which concern children occur more often in impoverished families and households in Legnica district.

The estimation of cause and number of children's injuries can be helpful to work out a plan of preventing from such situations. This is essential for family doctors, insurance companies and emergency service and can be achieved by making people aware of danger at agricultural work.

Key words: children, injuries, accidents at work.

Cel i założenia pracy

Lekarz w praktyce rodzinnej nie może pominąć żadnego z aspektów zdrowia, w tym społecznego, środowiskowych przyzwyczajęń i wzorców ról społecznych, jakie według społeczności lokalnej powinien pełnić człowiek ze względu na swoje predyspozycje, poziom przygotowania zawodowego, wiek, płeć, stan cywilny, aktualną sytuację materialną, życiową itp. Czynniki te, jak też subiektywna ocena komfortu lub dyskomfortu psychiczno-społecznego, czyli zadowolenia lub niezadowolenia ze swej sytuacji życiowej (dochodów, warunków mieszkaniowych, miejsca zamieszkania, relacji w rodzinie, perspektyw na przyszłość), wpływają nie tylko na samoocenę zdrowia, ale jego faktyczny stan. Wiele spośród tych czynników sprzyja powstawaniu wypadków i urazów podczas wykonywania prac w gospodarstwie i na roli. W gospodarstwach częstokroć pracują całe rodziny, nie wyłączając dzieci i ludzi starszych, stąd też wypadki przy pracy zdarzają się członkom rodzin różnych generacji.

Celem pracy jest analiza tendencji tego niepokojącego zjawiska, jak też jego konsekwencji społecznych. Obiektywna ocena przyczyn, liczby i rodzaju wypadków u dzieci na wsi pozwoli zastanowić się, na ile lekarz rodzinny w swojej praktyce może podejmować pewne działania prewencyjne. Nadrzędnym celem pracy jest poprzez upowszechnianie informacji i budzenie świadomości zagrożeń występujących przy pracy w rolnictwie osiągnięcie zmniejszenia liczby wypadków.

Metoda i materiał

W pracy wykorzystano wyniki badań statystycznych dotyczących stanu zdrowia ludności wiejskiej, stanu zdrowia dzieci i młodzieży w województwie legnickim, analizy porównawczej tendencji wypadków przy pracy w populacji osób dorosłych i dzieci na wsi, a także materiały Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Urzędu Wojewódzkiego, Sejmiku Samorządowego Województwa Legnickiego, Legnickiej Izby Rolniczej dotyczące sytuacji społecznej i gospodarczej obszarów wiejskich byłego województwa legnickiego. Przeanalizowano 71 wniosków udostępnionych przez Dział Prewencji, skierowanych do OR KRUS Legnica jako wypadki dzieci przy pracy. Dla porównania przebadano statystykę wypadków dzieci w szkołach ubezpieczonych w legnickim Oddziale PZU.

Wyniki

Stan zdrowia ludności wiejskiej w ostatnim dziesięcioleciu XX wieku z uwzględnieniem wypadków i urazów

Zgodnie z definicją zdrowia sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia, bierze się pod uwagę trzy mierniki jego oceny: somatyczny, psychiczny i społeczny. „Zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełne dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne”.

Stan wyjściowy

W Aneksie II do Raportu sporządzonego w 1991 r. przez Rządową Komisję Ludnościową badającą sytuację demograficzną Polski przedstawiono analizę stanu zdrowia ludności wiejskiej. Według danych w nim zawartych 49% respondentów wykazało przebyte choroby, zatrucia, urazy, zabiegi operacyjne.

U 28,3% ogółu badanych (32,0% mężczyzn i 24,85% kobiet) nie stwierdzono żadnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Dwie trzecie tej grupy to osoby w wieku 20–35 lat, a 6,4% w wieku 50–64 lata.

W drugiej grupie stanowiącej 32,3% badanych stwierdzono odchylenia w stanie zdrowia nie wymagające jednak specjalistycznej opieki zdrowotnej (34,4% kobiet i 30,1% mężczyzn). W większości były to osoby należące do przedziału wiekowego 20–34 lata.

U 22,3% badanej zbiorowości stwierdzono zmiany chorobowe miernie nasilone, nie obniżające drastycznie sprawności fizycznej i życiowej, ale nie rokujące też szans całkowitego wyleczenia. Dotyczyło to głównie 23,6% kobiet i 21,5% mężczyzn w większości w wieku 50–64 lata.

U 16,6% ogółu badanych rekrutujących się głównie z grupy osób po 50 roku życia stwierdzono poważne choroby przewlekłe, nie rokujące poprawy i mogące zagrozić ich życiu w niedalekiej przyszłości.

Na wysokim poziomie kształtowały się wskaźniki zachorowalności na choroby układu krążenia (wyższy w populacji mężczyzn niż kobiet), następnie na choroby układu mięśniowo-kostno-stawowego i tkanki łącznej (wyższy w populacji kobiet). Na trzecim miejscu pod względem częstości zachorowań znajdowały się choroby układu trawienno, na czwartym – układu nerwowego i układu narządów zmysłu, na piątym układu oddechowego, na szóstym zaburzeń psychicznych. Rzadziej występowały zmiany chorobowe przemiany materii i układu moczowo-płciowego. Więcej badanych osób skarżących się na różne dolegliwości było wśród rolników niż tych mieszkańców wsi, którzy zatrudnili się poza rolnictwem lub wykonywali dwa zawody.

Na tym tle niepokoił wysoki odsetek osób, które uległy wypadkom, doznały urazów. Dotyczyło to 31,4% mężczyzn i 28,0% kobiet. Niestety, badania te dotyczyły tylko populacji osób dorosłych.

W Raporcie (CUP) z 1991 r. w części omawiającej wyniki umieralności w następstwie wypadków i zatrucí jednoznacznie udokumentowany został wyższy wzrost umieralności z tej przyczyny na wsi (wzrost o 8,9%) niż w mieście (5,7%). Rządowa Komisja Ludnościowa jednoznacznie stwierdziła, że: „Różnice te z każdym rokiem pogłębiają się na niekorzyść wsi. Natężenie umieralności mężczyzn z powodu wypadków jest prawie czterokrotnie wyższe (126 zgonów na 100 tys. ludności) niż kobiet (34 zgony) w 1990 r. w porównaniu z 1989 r.” (Raport s. 128–129).

Według Raportu (s. 129): „Standaryzowane współczynniki umieralności spowodowanej wypadkami i zatruciami za lata 1988–1990 wskazują, że najwyższy poziom umieralności z tej przyczyny występował: w województwach: jeleniogórskim (99 zgonów na 100 ludności), legnickim (91 zgonów), wałbrzyskim i skierniewickim (po 89 zgonów), suwalskim (88 zgonów).

Informacja o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w województwie legnickim za lata 1985–1994 przedstawiona została w materiałach pt. „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat w województwie legnickim”, opracowanych w 1997 r. przez Wojewódzki Ośrodek Ekonomiki i Informatyki w Legnicy. Nie uwzględniają one wyodrębnienia przyczyn hospitalizacji i zgonów dzieci i młodzieży w zależności od miejsca zamieszkania: wieś – miasto, jak również podania liczby osób, które leczyły się poza woj. legnickim. Jednakże przytoczone dane wskazują na pewne zjawiska, które powinny znaleźć się w sferze działań edukacyjnych, profilaktycznych lekarza rodzinnego.

Urazy i zatrucia były drugą po chorobach układu oddechowego (26%) przyczyną hospitalizacji dzieci i młodzieży (17% hospitalizowanych). Średni roczny współczynnik hospitalizacji dzieci i młodzieży na 100 tys. osób przewyższał tenże wskaźnik w kraju o 255. Liczba hospitalizowanych w wieku 1–19 lat zmieniała się w czasie. Miała tendencję malejącą. W 1984 r. woj. legnickie pod tym względem było na pierwszym miejscu w kraju, w 1991 r. na pozycji jedenastej. Ostatnie dziesięciolecie XX wieku przyniosło w woj. legnickim wyraźny spadek wypadków przy pracy rolniczej w porównaniu z latami 1984–1991.

Wypadki i urazy są główną przyczyną zgonów wśród młodych do 19 roku życia (57% wszystkich zgonów). Wskaźnik ten w województwie wynosił – 26,7 i był wyższy niż w kraju – 23,3. Obniżył się ze 105 w 1985 r. do 88 zgonów w 1994 r.

Pełniejszą informację o wypadkach dzieci przy pracy rolniczej na obszarze działania OR Legnica

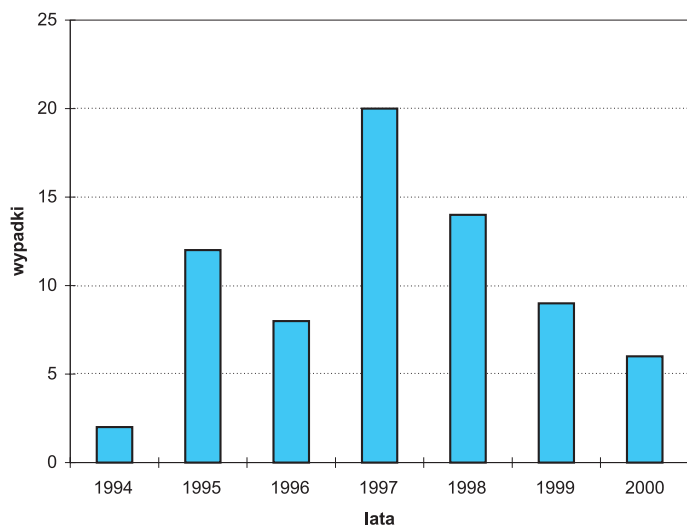
podaje publikacja z marca 2001 r. przygotowana przez Biuro Prewencji i Rehabilitacji KRUS pt.: „Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2000 roku”. Porównanie danych pochodzących z poprzednio cytowanych publikacji jest utrudnione ze względu na to, że odnoszą się one do populacji 1–19 lat, a statystyka KRUS do dzieci w wieku 1–15 lat. Analiza KRUS obejmuje wypadki z lat 1993–2000, tj. lat funkcjonowania tej instytucji.

Lekarz pracujący z rodzinami ze środowiska wiejskiego nie może pozostać obojętny wobec informacji, że mimo pojawienia się tendencji spadkowej wypadków przy pracy rolniczej jest ich ciągle bardzo dużo. W 2000 r. zarejestrowano ich 49 288 w kraju, na terenie obsługiwanym przez KRUS Legnica – 443, w województwie dolnośląskim – 1760. O ile w statystyce wypadków wśród dorosłych zaznacza się tendencja malejąca, o tyle w przypadku wypadków wśród dzieci do lat 15 notuje się ich wzrost na terenie kraju, niewielki spadek w byłym woj. legnickim.

W Polsce zgłoszono łącznie do KRUS następującą liczbę wypadków dorosłych i dzieci: w 1993 r. – 65 636 (Legnica – 530), w 1994 r. – 62 600 (561), w 1995 r. – 57 041 (605), w 1996 r. – 57 066 (631), w 1997 r. – 60 293 (640), w 1998 r. – 54 999 (526), w 1999 r. – 51 247 (522), w 2000 r. – 49 288 (443). W 2000 r. w porównaniu z 1993 r. było o 33,8% wypadków mniej. Ich liczba jest terytorialnie zróżnicowana, w 31 oddziałach KRUS zmalała, w 18 nastąpiło zwiększenie (ryc. 1).

Na terenie województwa dolnośląskiego liczba zdarzeń uznanych za wypadki przy pracy rolniczej w 1999 r. wyniosła 1891 (OR Jelenia Góra – 202, OR Legnica – 522, OR Wałbrzych – 456, OR Wrocław – 590), w 2000 r. – 1960 (OR Jelenia Góra – 205, wzrost w stosunku do 1999 r. o 1,5%, OR Legnica – 443, spadek 2000/1999 r. o 15,1%, OR Wałbrzych – 416, 2000/1999 r. spadek o 8,8%, OR Wrocław – 559, spadek o 5,3% do roku 1999). W liczbie zgłoszonych wypadków w województwie dolnośląskim uznanych za wypadki przy pracy znalazły się wypadki dzieci do lat 15. W 1999 r. było ich 31, w 2000 r. – 27, łącznie w 16 województwach w kraju w 1999 r. – 1257, w roku 2000 – 1397. W województwie dolnośląskim nastąpił więc spadek, ale w kraju liczba wypadków wśród dzieci wzrosła o około 11,12%. Trzeba zastrzec, że wszystkie te dane odnoszą się do wypadków osób ubezpieczonych w KRUS, składających tam wnioski o odszkodowanie. Należy więc przyjąć, że liczba wypadków i urazów wśród ludności wiejskiej mogła być wyższa.

Ocenia się, że wzrost zgłoszeń wypadków dzieci w skali kraju, począwszy od 1995 r. był związany nie tylko ze zwiększeniem ich liczby, ale uświadomieniem prawa do odszkodowania także za dziecko uczestniczące w wypadku przy



Ryc. 1. Liczba wypadków dzieci zgłoszonych jako wypadki przy pracy w rolnictwie w latach 1994–2000 w woj. legnickim

pracy w rolnictwie. To także jedna z korzyści nabytych podczas szkoleń BHP dla rolników. Wśród blisko 1400 zgłoszonych na terenie całego kraju w 2000 r. wypadków przy pracy rolniczej 6 zakończyło się śmiercią dzieci. Nasilenie wypadków dzieci przypada na miesiące od czerwca do października. Wykonują one często w gospodarstwie nie tylko proste czynności, ale prace bardzo niebezpieczne, np. czuwanie nad pracą siewników zbożowych i sadzarek do ziemniaków, cięcie drewna na pilarkach tarczowych, pracę na wysokości i przy zwierzętach. Pomagają też przy doczepianiu maszyn i narzędzi do traktora. W 2000 r. na terenie kraju 285 wypadków z udziałem dzieci (47% ogółu zdarzeń) stanowiły upadki na powierzchni, 21% miało miejsce przy pracy ze zwierzętami. Upadki z wysokości zajmowały trzecie miejsce na tej niepożądanym liście (15%), a zdarzające się przy pracy z maszynami – czwarte (9%), inne – 8%. Można tu dostrzec zbieżność przyczyn wypadków u dorosłych i dzieci.

Do najczęstszych przyczyn wypadków z udziałem ludzi dorosłych zalicza się upadki osób. W 2000 r. na 49 288 wypadków na terenie kraju 15 944 było spowodowanych upadkiem osób, wcześniej w 1990 r. wystąpiło ich znacznie więcej, bo aż 27 434. Pochwycenie i uderzenie przez części ruchome maszyn i urządzeń stanowi drugą przyczynę niebezpiecznych wypadków (w 2000 r. – 4024, w 1990 r. – 8619), kolejne to: uderzenie, przygniecenie, pogryzienie przez zwierzęta (w 2000 r. – 3586, w 1990 r. – 6672), zetknięcie się z ostrymi narzędziami ręcznymi bądź przedmiotami (w 2000 r. – 1976), upadek przedmiotów (w 2000 r. – 1912, w 1990 r. – 4622). W roku 2000 zdarzyło się 216 wypadków śmiertelnych (w 1990 r. – 399), najczęściej z powodu przejechania, uderzenia, pochwycenia przez środek transportu w ruchu.

Część wypadków dzieci nie została przez OR Legnica uznana jako wypadki przy pracy – w su-

mie 22,7%. Wypadki nie miały związku z wykonywaną pracą, a okoliczności były podobne do tych, które zdarzają się dzieciom niezależnie od miejsca zamieszkania, np. nieszczęśliwy zeskok ze stojącego ciągnika, nieuważna jazda rowerem dla zabawy, włożenie przez dziecko ręki do wrzátka podczas gotowania przez matkę posiłku, potrącenie na drodze podczas zabawy. Najdramatyczniejszym wypadkiem nie związanym z pracą był uraz i rozerwanie krocza u dziewczynki, która przechodziła przez płot.

Z danych przekazanych przez legnicki Oddział PZU wynika, że liczba wypadków wśród dzieci i młodzieży szkolnej pochodzącej ze wsi i z miasta w stosunku do ubezpieczonych wynosi szacunkowo w poszczególnych latach, począwszy od roku 1996 od około 7,6 do 10,58%. Trzeba jednakże dodać, że instytucja ubezpieczająca liczbę ubezpieczonych podaje w latach szkolnych, a wypadków w latach kalendarzowych. W liczbach bezwzględnych najwięcej wypadków zaistniało w 1996 r., najmniej w 1999 r. – 1937. Najwięcej było przyznanych odszkodowań dla osób z trwałym inwalidztwem do 3% – 1395 w 1999 r. i 1906 – w 2000 r. Drugą pozycję zajmowały odszkodowania dla dzieci z trwałym inwalidztwem do 6% – 427 przypadków w 1999 r. oraz 469 w 2000 r. Znacznie mniej było osób z trwałym uszczerbkiem zdrowia przekraczającym 19%. Wśród grupy ubezpieczonych uczniów zanotowano też wypadki śmierci, w 1999 r. – 9, w 2000 r. – 17 (dane dotyczące śmierci z powodu zawału lub wylewu odnoszą się do osób dorosłych pracujących w szkołach i tam ubezpieczonych). Udostępnione materiały nie zawierały informacji dotyczących przyczyn i okoliczności wypadku, rozróżnienia wieku i płci poszkodowanych. Z rozmów z pracownikami PZU wynikało, iż ta ubezpieczająca instytucja nie prowadzi systematycznych działań zapobiegających wypadkom.

Natomiast w KRUS na 71 zgłoszonych wniosków uznano 55 zdarzeń za wypadki dzieci przy pracy rolniczej, w tym jedno spowodowane rażącym naruszeniem zasad bezpieczeństwa pracy (T/R), dopuszczeniem, by dziecko mogło włożyć rękę w tryby pracującej sieczkarni. Podobnie jak wśród dorosłych, tak w wypadkach z udziałem dzieci na terenie województwa najwięcej zdarzeń związanych było z upadkiem na śliskiej, nierównej powierzchni – 15. Po 8 spowodowało wkręcenie kończyn w tryby maszyn oraz nie przewidziana reakcja zwierząt gospodarskich (kopnięcie, nadeptanie, pogryzienie, upadki dzieci związane z nagłym zerwaniem się zwierząt z łańcucha). Wkręcenia w tryby maszyn miały miejsce podczas prac polowych (np. wkręcenie prawej ręki w wałek prasy, pochwylenie przez łańcuch sadzarki ręki chłopca nieprawidłowo stojącego na podeście, wskakiwanie na podest pracującego siewnika, zbyt bliskie podchodzenie do pracującej kosiarki) oraz w budynkach gospodarczych (praca przy sieczkarni). Urazy powodowały także wybuchy: granatu podobnego do bolca znalezionego podczas zbierania ziemniaków, palącej się ropy gaszonej wodą, zbiornika z układu chłodzenia kombajnu po odkręceniu zaworu. Jako niebezpieczna jawi się pomoc dzieci przy zaczepianiu do ciągnika maszyn, co grozi najechaniem ciągnika, urazem kończyn spowodowanym zsunieniem się zaczepu lub całej maszyny ze stojaka. Jeden zgon dziecka nastąpił po otwarciu przez nie bramy ojcu nadjeżdżającemu traktorem z 2 tonami zboża na przyczepie. W niewyjaśnionych okolicznościach dziecko nagle znalazło się pod kołami przyczepy i doznając urazu głowy zmarło na miejscu.

Przyczyny i okoliczności wypadków z udziałem dzieci na obszarze działania OR Legnica przedstawiają tabele i wykresy.

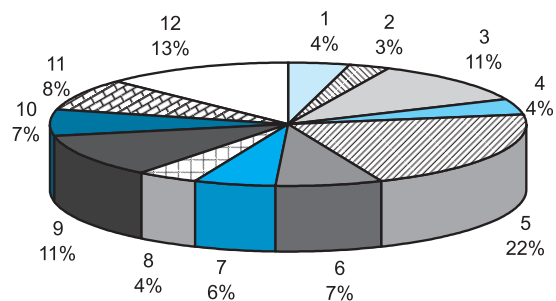
Tabela 1		
Lp.	Zdarzenie	Liczba
1.	wybuchy	3
2.	urazy przy zeskoku z ciągnika	2
3.	wkręcenie kończyn w tryby maszyn	8
4.	urazy przy przechodzeniu z przyczepy na zaczep	3
5.	urazy spowodowane śliską lub nierówną nawierzchnią	15
6.	upadki z roweru	5
7.	wypadki przy pracy z piłą tarczową	4
8.	upadki z wysokości	3
9.	urazy spowodowane przez zwierzęta	8
10.	urazy przy zaczepianiu maszyn i ciągnika	5
11.	wypadki drogowe	6
12.	inne	9
Suma		71

Do okoliczności sprzyjających powstawaniu wypadków niewątpliwie zaliczyć trzeba m.in.:

- niezajomość lub lekceważenie zagrożeń, przecenianie własnych sił, nieliczenie się z dolegliwościami, pracę ponad możliwości fizyczne;
- korzystanie z pomocy dzieci i osób w podobnym wieku przy wykonywaniu prac, czasem nawet niebezpiecznych;
- grząskość podwórzy, brak zabezpieczenia otworów ściennych i rzutowych, bałagan w obejściu i miejscu pracy;
- brak osłon przy maszynach lub uszkodzone maszyny i urządzenia;
- źle zaprojektowane pomieszczenia dla zwierząt, wypas na uwięzi, nieumiejętność rozpoznania bądź opanowania agresji lub nietypowych zachowań zwierząt w trudnych sytuacjach;
- upadek źle położonych przedmiotów, narzędzi, transportowanych materiałów, niewłaściwie sprzęganych dyszli lub maszyn;
- stosowanie niewłaściwego obuwia.

Ze względów społecznych, finansowych, a przede wszystkim z uwagi na zdrowie człowieka powinny być prowadzone przez różne środowiska działania prewencyjne. Dane zawarte na rycinach ilustrujące wypadki zgłoszone i uznane przy pracy w rolnictwie powinny być dostateczną przestrożą. Uwzględniając one wiek dziecka. Dlatego wyraźnie dostrzec można wzrost wypadków u dzieci w wieku między 10 a 15 rokiem życia, gdy rodzice powierzają im prace trudne, wymagające siły, sprawności i wiedzy. Działania prewencyjne zatem powinny być nie tylko zintensyfikowane, ale adresowane i do rodziców, i do dzieci. Tej sprawy nie można tylko wiązać instytucjonalnie z ubezpieczycielami czy Ośrodkami Doradztwa Rolniczego, swoją funkcję do spełnienia ma szkoła samorządowa, a także służby medyczne.

Te i inne okoliczności wypadków stały się nie tylko przedmiotem analiz, ale systematycznie prowadzonych szkoleń rolników, sołtysów. Przyniosły już pewne rezultaty w postaci zmniejszenia się liczby wypadków w ostatnim dziesięciole-



Ryc. 2. Przyczyny i okoliczności urazów powypadkowych dzieci (patrz tab. 1)

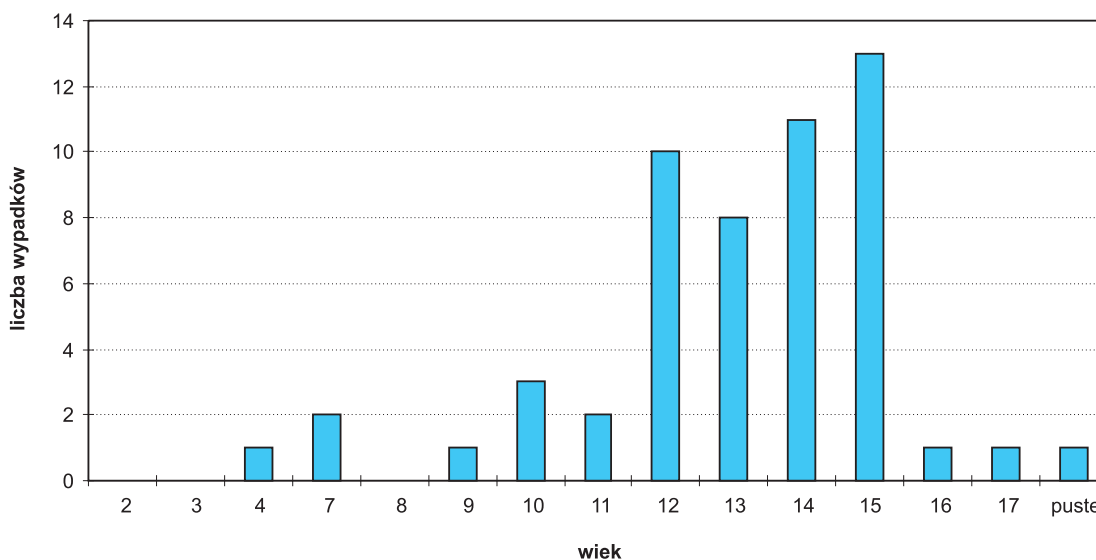
ciu XX wieku. Ponieważ jednak liczba wypadków dzieci i młodzieży utrzymuje się na wysokim poziomie, została poszerzona działalność prewencyjna. W coraz większym zakresie wykorzystuje się media w przedsięwzięciach edukacyjnych. Od tego obowiązku nie powinien uchylać się także lekarz mający kontakt z rodziną, a często w wyniku wizyt domowych orientujący się dobrze w ich sytuacji. Rozmowa o bezpieczeństwie pracy bywa tu wsparta autorytetem leczącego. Przytoczone w tabelach i wykresach dane pokazują na jeszcze inne zbieżności. Podobnie jak w przypadku ludzi dorosłych zdecydowana większość poszkodowanych w wypadkach to mężczyźni, ponadto wypadków zdecydowanie więcej jest w gminach, gdzie dochody mieszkańców i samorządów są zdecydowanie niższe. Jeśli zestawimy informację o miejscowościach, w których częściej niż w innych dochodziło do wypadku z rejonami wysokiego bezrobocia i niskich dochodów, obszary te pokryją się. Znajdą się tu gminy z powiatu jaworskiego, który w województwie dolnośląskim zajmuje czwarte miejsce od końca pod względem dochodów, złotoryjskiego mającego – szóste i legnickiego (ziemski) – ósme (wg danych z 1999 r.). Są to jednocześnie obszary w byłym województwie legnickim przeznaczone do intensywnej gospodarki rolnej.

Gdy przyjrzymy się uszczerbkowi zdrowia dzieci wskutek wypadków przy pracy, dostrzeżemy, że poza wypadkiem śmiertelnym wskutek przejechania, największy procent uszczerbku zdrowia przyniosła grupa wypadków związanych z pochwytem i uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń. Na 10 poszkodowanych tylko 2 osoby miały uszczerbek zdrowia rządu 2–3%, cztery już od 8 do 15%, a kolejne trzy od 20 do 32%. Grupy zdarzeń takich, jak: upadek

osób, uderzenie, przygniecenie, pogryzienie przez zwierzęta wywołały uszczerbek zdrowia od 1 do 7–8%. Jeśli chodzi o rodzaj urazów, to najliczniejsze były uszkodzenia ręki – 2, następnie złamania kości promieniowej w miejscu typowym – 8. Odnotowano po 7 urazów stopy i stawu skokowego oraz urazów mnogich, w 5 przypadkach amputację palców; rozpoznano po 3 urazy kolana, złamania obojczyka, oparzenia. Pozostałe to pojedyncze urazy różnych części ciała.

Geografia wypadków w gminach byłego województwa legnickiego i informacje podane przez Biuro Prewencji i Rehabilitacji KRUS („Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2000 r.”, Warszawa, marzec 2000 r.) potwierdzają tezę o nasilającym się wpływie sytuacji ekonomicznej gospodarstw na warunki pracy, a głównie braku odnawiania coraz starszego i coraz bardziej wyeksploatowanego parku maszynowego. „Rolnicy wracają do wykonywania maszyn i innych urządzeń we własnym zakresie, często z elementów odzyskanych ze złomu” (s. 16). Część rolników nie wierzy w przezwyciężenie trudności ekonomicznych, nie podejmuje działań umożliwiających wyjście z kryzysu, jak też w usunięcie zaniedbań w gospodarstwie. Częstokroć nie chcą brać udziału w szkoleniach i pokazach obsługi urządzeń mogących poprawić bezpieczeństwo pracy.

Poczucie dyskomfortu psychiczno-społecznego w wielu środowiskach zostało wywołane nie rozwiązaniem dotychczas problemami dotyczącymi wsi. Transformacja ustrojowa, choć konieczna, spowodowała w silnie zdominowanym przez państwowe gospodarstwa rolne województwie wielkie problemy związane z bezrobociem na wsi – jawnym i ukrytym. Na przykład. wg danych



Ryc. 3. Wypadki uznane przy pracy w rolnictwie z uwzględnieniem wieku dziecka

zebranych przez WUP i Sejmik Samorządowy Województwa Legnickiego w 1994 r. w wielu rejonach bezrobocie agrarne wynosiło od 20 do blisko 63%. Największe szacowano w rejonie złotoryjskim (miasto i gmina Złotoryja, Pielgrzymka, Zagrodno, Warta Bolesławiecka), sięgało ono 63%. Wysokie też było w rejonie chojnowskim (miasto i gmina Chojnów, Gromadka) – z ok. 47% udziałem oraz w rejonie jaworskim – z 42,2%. Wystarczy tylko przytoczyć liczby ilustrujące to zjawisko. W 1994 r. na podstawie umowy o pracę zatrudnionych było w Legnickiem w rolnictwie i leśnictwie 6060 osób, w 1995 r. – 3954, w 1996 r. – 2990.

Z braku spójnej, konsekwentnej i wspieranej organizacyjnie i finansowo polityki rolnej postulowanej zarówno przez środowiska chłopskie, samorząd terytorialny, później Izbę Rolniczą nie rozwiązano w pełni trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej na obszarach wiejskich, zwłaszcza:

- postulowanej koniecznej głębokiej restrukturyzacji bazy ekonomicznej rolnictwa, powiększenia gospodarstw rodzinnych, rozwoju gospodarstw specjalistycznych, zagospodarowania obiektów po byłych gospodarstwach państwowych (m. i w. Ścinawa, gm. m. i w. Lubin, w. Polkowice, gm. wiejskie Kotla, Kunice, Rudna, Ruja);
- niezbędnych systemowych zachęt dla produkcji żywności (zdrowej) na obszarach, w których dominuje i powinna dominować gospodarka rolna (m. i gm. Złotoryja, gm. wiejskie Krotoszyce, Legnickie Pole, Męcinka, Mściwojów, Paszowice, Pielgrzymka, Udanin, Warta Bolesławiecka, Wądroże Wielkie, Zagrodno). Ogromnym problemem staje się zabezpieczenie podstaw egzystencjalnych rodzinom i odnawianie gospodarstw, gdy dochód długotrwale spada, a rozdział między dochodami rolników i pozostałymi pracownikami stale powiększa się, w 1993 r. był on niższy niż w mieście o 20%, w 1997 r. już o 40%. Obecnie spadek jest wolniejszy, nie został jednak wyeliminowany. Potrzebne tu jest o wiele szersze zastosowanie instrumentów polityki rolnej.

Odrodzone w 1990 r. samorządy terytorialne wiele uczyniły dla rozbudowy infrastruktury technicznej i społecznej na wsi ułatwiającej życie mieszkańcom. Wskutek przyjętej polityki wyrównywania szans między obszarami wiejskimi i miejskimi przez Sejmik Samorządowy Województwa Legnickiego i kolejnych wojewodów legnickich poprzez system kredytowania, pożyczek i dotacji udzielanych z istniejących w województwie funduszy inwestycyjnych w gminach wiejskich osiągnęły poziom inwestowania w miastach już w 1993 r.

Gminy legnickie pod tym względem zajmowały trzecie miejsce w kraju. W pierwszej kolejności zakładano wodociągi w związku z brakiem wody w wielu wsiach z powodu działalności

przemysłowej, a zwłaszcza górnictwa rud miedzi. Budowano kanalizację sanitarną. Wiele wsi zostało podłączonych do gazociągu. Połączono wspólnym systemem informatycznym wszystkie jednostki administracji publicznej, samorządowej i rządowej, rozwiązano sprawę połączeń telefonicznych przez zakładanie sieci, budowano sale gimnastyczne i szkoły. Zanim weszła w życie reforma służby zdrowia, ponad połowa legnickich gmin prowadziła jako zadanie powierzone podstawową opiekę zdrowotną, a w przypadku Chojnowa także szpital. Przy współpracy z samorządami uruchomiono pierwsze praktyki lekarza rodzinnego w Udaninie i Zagrodnie. Wiele tu zależało od gospodarności samorządu, a także poziomu finansowania gmin przez państwo.

Biuro Prewencji i Rehabilitacji KRUS oprócz informacji o chorobach zawodowych rolników i wypadkach przy pracy wśród dorosłych i dzieci podało także analizę skuteczności różnych form działań prewencyjnych. Wartościowe może okazać się porozumienie szefów instytucji i organizacji rolniczych w sprawie współpracy na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w rolnictwie zawarte 6 marca 2001 r. Zainteresowanie powyższymi problemami okazały uczelnie i Rada Ochrony Pracy. Propozycje dotyczące: „Bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w małych gospodarstwach rolnych” przedstawiła Sekcja Rolna ISSA. Każdy zainteresowany tą problematyką może uzyskać informację w Internecie.

Dotychczasowe działania prewencyjne prowadzone w ostatnim dziesięcioleciu przyniosły pewne rezultaty. Liczba wypadków w rolnictwie zmniejszyła się, zwłaszcza gdy chodzi o populację ludzi dorosłych. Niestety, znaczącego sukcesu nie odnotowano przy zapobieganiu wypadkom dzieci. Uniknięcie wypadku ma swój walor humanitarny w wymiarze osobistym, rodzinnym, ale też społecznym i finansowym. Zaoszczędza nie tylko bólu, konsekwencji uczuciowych i materialnych w rodzinie, ale też społecznych. Tylko statystyczne zmniejszenie wypadków o 3% w 2000 r. w porównaniu z 1999 r., w tym o 41 wypadków śmiertelnych, pozwoliło zmniejszyć wydatki Funduszu Składkowego KRUS o około 550 tys. zł. Nie policzono tutaj nakładów finansowych służby zdrowia, innych instytucji państwowych, a zwłaszcza uszczerbku zdrowia samego poszkodowanego, stresu rodziny i jej wydatków.

Według informacji KRUS, dotychczas starano się wpływać na ograniczenie liczby upadków przez poprawę stanu „podwórzy, drabin, schodów, otworów technologicznych, stosowanie właściwego obuwia roboczego, zabezpieczenie osób podczas transportu i przeciwdziałanie pochyceniom przez ruchome części maszyn, ze szczególnym akcentem na poprawę bezpieczeństwa przy pozyskiwaniu i gospodarczej obróbce

drewna, użytkowanie wałów przegubowo-tele-skopowych oraz przestrzeganie przed manipulowaniem przy maszynach w ruchu". Efekty przynosiła promocja środków technicznych zwiększających bezpieczeństwo pracy w gospodarstwach, m.in. promowanego zakupu osłon czy wspieranego z funduszy Kasy zakupu okularów ochronnych i maseczek przeciwpyłowych. Ze względu na niezdolność finansową wielu gospodarstw do inwestowania, przez to pogarszania się stanu maszyn i urządzeń potrzebne jest szerokie wsparcie finansowe programu. Nadzieją mogą tu być zawierane porozumienia na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w rolnictwie.

Koncentracja przedsięwzięć przeciwdziałających zagrożeniom przy pracy w rolnictwie nie jest jeszcze powszechna. Niektóre z nich, np. upowszechnianie szkoleń o bezpieczeństwie pracy, publikacjach temu zagadnieniu poświęconych, konkursów, demonstracji sprzętu i kiermaszy, a przede wszystkim rozmowy z rolnikami oraz zajęcia z dziećmi na ten temat są możliwe do przeprowadzenia w gabinecie lekarza rodzinnego bez większych nakładów finansowych czy czasu.

Wnioski

Przeprowadzone badania wskazują, że:

1. Wypadki przy pracy rolniczej z udziałem dzieci w skali kraju niepokojąco rosną w porównaniu z wypadkami przy pracy u dorosłych.
2. Najczęstszymi przyczynami urazów w gospodarstwie rolnym są urazy spowodowane upadkiem na śliskiej i nierównej nawierzchni (uznane lub nie uznane jako wypadki przy pracy) oraz następstwa wkręcenia kończyn w tryby pracujących maszyn wskutek nieostrożności, braku doświadczenia, nieprawidłowej obsługi, źle zabezpieczonych elemen-

tów roboczych. Równorzędnie w liczbie urazów z wkręczeniami kończyn w tryby występują rany zadane przez spłoszone lub agresywne zwierzęta.

3. Częściej ulegają wypadkom dzieci w wieku od 10 do 15 roku życia (dominują chłopcy – 77,4%, dziewczynki stanowią 22,3% wszystkich dzieci). Urazy uznane za wypadki przy pracy wystąpiły u chłopców w wieku od 2 do 16 roku życia (średnio jest to chłopiec 12,5-letni), u dziewczynek w wieku 7–17 roku życia (średnio 13,15 lat). Urazy nie uznane za wypadki przy pracy wystąpiły u chłopców w wieku od 3 do 15 roku życia (średnio 10,3 lata), u 2 dziewczynek w wieku 4 i 15 lat. Ogółem wypadki uznane wystąpiły u dzieci od 2 do 17 roku życia (średnio 12,7 lat), a wypadki nie uznane dotyczyły dzieci od 3 do 15 roku życia (średnio 10,2 lat).
4. U dzieci podczas pracy najczęściej dochodzi do urazów ręki i nadgarstka, w następnej kolejności do złamań typowych kości promieniowej, urazów mnogich oraz urazów stopy i stawu skokowego.
5. Wypadki przy pracy rolniczej z udziałem dzieci są liczniejsze w uboższych gospodarstwach rejonach byłego województwa legnickiego.
6. W przeciwieństwie do KRUS – PZU nie prowadzi analiz systemowych wypadków u dzieci ani pełniejszych działań prewencyjnych, co mogłoby przynieść zmniejszenie uszczerbku zdrowia, korzyści społeczne, a samej instytucji oszczędności finansowe. Uzyskane dane dotyczą nie tylko dzieci ubezpieczonych w szkołach, ale także nielicznej grupy dorosłych tam pracujących.
7. Ze względów humanitarnych, ale też finansowych nie powinno być obce lekarzowi rodzinnemu wspieranie działalności prewencyjnej wśród dzieci i dorosłych oraz jej promocja w gabinecie lekarskim i otoczeniu.

Piśmiennictwo

1. *Stan zdrowia ludności wiejskiej*. Aneks II do Raportu z 1991 r. Rządowej Komisji Ludnościowej na temat: „Sytuacja demograficzna Polski”, Warszawa 1991.
2. *Analiza stanu zdrowotności województwa legnickiego w oparciu o dostępne wskaźniki statystyczne*. Legnica, luty 1992.
3. *Ochrona zdrowia i opieka społeczna w latach 1990–1993*. WUS, Legnica, grudzień 1994.
4. *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat w województwie legnickim*. Wojewódzki Ośrodek Organizacji Ekonomiki i Informatyki w Ochronie Zdrowia, Legnica 1997.
5. *Polityka restrukturyzacji bazy ekonomicznej województwa legnickiego na lata 1994–2003*. Raport Końcowy, Legnica, grudzień 1994.
6. *Strategia rozwoju województwa legnickiego*. Legnica 1998.
7. *Wyniki spisu rolniczego*. Legnica 1992.
8. *Powszechny spis rolny 1996*. Legnica, lipiec 1997.
9. *Analiza modelowa możliwości rozwoju gospodarstw rolniczych w województwie legnickim w warunkach cenowych z 14 października 1997 roku*. Raport nr 3. Oprac. Anna Kulis, Piotrowice, listopad 1997.
10. *Budżety gmin dolnośląskich 1991–1996*. Wrocław, październik 1996.

11. *Samorząd terytorialny. I kadencja 1990–1994*. Sejmik Samorządowy Województwa Legnickiego, Legnica 1994.
12. *Samorząd terytorialny. II kadencja. 1994–1998*. Sejmik Samorządowy Województwa Legnickiego, Legnica 1998.
13. *Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2000 roku. Kasa Rolniczego Ubezpieczonego*. Biuro Prewencji i Rehabilitacji, Warszawa, marzec 2001.

Adres Autora:

Artur Zięba

ul. Żeromskiego 17a/7

Legnica tel. (076) 862 95 74; 0604 42 77 90

Rzetelność i trafność czynnikowa polskiej wersji skali „Family Environment Scale”

Reliability and validity of the Polish version of the Family Environment Scale

MARZENA DROZD, MARZENNA ZAKRZEWSKA*, BEATA KARAKIEWICZ

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Koziół

* Z Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

Streszczenie Praca niniejsza miała na celu zaadaptowanie do warunków polskich amerykańskiego testu Family Environment Scale (FES). Jest on znanym narzędziem, za pomocą którego można scharakteryzować środowisko badanych rodzin. Tekst oryginalny został przetłumaczony na język polski przez trzech niezależnych tłumaczy. Wykonano również tłumaczenie odwrotne. Zbadano 104 osoby w ramach 52 zdrowych rodzin, 52 kobiety i 52 mężczyzn. Do obliczenia rzetelności skal testu zastosowano wzór 20 Kudera-Richardsona, a trafność skali badano za pomocą eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej. Mimo starannych zabiegów adaptacyjnych nie udało się osiągnąć dla wszystkich skal współczynników rzetelności, które mogłyby zostać zaakceptowane. Podjęto więc próbę utworzenia nowego modelu testu, eliminując niektóre pozycje i włączając do innych podskal pozycje, które wysoko korelowały z wynikiem ogólnym oraz pasowały do nich treściowo. Dla nowego modelu testu uzyskano współczynniki rzetelności, które mogą być zaakceptowane. Nie powiodła się też próba dopasowania modelu zaproponowanego przez autora za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Potwierdzono to również w badaniach innych autorów. Nie udało się także stworzyć takiego samego modelu testu dla obu płci. Na podstawie eksploracyjnych analiz czynnikowych utworzono nowe, oddzielne dla każdej płci modele czynnikowe. Modele te nie zawierają nieprawidłowych parametrów psychometrycznych. Owe niedopasowanie polskiej wersji skali FES do oryginału może się też wiązać z kulturowymi różnicami oraz niższym standardem życia społeczeństwa polskiego w porównaniu z amerykańskim.

Słowa kluczowe: rodzina, relacje rodzinne, Family Environment Scale.

Summary The purpose of the above work was adopting of the American test Family Environment Scale (FES) to Polish conditions. This test is a famous device to characterize the environment of investigated families. The original text has been translated into Polish by three independent translators. The back translation was also performed. There have been investigated 104 people within healthy families: 52 women and 52 men. To estimate the reliability of the tests scales was used the pattern KR 20, and the validity of the scale was investigated using explorative and confirmative factor analysis. Despite careful procedures of adaptation, the acceptable factors of reliability for all scales were not achieved. An attempt to create a new model of the test was taken up, eliminating some items and including to other subscales the items which highly correlated with the general result and suited them essentially. For the new model of the test were achieved the possible to accept reliability factors. The trial to suit the model suggested by the author performed using the confirmative factor analysis was not successful, either. It has been confirmed in the research of other authors. The attempt to create the same model of the test for both sexes also did not succeed. The model for men differs very little from the one suggested by the authors of the original version, the model for women differs from it more essentially. On the basis of explorative factor analysis there were created new, separate for each sex factor models. These models do not contain incorrect psychometric parameters. The fact, that the Polish version of FES scale does not fit the original one can be connected with the cultural differences between the Polish and American society and the lower standard of living of the first one.

Key words: family, family relations, Family Environment Scale.

Wstęp

Rozwój medycyny rodzinnej w naszym kraju w ostatnich latach spowodował potrzebę badania wpływu systemu rodzinnego na zdrowie i funkcjonowanie jego członków. Aby zbadać potrzeby spo-

łeczne i zdrowotne ludzi z różnych środowisk, potrzebne są rzetelne i trafne narzędzia badawcze. Z powodu odmiennej tradycji kulturowej, innego stylu życia ludzi w różnych krajach, specyficznego języka, systemu szkolnictwa, religii, tradycji kulturowej czy też systemu politycznego, oprócz przekładu

z języka oryginału na język polski, niezbędny staje się zabieg adaptacji kulturowej narzędzi, które zostały utworzone w innym kraju. Polega on na zachowaniu precyzyjnych zamierzeń badawczych oraz krytycznej ocenie psychometrycznych właściwości narzędzi takich, jak trafność i rzetelność. Rzetelność najbardziej ogólnie określa dokładność, z jaką dany test mierzy to, co mierzy. Trafność dotyczy stopnia, w jakim test mierzy to, co zamierzano, aby mierzył. Podstawowym warunkiem, bez którego nie można mówić o dobrej trafności testu, jest, aby on był narzędziem rzetelnym [1].

Family Environment Scale (FES)

Skala Środowiska Rodzinnego (Family Environment Scale – FES) jest jednym z narzędzi do badania rodzin. Za pomocą tej metody można scharakteryzować środowisko badanych rodzin oraz uwarunkowania społeczne, w jakich przyszło im żyć. Skala została stworzona i opublikowana przez R.H. Moos i B.S. Moosa [2,3].

FES jest skalą, która mierzy trzy wymiary życia rodzinnego: relacje interpersonalne w rodzinie (relationship), rozwój osobisty członków rodziny (personal growth) oraz strukturę organizacyjną rodziny (system maintenance). Obszar relacje interpersonalne w rodzinie jest miarą otwartości, zaangażowania, ale też i różnic między członkami rodziny. Rozwój osobisty ocenia związek rodziny z osobowością i rozwojem społecznym jej członków. System organizacji rodziny mierzy stopień bliskości i hierarchię w strukturze rodziny. Trzy wymienione wymiary badane są za pomocą 10 skal. Skale te określają kolejno: stopień spójności rodziny (cohesion CO)¹, stopień otwartości w wyrażaniu uczuć przez jej członków (expressiveness E), natężenie konfliktu w rodzinie (conflict CON), niezależność członków rodziny (independence IND), ich aktywność zawodową (achievement orientation AO), ich orientację intelektualno-kulturalną (intellectual-cultural orientation CO), orientację rekreacyjną członków rodziny (active-recreational orientation ARO), ich orientację moralno-religijną (moral-religions emphasis MRE), stopień organizacji (organization ORG) oraz stopień kontroli w rodzinie (control CEI). Każda skala zbudowana jest z takiej samej liczby twierdzeń, do których zastosowano zero-jedynkowy klucz odpowiedzi (prawda-falsz). Pierwsza wersja FES zawierała 200 pozycji i została stworzona na podstawie wyników badań 1000 osób wywodzących się z 285 różnych kulturowo, zdrowych rodzin. Wnioski z tych analiz zostały następnie wykorzystane do utworzenia nowej, składającej się z 90 pozycji, wersji tego kwestionariusza. Wersja, która została użyta do polskiej adaptacji, to wersja

skrótowa, która zawiera tylko 40 pozycji. Tu każdą skalę tworzą 4 twierdzenia. Wyniki dla kolejnych skal otrzymywane są poprzez zsumowanie liczby diagnostycznych odpowiedzi. Wyniki dla poszczególnych wymiarów FES otrzymywane są natomiast przez sumowanie wyników z poszczególnych skal. Ogólnie rzecz ujmując, wyższe wyniki oznaczają bardziej pozytywne środowisko rodzinne.

Tłumaczenie wersji oryginalnej na język polski

Wykonano trzykrotne tłumaczenie wersji oryginalnej na język polski przez trzech niezależnych tłumaczy, którzy nie byli zaangażowani w proces badawczy. Następnie polski tekst został ponownie przetłumaczony na język angielski. Po porównaniu tych wersji wprowadzono odpowiednie poprawki i ustalono ostateczną polskojęzyczną wersję skali. W miejsce nieprzetłumaczalnych czy też trudno przetłumaczalnych sformułowań oryginału wprowadzono polskie równoważniki językowe (np. Szkołkę Niedzielną zastąpiono słowem Kościół).

Materiał i metody

Badaniami objęto 104 osoby wywodzące się z 52 zdrowych rodzin (52 kobiety i 52 mężczyzn). Średni wiek kobiet wynosił 40,4 lat, średni wiek mężczyzn 44,8. Osoby badane wypełniały kwestionariusz w obecności osoby badającej. Wszystkie osoby badane zostały szczegółowo poinstruowane o tym, jak wypełnić kwestionariusz. Poinformowano je również o pełnej anonimowości badań.

Do obliczenia rzetelności skal testu zastosowano wzór 20 Kudera-Richardsona (KR-20), zaś trafność skali badano za pomocą eksploracyjnej i konfirmacyjnej formy analizy czynnikowej.

Wyniki

Mimo starannego tłumaczenia testu i szczegółowych zabiegów adaptacyjnych współczynniki rzetelności dla niektórych skal z wersji oryginalnej okazały się zbyt niskie dla polskiej wersji FES, by mogły zostać zaakceptowane. W związku z tym podjęto próbę poprawienia homogeniczności testu przez usuwanie niektórych pozycji oraz przez włączanie do kolejnych skal tych pozycji, które wysoko korelowały z wynikiem ogólnym. Dbano jednocześnie o to, by dołączane pozycje treściowo pasowały zarówno do innych pozycji ze skali, jak i do jej koncepcji teoretycznej. Tak

¹ Skrót pochodzi od nazw skal w języku angielskim.

więc sama wysoka korelacja z wynikiem ogólnym przy braku trafności treściowej i teoretycznej dla danej pozycji eliminowała tę pozycję z testu.

W wyniku tych zabiegów w ostatecznej wersji polskiej adaptacji FES kolejne skale składają się nie z czterech, ale z trzech pozycji każda. Dla tak skomponowanych skal otrzymano współczynniki rzetelności, które można ocenić jako niskie lub przeciętne, ale w pełni akceptowalne dla tego typu testów, jeżeli tylko przy interpretacji wyników zostaną uwzględnione wartości błędów standardowych pomiaru. Wartości wskaźników KR-20 dla całej próby mieszczą się w granicach od 0,45 dla skal CO (spójność) i AO (aktywność zawodowa) do 0,61 dla skali ARO (orientacja rekreacyjna) (tab.1). Dla mężczyzn uzyskano współczynniki rzetelności w granicach od 0,40 dla skali CEI (stopień kontroli) do 0,72 dla skali ARO (tab. 2), dla kobiet zaś od 0,40 dla skali AO do 0,61 dla skali IND (niezależność) (tab. 3). Tabele 1, 2 i 3 zawierają średnie i odchylenia standardowe dla wszystkich skal, wartości współczynników rzetelności (r_{tt}), błędy standardowe pomiaru (SEM).

Kolejnym etapem badania dobroci psychometrycznej polskiej adaptacji skali FES była confirmacyjna analiza czynnikowa przeprowadzona w modelu LISREL. Próba dopasowania modelu zaproponowanego przez autora skali nie powiodła się. Model ten produkuje nieprawidłowe wartości parametrów oraz nieistotne statystycznie ładunki czynnikowe (rys. 1). Nic w tym zresztą dziwnego zważywszy na fakt, iż niedopasowanie modelu z wersji oryginalnej potwierdzano także w innych badaniach [4, 5] (rys. 2). Seria eksploracyjnych analiz czynnikowych wykazała, że nie da się zbudować i zatwierdzić tego samego modelu testu i dla kobiet, i dla mężczyzn. Na podstawie wyników tych analiz utworzono więc nowe, oddzielne dla każdej płci modele czynnikowe (rys. 3 i 4), a następnie zatwierdzono je za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Modele te nie zawierają nieprawidłowych parametrów, wszystkie ładunki czynnikowe są w nich istotne statystycznie, a uzyskane w wyniku tej procedury wskaźniki dobroci dopasowania są zadowalające.

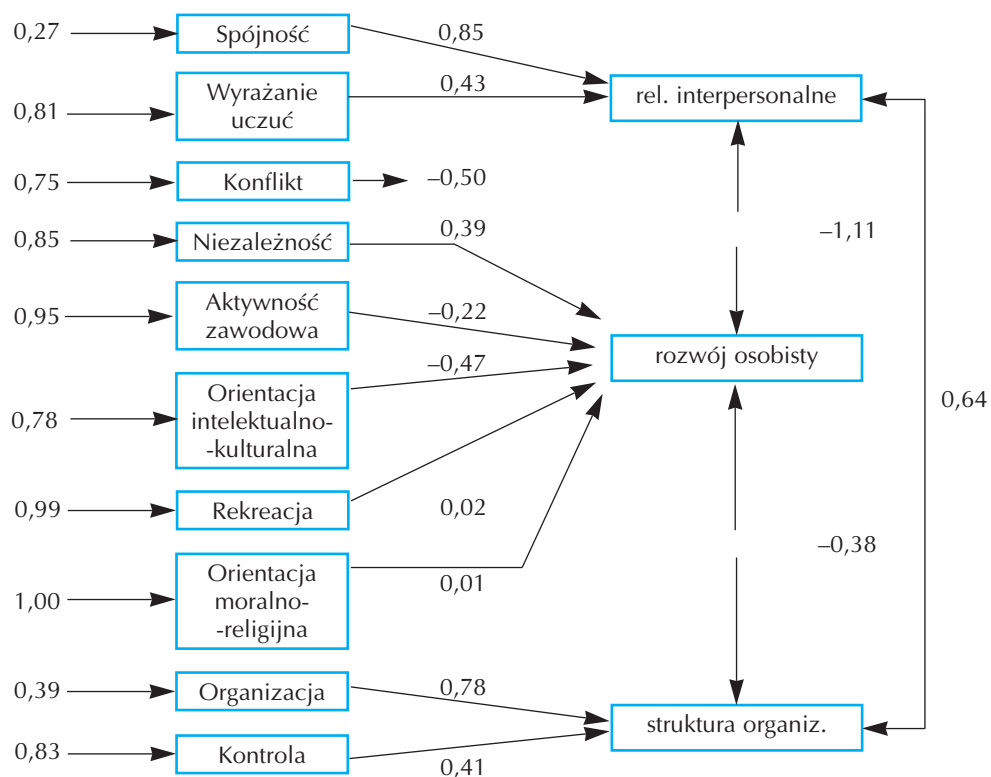
Tabela 1. Wartości współczynników rzetelności dla całej próby

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wskaźnik rzetelności	Standardowy błąd pomiaru
relacje interpersonalne w rodzinie				
CO	2,64	0,73	0,59	0,47
E	2,04	0,97	0,52	0,67
CON	0,75	0,96	0,57	0,63
rozwój osobisty członków rodziny				
IND	1,00	0,95	0,50	0,67
AO	2,04	0,93	0,45	0,69
ICO	2,02	0,87	0,45	0,65
ARO	0,94	1,03	0,61	0,64
MRE	1,31	1,05	0,55	0,70
struktura organizacyjna rodziny				
ORG	2,15	0,92	0,53	0,63
CEI	1,80	1,01	0,49	0,72

Tabela 2. Wartości współczynników rzetelności dla badanych mężczyzn

	Średnia	Odchylenie standardowe	Wskaźnik rzetelności	Standardowy błąd pomiaru
relacje interpersonalne w rodzinie				
CO	2,63	0,75	0,62	0,46
E	1,94	0,95	0,43	0,72
CON	0,78	0,97	0,55	0,65
rozwój osobisty członków rodziny				
IND	0,98	0,91	0,41	0,70
AO	1,98	0,95	0,50	0,67
ICO	1,94	0,90	0,41	0,69
ARO	0,86	1,08	0,72	0,57
MRE	1,33	1,05	0,49	0,74
struktura organizacyjna rodziny				
ORG	2,06	0,97	0,56	0,64
CEI	1,78	0,97	0,40	0,75

Tabela 3. Wartości współczynników rzetelności dla badanych kobiet				
	Średnia	Odczylenie standardowe	Wskaźnik rzetelności	Standardowy błąd pomiaru
relacje interpersonalne w rodzinie				
CO	2,65	0,72	0,57	0,47
E	2,14	1,00	0,60	0,63
CON	0,73	0,96	0,59	0,61
rozwój osobisty członków rodziny				
IND	1,02	1,01	0,61	0,63
AO	2,06	0,79	0,40	0,61
ICO	2,14	0,92	0,47	0,67
ARO	1,02	0,99	0,49	0,71
MRE	1,29	1,08	0,60	0,68
struktura organizacyjna rodziny				
ORG	2,24	0,86	0,47	0,63
CEI	1,82	1,05	0,58	0,68



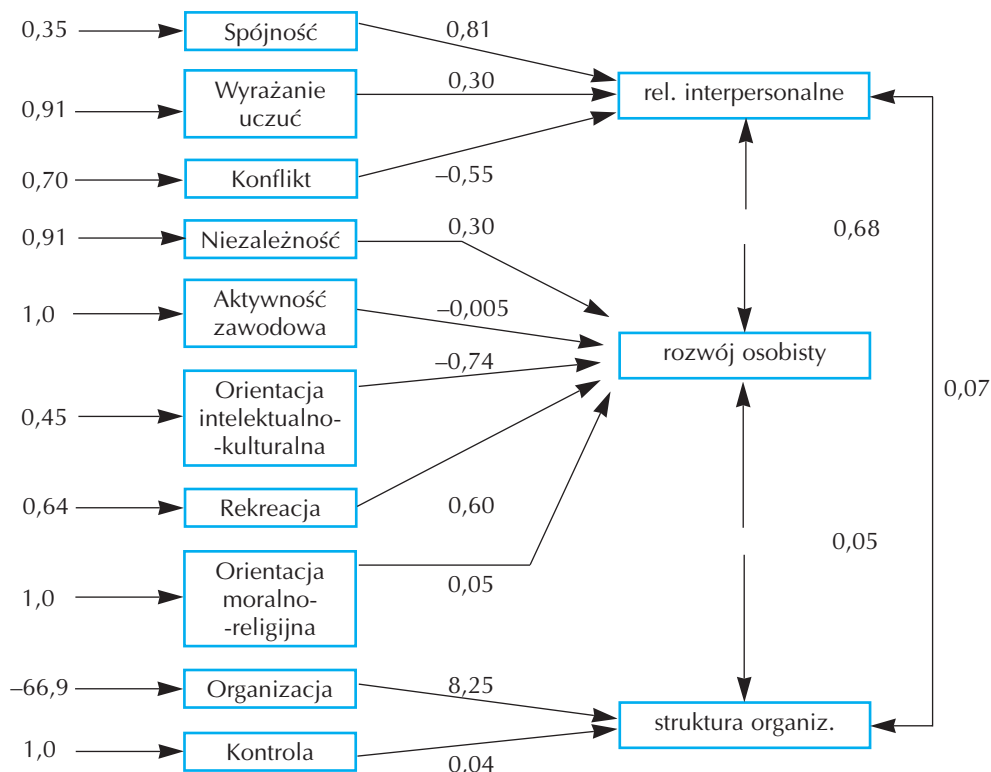
Ryc. 1. Rysunek dla wszystkich osób (kobiety i mężczyźni) – model analogiczny do tego, który przedstawiony jest w literaturze.

Wskaźniki dobroci dopasowania:

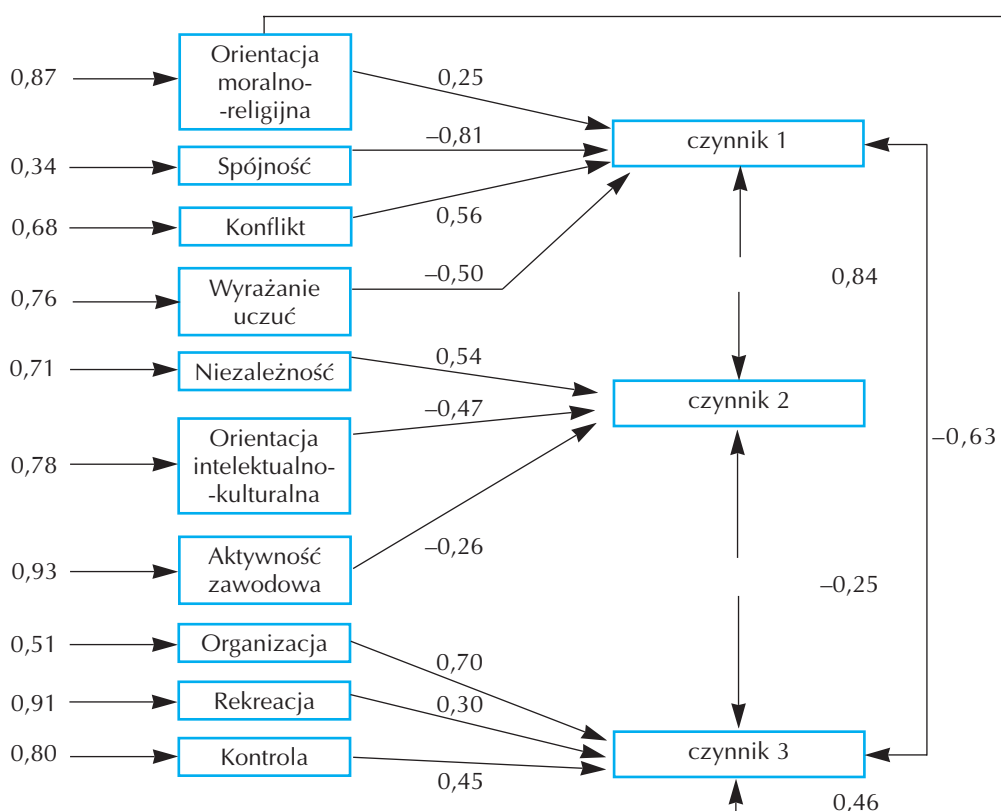
1. $\chi^2 = 41,55$; $df = 32$; $p = 0,120$

2. $GOF = 0,928$; $AGOF = 0,877$

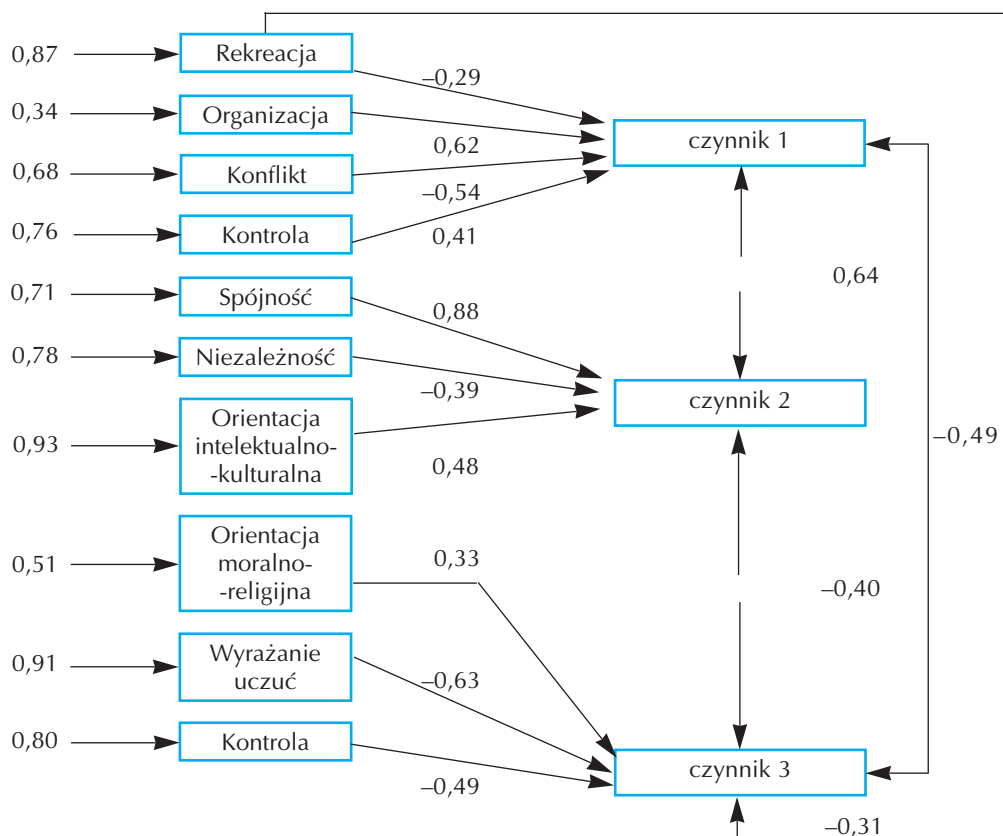
Model zawiera nieprawidłowy parametr (korelacja = $-1,11$) oraz niektóre bardzo niskie (nieistotne statystycznie) ładunki czynnikowe



Ryc. 2. Rysunek dla wszystkich osób (kobiety i mężczyźni) – model przedstawiany w literaturze. Wskaźniki dobroci dopasowania: 3. $\chi^2 = 195,81$; $df = 32$; $p < 0,00005$; 4. GOF = 0,928; AGOF = 0,877. Model zawiera nieprawidłowy parametr (korelacja = -1,11) oraz niektóre bardzo niskie (nieistotne statystycznie) ładunki czynnikowe



Ryc. 3. Rysunek dla mężczyzn. Wskaźniki dobroci dopasowania: 5. $\chi^2 = 25,28$; $df = 31$; $p = 0,755$; 6. GOF = 0,915; AGOF = 0,850. Model nie zawiera nieprawidłowych parametrów, a wszystkie ładunki czynnikowe są istotne statystycznie. Uwaga: Orientacja moralno-religijna definiuje dwa czynniki równocześnie (pierwszy i trzeci), pozostałe należą tylko do jednego czynnika.



Ryc. 4. Rysunek dla kobiet. Wskaźniki dobroci dopasowania:

7. $\chi^2 = 34,12$; $df = 31$; $p = 0,366$; 8. $GOF = 0,908$; $AGOF = 0,840$

Model nie zawiera nieprawidłowych parametrów, a wszystkie ładunki czynnikowe są istotne statystycznie

Uwaga: Rekreacja definiuje dwa czynniki równocześnie (1-wszy i 3-ci), pozostałe należą tylko do jednego czynnika.

Wnioski

1. Ze względu na niskie wskaźniki rzetelności nie było możliwe utworzenie polskiej wersji FES całkowicie odpowiadającej skali oryginalnej.
2. Polska wersja testu uzyskana przez wprowadzenie poprawek i modyfikacji do pierwowzoru składa się ze skal, których rzetelność może zostać zaakceptowana.
3. Analiza czynnikowa polskiej adaptacji FES wykazała, iż do badania mężczyzn i kobiet powinien zostać wykorzystany inny trójczynnikowy model.

Podsumowanie

Polska wersja testu FES R.H. Moos i B.S. Moosa wymagała wprowadzenia przez autorów adaptacji pewnych poprawek i modyfikacji do pierwowzoru. Ze względu na bardzo niskie wskaźniki rzetelności nie było możliwe zastosowanie całej przetłumaczonej i zaadaptowanej kulturowo skali. Aby poprawić homogeniczność skal FES, usunięto z testu te pozycje, które nie korelowały z po-

zostałymi pozycjami tworzącymi kolejne skale. Ostateczna wersja testu składa się ze skal, których rzetelność może zostać zaakceptowana. Należy w tym miejscu dodać, że inni autorzy podają również niskie wskaźniki rzetelności dla skal FES [2, 4–6]. W badaniach tych współczynniki rzetelności nie osiągały wartości podawanych przez autora wersji oryginalnej (wartości współczynników alfa-Cronbacha od 0,61 dla skali IND do 0,78 dla skal CO), ICO (orientacja intelektualno-kulturalna) i MRE (orientacja moralno-religijna).

Z literatury wiadomo też, iż niedopasowanie modelu zaproponowanego dla wersji oryginalnej potwierdzono także w innych badaniach [4, 5]. Analiza czynnikowa polskiej adaptacji FES wykazała, iż do badania mężczyzn i kobiet powinien zostać wykorzystany inny trójczynnikowy model. Model zatwierdzony dla mężczyzn niewiele odbiega od zaproponowanego przez autorów wersji oryginalnej, model dla kobiet różni się od niego bardziej zasadniczo. Otrzymane w adaptacji trzy czynniki nie są identyczne z trzema wymiarami badanymi w wersji oryginalnej, stąd nie zostały nazwane.

Owe niedopasowanie polskiej wersji skali FES do oryginału może się też wiązać z kulturowymi

różnicami między społeczeństwem amerykańskim i polskim. Najniższe wskaźniki rzetelności uzyskano w wymiarze określającym rozwój osobisty członków rodziny. Może to wskazywać na pewne różnice w pojmowaniu tego zagadnienia przez polskich i amerykańskich respondentów. Różnice te mogą być również związane z niższym standardem życia w Polsce, gdzie często wyjście do kina, teatru czy rekreacyjne uprawianie sportu traktuje się jak luksus, a nie miernik rozwoju osobistego.

Dalszych badań wymaga ustalenie norm obejmujących

wyniki uzyskane przez polskich respondentów, gdyż nie można odnosić wyników osoby badanej uzyskanych w teście stanowiącym adaptację testu oryginalnego do przeciętnych wyników uzyskiwanych przez osoby badane, żyjące w odmiennych warunkach kulturowych [7].

Polska wersja testu Family Environment Scale może mieć, podobnie jak oryginalna wersja, potencjalnie szerokie zastosowanie w pracy klinicznej, jak i w badaniach naukowych prowadzonych nad społecznym środowiskiem rodzin.

Polska wersja testu Family Environment Scale – Skala Środowiska Rodzinnego²

Proszę przeczytać każde z poniższych zdań i postawić znak w kolumnie „prawda”, jeżeli sądzi Pani/Pan, że dane twierdzenie jest prawdziwe dla Pańskiej rodziny lub postawić znak w kolumnie „fałsz”, jeżeli twierdzenie to nie jest prawdziwe.

	Prawda	Fałsz
1. Członkowie rodziny rzeczywiście sobie pomagają i wspierają się wzajemnie.	CO	
2. Członkowie rodziny często zachowują swoje uczucia dla siebie.	E	
3. W naszej rodzinie bardzo często się kłócimy.	CON	
4. W naszej rodzinie niezbyt często robimy różne rzeczy na własną rękę.		IND
5. Przyjaciele często wpadają do nas na obiad i z wizytą.	AO	
6. W naszej rodzinie jesteśmy silnie zachęcani, aby być niezależnym.	ICO	
7. Nikt w naszej rodzinie nie uprawia aktywnie sportu.		ARO
8. Członkowie naszej rodziny często uczestniczą we mszach w kościele.	MRE	
9. Zajęcia są w naszej rodzinie dokładnie planowane.	ORG	
10. Członkowie naszej rodziny rzadko otrzymują polecenia.		CEI
11. Wkładamy bardzo wiele energii w to, co robimy w domu.	CO	
12. Mówimy sobie wzajemnie o problemach osobistych.	E	
13. Członkowie naszej rodziny czasami wpadają w taką złość, że rzucają przedmiotami.	CON	
14. Dochodzimy do własnych wniosków, rozważając problemy w gronie naszej rodziny.	IND	
15. Wymyślamy wspólnie różne fajne rzeczy.	AO	
16. Robienie kariery życiowej jest bardzo istotne dla członków naszej rodziny.	ICO	
17. Często chodzimy do kina i na zawody sportowe.	ARO	
18. Członkowie naszej rodziny nie modlą się.		MRE
19. Zazwyczaj jesteśmy bardzo schludni i uporządkowani.	ORG	
20. Mamy w domu ustalony porządek wykonywania różnych czynności.	CEI	
21. W naszej rodzinie istnieje poczucie wspólnoty.	CO	
22. Często sprawiaamy wrażenie, że nudzimy się, spędzając czas w domu.		E
23. Członkowie naszej rodziny bardzo rzadko tracą panowanie nad sobą.		CON
24. Jeden z członków naszej rodziny podejmuje większość decyzji.	IND	
25. Rozrywki kulturalne nie mieszczą się w polu naszych zainteresowań.		AO
26. Uczenie się rozmaitych nowych rzeczy jest bardzo istotne dla członków naszej rodziny.	ICO	
27. Rzadko chodzimy do teatru lub na koncerty.		ARO
28. Często omawiamy znaczenie religijne Bożego Narodzenia, Wielkanocy lub innych świąt.	MRE	
29. Punktualność jest bardzo ważna w naszej rodzinie.	ORG	
30. W naszej rodzinie obowiązuje bardzo niewiele zasad, których należy przestrzegać.		CEI

² Skrótów odpowiednich skal umieszczone w tabeli przy odpowiednich pozycjach wskazują, do której skali należy dana pozycja i jednocześnie stanowią klucz do testu. Zaznaczenie odpowiedzi zgodnie z umieszczonym skrótem jest równoznaczne z przyznaniem 1 punktu, gdy zaznaczona jest odpowiedź w tabeli bez skrótu 0 punktów. Dla każdej skali można otrzymać maksymalnie 3 punkty, wyniki następnie sumuje się w ramach trzech czynników.

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk 1994: 65–69.
2. Roosa MW., Beals J. Measurement issues in family assessment: the case of the Family Environment Scale. *Fam Process* 1990; 29: 191–198.
3. Moos RH. Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: resolving the case of the Family Environment Scale. *Fam Process* 1990; 29: 199–208.
4. Loveland-Cherry CJ., Youngblut JM., Kline Leidy NW. A psychometric analysis of the Family Environment Scale. *Nurs Res* 1989; 38: 262–266.
5. Halvorsen JG. Self-report family assessment instruments: an evaluative review. *Fam Pract Res J* 1991; 11: 21–55.
6. Munet-Vilaro F, Egan M. Reliability Issues of the Family Environment Scale for cross-cultural research. *Nurs Res* 1990; 39: 244–247.
7. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN; 1997: 64–87, 169–172, 576–595.
8. Zakrzewska M. Eksploracyjna i confirmacyjna analiza czynnikowa. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1995.

Adres Autora:

Marzena Drozd

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej PAM

ul. Podgórna 22/23

70-205 Szczecin

tel. 91 48-00-869

e-mail: mardro@stud.pam.szczecin.pl

Próba oceny wspomagającego leczenia za pomocą masażu medycznego w łagodnym przeroście stercza

A trial in the assessment of supportive therapy with medical massage in benign prostatic hypertrophy

KRZYSZTOF KASSOLIK¹, EWA KRAWIECKA-JAWORSKA², WALDEMAR ANDRZEJEWSKI³

¹ Zakład Fizykoterapii, Masażu i Balneoklimatologii, Wydział Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Wiesław Kocharński

² Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewy Krawieckiej-Jaworskiej, Wrocław, ul. Sadownicza 32

Streszczenie Łagodny przerost prostaty występuje bardzo często u mężczyzn po 50 roku życia i łączy się z uciążliwymi objawami (częstomocz, utrudnione opróżnianie pęcherza, uczucie parcia na pęcherz), które znacznie obniżają jakość życia. Terapia polega na farmakoterapii oraz leczeniu inwazyjnym. W pracy opisano przypadek mężczyzny z łagodnym przerostem stercza, u którego oprócz leczenia farmakologicznego zastosowano masaż medyczny wykonywany przez powłoki brzuszne. Celem masażu była normalizacja tkanek w okolicy prostaty i przywrócenie prawidłowej dystrybucji krwi żyłnej i chłonki. Po serii zabiegów wykonano badanie ultrasonograficzne oraz wykorzystano dodatkowo Punktację Objawów I-PSS i uzyskano obiektywną i subiektywną poprawę.

Słowa kluczowe: masaż medyczny, przerost prostaty.

Summary The benign hypertrophy of prostate is one of most often diseases at fifty years old men and older. It is connected to pollaciuria, vesical tenesmus and differences in bladder voiding. These symptoms decrease the life quality. The therapy based on pharmacotherapy and surgical treatments. The article describes a man with benign hypertrophy of prostate. The pharmacotherapy and medical massage through abdominal integument was used for 5 weeks. The purpose of massage was the normalisation of tension of tissues and blood supply in prostatic region. After the series of treatments the ultrasonography was done and there was obtained subjective and objective improvement.

Key words: medical massage, hypertrophy of prostate.

Tematem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na potencjalną skuteczność rozszerzenia terapii przerostu prostaty o masaż medyczny, w stosunku do tradycyjnie stosowanych metod.

Wprowadzenie

Łagodny przerost prostaty (gruczolakowaty rozrost okołocewkowej części gruczołu krokowego) często występuje u mężczyzn powyżej 50 r.ż. Etiologia schorzenia nie jest w pełni znana. Wydaje się, iż główną rolę odgrywają zaburzenia gospodarki hormonalnej związane z procesem starzenia się. Przerost może obejmować boczne części gruczołu (przerost płatów bocznych) lub dotyczyć tkanek na dolnym brzegu szyi pęcherza moczowego (przerost płata środkowego). Dochodzi do przewężenia sterczowego odcinka cewki moczowej i do utrudnienia oddawania moczu. Podstawowe objawy to często-

mocz, naglące parcie na mocz, nykturia, osłabienie strumienia moczu, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza, trudności z rozpoczęciem mikcji czy przerywany strumień moczu. Stopniowo narasta przerost mięśnia wypieracza, pojawia się beleczkowanie śluzówki pęcherza moczowego. W miarę postępu choroby rozwijają się uchyłki pęcherza moczowego, które nie posiadają błony mięśniowej i z tego względu nie mogą samoistnie opróżniać się, a zalegający w nim mocz może łatwo ulegać zakażeniu. Może również pojawić się nietrzymanie moczu polegające na wyciekaniu moczu kroplami z przepełnionego pęcherza. Często dochodzi do wtórnego zakażenia stercza, które dodatkowo nasila objawy. Rozwijają się także infekcje dróg moczowych oraz ich kamica. Na skutek wzmożonego ciśnienia w drogach moczowych rozwijają się z kolei wodonercze i może dochodzić do niewydolności nerek. W zaawansowanych stadiach dochodzi do początkowo przejściowego, następnie

całkowitego, zatrzymania moczu, wymagającego cewnikowania pęcherza moczowego. Okresowe nasilenie dolegliwości może być także związane z występowaniem obrzęku tkanek stercza lub jego wtórnej infekcji. W rozwijających się uchyłkach pęcherza moczowego znamienne częściej rozwija się rak¹, są też one źródłem patogennych drobnoustrojów.

Powszechnie przyjęte metody leczenia gruczolaka stercza to farmakoterapia (leki blokujące receptory α 1-adrenergiczne, różne leki pochodzenia roślinnego, inhibitory 5 α -reduktazy, leki antyhormonalne) oraz leczenie inwazyjne (przezcewkowa elektroresekcja gruczolaka, resekcja z dostępu nadłonowego lub pozałonowego, kastracja chirurgiczna)².

Objawy towarzyszące łagodnemu rozrostowi stercza w znacznym stopniu obniżają jakość życia pacjenta. Częstym problemem są także objawy niepożądane tradycyjnie stosowanych metod leczniczych.

Opis przypadku

51-letni pacjent, od czterech lat leczony farmakologicznie z powodu łagodnego rozrostu stercza (leki α 1-adrenolityczne oraz leki pochodzenia roślinnego w różnych kombinacjach) oraz po przebytej w kwietniu 2000 r. elektroresekcji przezcewkowej gruczolaka, zgłosił się do lekarza z powodu niezadowolających efektów leczenia. Zgłaszał stałe trudności w rozpoczynaniu mikcji, konieczność oddawania moczu w nocy, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego. Skarżył się też na nieciągły strumień moczu (oddawanie moczu w 2 lub 3 porcjach) oraz na występowanie 2–3 razy w miesiącu (samoistnie ustępującego) zatrzymania moczu. W ciągu całego okresu obserwacji urologicznej wielokrotnie wykonywano oznaczenia antygenu PSA. Jego wartości utrzymywały się w granicach wartości normy wiekowej – 0,766 ng/ml. Do poprzednio stosowanej farmakoterapii dołączono masaż medyczny wykonywany poprzez powłoki brzuszne mający na celu: 1) normalizację napięcia tkanek w okolicy prostaty, 2) przywrócenie prawidłowej dystrybucji krwi żylnej oraz chłonki w okolicy prostaty. Podczas całego okresu stosowania masażu pacjent leczony był farmakologicznie.

Każdy zabieg masażu medycznego trwał 15 minut i był wykonywany z częstotliwością 2 zabiegów w tygodniu przez 5 tygodni.

Opis masażu medycznego

Przed przystąpieniem do masażu pacjent przyjmował pozycję w leżeniu na plecach z wałkiem pod głowę w celu rozluźnienia mm. mostkowo-sutkowo-obończykowych oraz podpórką pod kolana umożliwiającą zgięcie w stawach biodrowych i kolanowych pod kątem 90° w celu uzyskania rozluźnienia m. biodrowo-lędźwiowego, co pozwoliło na normalizację funkcji nerwów przebijających się przez ten mięsień (n. skórny boczny uda i n. płciowo-udowy). Dzięki temu uzyskiwano zmniejszenie wrażliwości skóry w okolicy dolnej części powłok brzusznych i pachwin, poprzez które przeprowadzano następnie sprężyste odkształcanie tkanek głębiej położonych.

Część wstępna

- Normalizacja napięcia mięśni przywłóśnych okolicy skóry unerwianej z nerwu płciowo-udowego i skórno-bocznego uda poprzez wykonywanie szcztokowania w tej okolicy zgodnie z przebiegiem włosów oraz sprężyste odkształcanie mięśnia grzebieniowego.
- Zintensyfikowanie odpływu krwi żylnej z żyły nabrzusznej powierzchownej, okalającej biodro powierzchownej i sromowej zewnętrznej poprzez ruchy głaskania w kierunku do rozworu odpiszczelowego.

Część główna

- Znормalizowanie napięcia aparatu więzadłowo-mięśniowego gruczołu krokowego mającego wpływ na odpływ krwi żylnej i chłonki z okolicy stercza (więzadła spojenia łonowego górnego i dolnego, więzadła pęcherzowo-pępkowego, łonowo-sterczowego i przepony moczowo-płciowej) poprzez jego odkształcanie sprężyste bezpośrednie lub pośrednie w zależności od możliwości dostępu.
- Zintensyfikowanie odpływu krwi żylnej ze splotu sterczowego poprzez żyły pęcherzowe i biodrowe wewnętrzne poprzez wykonywanie modulowanego nacisku od krawędzi górnej gałęzi górnej kości łonowej w kierunku do pępka.
- Wzmożenie ruchu perystaltycznego w naczyniach chłonnych odprowadzających chłonkę z okolicy gruczołu krokowego poprzez wykonywanie ruchów kolistych w granicach przesuwalności skóry w 1/3 górnej przyśrodkowej części uda w kierunku mięśnia pośladkowego wielkiego i gruszkowatego.

¹ W badaniu przed rozpoczęciem masażu medycznego wymiary gruczołu krokowego to 65 x 50 x 55 mm, z dość znacznym modelowaniem się ścian pęcherza moczowego.

² W ponownym badaniu w dwa tygodnie po zakończeniu zabiegów masażu medycznego uzyskano wyniki pomiarów odpowiednio 57 x 48 x 50 mm z zaznaczonym niewielkim modelowaniem się pęcherza.

Część końcowa

- W części końcowej wykonanie przez pacjenta paru powtórzeń ćwiczenia polegającego na napinaniu i ściąganiu pośladków w celu odtworzenia prawidłowej funkcji mięśnia dźwigacza odbytu, co pozwalało na utrwalenie prawidłowego odpływu krwi żyłnej i chłonki z okolicy gruczołu krokowego.

Po 5 tygodniach takiej terapii zaobserwowano zmniejszenie nasilenia dolegliwości subiektywnych pacjenta (ustąpienie trudności w inicjacji mikcji, uczucie pełnego opróżniania pęcherza, brak konieczności oddawania moczu w nocy, rzadsze epizody zatrzymania moczu). Zaobserwowano również w badaniu ultrasonograficznym (badanie poprzez powłoki brzuszne z wykorzystaniem wypełnionego pęcherza moczowego jako okna akustycznego) zmniejszenie się wymiarów gruczolaka.

Tolerancja zabiegów fizykalnych przez cały okres ich trwania była bardzo dobra.

Do oceny efektywności masażu wykorzystano dodatkowo Punktację Objawów I-PSS. Przed przystąpieniem do masażu liczba uzyskanych

punktów wynosiła dla wartości $S = 23$, dla wartości $L = 5$. Po 6 masażach uzyskano wartości dla $S = 13$ i dla wartości $L = 2$. Po 10 masażu uzyskano natomiast wartości dla $S = 11$ i dla $L = 2$.

Ten jednostkowy przykład próby wykorzystania masażu medycznego w zmniejszeniu objawów łagodnego rozrostu stercza stwarza możliwość wzbogacenia dotychczas powszechnie stosowanej terapii. Taki rodzaj działania fizykalnego może być istotnym uzupełnieniem przede wszystkim leczenia farmakologicznego. Dzięki poprawieniu funkcji układu naczyniowego w obrębie prostaty, środki farmakologiczne stosowane w tego typu schorzeniach będą miały możliwość głębszej penetracji gruczołu krokowego. Niewątpliwą zaletą masażu medycznego w tego typu schorzeniu jest jego prostota wykonania oraz mała uciążliwość dla pacjenta (w przeciwieństwie do masażu prostaty *per rectum*). Niemniej jednak w celu potwierdzenia skuteczności tego typu masażu w łagodnym rozroście prostaty niezbędne jest przeprowadzenie badań na większej grupie osób z zachowaniem wszelkich wymogów badawczych.

Piśmiennictwo

1. Karcnik TJ., Fimmons MZ., Abujudeh H. Badanie ultrasonograficzne pęcherza moczowego u dorosłych. *Medycyna Praktyczna. Diagnostyka Obrazowa* 2001; 1, 1: 5–22.
2. Lorenz J. Łagodny rozrost stercza. Problemy kliniczne i leczenie farmakologiczne. *Medycyna po Dyplomie*. Maj 1999. Wydanie Specjalne.
3. Strzyżowski J, Kwias Z. *Gruczolak i inne choroby stercza*. [w:] *Zarys chirurgii*. PZWL Warszawa 1992: 744–747.

Adres | Autora:

Krzysztof Kassolik

Akademia Wychowania Fizycznego

Zakład Fizykoterapii, Masażu i Balneoklimatologii

ul. Witelona 25a

51-617 Wrocław

tel. 071/ 3473130

kass@sreh.awf.wroc.pl

Sprawozdanie z pobytu w Centrum Medycznym w Kangasali

Kangasala, Finlandia, 28 maja–1 czerwca 2001 r.

Report on the visit in the Kangasala Medical Centre

Kangasala, Finland, 28 May–1 June 2001

DONATA KURPAS¹, BOGUSŁAWA PYLVÄNÄINEN²

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Z Centrum Medycznego, Kangasala, Finlandia

Kangasala jest dwudziestotysięcznym miasteczkiem położonym 20 km od Tampere, czwartego co do wielkości miasta Finlandii. Bliskość ośrodka uniwersyteckiego nie przeszkodziła jednak powstaniu typowego dla Finlandii centrum medycznego, które obejmuje opieką 5 gmin (ok. 30 tys. mieszkańców), a skupia 24 lekarzy pierwszego kontaktu oraz specjalistów.

Lekarze rozpoczynają pracę o godzinie 8:30. Osobne są godziny wyznaczone dla pacjentów dorosłych, dzieci i kobiet ciężarnych.

Między godziną 12:00 a 13:00 personel Centrum Medycznego ma 20-minutową przerwę obiadową, podczas której istnieje możliwość skorzystania ze stołówki pracowniczej. Zaznaczyć należy, że w codziennym jadłospisie uwzględnia się posiłki dla osób z nietolerancją laktozy i celiakią.

Między godziną 13:00 i 13:30 we wtorki, środy i czwartki przedstawiciele firm farmaceutycznych prezentują leki (terminy są ustalane z półrocznym wyprzedzeniem).

Do godziny 15:00 ponownie lekarze przyjmują pacjentów, zajmują się Ambulatorium Internistyczno-Chirurgicznym, udzielają konsultacji telefonicznych (z góry przeznaczony czas na konsultacje w sprawie leczenia antykoagulantami lub nieprawidłowych wyników badań dodatkowych).

Liczebność zespołu oraz doskonałe wyposażenie Centrum pozwalają na wykonywanie przez lekarzy pierwszego kontaktu gastroskopii, sigmoidoskopii, rektoskopii. Zdjęcia rentgenowskie są wykonywane i opisywane przez przychodzącego dwa razy w tygodniu radiologa. To lekarze pierwszego kontaktu przeprowadzają płukania zatok, zakładają wkładki domaciczne, prowadzą fizjologiczne ciążę, wykonują alergiczne testy skórne, podwiązują żyłki odbytu.

W Centrum można też liczyć na pomoc fizykoterapeuty, logopedy, psychiatry (również dziecięcego), pielęgniarki psychiatrycznej, psychologa.

W Kangasali istnieje system dyżurów całodobowych, zabezpieczających 24-godzinną opiekę nad pacjentami. Ze względu na to, że prawo wykonywania zawodu posiadają już studenci, często to oni zastępują lekarzy, zwłaszcza w sezonie urlopowym.

Pielęgniarki środowiskowe wizytują pacjentów w rejonie objętym opieką Centrum, dziennie średnio 8 pacjentów. Wzywają lekarza tylko w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, ich kompetencje pozwalają m.in. na wezwanie karetki i przekazanie pacjenta na oddział geriatryczny bez kontaktowania się z lekarzem.

Obowiązkiem ośrodka zdrowia jest zapewnienie opieki nad osobami starszymi oraz chorymi terminalnie, stąd lekarze z ośrodka opiekują się pacjentami dwóch oddziałów geriatrycznych oraz dwóch domów spokojnej starości (zorganizowanych w formie *residential house* i *nursing house*).

Pierwszy to niezależne mieszkania, wizytowane jeden raz dziennie przez pielęgniarkę, drugi – dla chorych wymagających stałej opieki – pojedyncze lub dwuosobowe pokoje z 24-godzinnym nadzorem pielęgniarek.

Lekarze z Centrum zajmują się również opieką nad dziećmi w szkole podstawowej (m.in. nadzorują szczepienia dzieci w szkołach) oraz dwóch szkołach dla dzieci z opóźnionym rozwojem.

W tych ostatnich zajęcia odbywają się w małych grupach, przy wykorzystaniu sprzętu w większości przygotowanego przez terapeutkę, a rozwijającego nieomalże wszystkie zmysły.

Chorzy płacą raz w roku za możliwość korzystania z ośrodka zdrowia (ok. 22 ECU), tyle samo są zobowiązani zapłacić za nieodwołaną wizytę. Pacjenci również pokrywają część kosztów badań dodatkowych.

Dobrze rozwinięty jest program badań profilaktycznych. Mammografię bezpłatnie wykonuje się u każdej kobiety między 50 a 60 rokiem życia. Cytologię raz na dwa lata.

Nieco inna jest mentalność pacjentów fińskich, według których istotą leczenia i głównym rozwiązaniem jest zabieg operacyjny. To w Finlandii wykonuje się najwięcej amputacji macicy i operacji kręgosłupa spośród wszystkich krajów skandynawskich.

Niewątpliwym problemem 5-milionowego państwa o powierzchni Polski była wysoka śmiertelność z powodu choroby wieńcowej serca. Niskosodowe wody mineralne, odtłuszczone mleko i jego przetwory, niskotłuszczowe sery białe i żółte, propagowanie zdrowego sposobu odżywiania

i trybu życia okazały się kluczem do poprawy sytuacji. Obecnie typowy Fin kilka razy w tygodniu korzysta z basenu, siłowni lub uprawia *nordic walk* (chód z kijami) oraz dokładnie liczy kalorie. Spotkania towarzyskie to również nie tylko spotkania przy suto zastawionym stole, ale przede wszystkim wspólne imprezy sportowe.

Średnie zarobki lekarza pierwszego kontaktu wynoszą ok. 3500 ECU. Bez znaczenia dla wysokości zarobków jest uzyskana specjalizacja z medycyny rodzinnej. Za każdą dodatkową czynność diagnostyczną (np. zbadanie pacjenta z oceną EKG, lub RTG) czy terapeutyczną (np. założenie wkładki domacicznej, płukanie zatok) doliczane są dodatkowe stawki według ustalonego przelicznika.

Obecne zarobki lekarzy fińskich (zwłaszcza specjalistów) są jednak najniższymi spośród wszystkich krajów skandynawskich, stąd trwające od kilku tygodni strajki lekarzy, m.in. szpitala uniwersyteckiego w Tampere.

Sprawozdanie z III Międzynarodowej Konferencji Słuchaczy Studiów Doktoranckich

Miskolč, Węgry, 13–19 sierpnia 2001 r.

Report on the 3rd International Conference of PhD Students

Miskolč, Hungary, 13–19 August 2001

DONATA KURPAS

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Uniwersytet w Miskolč, założony w 1735 r., jest trzecim co do wielkości na Węgrzech. 6 wydziałów, instytut o statusie kolegium, 15 tysięcy studentów oraz 360 doktorantów stanowi o dużym znaczeniu tej placówki.

Tradycją stała się organizowana co drugi rok, w sierpniu, konferencja słuchaczy studiów doktoranckich. Trzecia, zorganizowana w 2001 r., konferencja skupiła 516 uczestników z 17 krajów, przedstawiających podczas prezentacji ustnych oraz sesji plakatowych swoje osiągnięcia, będące z reguły założeniami przyszłych prac doktorskich.

Są to spotkania doktorantów nauk przyrodniczych, humanistycznych, ekonomicznych, inżynierskich, medycznych, prawnych oraz rolniczych.

Uroczyste otwarcie uświetnił wykład przedstawiciela władz Uniwersytetu – w tym roku – prof. Gyula Patkó, Prorektora Uniwersytetu w Miskolč, który przedstawił historię Uczelni, rys historyczny systemu edukacji na Węgrzech oraz zmiany systemowe studiów doktoranckich w tym

kraju, a w drugiej części – badania ankietowe dotyczące studiów doktoranckich i oczekiwań samych doktorantów.

Prace przedstawiano przez 4 dni na 8 salach równocześnie, podczas 33 sesji ustnych i 32 plakatowych.

Poszczególne sesje nie dzielono na tematyczne, czego pozytywną konsekwencją była duża rozpiętość merytoryczna zagadnień.

Prace medyczne (60) dotyczyły zarówno nauk przedklinicznych – biochemii, mikrobiologii, immunologii, genetyki, jak i klinicznych – pediatrii, onkologii, kardiologii, nefrologii, chirurgii, chorób zakaźnych, nefrologii i stomatologii.

Ze względu na silne tradycje Uniwersytetu w Miskolč w zakresie nauk inżynierskich przeważająca część prezentacji była poświęcona tej tematyce (144 prace).

Program socjalny pozwolił na poznanie północno-wschodnich Węgier. Wyprawa do Egeru, Tokaju, Hortobagy, Aggtelek umożliwiła nawiązanie nowych znajomości, co jest

niewątpliwie dodatkową korzyścią wynikającą z tego typu spotkań.

Nie tyle podczas samych prezentacji, ile podczas spotkań nieformalnych mogliśmy przekonać

się o tym, że problemy doktorantów niezależnie od kraju, dziedziny, płci i wieku są podobne. Czy będą ewoluować i zmieniać się na lepsze – zobaczymy za dwa lata.

Sprawozdanie z XXXIV Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich

Poznań, 19–22 września 2001 r.

Report on the 34th Congress of Polish Internists Society

Poznań, 19–22 September 2001

DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO, MARIA BUJNOWSKA-FEDAK
Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: Prof. dr hab. Andrzej Steciwko

W dniach 19–22 września 2001 r. odbył się XXXIV Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich. Tematami wiodącymi były: zagadnienia z zakresu reumatologii (ze szczególnym uwzględnieniem zapaleń naczyń, choroby Sjögrena, oceny postępów w rozpoznawaniu i leczeniu chorób reumatycznych), z zakresu kardiologii (zwłaszcza problemy związane z zapaleniem mięśnia sercowego, nowymi poglądami na etiopatogenezę choroby niedokrwiennej serca oraz terapię nadciśnienia tętniczego), z zakresu problemów zdrowotnych kobiet w praktyce internistycznej (odrębności chorób układu krążenia, chorób reumatycznych i metabolicznych u kobiet), zaburzeń wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowych (nowe aspekty diagnostyki i terapii), z zakresu chorób metabolicznych (głównie dotyczące problemu otyłości i dyslipidemii), transplantologii hematologicznej, diabetologii (zwłaszcza epidemiologii cukrzycy oraz neuropatii cukrzycowej), osobne sesje poświęcono także zakażeniom wirusem grypy, AIDS, chorobom mieloproliferacyjnym (głównie postępom w diagnostyce i terapii), mięśniowym chorobom wątroby, depresji i lękowi w chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej.

Patronat naukowy nad głównymi sesjami Zjazdu objęli:

- reumatologia – prof. Irena Zimmermann-Górska,
- kardiologia – prof. Tadeusz Mandecki,
- problemy zdrowotne kobiet w praktyce internistycznej – prof. Eugenia Częstochowska,
- transplantologia hematologiczna – prof. Janusz Hansz,
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej – prof. Franciszek Kokot,
- choroby metaboliczne – prof. Wiktor Szostak,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc – prof. Witold Młynarczyk,

- nadciśnienie tętnicze – prof. Jerzy Głuszek,
- metodyczne postępy w diagnostyce i leczeniu cukrzycy i jej powikłań – prof. Jan Tatoń,
- rola zakażeń wirusem grypy w chorobach wewnętrznych – prof. Lidia Brydak,
- postępy w diagnostyce i leczeniu zespołów mieloproliferacyjnych – prof. Janusz Hansz,
- mięśniowe choroby wątroby – prof. Jacek Juszczyk,
- depresja i lęk w chorobach wewnętrznych – prof. Marek Jarema,
- medycyna rodzinna – prof. Andrzej Steciwko,
- zespół nabytego niedoboru odporności – prof. Andrzej Gładysz.

Patronat naukowy nad sesjami dodatkowymi objęli:

- genetyka cukrzycy – prof. Jacek Sieradzki,
 - zastosowanie kliniczne cytokin – prof. Maria Podolak-Dawidziak.
- Sesje szkoleniowe prowadzili:
- leczenie hipoglikemicznych śpiączek cukrzycowych – prof. Anna Czech,
 - optymalizacja leczenia insuliną – prof. Jan Tatoń,
 - gospodarka wodno-elektrolitowa – prof. Franciszek Kokot,
 - zasady rozpoznawania i leczenia chorób reumatycznych – prof. Irena Zimmermann-Górska,
 - problemy hematologiczne w działalności internistów – prof. Janusz Hansz,
 - astma i POCHP jako problem lekarza praktyka – prof. Michał Pirożyński.

Odbyły się również sesje satelitarne poświęcone osteoporozie, aerosoloterapii, szczepieniom ochronnym, gospodarce wodno-elektrolitowej, zastosowaniu klinicznemu cytokin, powikłaniom miażdżycy, terapii zakażeń układu



Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich kadencji 1997–2000 z Przewodniczącym Zarządu Głównego – prof. dr. hab. Józefem Małolepszym (pierwszy od prawej) oraz Prezesem Elektem – prof. dr. hab. Ireną Zimmermann-Górską (w środku)

oddechowego (omówienie Projektu „Aleksander” w Polsce), zagadnieniom związanym z POCHP i kontrolą astmy oskrzelowej, farmakoterapii bólu przewlekłego,

Każdej z sesji plenarnych towarzyszyła nie mniej bogata merytorycznie równoległa sesja plakatowa.

Same sesje obfitowały w doniesienia o najnowszych osiągnięciach w zakresie etiopatogenezy, diagnostyki i terapii chorób internistycznych. Dyskusje im towarzyszące – burzliwe, ale niezwykle konstruktywne – pozwoliły na wzajemną wymianę i wzbogacenie doświadczeń naukowych, a także bardzo praktycznych.

Niezwykle pomocne okazały się również warsztaty spirometryczne i pulmonologiczne, zwłaszcza dla lekarzy rodzinnych biorących udział w Zjeździe.

Dwie sesje plenarne poświęcono medycynie rodzinnej. Podczas nich mówiono o profilaktyce i leczeniu wola obojętnego (prof. Jerzy Sowiński), roli lekarza rodzinnego w diagnostyce i postępowaniu nefrologicznym (prof. Bolesław Rutkowski), roli lekarza rodzinnego w rozpoznawaniu i diagnostyce ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek oraz profilaktyce progresji przewlekłej niewydolności nerek (prof. Andrzej Steciwko), a także w leczeniu nadciśnienia tętniczego (prof. Stanisław Czekalski), osteoporozy (doc. Wanda Horst-Sikorska), chorób reumatycznych (prof. Ire-

na Zimmermann-Górska), choroby niedokrwiennej serca (prof. Waldemar Banasiak), infekcji układu moczowego oraz otyłości (prof. Andrzej Steciwko), a także zaburzeń funkcji nerek w wieku podeszłym (prof. Bolesław Rutkowski).

W ramach sesji poświęconych medycynie rodzinnej przedstawiono również prace oryginalne, które dotyczyły m.in. postępowania u osób z nietrzymaniem moczu (dr M. Bujnowska-Fedak), zakażeń *Chlamydia pneumoniae* (dr A. Nitsch-Osuch), interakcji leków (dr J. Woron), diagnostyki POCHP (dr P. Paprzycki), analizy świadczeń udzielanych w praktyce lekarza rodzinnego (dr K. Buczkowski).

W sesji plakatowej dotyczącej medycyny rodzinnej poruszano problemy związane z zespołem wątrobowo-nerkowym (dr D. Kurpas), działaniami niepożądanymi NLPZ (dr E. Kaźmierczak), osteoporozą u mężczyzn (dr K. Gruszecka-Marczyńska).

Podczas XXXIV Zjazdu wybrano Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich, w skład którego weszli:

Prezes: prof. dr hab. Irena Zimmermann-Górska
Prezes elekt: prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz
Sekretarz: dr n. med. Mariusz Puszczewicz
Skarbnik: lek. Aleksandra Kołczewska
Członkowie Zarządu:
Prof. dr hab. Zbigniew Gaciong

Dr Zenon Gawor
Prof. dr hab. Jerzy Głuszek
Prof. dr hab. Antoni Hrycek
Dr Jacek Imiela
Prof. dr hab. Tadeusz Mandecki
Prof. dr hab. Maria Podolak-Dawidziak
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko
W skład Komisji Rewizyjnej weszli:
Prof. dr hab. Eugeniusz Szmatoch
Prof. dr hab. Zbigniew Maziarz
Prof. dr hab. Jerzy Liebhardt
Prof. dr hab. Stanisław Rudnicki
Dr Anna Kotulska

Redaktorem „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej” został ponownie prof. dr hab. Artur Czyżyk.

Walny Zjazd zdecydował o nadaniu godności Honorowego Prezesa TIP prof. dr hab. Edwardowi Rużyłło oraz godności Honorowego Członka TIP prof. dr hab. Andrzejowi Szczeklikowi i prof. dr hab. Eugeniuszowi Szmatochowi.

Medalem TIP zostali wyróżnieni: dr n.med. Teresa Pawlik i dr n.med. Krzysztof Mruk.

Ukoronowaniem wspaniałej organizacji zarówno merytorycznej, jak i technicznej Zjazdu był program socjalny, m.in. niezwykle interesujący spektakl Polskiego Teatru Tańca pt. „Tango z Lady M.”, „Halka” Stanisława Moniuszki w Teatrze Wielkim czy koncert organowy w Farze Poznańskiej, sprzyjające pogłębianiu dawnych i nawiązaniu nowych kontaktów towarzysko-naukowych, które niewątpliwie zaowocują kolejnymi (oby równie przemyślanymi i dopracowanymi) spotkaniami naukowymi.

XXXIV Zjazd TIP okazał się najlepszym dowodem na to, że współpraca specjalistów z lekarzami rodzinnymi jest nie tylko niezbędna, ale i możliwa, co zgodnie potwierdzają interniści, ale i licznie w Zjeździe biorący udział lekarze rodzinni.

Zespół Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej składa najszczerze gratulacje oraz życzenia równie owocnych przyszłych spotkań naukowych na ręce Komitetu Organizacyjnego XXXIV Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich, a zwłaszcza jego Przewodniczącej – prof. dr hab. Ireny Zimmermann-Górskiej.

Sprawozdanie z konferencji naukowej „Nauczanie Medycyny Rodzinnej w Polsce – dziś i w przyszłości”

Kazimierz Dolny nad Wisłą, 8–9 grudnia 2001 r.

Report on the Scientific Conference „Teaching Family Medicine in Poland – today and in the future”

Kazimierz Dolny nad Wisłą, 8–9 December 2001

JERZY ŁOPATYŃSKI, TERESA NICER, GRZEGORZ SZCZEŚNIAK, BARBARA ŻMUROWSKA
Z Zakładu POZ Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie

W dniach 8-9 grudnia 2001 r. w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą odbyła się konferencja naukowa nt. „Nauczanie Medycyny Rodzinnej w Polsce – dziś i w przyszłości”.

Organizatorem był Zakład POZ Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie kierowany przez prof. Jerzego Łopatyńskiego.

Do tego spotkania zostali zaproszeni wszyscy kierownicy i przedstawiciele Katedr Medycyny Rodzinnej z Akademii Medycznych w Polsce.

Zakład Medycyny Rodzinnej w Szczecinie reprezentował prof. Tadeusz Koziół,

Zakład Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu – prof. Andrzej Steciwko,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Łodzi – prof. Ewa Pakalczyk-Ratajska, dr Przemysław Kardas,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Zabrze – prof. Witold Lukas,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Warszawie – prof. Andrzej Wardyn, dr Piotr Tyszko, dr Piotr Olęcki, dr Andrzej Osuch,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Poznaniu – dr hab. Wanda Horst-Sikorska, lek. med. Liliana Celczyńska-Bajew,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Krakowie – dr Adam Windak, lek. med. Elżbieta Kryj-Radziszewska,

Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Bydgoszczy – dr Krzysztof Buczkowski,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Gdańsku – dr Mirosława Koseda-Dragan,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Białymstoku – dr Sławomir Chlabicz,

Zakład Medycyny Rodzinnej w Lublinie – prof. Jerzy Łopatyński, mgr Teresa Nicer, lek. med. Barbara Zmurowska, lek. med. Grzegorz Szcześniak.

Po raz piąty odbyło się spotkanie przedstawicieli Katedr Medycyny Rodzinnej Polskich Akademii Medycznych, po raz pierwszy jednak w takim gronie. Było ono przez uczestników oczekiwane, dało okazję do wyjaśnienia wielu nagromadzonych problemów.

W przeddzień obrad przyjechała większość zaproszonych Gości. Wspólna kolacja zintegrowała zgromadzonych, dała początek ożywionej dyskusji, która towarzyszyła następnym już merytorycznym spotkaniom. Również atmosfera panująca w miejscu obrad, którym był SARP – Dom Pracy Twórczej Architekta, umiejscowiony w centrum Kazimierza, w budynku nawiązującym stylem do czasów renesansu, sprzyjała dysputom naukowym.

Sobotę i niedzielę wypełniły prezentacje uczestników Zjazdu zgromadzone w pięciu sesjach. Obrady otworzył gospodarz prof. Jerzy Łopatyński, po nim głos zabrali Goście honorowi Zjazdu: Edward Hunek – były wojewoda lubelski, a obecnie Marszałek Sejmiku Wojewódzkiego, Jego Magnificencja Rektor AM w Lublinie, jeden z pionierów Medycyny Rodzinnej w Polsce, gorący jej orędownik – prof. Maciej Latański, dr n. med. Adam Borowicz – dyrektor Lubelskiej Kasy Chorych. Wszyscy wyrażali ogromne zadowolenie, iż taka konferencja może odbywać się na ich terenie, podkreślali rolę lekarzy rodzinnych w obecnym systemie opieki zdrowotnej, zwracając szczególną uwagę na ich właściwe przygotowanie do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej.

Pierwsza sesja poświęcona była aktualnemu nauczaniu medycyny rodzinnej w czasie studiów. Rozpoczął ją dr hab. Witold Lukas – Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Rodzinnej. Potwierdził, że bez dobrego nauczania przed- i podyplomowego Medycyny Rodzinnej nie można liczyć na jej sukces. Wykład dotyczył przede wszystkim kształcenia w okresie studiów – jego celów i zagrożeń, do których wykładowca zaliczył: brak pełnego zrozumienia celowości zajęć z Medycyny Rodzinnej, potrzeb z tym związanych, często zbyt małe pensum dydaktyczne dla tego przedmiotu, brak motywacji wśród studentów do podjęcia specjalizacji z Medycyny Rodzinnej, brak wyraźnie nakreślonego zakresu wiedzy, brak określenia kryteriów oceny tej wiedzy i umiejętności studenta, styl zajęć preferujący bierny udział szkolonego i zbyt mała ilość zajęć realizowanych w poradniach lekarza rodzinnego.

Dr hab. W. Lukas zaproponował wiele ciekawych form prowadzenia ćwiczeń: scenki sytuacyjne, ćwiczenia na fantomach, wizyty w domach chorych i sposób zaliczania ćwiczeń na

podstawie „studium przypadku” przygotowanego przez studenta.

Kolejne prezentacje tej sesji przedstawiały aktualny sposób prowadzenia zajęć z Medycyny Rodzinnej na poszczególnych Akademiach Medycznych w Polsce i problemy z tym związane. Do ciekawszych zagadnień poruszanych na tych zajęciach zaliczyć można; praktyczne wypisywanie recept, z uwzględnieniem ekonomiki leczenia, korzystanie z Pharmindexu, zasady refundacji leków, elementy orzecznictwa, przekazywanie złych wiadomości, opieka medyczna nad pacjentem z AIDS.

Sesję pierwszą zakończyła prezentacja gospodarzy przedstawiająca stan przygotowania do zawodu lekarza w oczach studentów VI roku wydziału lekarskiego lubelskiej AM. Wywołała ona burzliwą dyskusję, gdyż badania prowadzone na innych uczelniach medycznych w podobny sposób dowodziły słabego przygotowania w czasie studiów do praktycznego wykonywania zawodu. Jako przyczynę podawano przede wszystkim dysproporcje pomiędzy zajęciami teoretycznymi a praktycznymi na polskich uczelniach. Według zaleceń te pierwsze mają stanowić 60%, te drugie 40%. W praktyce zdarza się, że wynoszą one odpowiednio 90% i 10%.

W przerwie między sesjami zorganizowano spacer z przewodnikiem. Wielu gości było po raz pierwszy w Kazimierzu i miasto to urzekło ich swoją urodą.

W drugiej sesji w dalszym ciągu omawiano zalecane formy prowadzenia ćwiczeń z Medycyny Rodzinnej. Wiele też uwagi poświęcono określeniu liczby godzin wymaganych do realizacji zajęć oraz zasadności i formy ich zaliczania. Ostatecznie ustalono, że: minimalna liczba godzin poświęcona w czasie studiów lekarskich na ćwiczenia z Medycyny Rodzinnej to 120 lub więcej. Ćwiczenia powinny być prowadzone w poradniach lekarza rodzinnego utworzonych przy Akademiach Medycznych lub mniej chętnie z innymi poradniami współpracującymi z uczelniami (brak fachowej kadry nauczycielskiej). Kończyć się powinny egzaminem składającym się z części praktycznej i ustnej. Pełny zakres materiału obowiązującego do planowanego egzaminu postanowiono ustalić, zgodnie z wcześniejszą propozycją prof. T. Kozielca, na następnym spotkaniu w dniach 9–11 maja 2002 r. w Łodzi podczas II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Sposób realizacji programu pozostawiono w gestii kierowników katedr, tak aby był on dostosowany do specyfiki zakładów. Tezy te podpisane przez Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej postanowiono przedstawić Ministerstwu Zdrowia, Radzie Szkolnictwa Wyższego, rektorom Akademii Medycznych i dziekanom wydziałów lekarskich.

Niedzielne sesje poświęcone były badaniom naukowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, roli „Polskiej Medycyny Rodzinnej” jako sztandarowego pisma lekarzy pierwszego kontaktu, a także kształceniu podyplomowemu w Medycynie Rodzinnej. Profesor Andrzej Steciwko redaktor naczelny i założyciel tego pisma szczegółowo relacjonował dotychczasową historię oraz osiągnięcia i plany na przyszłość tego pisma. Często też odwoływano się do poruszanych tematów dnia poprzedniego. Wiele uwagi poświęcono relacji lekarz rodzinny – pacjent, podkreślając kulturę lekarza, jego dostępność i warunki pracy jako czynniki istotnie wpływające na zadowolenie pacjenta. Ośrodek lubelski relacjonował swoje osiągnięcia w kształceniu podyplomowym lekarzy rodzinnych.

Konferencja w Kazimierzu była niezwykle owocna, obfitowała w wiele ciekawych przemówień i propozycji. Wszystkie dyskusje były bardzo gorące i przeciągały się ponad wyznaczony czas. Wszyscy uczestnicy brali udział w tych dyskusjach, jednak należy podkreślić wyjątkowy wkład profesorów: Andrzeja Steciwko, Tadeusza Kozielca, Witolda Lukasa, Andrzeja Wardyna, Ewy Pakalczyk-Ratajskiej oraz Wandy Horst-Sikorskiej.

Do tak ważnego spotkania doszło dzięki patronatowi Akademii Medycznej w Lublinie i pomocy finansowej firm farmaceutycznych: Roche, Polfa Tarchomin, Bioton, GlaxoSmithCline, Novo Nordisk, Berlin Chemie, Polpharm, Aventis.

KOMUNIKATY • ANNOUNCEMENTS

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

Wrocław, 8–9 listopada 2002 r.

MEDYCYNĄ I CHIRURGIA AMBULATORYJNA

Adres Komitetu Organizacyjnego:
Komitet Organizacyjny I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej
Wrocław, 8–9 listopada 2001 r.
ul. Grabiszyńska 105
53-439 Wrocław

Tel.: (+48) 71 33-49-422, 33-49-498
Fax: (+48) 71 362-13-06, 33-49-603
e-mail: wot@wroclaw.home.pl
<http://www.republika.pl/chirambkonfwr/>

Komunikowanie się lekarza z pacjentem (Empatia, Troska, Intymność, Autonomia, Prawo)

JAROSŁAW BARAŃSKI, EDMUND WASZYŃSKI, ANDRZEJ STECIWKO
Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000

Podręcznik „Komunikowanie się lekarza z pacjentem” przygotowany został z myślą o studentach akademii medycznych, aby pogłębiali wiedzę o jednym z najistotniejszych elementów sztuki lekarskiej i kształcili umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem. Również praktykujący lekarz odnajdzie w nim wiele cennych zasad i technik komunikowania się z pacjentem, umożliwiających podniesienie efektywności diagnostycznej, skuteczności terapeutycznej oraz warunkujących satysfakcję pacjenta z kontaktu z lekarzem.

Podręcznik jest rezultatem współpracy pracowników zakładów i katedr akademii medycznych we Wrocławiu, w Łodzi, Bydgoszczy i Gdańsku.

„Jedną z najtrudniejszych funkcji lekarza jest umiejętność prawidłowego komunikowania się z pacjentem. Prezentowana książka zawiera w XIX rozdziałach fundamentalną wiedzę o tym najistotniejszym elemencie sztuki lekarskiej. Książka składa się z trzech części:

- *Zasady komunikowania międzyludzkiego.*
- *Komunikowanie się z pacjentem.*
- *Etyczne i prawne aspekty komunikowania się z pacjentem.*

Autorzy rozdziałów, pochodzący z akademii medycznych Wrocławia, Łodzi, Bydgoszczy i Gdańska podjęli się pionierskiego zadania napisania podręcznika dla szerokiego kręgu odbiorców – studentów i lekarzy praktyków, nie wykluczając samych pacjentów.

Niezwykle przejrzysty tekst, przekonująca argumentacja, oparta na bogatym piśmiennictwie, czyni tę książkę interesującą i barwną w swym wyrazie. Czyta się ją z prawdziwym zainteresowaniem. Szata edytorska bez zarzutu. Z prawdziwą satysfakcją można to dzieło polecić wszystkim praktykującym lekarzom i naszym młodszym kolegom.”

Dr n. med. mgr fil. Aleksander Tulczyński
Dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej

Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Tom I (Zagadnienia kliniczne, komunikacja lekarz–pacjent, problemy psychospołeczne, statystyka)

Pod redakcją Andrzeja Steciwko
Wydawnictwo Continuo, Wrocław 1997

Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Tom II (Zagadnienia kliniczne, problemy psychospołeczne, profilaktyka, aspekty prawne)

Pod redakcją Andrzeja Steciwko
Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2000

„Rozwój medycyny rodzinnej, jaki obserwujemy w ostatnich latach, stanowi wyzwanie zarówno dla szkolących się lekarzy, jak również dla zespołów nauczających. Dobry lekarz ro-

dzinny ustawicznie pogłębia swą wiedzę medyczną, posiada duży zasób umiejętności z zakresu holistycznego podejścia do pacjentów, zna ich środowisko rodzinne, zawodowe

i wszystkie czynniki mogące wpływać na ich zdrowie.

Zamierzeniem autorów „Wybranych zagadnień z praktyki lekarza rodzinnego” jest przekazywanie aktualnego stanu wiedzy i badań nad problemami, z którymi lekarz rodzinny spotyka się na co dzień w swej praktyce lekarskiej.

W I tomie omówiono zagadnienia kliniczne, m.in. obrażenia zagrażające życiu, leczenie nadciśnienia tętniczego, zakażeń układu moczowego, osteoporozy oraz problemy psychospołeczne, często pojawiające się w praktyce lekarza rodzinnego, np. umiejętność przekazywania złych wiadomości, dialog terapeutyczny z pacjentem i jego rodziną, opieka nad chorym z przewlekłą niewydolnością nerek.

W II tomie przedstawiono m.in. następujące zagadnienia: epidemiologię i leczenie zakażeń wywołanych *Chlamydia pneumoniae*, rozpozna-

nie i leczenie przewlekłej choroby wieńcowej, patofizjologię nefropatii cukrzycowej, zwalczanie bólu przewlekłego i jego aspektów psychologicznych, opiekę lekarza rodzinnego nad kobietą ciężarną, diagnostykę i leczenie niepłodności, leczenie chorych w wieku podeszłym, a także niezwykle ważny problem dla lekarzy, w tym lekarzy pierwszego kontaktu: jak komputery wpływają na nasze zdrowie – zagrożenia i ich profilaktyka.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że tematyka artykułów zawartych w obu tomach została wybrana na podstawie sugestii lekarzy rodzinnych”.

W przygotowaniu do druku znajdują się następne pozycje w tej serii.

Prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Kierownik Katedry i Zakładu
Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu

Medycyna Rodzinna

PHilip d. sloane, lisa M. Slatt, peter curtis
Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 1998

W podręczniku omówiono najczęściej spotykane w praktyce lekarza rodzinnego problemy kliniczne, a także:

- podstawowe założenia medycyny rodzinnej,
- zasady opieki prewencyjnej,
- promocję zdrowia i edukację zdrowotną pacjenta,
- opiekę zdrowotną nad osobami uprawiającymi sport,
- pracę z rodzinami.

Wydanie polskie poszerzono o rozdział autorstwa prof. Andrzeja Steciwko poświęcony wybranym problemom służby zdrowia w Polsce.

Rozdział 12 – Ambulatoryjne leczenie chorych – ze względu na omawianą tematykę został napisany przez polskich autorów (prof. Krystynę Orzechowską-Józwenko i lek. med. Emila Mikulskiego).

Książka polecana studentom medycyny, lekarzom rozpoczynającym specjalizację w medycynie rodzinnej lub już praktykującym, a także lekarzom ogólnym, pielęgniarkom i pomocniczemu personelowi medycznemu.

„Podstawowa opieka medyczna polega na fachowej pomocy lekarskiej choremu lub potrzebującemu pomocy. Od wykształcenia lekarza rodzinnego zależy, czy system organizacyjny służby zdrowia, choćby teoretycznie najlepiej zorganizowanej, nie zostanie zaprzepaszczone z powodu błędnego działania lekarza na tym wstępnym etapie. Na temat medycyny rodzinnej

ukazało się już w Polsce kilka publikacji, z których każda wnosi coś nowego. Zaletą tego podręcznika jest jego przejrzystość i przedstawienie aktualnych możliwości zarówno diagnostycznych, terapeutycznych, jak też profilaktycznych i promocji zdrowia w podstawowej opiece medycznej.

Publikacja ta na pewno zainteresuje lekarzy innych specjalności, którzy mają kontakt z pacjentem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Znając treść zarówno oryginału angielskiego, jak i polskiego wydania, z pełnym przekonaniem mogę polecić lekarzowi rodzinnemu tę pozycję, która wzbogaci w sposób istotny dostępną na polskim rynku literaturę poświęconą tej specjalizacji.

Oddając w ręce Czytelnika podręcznik „Medycyna Rodzinna”, zdajemy sobie sprawę, że nie wyczerpuje on wielu problemów, które napotykają w swojej praktyce lekarze rodzinni. Mamy jednak nadzieję, że wiadomości w niej zawarte ułatwią przyswojenie wiedzy niezbędnej w praktyce lekarza rodzinnego, a także kształtowanie odpowiednich zachowań i schematów postępowania, które wpłyną na wzrost poziomu świadczonych usług i właściwe przygotowanie chorego w przypadku skierowania go do specjalisty lub na oddział szpitalny”.

Prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Kierownik Katedry i Zakładu
Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu