

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych

PL ISSN 1508-2121

Polska Medycyna Rodzinna

Kwartalnik

2002

Tom 4

Zeszyt 1

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

Komitet Redakcyjny

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

Adres Redakcji

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

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

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

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

Wydawca nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń

Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma

Projekt graficzny: Maciej Szłapka

Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF

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

Spis treści

PRACE POGLĄDOWE

- 5 Przemysław Kardas • Częste przyczyny niepowodzeń w leczeniu nadciśnienia tętniczego
- 11 Piotr Szyber • Problemy proktologiczne w praktyce lekarza rodzinnego
- 15 Katarzyna Błachut, Leszek Paradowski • Wzdęcia w praktyce lekarskiej
- 23 Grażyna Mardarowicz, Jerzy Łopatyński • Niekorzystny wpływ chorób tarczycy na płodność, przebieg ciąży, okres poporodowy i stan zdrowia potomstwa
- 31 Jan Łazowski • Balintowskie treningi grupowe
- 39 Krystyna Rożek-Mróż, Anna Jurkowska, Krzysztof Kassolik, Waldemar Andrzejewski, Barbara Majewska • Wpływ wybranej metody fizjoterapii na czynnościowe parametry układu oddechowego u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc
- 45 Urszula Kaczmarek • Czy próchnicy zębów można skutecznie zapobiegać? Część I. Etiopatogeneza próchnicy
- 51 Barbara Świątek • Wpływ założeń reformy służby zdrowia na prawidłowość postępowania lekarskiego

PRACE ORYGINALNE

- 55 Hanna Skórzyńska, Anna Pacian • Przemoc wobec dzieci jako zagrożenie zdrowotne populacji w wieku rozwojowym w ocenie lekarzy pierwszego kontaktu

PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO

- 63 Sylwia Kałucka • Lekarz rodzinny w Kanadzie

SPRAWOZDANIA

- 67 Maria Bujnowska-Fedak • Sprawozdanie z Konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny ATA 2001 w Fort Lauderdale (Floryda, USA) oraz Międzynarodowego Sympozjum Telemedycznego w Ann Arbor (Michigan, USA)
- 69 Donata Kurpas • Sprawozdanie z warsztatów „Nauka i nauczanie o medycynie poza gabinetem lekarza w praktyce podstawowej” (Bled, Słowenia, 4–8 września 2001 r.)

KOMUNIKATY

na s. 10, 30, 50, 54, 66, 70

Contents

REVIEWS

- 5 Przemysław Kardas • Common causes of treatment failure in hypertension
- 11 Piotr Szyber • Proctological problems in general practice
- 15 Katarzyna Błachut, Leszek Paradowski • Gas syndromes in clinical practice
- 23 Grażyna Mardarowicz, Jerzy Łopatyński • Unfavourable influence of thyroid diseases on fertility, pregnancy course, postpartum period, and the health status of offspring
- 31 Jan Łazowski • Balint group training
- 39 Krystyna Rożek-Mróż, Anna Jurkowska, Krzysztof Kassolik, Waldemar Andrzejewski, Barbara Majewska • Effect of physiotherapy on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease
- 45 Urszula Kaczmarek • Can dental caries be efficiently prevented. Part I. Caries etiopathogenesis
- 51 Barbara Świątek • Effect of health reform principles on appropriateness of medical conduct

ORIGINAL PAPERS

- 55 Hanna Skórzyńska, Anna Pacian • Violence against children as a health danger for the population at growing age in the opinions of general practitioners

FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

- 63 Sylwia Kałucka • Family doctor in Canada

REPORTS

- 67 Maria Bujnowska-Fedak • Report on the 6th Annual Meeting of the American Telemedicine Association ATA 2001 in Fort Lauderdale (Florida, USA) and International Symposium on Telemedicine in Ann Arbor (Michigan, USA)
- 69 Donata Kurpas • Report on the workshop „Learning and teaching about out of office medicine in general practice (Bled, Slovenia, 4–8 September 2001)

ANNOUNCEMENTS

on pages: 10, 30, 50, 54, 66, 70

Częste przyczyny niepowodzeń w leczeniu nadciśnienia tętniczego

Common causes of treatment failure in hypertension

PRZEMYSŁAW KARDAS

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

Streszczenie Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych chorób cywilizacyjnych. Jego rozpowszechnienie w krajach wysoko uprzemysłowionych jest zbliżone do 20% populacji ludzi dorosłych. Poważne następstwa nadciśnienia znalazły potwierdzenie w licznych badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Metody wykrywania nadciśnienia są proste i powszechnie dostępne wszystkim lekarzom. Pomimo to istotna część polskich pacjentów chorujących na nadciśnienie nie ma rozpoznanej choroby, a u większości osób, u których rozpoznano nadciśnienie, nie osiąga się pożądanego wartości ciśnienia tętniczego krwi. W artykule przedstawiono częste przyczyny nieskutecznej kontroli nadciśnienia tętniczego.

Słowa kluczowe: nadciśnienie, wykrywalność, terapia.

Summary Hypertension belongs to the most common diseases. Its prevalence reaches 20% of adult population in the developed countries. Serious consequences of hypertension are well documented in numerous clinical and epidemiological studies. Methods for revealing hypertension are simple and widely accessible for all doctors. However, important number of cases of hypertension is undiagnosed in Poland. Even in diagnosed cases, most patients do not reach recommended values of arterial pressure. In this paper the most common reasons for ineffective hypertension control are reviewed.

Key words: hypertension, detectability, therapy.

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą skąpoobjawową. Do jego poznania i skutecznego leczenia nie przyczynił się zatem nacisk ze strony pacjentów, a raczej dociekania naukowców i lekarzy. Metodę nieinwazyjnego, palpacyjnego pomiaru ciśnienia krwi za pomocą sfigomanometru opisał w 1896 r. w „Gazetta Medica di Torino” Scypion Riva-Rocci, na którego cześć do dziś ciśnienie krwi oznaczane jest skrótem RR. Od tego czasu pomiar wartości ciśnienia tętniczego krwi mógł wejść na stałe do arsenału badań lekarskich, tym bardziej że w 1905 r. Korotkow ułatwił badanie poprzez wprowadzenie osłuchiwanie fali tętna stetoskopem zamiast oceny palpacyjnej. Nie od razu jednak zaczęto uważać podwyższone ciśnienie tętnicze krwi za chorobę, a tym bardziej je leczyć. Impuls do częstszej oceny wartości ciśnienia krwi wyszedł od amerykańskich towarzystw ubezpieczeniowych, które w 1911 r. zaleciły prowadzenie tych pomiarów wśród osób ubezpieczonych. Na podstawie zakrojonych

na szeroką skalę badań (w 1915 r. firma Prudential przebadła 18 637 osób) Fischer w 1917 r. stwierdził wyższą umieralność osób z podwyższonym poziomem ciśnienia tętniczego krwi [1].

W chwili obecnej nadciśnienie tętnicze jest powszechnie uznane za chorobę, a jednocześnie za niezależny czynnik ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego [2]. Rozpowszechnienie tego schorzenia, oceniane na około 20% osób dorosłych w krajach wysoko uprzemysłowionych, sprawia, że jest ono jedną z najczęstszych chorób. Posiada liczne negatywne następstwa, dobrze udokumentowane zarówno w badaniach klinicznych, jak i epidemiologicznych, w tym również bardzo poważne następstwa finansowe. Na szczęście dysponujemy jednak obecnie wieloma bardzo skutecznymi lekami do terapii nadciśnienia i wydawać by się mogło, że problem ten jest w pełni opanowany. Tak jednak nie jest, a składa się na to wiele czynników.

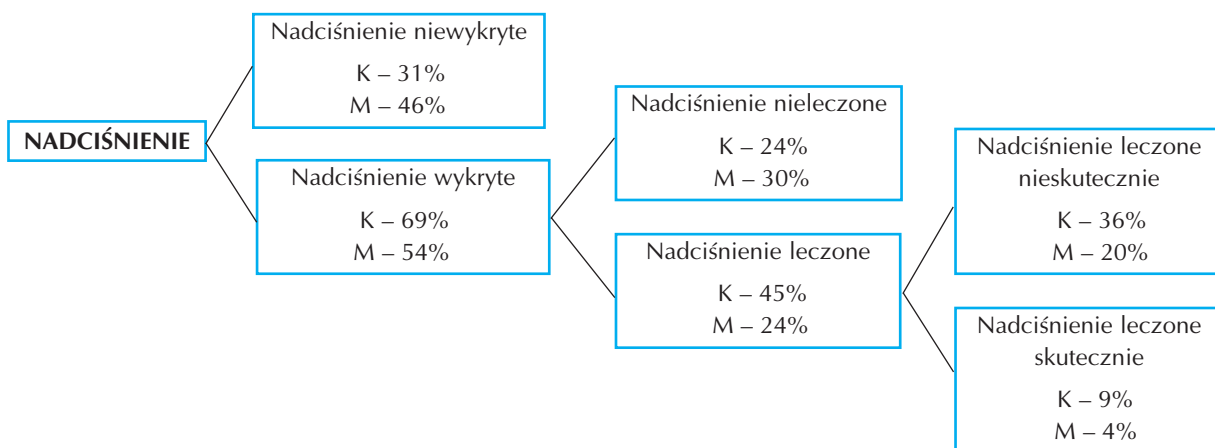
Wykrywalność i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego

Pomimo powszechnej dostępności pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, wiele przypadków nadciśnienia pozostaje niewykrytych. Dowodzą tego dane uzyskane w badaniach epidemiologicznych, między innymi w projekcie Pol-Monica [3–5]. W ramach tego długoterminowego badania, mającego na celu ocenę zachorowalności, śmiertelności i umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz ich determinantów, określane jest między innymi rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego krwi w wybranych populacjach polskich (Warszawa, Tarnobrzeg). Uzyskane w ten sposób wyniki są w najwyższym stopniu alarmujące. Wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy (dzielnice Praga Płn. i Praga Płd.) nadciśnienie u osób w wieku 35–64 lata występowało z częstością 64% wśród kobiet i 54% wśród mężczyzn [6]. Częstość ta jest wysoka, charakterystyczna jednak dla populacji krajów uprzemysłowionych. Problemy dotyczą natomiast kwestii wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia. I tak spośród badanych osób tylko 69% kobiet i 54% mężczyzn miało rozpoznane nadciśnienie. Pomimo wykrycia choroby leczenie nadciśnienia zostało podjęte tylko u 65% kobiet oraz 44% mężczyzn. U osób, u których podjęto leczenie, pożądane wartości ciśnienia osiągnięto jedynie u 20% kobiet i 17% mężczyzn. W efekcie, prawidłową kontrolę nadciśnienia tętniczego osiągnięto u 9% kobiet i 4% mężczyzn chorujących na nadciśnienie, czyli u co 11-tej kobiety i co 25-go mężczyzny z tą chorobą! (ryc. 1). Przeprowadzone w jednym z badań porównanie ze Stanami Zjednoczonymi nie wypadła zatem dla Polski korzystnie: o ile w USA prawidłowo kontrolowane jest ciśnienie

u 55% pacjentów z nadciśnieniem, o tyle w naszym kraju – tylko u 2% [7]. Inaczej mówiąc, w Polsce nadciśnienie kontrolowane jest tak, jak w USA cztery dekady temu [2].

Niewykrywanie nadciśnienia

Jedną z najczęstszych przyczyn nieosiągnięcia kontroli nadciśnienia tętniczego jest niewykrywanie tej choroby. Jak widać z przytoczonych powyżej danych, nawet w populacji wielkomiejskiej, z bardzo dobrym dostępem do świadczeń medycznych, zarówno w ramach podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej, ponad 30% kobiet i blisko 50% mężczyzn chorujących na nadciśnienie nie ma rozpoznanej choroby. Powody tego stanu są na pierwszy rzut oka trudne do zrozumienia, jeśli wziąć pod uwagę, że aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi znajduje się na każdym lekarskim biurku. W rzeczywistości jednak przyczyny niewykrywania nadciśnienia są bardzo prozaiczne (tab. 1). Do najważniejszych należy nieprzeprowadzanie pomiarów ciśnienia krwi u pacjentów zgłaszających się do lekarza. Ponieważ nadciśnienie tętnicze jest chorobą skąpoobjawową, pacjent rzadko zgłasza się do lekarza z objawami spowodowanymi przez nadciśnienie. Wręcz przeciwnie, pacjent jest nawet często zdziwiony inicjatywą lekarza, który bada mu poziom ciśnienia krwi mimo braku jakichkolwiek dolegliwości. Co gorsza jednak, pomiary ciśnienia krwi często nie są przeprowadzane nawet przy okazji badań okresowych czy przedłużania ważności pracowniczej książeczki zdrowia (co ogranicza się zresztą nierzadko do przyłożenia przez lekarza stempla w książeczce – bez badania chorego). Uniemożliwia to rozpoznanie nowych przypadków nadciśnienia tętniczego. Kolejną ważną przyczyną nierozpoznawania nadciśnienia jest zapominanie



Ryc. 1. Wykrywalność i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego u osób mieszkających w prawobrzeżnej Warszawie (dane uzyskane w ramach badania Pol-Monica [6]). Procenty odnoszą się do populacji chorych na nadciśnienie, z podziałem według płci (K – kobiety, M – mężczyźni)

o tym, że choroba ta występuje także wśród dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych. Nadciśnienie u dzieci rozpoznaje się wówczas, gdy wartość ciśnienia skurczowego lub rozkurczowego przekracza 95 centyl dla danego wieku i płci, toteż „z definicji” co 20-te dziecko choruje na nadciśnienie [8]. Tymczasem, o ile pomiar ciśnienia tętniczego nie jest wykonywany u wszystkich dorosłych, to przypadki wykonywania tych pomiarów u dzieci należą do rzadkości. Przy okazji podkreślić należy, że w celu uniknięcia fałszywych wyników przy prowadzeniu pomiarów ciśnienia krwi u dzieci stosować trzeba mankiety o odpowiedniej szerokości. Podobnie nie można zaniedbywać pomiarów ciśnienia krwi u młodych dorosłych, tym bardziej że w tej grupie wiekowej, podobnie jak u dzieci, znaczna część nadciśnienia może być nadciśnieniem wtórnym.

Niepodejmowanie leczenia

Kolejną przyczyną nieosiągnięcia kontroli nadciśnienia tętniczego jest brak podejmowania leczenia tej choroby. Pomimo szerokiego upowszechnienia kryteriów rozpoznawczych nadciśnienia według WHO nadal zdarza się, że akceptowane jest ciśnienie według reguły „100 mm Hg + wiek”. Nie zawsze podejmowane jest także leczenie często występującego u osób starszych izolowanego nadciśnienia skurczowego.

Pomimo znajomości kryteriów rozpoznawania nadciśnienia tętniczego, leczenie nie jest też często podejmowane, ponieważ podwyższony poziom ciśnienia krwi zostaje usprawiedliwiony inną chorobą czy stanem, np. gorączką. Niepodejmowanie leczenia po jednorazowym stwierdzeniu umiarkowanie podwyższonego ciśnienia krwi jest postępowaniem w pełni uzasadnionym, pod warunkiem jednak umówienia się z pacjentem na kolejne kontrole ciśnienia i dalszego postępowania dostosowanego do stwierdzonych w nich poziomów.

Nieskuteczne leczenie

Celem leczenia hipotensyjnego jest trwała normalizacja poziomu ciśnienia krwi. Osiągnięcie sukcesu w leczeniu farmakologicznym nadciśnienia w większości przypadków nie jest trudne. Szeroka gama leków, którymi obecnie dysponujemy, pozwala precyzyjnie dobrać lek do potrzeb pacjenta (a nie odwrotnie), z uwzględnieniem jego wieku, płci, istniejących powikłań narządowych, chorób towarzyszących i indywidualnych upodobań. Mimo to leczenie nadciśnienia jest często nieskuteczne. Zakładając, że wybór leku dla danego pacjenta był prawidłowy, pomyśleć wówczas należy o odpowiedniej dawce leku. Regułą w leczeniu nadciśnienia jest jednak unikanie wysokich dawek leków – ze względu na częstsze ujawnianie się ich działań ubocznych przy stosowaniu wyższych dawek. Jeśli zatem pożądane poziomy ciśnienia krwi nie zostają osiągnięte przy stosowaniu średnich dawek jednego leku, potrzebna jest terapia skojarzona, którą prowadzi się zwykle dwoma lub trzema lekami z różnych grup terapeutycznych [2].

W praktyce bardzo często popełnianym przez polskich pacjentów błędem jest nieprzyjmowanie leków hipotensyjnych w dniu, w którym udają się oni do lekarza na badanie kontrolne. Ten niełatwy do wykorzenienia zwyczaj bardzo utrudnia dobranie właściwego schematu leczenia dla danego pacjenta. Stwierdzając u pacjenta wysoki poziom ciśnienia krwi lekarz nigdy nie może być wówczas pewny, czy jest on wynikiem nieprzyjęcia przez pacjenta porannej porcji leków, czy też leczenia zbyt małymi dawkami leków, „nadciśnienia białego fartucha” czy może nadciśnienia wtórnego [9].

Opisane powyżej zachowanie pacjentów jest jedną z wielu form nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, które jest jednym z najważniejszych powodów nieosiągnięcia zamierzonych celów leczenia [10]. W przypadku chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie, zgodnie z zaleceniami lekarza stosuje leki tylko około 50–60% pacjentów, częściowo przestrzega zaleceń 30–40% chorych, a całkowicie

Tabela 1. Częste przyczyny nieosiągnięcia kontroli nadciśnienia tętniczego

Niewykrycie nadciśnienia

- brak prowadzenia pomiarów ciśnienia tętniczego krwi wśród dzieci
- pomijanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi u dorosłych zgłaszających się do lekarza z innego powodu
- pomijanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi w trakcie badań okresowych

Niepodejmowanie leczenia

- bagatelizowanie podwyższonych poziomów ciśnienia tętniczego
- niestosowanie się do kryteriów rozpoznania nadciśnienia wg WHO

Nieskuteczne leczenie

- stosowanie zbyt małych dawek leków
- brak modyfikacji schematu terapii przy utrzymywaniu się niezadowalających poziomów ciśnienia
- nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarskich
- samowolne przerywanie kuracji przez pacjentów

nie stosuje się do zaleceń lekarskich 5–10% pacjentów [11]. Odstępstwa od zaleconego leczenia polegają przede wszystkim na przyjmowaniu mniejszej, niż zalecono, liczby dawek leków w ciągu danego czasu. Najczęstsze błędy, popełniane przy tym przez pacjentów, polegają na opuszczeniu pojedynczych dawek leków. Zdarza się jednak, że pacjenci urządzają sobie tzw. wakacje od leków, będące w rzeczywistości kilkudniowymi przerwami w ich przyjmowaniu, z reguły przypadającymi na okres weekendów, świąt i innych okresów, w trakcie których nie wykonują swoich rutynowych zajęć.

Następstwa nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów przyjmujących leki hipotensyjne mogą być bardzo poważne – wywołane tym skoki ciśnienia mogą na przykład prowadzić do udarów. Dobrze znanym zjawiskiem jest też istotny wzrost częstości występowania incydentów wieńcowych, jaki wiąże się z nagłym odstawieniem leków z grupy β -blokerów [12]. Aby uniknąć takich powikłań, należy dążyć do możliwie najlepszego przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich [13]. Drogą do osiągnięcia tego celu jest wybór leków pozbawionych uciążliwych działań ubocznych. Niektóre leki stosowane w terapii nadciśnienia mogą mieć bowiem trudne do zaakceptowania przez pacjenta działania uboczne, jak na przykład nagłe spadki ciśnienia przy stosowaniu krótko działających α -adrenolityków czy kurcze mięśniowe spowodowane utratą potasu w przypadku stosowania niektórych diuretyków.

Bardzo ważne znaczenie dla realizacji zaleceń lekarskich ma również cena leku. Pamiętać należy, że leczenie nadciśnienia jest leczeniem długoterminowym, a zazwyczaj dożywotnim, toteż nie wystarczy, aby pacjent zdobył się na jednorazowe wykupienie leku – niezbędne jest, aby stać go było na realizację recept co miesiąc.

Ponieważ powyższe warunki da się bez trudu spełnić w przypadku wielu leków, należy wziąć pod uwagę jeszcze jedną cechę leku, niezmiernie ważną dla prawidłowego przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich. Tą cechą jest częstość

dawkowania leku: w wielu przypadkach ma ona decydujący wpływ na to, czy pacjenci będą stosowali leki zgodnie z zaleceniami czy też nie. Spektakularny dowód na poparcie tego twierdzenia dostarczyła metaanaliza badań dotyczących tego zjawiska, dokonana przez Greenberga [14], w której wykazano, że przy dawkowaniu leku 1 raz na dobę zaleceń lekarskich przestrzega średnio 73% pacjentów, przy dawkowaniu 2 razy na dobę – 70%, 3 razy na dobę – 52%, natomiast przy dawkowaniu 4 razy na dobę – tylko 42%. Zależność ta potwierdza się zresztą nawet w przypadku terapii antybiotykowej, podczas której pacjent ma znacznie większą motywację do leczenia, niż w przypadku skąpoobjawowego przebiegu z natury nadciśnienia [15]. W tej sytuacji bardzo ważne jest, aby do terapii nadciśnienia wybierać leki o możliwie najrzadszym dawkowaniu, najlepiej – dawkowane 1 raz na dobę. Leki takie, należące do różnych grup terapeutycznych, są obecnie powszechnie dostępne w Polsce.

Na koniec podkreślić należy, że znaczna część polskich pacjentów, chorujących na nadciśnienie, samowolnie przerywa leczenie. I to zjawisko należy do kręgu nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, a jego przyczyn – przynajmniej po części – należy niestety upatrywać po stronie lekarza. Pacjent nie otrzymuje bowiem często od lekarza podstawowej dla terapii nadciśnienia informacji – mianowicie jak długo należy prowadzić leczenie i co jest jego celem. Po stwierdzeniu normalizacji poziomów ciśnienia dochodzi wówczas do wniosku, że choroba została wyleczona – i nie kontynuuje terapii. Jak zatem widać, w celu uzyskania współpracy pacjenta oraz osiągnięcia celów leczenia nadciśnienia niezbędna jest również odpowiednia edukacja pacjenta.

Przedstawione powyżej przyczyny są tylko niektórymi czynnikami, odpowiedzialnymi za niepowodzenia w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Konsekwentne unikanie opisanych błędów przyczynić się jednak może do istotnego polepszenia stanu zdrowia wielu polskich pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Krupa-Wojciechowska B. 100-lecie pomiarów ciśnienia tętniczego – uwagi naocznego świadka rozwoju terapii hipotensyjnej. [w:] Materiały konferencji szkoleniowo-naukowej „Postępy w chorobach wewnętrznych”, Gdańsk, 14–15 listopada 1996: 31–40.
2. Kawecka-Jaszcz K., Januszewicz W., Rywik S., Sznajderman M. Nadciśnienie tętnicze pierwotne. Standardy PTK. *Kardiologia Polska* 1997; 46, supl. I: 86–97.
3. Rywik S., Sznajda J., Przestrzalska-Malkin H., Magdoń M., Wągrowaska H., Pająk A., Kulesza W., Celiński A., Kupść W., Konarska R. Monitorowanie trendów zachorowalności, śmiertelności i umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz ich determinantów – badanie długofalowe „Pol-Monica”. Cz. I. Założenia metodyczne badania. *Przeegląd Lekarski* 1985; 42: 250.
4. Rywik S., Sznajda J., Kulesza W., Przestrzalska-Malkin H., Pająk A., Wągrowaska H., Malczewska-Malec M., Kupść W., Idzior-Waluś B., Sikora D. Monitorowanie trendów zachorowalności, śmiertelności i umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz ich determinantów – badanie długofalowe „Pol-Monica”. Cz. II. Materiały i metody. *Przeegląd Lekarski* 1985; 42: 256.

5. Rywik S., Pająk A., Kupść W., Baczyńska E., Sznajderman M., Celiński A., Kulesza W., Czarnecka H., Malczewska-Malec M., Mizera R. Monitorowanie trendów zachorowalności, śmiertelności i umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz ich determinantów – badanie długofalowe „Pol-Monica”. Cz. III. Zasady kontroli jakości i standaryzacji badań. *Przegl Lek* 1985; 42: 280.
6. Program „Pol-Monica”-Warszawa: kompleksowa ocena stanu zdrowia ludności Warszawy w roku 1993 i jego zmian w latach 1984–1993. Cz. V: Podstawowe wyniki trzeciego badania przekrojowego przeprowadzonego w 1993 r. oraz 10-letnie trendy poziomu czynników ryzyka w populacji prawobrzeżnej Warszawy. Warszawa: Instytut Kardiologii; 1995.
7. Rywik SL, Davis CE, Pająk A., Broda G., Folsom AR, Kawalec E., Williams OD. Poland and U.S. collaborative study on cardiovascular epidemiology hypertension in the community: prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the POL-MONICA Project and Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Ann Epidemiol* 1998; 8: 3–13.
8. Moll J., Lipiec P. Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży. *Pol Med Rodz* 2000; 2: 89–97.
9. Gryglewska B. „Nadciśnienie białego fartucha” albo izolowane nadciśnienie szpitalne. [w:] Grodzki T., Kocemba J. (red.) *Nadciśnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym*. Gdańsk: Via Medica; 2000: 112–116.
10. Kardas P. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyną nieskuteczności terapii. *Pol Merk Lek* 2000; 9: 732–735.
11. Rudd P. Compliance with antihypertensive therapy: a shifting paradigm. *Cardiol Rev* 1994; 2: 230.
12. Psaty BM, Koepsell TD, Wagner EH, LoGerfo JP, Inui TS. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of beta-blockers. *JAMA* 1990; 263: 1653–1657.
13. Kardas P. Jak polepszyć przestrzeganie zaleceń lekarskich. *Wiad Lek* 2000; 53: 427–433.
14. Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clin Ther* 1984; 6: 592–599.
15. Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. Przestrzeganie zaleceń lekarskich w infekcjach dróg oddechowych: ceftibuten a inne antybiotyki (badanie PARTICULAR). *Pol Merk Lek* 2001; 10(60): 445–449.

Adres Autora:

Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Łodzi
ul. Narutowicza 96
90-153 Łódź
tel: (42) 678-72-10
e-mail: pkardas@csk.am.lodz.pl

Problemy proktologiczne w praktyce lekarza rodzinnego

Proctological problems in general practice

PIOTR SZYBER

Z Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Piotr Szyber

Streszczenie Choroby okolicy odbytu są częstą dolegliwością zgłaszaną przez chorych w praktyce lekarza rodzinnego. Najczęściej związane to jest z żylakami odbytu, rzadziej ze szczeliną lub przetokami okołodbytniczymi. Artykuł krótko omawia zasady postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u tych chorych. W szczególności przedstawia leczenie zachowawcze możliwe do stosowania przez lekarzy rodzinnych.

Słowa kluczowe: choroba hemoroidalna, szczelina odbytu, ropnie i przetoki okołodbytnicze.

Summary Diseases of the anal region are situated among the most common complaints between patients visiting general practitioner. The most often they are hemorrhoidal varices, anal fissure and perianal fistulas. The rules of diagnostic and therapeutic management for those patients are shortly discussed in the article. The conservative treatment, possible for the general practitioner is presented in details.

Key words: hemorrhoid disease, anal fissurae, perianal abscess and fistulae.

W warunkach ambulatoryjnych, w praktykach lekarzy rodzinnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej mamy często do czynienia z pacjentami uskarżającymi się na dolegliwości okolicy odbytu lub związane z aktem defekacji. Z racji lokalizacji tych dolegliwości chorzy ci niechętnie zgłaszają się do lekarza, a z jeszcze większą niechęcią odnoszą się do wszelkich badań tej okolicy. Tymczasem statystyki mówią, że znaczna część populacji, w każdym regionie na świecie, cierpi z powodu choroby hemoroidalnej o różnym stopniu zaawansowania, a takie patologie, jak szczelina odbytu czy przetoka okołodbytnicza mimo postępu w medycynie, w dalszym ciągu należą do najtrudniej leczących się schorzeń. Trzeba również wspomnieć, że dolegliwości okolicy odbytu, szczególnie krwawienia, mogą być prodromalnym objawem choroby nowotworowej jelita grubego. Dlatego umiejętność właściwej diagnostyki i postępowania z nawet najprostsza patologią tej okolicy powinna dotyczyć właśnie lekarzy pierwszego kontaktu, tym bardziej że standardowy algorytm postępowania z takimi chorymi jest bardzo prosty i w dużej mierze wspólny dla poszczególnych jednostek chorobowych.

Żylaki odbytu (choroba hemoroidalna, guzki krwawnicze)

Z punktu widzenia klinicznego choroba hemoroidalna związana jest najogólniej z istnieniem żylaków odbytu i obie nazwy używane są zamiennie. W literaturze fachowej czasami uważa się, że żylaki odbytu położone powyżej linii grzebieniastej to są tzw. guzki krwawnicze, a żylaki zewnętrzne to są te „właściwe” żylaki odbytu [1, 2]. Dla celów praktycznych nie ma to istotniejszego znaczenia.

W chorobie hemoroidalnej wyróżniamy cztery stopnie jej zaawansowania:

I – guzki uwypuklające się w kanale odbytu,

II – guzki wypadające w trakcie defekacji, samistnie cofające się do światła kanału odbytu,

III – guzki odprowadzalne palcem po akcie defekacji,

IV – guzki nieodprowadzalne.

W miarę rozwoju choroby następuje progresja różnych objawów i dolegliwości, choć nie zawsze są one adekwatne do stopnia zaawansowania choroby. Głównymi objawami jest wypadanie hemoroidów i krwawienie o różnym stopniu nasilenia. Krwawienie żywoczerwoną krwią, szczególnie jej „kapanie” po akcie defekacji, wskazuje raczej na tło hemoroidalne. Ciemna, rozmazana na stolcu

krw, zmieszana ze śluzem sugerować może tło nowotworowe. W wypadających hemoroidach trzeciego i czwartego stopnia często występuje zakrzepica z ostrym stanem zapalnym wywołującym ból nasilający się w czasie defekacji i przy badaniu tej okolicy. Twardy, wypełniony zakrzepem guzek, silnie bolesny, uniemożliwia często chodzenie i siadanie. Skrajnym powikłaniem tego stanu jest powstanie owrzodzenia lub martwicy uwięźniętego żyłaka odbytu. W początkowych stadiach choroby dominującymi objawami są dyskomfort i świąd okolicy odbytu. W każdej sytuacji dolegliwości ze strony odbytu wymagają zbadania w warunkach ambulatoryjnych. W praktyce lekarza rodzinnego konieczne minimum to oglądanie tej okolicy i badanie „per rectum” (o ile jest tylko możliwe bez narażania chorego na ból, np. w ostrych stanach zapalnych) [3]. Po ustąpieniu stanu zapalnego lub w przypadkach przewlekłych badanie „per rectum” jest obowiązkowe. To najprostsze badanie wykrywa często najgroźniejsze patologie tej okolicy, w szczególności raka odbytnicy i raka gruczołu krokowego. Bardziej doświadczeni i lepiej wyposażeni lekarze rodzinni mogą wykonywać rektoskopię. Do pełnej klinicznej diagnostyki wymagane jest wykonywanie kolonoskopii lub/i wlewu kontrastowego jelita grubego. Leczenie żyłaków odbytu w stadium II, III i IV jest operacyjne, po opanowaniu stanu zapalnego. W stadium I i w początkach stadium II można wdrożyć postępowanie zachowawcze. Leczenie zachowawcze ma na celu opanowanie stanu zapalnego, ustąpienie bólu oraz normalizację aktu defekacji poprzez regulację konsystencji stolca. W leczeniu zachowawczym stosujemy nasiadówki o temperaturze ciała (np. z wywaru kory dębu, rumianku lub słabym roztworze nadmanganianu potasu), zewnętrznie maści lub żele znieczulające (np. 5% maść anestetynowa lub żel lignocainowy). Doodbytniczo stosujemy czopki działające miejscowo przeciwbólowo i tonizująco (np. Procto-Glyvenol). Ogólnie stosujemy leki flebotropowe (np. Venoruton) w dużych dawkach przez okres tygodnia (3 x dziennie po 2 tabl.). Ostre stany zapalne czasem wymagają antybiotykoterapii. Wypełniony zakrzepem, zewnętrzny bolesny żyłak odbytu można w znieczuleniu miejscowym naciąć i opróżnić z zakażonej skrępliny, co przynosi natychmiastową ulgę pacjentowi. Zabieg ten wymaga jednak pewnego doświadczenia i raczej zabezpieczenia szpitalnego. Tak jak wspomniałem, radykalne leczenie jest leczeniem chirurgicznym. Obecnie stosowane są różne metody operacyjne: zakładanie podwiązek gumowych (zabieg Barona), usunięcie żyłaków za pomocą staplera (metoda Longo), elektrokoagulacja, krioterapia, laseroterapia oraz klasyczne zabiegi chirurgicznego wycięcia żyłaków odbytu (metody Milligana i Morgana, Fergussona, Whitehaeda) [1–3]. W praktyce lekarza rodzinnego ta częsta dolegli-

wość, jaką są żyłaki odbytu, nie może być lekceważona, a towarzyszące jej objawy, szczególnie krwawienie, wymagają należytej diagnostyki i kierowania do specjalistycznego leczenia we właściwym czasie.

Szczelina odbytu

Dolegliwością bardzo dla pacjentów uciążliwą, z którą zgłaszają się do lekarzy pierwszego kontaktu, jest szczelina odbytu. Jest to pęknięcie anodermi wyścielającej kanał odbytu. Towarzyszący temu odczyn zapalny i infekcja powodują, że chorzy odczuwają bardzo silne bóle przy defekacji. Często, szczególnie u dzieci, są one połączone z krwawieniem. Tzw. „ostra” szczelina odbytu może powstać u każdego w przebiegu zaparc przy oddawaniu twardego stolca. Taka szczelina goi się stosunkowo szybko i wymaga jedynie toalety odbytu, leków rozluźniających stolec i miejscowo nasiadówek (np. z naparu kory dębowej) i ewentualnie żelów znieczulających. O ile lokalizacja szczeliny odbytu dotyczy przedniej lub tylnej ściany w linii pośredkowej, często mamy do czynienia z „przewlekłą szczeliną odbytu”. Ten typ szczeliny powstaje najczęściej przy niedokrwieeniu tej okolicy i jest to stan trudny do wyleczenia [4]. Przewlekłe szczeliny odbytu, szczególnie te zlokalizowane bocznie, występują w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna, colitis ulcerosa, białaczek oraz nabytego braku odporności (AIDS) [4]. W tych przypadkach leczenie musi być przyczynowe, a diagnostyka specjalistyczna wykracza poza możliwości lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Radykalne leczenie przewlekłej szczeliny odbytu polega na jej wycięciu i nacięciu bocznym mięśnia zwieracza wewnętrznego odbytu [4, 5]. Zabiegiem mniej radykalnym, choć w wielu przypadkach skuteczniejszym jest „divulsja” odbytu [3]. Zabieg ten, nie pozostawiający rany ani nie wymagający instrumentarium, może być wykonywany ambulatoryjnie z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa chorego (szczególnie w zakresie znieczulenia). Tym samym, z pewnymi zastrzeżeniami może być wykonywany przez lekarza rodzinnego. Inne metody leczenia to stosowanie maści z nitrogliceryną [6] lub 0,2% maści z nifedypiną [7] po nasiadówkach, jak w chorobie hemoroidalnej. Leczenie uzupełniające ma na celu regulację stolca, toaletę okolicy odbytu i ewentualne stosowanie leków przeciwzapalnych.

Ropnie i przetoki okołodbytnicze

Zakażenie gruczołów w zatokach Morganiego może być przyczyną powstania ropnia okołodbytniczego, który w około 50% przypadków pro-

wadzi do powstania przetoki okołodbytniczej [8]. Lokalizacja ropnia może być różna, dlatego wyróżnia się ropnie okołodbytowe powierzchowne, kulszowo-odbytnicze, międzyzwieraczkowe, zaodbytowe i naddźwigaczowe [8]. Dla lekarza pierwszego kontaktu dokładna znajomość lokalizacji ropnia ma znaczenie drugorzędne. Ważne jest, by nabrać podejrzenia, co do możliwości istnienia ropnia okołodbytniczego jako przyczyny podawanych przez pacjentów dolegliwości. Najczęściej będzie to ból okolicy odbytu, nasilający się przy oddawaniu stolca. Uzewnętrzanie się ropnia objawiać się będzie chęłbocącym guzem, silnie bolesnym przy badaniu, z zaczerwienieniem i naciekiem anodermy lub skóry w bruzdzie międzypośladowej. Leczenie zawsze jest chirurgiczne i polega na nacięciu, opróżnieniu i drenowaniu ropnia. Ze względu na silny ból towarzyszący nacięciu ropnia tej okolicy, mogący doprowadzić do wstrząsu, zabieg ten powinien być wykonywany w krótkim znieczuleniu ogólnym. Tylko niewielkie ropnie mogą być nacinane przez lekarza rodzinnego w warunkach ambulatoryjnych pod warunkiem pełnego zabezpieczenia chorego i przy sporym doświadczeniu lekarza.

Najczęstszym następstwem ropnia okołodbytniczego jest przetoka okołodbytnicza. Kierunek przebiegu kanału przetoki może być różnorodny, często bardzo zawiły. Przetoki zlokalizowane z przodu odbytu mają przebieg prosty, natomiast te zlokalizowane od tyłu linii poprzecznej odbytu przebiegają łukowato lub są kręte. Rozpoznanie przetoki opiera się na zlokalizowaniu jej ujścia zewnętrznego (wizualnie i za pomocą sondy) lub ujścia wewnętrznego w odbycie za pomocą anoskopu lub rektoskopu i wykonaniu fistulografii. Leczenie przetok jest trudne. Najczęściej sprowadza się do wycięcia przetoki (choć nie zawsze jest to możliwe) lub fistulotomii (przecięcie przetoki wzdłuż przebiegu jej kanału). Wiąże się to często z powikłaniami wynikającymi z przecięcia zwieraczy odbytu. Coraz częściej mówi się o zastosowaniu klejów tkankowych autologicznych wstrzykiwanych do przetok [9] oraz operacjach techniką przesuniętego płata. Być może zastosowanie klejów tkankowych pozwoli na leczenie tej choroby przez lekarzy rodzinnych. Jednak leczenie chirurgiczne winno odbywać się na oddziałach szpitalnych.

Leczenie i postępowanie zachowawcze w chorobie hemoroidalnej

Lekarz rodzinny czy też lekarz pierwszego kontaktu musi rozpoznać chorobę i, tam gdzie to jest możliwe, leczyć ją przede wszystkim sposo-

bami nieinwazyjnymi, a więc najczęściej zachowawczo. W przypadku choroby hemoroidalnej i chorób okolicy odbytu w dużym procencie przypadków postępowanie takie jest uzasadnione i potrzebne. Rozpoznanie choroby hemoroidalnej nie jest trudne. W fazie ostrej wymaga leczenia objawowego (przeciwbólowego), nasiadówek oraz leków flebotropowych w dużych dawkach (np. Venorotonu). Miejscowe stosowanie czopków Procto-Glyvenolu działa zarówno rozkurczowo, jak i przeciwzapalnie i przeciwbólowo. Na każdym etapie leczenia uzasadnione jest stosowanie nasiadówek o temperaturze ciała. Skuteczne jest stosowanie wywaru z kory dębowej, rumianku lub słabego roztworu nadmanganianu potasu. Zewnętrzne stosowanie maści (np. Aesculanu lub maści anestetycznej) przynosi chorym ulgę i zabezpiecza anodermę przed maceracją. Kierowanie chorego w fazie ostrej choroby hemoroidalnej na leczenie operacyjne nie jest postępowaniem koniecznym, gdyż hemoroidów nie operuje się w stanie zapalnym. Uzasadnione jest jedynie nacięcie wypełnionego skrzepem, zapalnie zmienionego żyłaka zewnętrznego odbytu i usunięcie skrzepliny. Przynosi to olbrzymią ulgę choremu i przyspiesza ustąpienie stanu zapalnego. Nacięcie ropni okołodbytnicznych w warunkach praktyki lekarza rodzinnego jest możliwe pod warunkiem, że ropień ten uzewnętrznia się przez skórę i jest wyraźnie odgraniczony. Warunkiem jest dobre znieczulenie, zaplecze szpitalne i nabyte doświadczenie.

Choroba hemoroidalna a ciąża

Ciąża jest fizjologicznym stanem u kobiet i ich organizm jest dostosowany do zmian, jakie w tym czasie następują w hemodynamice krążenia. Jednak u zdecydowanej większości kobiet w czasie ciąży i po porodzie pojawiają się żyłaki odbytu. Stopień nasilenia choroby hemoroidalnej jest zindywidualizowany. Dolegliwości potęgują się najczęściej w trzecim trymestrze ciąży. Często współistnieją z przewlekłą niewydolnością żylną kończyn dolnych. W zasadzie nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do operacji żyłaków odbytu w pierwszym okresie ciąży. Natomiast w okresie ostatniego trymestru wskazane jest postępowanie zachowawcze. Zaleca się nasiadówki i wymienione powyżej maści. Nie ma wprawdzie badań mówiących o przeciwwskazaniach do stosowania maści lub czopków z Procto-Glyvenolu, ale nie zaleca się stosowania tych preparatów u ciężarnych i karmiących. Generalną zasadą jest, by w okresie ciąży ograniczyć lub wyeliminować stosowanie wszelkich leków. Nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do stosowania leków flebotropowych

w ciąży (np. Venorotonu). Są one skuteczne zarówno w leczeniu choroby hemoroidalnej, jak i przewlekłej niewydolności żyłnej [10]. Jednak ich stosowanie należy ograniczyć do niezbędnego minimum w stanach ostrych choroby hemoroidalnej.

Wnioski

1. Do lekarza rodzinnego należy przede wszystkim prawidłowe rozpoznanie i diagnostyka

wstępna chorób okolicy odbytu, a następnie wdrożenie możliwego w warunkach ambulatoryjnych leczenia i właściwe pokierowanie dalszym leczeniem chirurgicznym.

2. W przypadkach choroby hemoroidalnej, szczególnie z krwawieniem z odbytu, obligatoryjnym jest badanie „per rectum” i pełna diagnostyka w zakresie jelita grubego.
3. W chorobie hemoroidalnej uzasadnione jest podawanie leków flebotropowych w dużych dawkach przez co najmniej jeden tydzień.

Piśmiennictwo

1. Fry RD, Kodner IJ. Anorectal disorders. *Clinical Symp* 1985; 37: 6.
2. Levien HD. Guzki krwawnicze. *MP-Chirurgia* 1999; 1: 120–128.
3. Tuszewski M. *Jelito grube. Choroby okrężnicy i odbytnicy*. [w:] *Kompendium gastroenterologii praktycznej*. Pod red. M. Tuszewskiego. Wrocław: Volumed; 1995: 133–169.
4. Bonello JC, Howerton RA. Szczelina odbytu. *MP-Chirurgia* 1999; 1: 130–133.
5. Nyam DC, Pemberton JH. Long-term results of local sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1306–1306.
6. Kennedy ML, Sowter S., Nguyen H. i wsp. Glyceril trinitrate ointment for the treatment of chronic and fissure. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1000–1006.
7. Antropoli C., Perrotti P., Rubino M. i wsp. Nifedipine for local use in conservative treatment of anal fissures: preliminary results of a multicenter study. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1011–1015.
8. Howerton RA, Bonello JC. Ropień okołodobytny i przetoka odbytu. *MP-Chirurgia* 1999; 1: 136–142.
9. Cintron JR, Park JJ, Orsay CP i wsp. Repair of fistulas – in – ano using, autologus fibrin tissue adhesive. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 607–613.
10. Buckshee K., Takkar D., Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 57: 145–151.

Adres Autora:

Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej AM
ul. J. Poniańskiego 2
50-326 Wrocław

Wzdęcia w praktyce lekarskiej

Gas syndromes in clinical practice

KATARZYNA BŁACHUT, LESZEK PARADOWSKI

Z Katedry i Kliniki Gastroenterologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Leszek Paradowski

Streszczenie Definicja i patogeneza: Wzdęciami nazywamy subiektywne uczucie rozdęcia jelit zwiększoną ilością gazów. Źródłem gazów w przewodzie pokarmowym jest: połknięte powietrze, spożywanie napojów gazowanych, metabolizm mikroflory jelitowej, dyfuzja gazów z krwi do światła przewodu pokarmowego, reakcja kwasu solnego i kwasów żółciowych z wodorowęglanami, z wytworzeniem dwutlenku węgla oraz u niektórych osób uwarunkowana rodzinnie produkcja metanu. Eliminacja gazów odbywa się poprzez: odbijanie, odchodzenie wiatrów, metabolizm mikroflory jelitowej oraz dyfuzję gazów do krwi. Nieprawidłowe funkcjonowanie każdego z powyższych mechanizmów może doprowadzić do pojawienia się wzdęć. Objaw ten występuje w przebiegu: ostrych i przewlekłych chorób przewodu pokarmowego, zaburzeń ogólnoustrojowych wpływających na przewód pokarmowy, stosowania niektórych leków, po zabiegach operacyjnych jamy brzusznej. Wzdęcia mogą występować również u osób zdrowych, u których są związane z dietą. Najczęstszą przyczyną wzdęć są zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego (aerofagia, IBS, czynnościowe wzdęcie brzucha) oraz zaburzenia trawienia (nietolerancja laktozy). Wzdęcia występują w przebiegu zespołów złego wchłaniania, przewlekłego zapalenia trzustki, chorób jelita grubego, marskości wątroby. Nagłe wzdęcie brzucha jest stałym objawem niedrożności przewodu pokarmowego. Diagnostyka: Pierwszym krokiem do ustalenia przyczyny wzdęć są: wywiad, badanie fizykalne i podstawowe badania laboratoryjne. Podkreślić należy znaczenie objawów niepokojących, które sygnalizują organiczną przyczynę wzdęć. Są nimi: początek dolegliwości po 40. roku życia, krótki czas trwania objawu, spadek masy ciała, utrata apetytu, ból, biegunka, objawy krwawienia z przewodu pokarmowego, gorączka, niedokrwistość. Ich stwierdzenie jest wskazaniem do dalszej diagnostyki (badania obrazowe, badania histopatologiczne, testy w kierunku ZUW). Brak objawów niepokojących i wiek poniżej 40. roku życia sugerują, że przyczyną wzdęć są zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego lub zaburzenia trawienia.

Leczenie: Postępowanie nefarmakologiczne obejmuje modyfikację diety, zwiększenie aktywności fizycznej i inne zmiany stylu życia, np. zaprzestanie palenia papierosów. Farmakoterapia opiera się na stosowaniu związków krzemu, leków rozkurczowych, leków regulujących motorykę przewodu pokarmowego, węgla lekarskiego, leków żółciopędnych, a w niektórych przypadkach leków psychotropowych.

Słowa kluczowe: wzdęcia, gazy jelitowe, diagnostyka, dieta, leczenie farmakologiczne.

Summary Pathogenesis: The sources of gases in the digestive tract are: air swallowing, diffusion from the blood, bacterial metabolism, chemical reactions. The elimination of gases is possible thanks to: eructation, passage through the rectum, bacterial metabolism, diffusion into the blood, chemical reactions. Disorders of any of mentioned mechanisms can cause distension. Abdominal distension is the symptom of acute and chronic digestive tract diseases, systemic disorders and can appear as a result of using drugs and past operations. Flatulence can occur in healthy people as well as a consequence of diet. The most common cause of clinical gas syndromes are functional disorders and carbohydrate malabsorption (e.g. lactose). Abdominal distension can occur in: small and large bowel diseases, chronic pancreatitis, liver cirrhosis, malabsorption syndromes.

Diagnosics: The first step to recognise a cause of abdominal distension is: investigation, physical examination and laboratory tests. The indications for further tests are: age over 40, short history, weight loss, rectal bleeding, fever, anaemia, diarrhoea.

Treatment: Treatment includes: dietary treatment (elimination diet for specific food intolerance), physical activity and other life-style modifications, like a change of simple habits e.g. cessation of gum chewing. Pharmacological treatment uses: simethicone, dimethicone, charcoal, drugs regulating bowel function, psychoactive drugs.

Key words: bloating, flatulence, intestinal gases, diagnostics, diet, pharmacological treatment.

Wstęp

Choroby przewodu pokarmowego zajmują czołowe miejsce wśród przyczyn hospitalizacji i są jedną z najczęstszych przyczyn zgłoszenia się pacjen-

ta do lekarza. Wzdęcia, zaparcia, zgaga, gniecienia, odbijania i brak apetytu są jednymi z najczęstszych dolegliwości będących powodem zwrócenia się o poradę [1]. Wzdęcia należą do obrazu klinicznego ostrych i przewlekłych schorzeń przewodu po-

karmowego, zaburzeń ogólnoustrojowych wpływających na przewod pokarmowy (np. niedrożność porażenna w przebiegu hipokaliemii), mogą mieć podłoże jatrogenne (działanie niepożądane leków, przebyte zabiegi operacyjne). Należy również pamiętać, że mogą występować u osób zdrowych po spożyciu określonych pokarmów i napojów gazowanych.

Definicja

„Wzdęcie (*flatulentia*) to subiektywne uczucie rozdęcia jelit zwiększoną ilością gazów” [2]. Należy zaznaczyć, że wzdęciom w przebiegu chorób czynnościowych przewodu pokarmowego zwykle nie towarzyszy zwiększona objętość gazów jelitowych.

Szczególnym i bardzo rzadkim objawem nadmiernej objętości gazów w przewodzie pokarmowym są zaburzenia rytmu serca i/lub dolegliwości dławicopodobne, występujące w przebiegu bębniczy nadbrzusza.

Zatrzymanie gazów w okolicy zgięcia śledzionowego okrężnicy, powodujące uczucie ucisku i bólu w lewym podżebrzu z promieniowaniem do klatki piersiowej, zazwyczaj ustępujące po oddaniu stolca i gazów, jest określane jako „zespół zgięcia śledzionowego”.

Nagłe wzdęcie brzucha jest stałym objawem ostrej niedrożności przewodu pokarmowego.

Patogeneza

Gazy znajdujące się w przewodzie pokarmowym to: azot, dwutlenek węgla, wodór, metan, tlen i odpowiedzialne za przykry zapach wiatrów – siarkowodór, amoniak, indol, skatol i lotne kwasy tłuszczowe. Skład gazów w górnym odcinku przewodu pokarmowego różni się od składu gazów w jelicie grubym. W żołądku azot stanowi 79% gazów, 17% tlen, a 4% dwutlenek węgla. Gazy bezwonne wydalone przez odbył to: azot (11–92%), dwutlenek węgla (3–54%), wodór (0–69%), metan (0–56%), tlen (0–11%) [3].

Badania zdrowych ochotników wykazały, iż dobową objętość wydalanych gazów wynosi średnio 705 cm³ (od 476 do 1491 cm³). Stwierdzono, że większe objętości produkowane są po posiłkach. Trwająca 48 h dieta bez błonnika znacząco zmniejszała objętość gazów, redukowała zawartość dwutlenku węgla i praktycznie eliminowała wodór [4]. W warunkach prawidłowych w przewodzie pokarmowym człowieka znajduje się około 200 cm³ gazów [5]. W badaniu z udziałem 120 zdrowych osób wykazano, że średnia częstość oddawania gazów wynosi: u kobiet 7,1 (od 1 do 32), zaś u mężczyzn 12,7 (od 2 do 53) raza na dobę [6].

Obecność gazów w przewodzie pokarmowym wynika z:

- połykania powietrza (aerofagia),
- spożywania napojów gazowanych,
- metabolizmu mikroflory jelitowej,
- dyfuzji z krwi do światła przewodu pokarmowego,
- reakcji kwasu solnego i kwasów żółciowych z wodorowęglanami z wytworzeniem dwutlenku węgla,
- uwarunkowanej rodzinnie zwiększonej produkcji metanu.

Jedynym źródłem metanu w przewodzie pokarmowym jest metabolizm bakterii, przede wszystkim *Methanobrevibacter smithii*. Metan jest wydalany z powietrzem wydychanym i poprzez oddawanie gazów. Obecność metanu w powietrzu wydychanym jest stwierdzana u 30–60% dorosłych. Uważa się, że na wytwarzanie metanu mają wpływ czynniki genetyczne [7, 8].

Eliminacja gazów odbywa się poprzez:

- odbijanie,
- odchodzenie wiatrów,
- metabolizm mikroflory jelitowej,
- dyfuzję ze światła przewodu pokarmowego do krwi.

Czynniki powodujące nieprawidłowe funkcjonowanie każdego z wyżej wymienionych mechanizmów mogą doprowadzić do zwiększenia objętości gazów w przewodzie pokarmowym i wystąpienia dolegliwości. Badania zdrowych ochotników wykazały, że w warunkach prawidłowych tolerancja gazów jelitowych jest wysoka dzięki ich szybkiemu pasażowi i ewakuacji [9].

Nadmierna aerofagia występuje:

- u niektórych osób w sytuacjach stresowych,
- podczas szybkiego jedzenia i picia,
- w przypadku zwiększonego wydzielania śliny w przebiegu nudności o różnej etiologii, jak i spowodowanego paleniem papierosów, żuciem gumy, źle dopasowaną protezą zębową,
- w chorobach górnego odcinka przewodu pokarmowego (np. GERD),
- u chorych z tracheostomią,
- po urazach twarzoczaszki.

Należy zaznaczyć, że niewielkie ilości powietrza są połykane podczas jedzenia i picia w warunkach prawidłowych.

Mikroflora przewodu pokarmowego – o składzie względnie niezmiennym (*permanent residents*) i przejściowa (*transient*) – wytwarza gazy w procesie fermentacji. Fermentacja to oksydoredukcyjny proces metaboliczny zachodzący w środowisku beztlenowym, w którym substrat organiczny – a nie tlen – jest końcowym akceptorem wodoru [10]. Substratem fermentacji są przede wszystkim dostarczane z pożywieniem węglowodany. Produktem metabolizmu bakterii są: wodór, dwutlenek węgla i metan.

W warunkach prawidłowych zwiększona objętość gazów powstaje po spożyciu produktów bogatych w nietrawione przez człowieka węglowodany. Do produktów tych należą:

- zawierające rafinozę i stachalozę nasiona roślin strączkowych (np. soja),
- zawierające celulozę (błonnik) owoce, warzywa, pieczywo pełnoziarniste, otręby,
- niektóre warzywa, np. cebula, kalafior, brokuły,
- zawierające substancje słodzące (aspartam, ksylitol, sorbitol), produkty typu *light*, np. jogurty i gummy do żucia [11].

Wzdęciom sprzyja dieta bogatowęglowodanowa i/lub bogatotłuszczowa.

W zaburzeniach trawienia i wchłaniania substratami fermentacji stają się niestrawione i niewchłonięte substancje. Dzieje się tak w zespołach upośledzonego wchłaniania.

Przez pojęcie „zespołu upośledzonego wchłaniania” (ZUW) rozumiemy zaburzenia transportu substancji pokarmowych przez błonę śluzową jelita cienkiego. Do bogatej i różnorodnej symptomatologii ZUW należą bezpośrednio zależne od złego wchłaniania wzdęcia i dyskomfort w jamie brzusznej, spowodowane zwiększonym wypełnieniem jelit i wytwarzaniem gazów.

ZUW występuje w przypadku zaburzeń wydzielania żołądkowego i trzustkowego, w zespole krótkiego jelita, w przypadku uszkodzenia błony śluzowej, podśluzowej i naczyń jelita, a także w chorobach ogólnoustrojowych (cukrzyca) [1].

Szczególną postacią ZUW jest choroba trzewna. Choroba trzewna (*sprue*, enteropatia glutenowa) to przewlekły jelitowy zespół złego wchłaniania, spowodowany nietolerancją glutenu, charakteryzujący się spłaszczeniem kosmków jelitowych z kliniczną i/lub histologiczną poprawą po wyłączeniu z diety glutenu [12]. Choroba jest uwarunkowana przez antygenowo specyficzną reakcję immunologiczną na gliadynę, która prowadzi do uszkodzenia nabłonka jelita cienkiego. Gliadyna stanowi frakcję białka zbożowego glutenu zawartego w ziarnach pszenicy, owsa, żyta i jęczmienia. W ostatnich latach zauważono zmiany w zapadalności na chorobę trzewną i jej manifestacji klinicznej – częstsze jej występowanie u osób dorosłych i powyżej 60. roku życia. Najczęstszymi objawami choroby trzewnej są bóle brzucha, kurczenia jelitowe, wzdęcia i biegunka.

Kolejnym zaburzeniem, w którym wzdęcia są jednym z dominujących objawów, jest nietolerancja węglowodanów.

W praktyce lekarskiej najczęściej spotykana jest nietolerancja laktozy. Przejawia się ona wystąpieniem w ciągu 30 min – 12 h od spożycia mleka lub innych produktów ją zawierających wzdęcia, bólu brzucha, biegunki, nadmiernego odchodzenia gazów, uczucia pełności i przelewania w jamie brzusznej. Laktoza jest disachary-

dem hydrolizowanym w jelicie cienkim przez laktazę na dwa wchłanialne monosacharydy – glukozę i galaktozę. Laktaza (B-D-galaktozydaza) znajduje się w rąbku szczoteczkowym enterocytów pokrywających powierzchnię kosmków jelitowych i zapewnia tzw. trawienie kontaktowe. Niestrawiona laktoza w jelicie grubym powoduje wystąpienie biegunki osmotycznej, a jej bakteryjna fermentacja to źródło dużej objętości gazów odpowiedzialnych za większość objawów jej nietolerancji.

Nietolerancja laktozy występuje w:

- pierwotnym częściowym niedoborze laktazy,
- pierwotnym całkowitym niedoborze laktazy, czyli rzadko występującej alaktazji,
- w wtórnej hipolaktazji, spowodowanej chorobami jelita cienkiego (w przebiegu *sprue*, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby Whipple’a), zaburzeniami ogólnoustrojowymi (m.in. cukrzyca, mukowiscydoza) oraz jatrogenie (chemio- i radioterapia) [13].

Obecnie najczęściej spotykamy pierwotny niedobór laktazy typu dorosłych (*primary adult-type hypolactasia*), który w Polsce obserwuje się u blisko 20% dorosłych [14].

Rzadziej obserwujemy objawy nietolerancji węglowodanów spowodowane niedoborem lub zmniejszeniem aktywności maltazy, izomaltazy, sacharazy, trehalazy. Niedobór trehalazy prowadzi do nietolerancji zawierających trehalozę grzybów.

Kolejną chorobą, w której dokuczliwym objawem są wzdęcia jest przewlekłe zapalenie trzustki (PZT), określane jako przewlekłe zmiany zapalne prowadzące do zniszczenia mięszu egzokrynnego i włóknienia, a w późniejszym okresie uszkodzenia czynności endokryennej. Dominującym objawem, występującym u przeszło 90% pacjentów, jest ból. Natomiast konsekwencją niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki, czyli niedoboru enzymów lipo-, gliko- i proteolitycznych, są biegunki i wzdęcia [1].

Inne choroby organiczne przewodu pokarmowego, w przebiegu których występują wzdęcia, to: choroba uchyłkowa jelit, nowotwory jelita grubego, zespół przewlekłego niedokrwienia jelit, choroby dróg żółciowych, choroby pasożytnicze. Wzdęcia należą do obrazu klinicznego: choroby Hirschrunga, przewlekłej rzekomej niedrożności jelit, *idiopathic megacolon* i *megarectum*, i są w tym przypadku rezultatem zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego [15]. We wczesnym stadium marskości wątroby wzdęcia są wynikiem przekrwienia w układzie wrotnym.

Wzdęcia mogą być powodowane i nasilane przez leki, m.in.: środki przeczyszczające, leki będące źródłem dwutlenku węgla, np. wodorowęglan sodu, stosowany w leczeniu cukrzycy inhibitor alfa-glukozydazy (akarboza), inhibitor lipazy

trzustkowej stosowany w leczeniu otyłości (orlistat), antydepresanty, leki hipotensyjne itd.

Szczególne znaczenie mają środki przeczyszczające. Hydrofilne środki przeczyszczające zwiększające objętość stolca to włókna pokarmowe, nasiona babki płesznik (*Plantago psyllium*), polikarbofil, metyloceluloza i karboksymetyloceluloza. Osmotyczne środki przeczyszczające to siarczan magnezu, żele wchłaniające się disacharydy, jak laktuloza, i alkohole cukrowe, jak sorbitol i mannitol.

Środki hydrofilne to wielkocząsteczkowe polimery organiczne, które przez bakterie jelitowe są rozkładane na mniejsze cząsteczki i gazowe produkty fermentacji, takie jak dwutlenek węgla i wodór, co tłumaczy występowanie wzdęć i nasilonych wiatrów u niektórych osób je stosujących.

Do środków osmotycznych należy często stosowana laktuloza, syntetyczny disacharyd, który nie ulega hydrolizie w jelicie cienkim człowieka. Jest rozkładana przez bakterie w okrężnicy do kwasów: mlekowego, mrówkowego i octowego, które zmniejszają pH mas kałowych i wymuszają wydzielanie wody do światła jelita. Do produktów fermentacji tego węglowodanu należą wodór i dwutlenek węgla, które w przeważającej ilości przenikają do krwi i są wydalane z wydychanym powietrzem, ale mogą być również przyczyną wzdęć i wzmożonego wydalania gazów.

Niepożądane działanie leków przeczyszczających może być bardziej przykre niż dolegliwości, z powodu których były zastosowane [16].

Wzdęcia należą do skarg podawanych przez pacjentów po zabiegach operacyjnych w zakresie jamy brzusznej, m.in. po gastrektomii, po operacyjnym leczeniu przepukliny rozworu przełykowego, u chorych odżywianych przez zgłębnik. Analizowano objawy podawane przez 583 chorych przed i sześć tygodni po zabiegu otwartej cholecystektomii. 51% pacjentów podawało ustąpienie wzdęć, ale 28,1% wciąż cierpiało z powodu tej dolegliwości [17].

Wzdęcia brzucha, obok bólów głowy, bolesności piersi i zmian w zachowaniu, należą do typowych objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego [18].

Większość pacjentów zgłaszających się do lekarza z powodu wzdęć cierpi na zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego. Pod pojęciem tym rozumiemy zespół zmian o określonym charakterze klinicznym, którego przyczyną są złożone zaburzenia czynności motorycznej i/lub wydzielniczej układu trawiennego, bez pierwotnych zmian organicznych. Oznacza to, iż brak jest znanej przyczyny przewlekłych dolegliwości, obserwowanych objawów nie można przypisać żadnej ewentualnie współistniejącej chorobie, nie stwierdza się odchyłań od stanu

prawidłowego w badaniach obrazujących, histopatologicznych i laboratoryjnych [19].

Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego dzielimy na choroby: przełyku, żołądka i dwunastnicy, jelit, dróg żółciowych, odbytu i odbytnicy oraz bóle czynnościowe brzucha. Wzdęcia należą do obrazu klinicznego zaburzeń czynnościowych żołądka i dwunastnicy (dyspepsja i aerofagia), dróg żółciowych, a przede wszystkim zaburzeń czynnościowych jelit.

Aerofagia to powtarzające się polykanie powietrza, które występuje w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez co najmniej 12 tygodni. Wzdęcie w przebiegu aerofagii czynnościowej zazwyczaj ustępuje przejściowo po odbijaniu.

Wzdęcia w górnej części brzucha należą do objawów podawanych przez pacjentów z dyspepsją czynnościową typu motorycznego [20].

Dyskinezy dróg żółciowych objawiają się napadowymi bólami w prawym podżebrzu, którym mogą towarzyszyć: wymioty, biegunka, tachykardia, spadek ciśnienia tętniczego, uczucie rozpięcia, gniewienia, ciężaru w nadbrzuszu, wzdęcia, zaparcia [19].

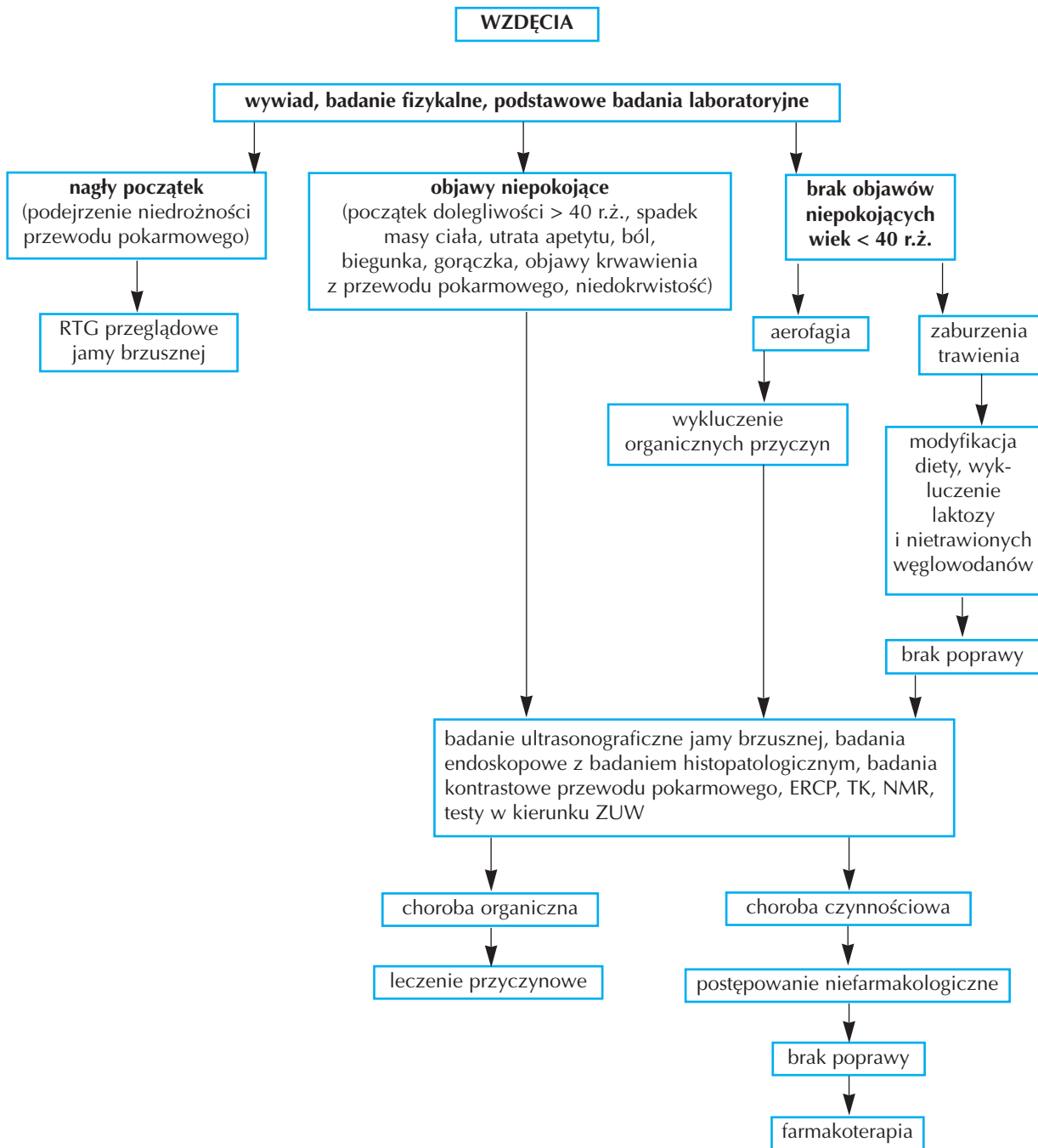
Czynnościowe zaburzenia jelit obejmują m.in. zespół jelita drażliwego (*Irritable bowel syndrome, IBS*) oraz czynnościowe wzdęcie brzucha.

IBS objawia się dyskomfortem lub bólem brzucha związanym z defekacją. Chorzy podają także wzdęcie lub uczucie powiększenia obwodu brzucha. Przyjmuje się, że za rozwój części objawów u chorych z IBS odpowiedzialny jest upośledzony pasaż i nietolerancja gazów jelitowych, podczas gdy ich objętość nie jest większa niż u osób zdrowych [21].

W obrazie klinicznym czynnościowego wzdęcia brzucha dominuje uczucie pełności w jamie brzusznej lub wzdęcie, które łagodnieją w czasie snu, a nasilają się w czasie dnia [22].

Wzdęcia mogą występować w przebiegu chorób wpływających na motorykę przewodu pokarmowego, np. cukrzycy, sklerodermy, chorób układu nerwowego i mięśniowego.

Ostre wzdęcie brzucha jest stałym objawem niedrożności (*ileus*) mechanicznej i porażennej przewodu pokarmowego (zatrzymanie lub znaczne utrudnienie pasażu treści jelitowej). Przyczyną niedrożności mechanicznej są: zrosty, przepukliny, guzy, ciała obce, zapalne schorzenia jelit, zczopowanie kałem, skręt jelita. Porażenna niedrożność jest związana z podrażnieniem otrzewnej (zakażenie, uraz, zabieg chirurgiczny) oraz z zaburzeniami elektrolitowymi, np. hipokaliemią. Obok wzdęcia występują: ból brzucha, wymioty, zatrzymanie wiatrów i stolca. Ostre wzdęcie brzucha, choć występuje rzadziej niż wzdęcie przewlekłe, jest alarmującym sygnałem i wymaga szczególnie intensywnego postępowania w warunkach szpitalnych.



ALGORYTM POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO I TERAPEUTYCZNEGO W PRZYPADKU WZDĘĆ

Diagnostyka

Pierwszym krokiem do postawienia prawidłowego rozpoznania jest badanie podmiotowe i przedmiotowe. Prawidłowo zebrany wywiad powinien dostarczać informacji na temat rodzinnego występowania chorób, w których dziedziczenie odgrywa istotną rolę (np. celiakia), przeszłości chorobowej, w tym przebytych zabiegów operacyjnych, towarzyszących chorób ogólnoustrojowych i stosowanych leków. Musi on uwzględnić: dynamikę występowania objawu (różnicowanie, czy wzdęcie ma charakter ostry

czy przewlekły, a w przypadku wzdęć przewlekłych czas trwania dolegliwości), towarzyszące objawy ze szczególnym uwzględnieniem objawów niepokojących, które sygnalizują chorobę organiczną. Są nimi: początek dolegliwości po 40. roku życia, spadek masy ciała, brak apetytu, obecność krwi w stolcu, gorączka, niedokrwistość. Również krótki czas występowania objawu i/lub jego ciągłe utrzymywanie się, nawet jeśli jest on izolowany, wskazuje na proces anatomiczny.

W wywiadzie należy zwrócić uwagę na związek między dolegliwościami a czynnikami diete-

tycznymi oraz podjąć próbę oceny znaczenia czynników psychicznych dla rozwoju choroby. Duże znaczenie mają również informacje dotyczące stylu życia pacjenta [23].

Kolejnym krokiem jest wykonanie:

- podstawowych badań laboratoryjnych krwi: odczynu opadania krwinek czerwonych, morfologii krwi, poziomu cukru, bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej,
- badania ogólnego, bakteriologicznego i parazytologicznego kału, badania kału na obecność krwi utajonej,
- sondy dwunastniczej z pobraniem żółci i wykonaniem jej badania w kierunku lamblizacji.

Podkreślić należy znaczenie wywiadu, badania fizykalnego i podstawowych badań laboratoryjnych, które decydują o dalszym postępowaniu diagnostyczno- terapeutycznym, zgodnie z zaproponowanym algorytmem. W przypadku objawów choroby organicznej metody diagnostyczne dobierane są indywidualnie, ze względu na szeroką gamę chorób, w których symptomatologii mieszczą się wzdęcia.

Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej umożliwia ocenę wątroby, dróg żółciowych i trzustki. Celem oceny czynności pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych wykonuje się cholescyntyografię dynamiczną oraz w badaniu ultrasonograficznym ocenę opróżniania pęcherzyka żółciowego.

Pośród badań radiologicznych największe znaczenie ma badanie kontrastowe jelita grubego (kolografia), które może wykazać zmiany anatomiczne w świetle i ścianach jelita grubego (np. guz, uchyłki), a także występującą w zaburzeniach czynnościowych pogłębioną, spastyczną haustację.

Badania endoskopowe to: gastroscopia oceniająca przełyk, żołądek, opuszkę dwunastnicy i jej część zstępującą z brodawką Vatera, rektoskopia wykonywana sztywnym narzędziem przy podejrzeniu zmian w zakresie odbytnicy, sigmoidoskopia wykonywane giętkim fiberskopem o długości odpowiednio 60 i 130–160 cm.

Szczególnego postępowania wymaga diagnostyka zespołu upośledzonego trawienia i wchłaniania.

W przypadku podejrzenia niedoboru laktazy wykonuje się test tolerancji laktozy, polegający na podaniu pacjentowi 50 g laktozy i pomiarze poziomu glikemii. Niedobór laktazy potwierdza wzrost stężenia glukozy we krwi o mniej niż 20 mg/dl w stosunku do poziomu glikemii na czczo i wystąpienie objawów nietolerancji laktozy (biegunka). Można również wykonać wodorowy test oddechowy, w którym ocenia się zawartość w powietrzu wydychanym wodoru uwolnionego pod wpływem bakterii z niewchłoniętej laktozy [11]. Testy oddechowe są również wykonywane w przypadku: nietolerancji innych węglowodanów, zespołu przerosłości bakteryjnej flory jelita cienkiego (z użyciem

kwasu glikocholowego lub d-ksylozy znakowanych radioaktywnym izotopem węgla) [8].

W celu rozpoznania choroby trzewnej konieczna jest biopsja dwunastnicy lub jelita cienkiego. U osób dorosłych wycinki do badania histopatologicznego pobiera się w trakcie endoskopii. Zaleca się pobieranie czterech biopsji, najlepiej z trzeciej części dwunastnicy. W opisie zmian stosuje się klasyfikację Marsha [24].

W diagnostyce przewlekłego zapalenia trzustki oprócz ultrasonograficznej oceny narządu posługujemy się również tomografią komputerową i NMR.

W niektórych przypadkach konieczna jest analiza składu gazów jelitowych. Jej wynik umożliwia ustalenie pochodzenia gazów i skuteczne leczenie przyczynowe.

Stwierdzenie np., że skład gazów wydalanych przez odbył jest zbliżony do składu powietrza przemawia za tym, że powodem wzdęć jest aero-fagia [25].

W przypadku wzdęcia ostrego z towarzyszącymi objawami niedrożności diagnostyka powinna odbywać się w warunkach szpitalnych, a podstawowym badaniem dodatkowym jest przeglądowe zdjęcie jamy brzusznej.

Leczenie

Leczenie wzdęć obejmuje:

- leczenie choroby podstawowej, jeśli na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano chorobę organiczną,
- postępowanie nefarmakologiczne,
- farmakoterapię.

Postępowanie nefarmakologiczne polega na:

- modyfikacji diety,
- zaprzestaniu spożywania napojów gazowanych, palenia papierosów, żucia gumy, ssania cukierków,
- dbałości o regularne wypróżnienia,
- systematycznym wysiłku fizycznym (spacery, gimnastyka).

Zmiany diety w przypadku niedoboru laktazy polegają na eliminacji produktów zawierających laktazę, a w przypadku choroby trzewnej na przestrzeganiu diety bezglutenowej.

Z diety osoby skarżące się na wzdęcia powinny zostać wyeliminowane produkty zawierające nietrawione przez człowieka węglowodany z uwzględnieniem indywidualnej ich tolerancji. Wykazano, iż np. produkcja gazów i częstość ich oddawania po spożyciu soi ubogiej naturalnie w takie węglowodany jest istotnie mniejsza w porównaniu z soją konwencjonalną i porównywalna z produkcją gazów po posiłku ryżowym [26]. U chorych z IBS stwierdzono zmniejszenie produkcji wodoru i nasilenia dolegliwości po zastosowaniu odpowiedniej diety [27].

Dolegliwości mogą być łagodzone przez zastosowanie przypraw gazopędnych, np. kopru włoskiego, kminku. Należy podkreślić znaczenie sposobu spożywania posiłków. Zaleca się unikanie mówienia oraz pośpiechu w trakcie spożywania posiłków, a także dokładne przeżuwanie pokarmu.

Leki stosowane w leczeniu wzdęć to:

- związki krzemu (symetykon i dymetykon), których działanie polega na rozbijaniu bąbek gazu,
- leki rozkurczowe,
- leki regulujące motorykę przewodu pokarmowego, stosowane w chorobach czynnościowych (trymebutyna i mebeweryna),
- węgiel lekarski,
- leki żółciopędne,
- leki psychotropowe.

Za przykry zapach gazów jelitowych są odpowiedzialne przede wszystkim gazy zawierające siarkę. Wykazano, że podawanie węgla lekarskiego ogranicza ich emisję [28]. W innym badaniu stwierdzono, że podawanie przeciętnie stosowanych dawek węgla nie wpływa na objętość wydalanego gazu [29].

Dużą rolę w leczeniu chorób czynnościowych przewodu pokarmowego odgrywa edukacja pacjenta, z położeniem szczególnego nacisku na wyjaśnienie, iż choroba ma przewlekły, ale i zarazem łagodny charakter. Badanie przeprowadzone na grupie 70 osób z zespołem jelita drażliwego wykazało, iż większość chorych wymaga dodatkowych informacji, szczególnie dotyczą-

cych ryzyka rozwoju raka i roli diety, ze szczególnym uwzględnieniem nietolerancji pokarmów i błonnika [30].

Podsumowanie

Podkreślić pragniemy, że najczęściej przyczyną wzdęć są choroby czynnościowe przewodu pokarmowego, błędy dietetyczne oraz tryb życia pacjenta. W różnicowaniu uwzględnić należy również choroby organiczne, pierwotne i wtórne niedobory enzymatyczne, schorzenia współistniejące oraz leki. Szczególną staranność diagnostyczną należy wykazać w przypadku chorych, u których objaw ten występuje w połączeniu z innymi dolegliwościami i objawami niepokojącymi, np. z obecnością krwi w stolcu, spadkiem masy ciała, bólami, stanami podgorączkowymi, niedokrwistością itd.

U wielu chorych, u których przyczyną wzdęć są zaburzenia czynnościowe, sukces terapeutyczny można osiągnąć zalecając zmianę trybu życia i sposobu odżywiania się. Farmakoterapia może być wówczas zbyt duża lub można ją poważnie ograniczyć.

Wzdęcia występujące jako objaw choroby ogólnoustrojowej lub będące ubocznym działaniem leków stosowanych np. z powodu nadciśnienia tętniczego wymagają z reguły stałej farmakoterapii. Pamiętać należy wówczas o możliwości interakcji, np. węgiel lekarski, związki krzemu (dymetykon i symetykon) mogą ograniczać biodostępność innych leków stosowanych doustnie.

Piśmiennictwo

1. Wojtczak A. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; 1995.
2. Konturek SJ. *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 2001.
3. Herold G. *Medycyna wewnętrzna*. Warszawa: PZWL; 1997.
4. Tomlin J., Lowis C., Read NW. Investigation of normal flatus production in healthy volunteers. *Gut* 1991; 32: 665.
5. Ganong WF. *Fizjologia. Podstawy fizjologii lekarskiej*. Warszawa: PZWL; 1994.
6. Bolin TD, Stanton RA. Flatus emission patterns and fibre intake. *Eur J Surg Suppl* 1998; 582: 115.
7. Weaver GA, Krause JA, Miller TL. i wsp. Incidence of methanogenic bacteria in a sigmoidoscopy population: an association of methanogenic bacteria and diverticulosis. *Gut* 1986; 27: 698–704.
8. Yamada T. *Textbook of gastroenterology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.
9. Serra J., Azpiroz F., Malagelada JR. Intestinal gas dynamics and tolerance in humans. *Gastroenterology* 1998; 115: 542–550.
10. Zaremba L., Borowski J. *Podstawy mikrobiologii lekarskiej*. Warszawa: PZWL; 1994.
11. Levine JS. *Podjęmowanie decyzji w gastroenterologii*. D.W. Publishing Co; 1992.
12. Berkow R. (red.). *MSD Manual*. Wrocław: Urban&Partner; 1995.
13. Srinivasan R., Minocha A. Kiedy podejrzewać nietolerancję laktozy. *Med Dypł* 1999; 8: 109–117.
14. Radzikowski A. Komentarz do: Srinivasan R., Minocha A. Kiedy podejrzewać nietolerancję laktozy. *Med Dypł* 1999; 8: 117–118.
15. Gattuso JM, Kamm MA. Clinical features of idiopathic megarectum and megacolon. *Gut* 1997; 41: 93–99.
16. Schiller L. Clinical pharmacology and use of laxatives and lavage solutions. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 11–18.
17. Black NA, Thompson E., Sanderson CF. Symptoms and health status before and six weeks after open cholecystectomy: A European cohort study. ECHSS Group. European Collaborative Health Services Study Group. *Gut* 1994; 35: 301.
18. Ransom J., Moldenhauer J. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. *Med Dypł* 1999; 1: 123–128.

19. Chojnacki J. *Czynnościowe zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego*. Łódź: Fast; 1997.
20. Talley NJ, Stanghellini V., Heading RC i wsp. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45 (suppl. II): II37–II42.
21. Serra J., Azpiroz F., Malagelada JR. Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001; 48: 14.
22. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA i wsp. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (suppl. II): II43–II47.
23. Harrison TR. *Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill Book Company 1997.
24. Oberhuber G., Granditsch G., Vogelsang H. Histopatologia choroby trzewnej: czas na standardowy opis przez patologów. *Eur J Gastroenterol Hepatol* wydanie polskie 2000; 3: 7–15.
25. Levitt MD, Furne J., Aeolus MR i wsp. Evaluation of an extremely flatulent patient: case report and proposed diagnostic and therapeutic approach. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(11): 2276.
26. Suarez FL, Springfield J., Furne JK. i wsp. Gas production in human ingesting a soybean flour derived from beans naturally low in oligosaccharides. *Am J Clin Nutr* 1999; 6: 135.
27. King TS, Elia M., Hunter JO. Abnormal colonic fermentation in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1998; 352: 1187.
28. Suarez FL, Springfield J., Levitt MD. Identification of gases responsible for the odour of human flatus and evaluation of a device purported to reduce this odour. *Gut* 1998; 43: 100.
29. Suarez FL, Furne J., Springfield J. i wsp. Failure of activated charcoal to reduce the release of gases produced by the colonic flora. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 208.
30. O'Sullivan M., Mahmud N., Kelleher DP. i wsp. Wiedza i potrzeba edukacji w zespole jelita drażliwego. *Eur J Gastroenterol Hepatol* wydanie polskie 2000; 3: 6–10.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Gastroenterologii AM
ul. J. Poniatowskiego 2
50-326 Wrocław
tel. (71) 322-99-18, fax 322-44-01
e-mail: gastro@gastro.am.wroc.pl

Niekorzystny wpływ chorób tarczycy na płodność, przebieg ciąży, okres poporodowy i stan zdrowia potomstwa

Unfavourable influence of thyroid diseases on fertility, pregnancy course, postpartum period, and the health status of offspring

GRAŻYNA MARDAROWICZ, JERZY ŁOPATYŃSKI

Z Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Łopatyński

Streszczenie W ciągu ostatniego dwudziestolecia dokonano wielkiego postępu, wyjaśniając wiele procesów fizjologicznych i patologicznych, mających wpływ na zajście w ciążę, jej przebieg, okres poporodowy i losy dziecka ciężarnej z patologią tarczycy. Autorzy przedstawiają te postępy na podstawie przeglądu najnowszego piśmiennictwa. Podkreślają, że wiele problemów czeka na pełne wyjaśnienie, np.: rola gonadotropiny kosmówkowej w ciąży fizjologicznej i jej znaczenie dla funkcji tarczycy, czy też zależność pomiędzy obecnością przeciwciał tarczycowych a niepłodnością i poronieniami. Przedstawiają obecnie akceptowane metody leczenia wola (także wola guzowatego), tyreotoksykozy i hipotyreozy u ciężarnych. Przedstawiają nową jednostkę chorobową: „poporodową chorobę tarczycy”, omawiają zasady poszukiwania patologii tarczycy u planujących ciążę i ciężarnych oraz zasady edukacji tyreologicznej tych kobiet.

Słowa kluczowe: ciąża, choroby tarczycy, płodność, rozpoznanie, leczenie.

Summary In the last two decades a great progress has been made in explaining many physiologic and pathologic processes having an influence on fertility, pregnancy course, postpartum period and the life of the children borne by mothers with thyroid pathology. The authors present this progress on the basis of the latest literature's review. They stress that many problems have to be explained, e.g: the role of human chorionic gonadotropin (hCG) in the physiological pregnancy, its significance for the thyroid function, or the relation between the presence of thyroid antibodies and infertility and miscarriages. They present the methods of goitre treatment (also nodular goitre), thyrotoxicosis, and hypothyroidism treatment of the pregnant used nowadays. They also treatment present a new clinical entity: 'postpartum thyroid disease', and discuss the principles of the search for thyroid pathology in women planning pregnancies and the pregnant as well as principles of their thyrologic education.

Key words: pregnancy, thyroid diseases, fertility, diagnosis, treatment.

Wstęp

W Polsce od wielu lat systematycznie maleje liczba porodów. I tak na przykład w 1992 r. odnotowano ich 501 526, a w 2000 r. tylko 373 149, czyli o około 26% mniej [1]. Na Lubelszczyźnie, gdzie pracują autorzy, w tym samym czasie odnotowano nawet 30% spadek liczby porodów [2]. Wśród przyczyn zmniejszającej się liczby porodów i mniejszej dzietności polskich rodzin wymienia się czynniki socjologiczne, kulturowe, ekonomiczne. Szukając przyczyn tych niekorzystnych zjawisk demograficznych, należy jednak bezwzględnie wziąć pod uwagę także czynniki zdrowotne, a wśród nich wpływ „zaburzeń tar-

czycowych” na płodność, przebieg ciąży i zdrowie dziecka. Zdaniem autorów, którzy od lat są tyreologami-praktykami, szczególnie zajmującymi się omawianym zagadnieniem, jest to problem ważny, niestety niedoceniany przez ginekologów-położników i lekarzy rodzinnych, ale też lekarzy innych specjalności.

Od dawna znany był fakt, że jawne klinicznie zaburzenia funkcji tarczycy, a więc tyreotoksykoza i hipotyreoza, wywierają niekorzystny wpływ na płodność i losy ciąży oraz sprzyjają patologii stwierdzanej u potomstwa [3]. W ostatnich latach uzyskano jednak dowody, że również nieznaczne zaburzenia funkcji tarczycy, ale także tylko obecność przeciwciał przeciwtarczycowych u kobiet

bez zaburzeń funkcji tarczycy mogą być czynnikami ryzyka niepłodności, poronień, a także patologii stwierdzanych u dzieci [3].

Przyjmuje się, że głównym czynnikiem patogennym odpowiedzialnym za wielkie rozpowszechnienie schorzeń tarczycy na Ziemi, a także czynnikiem zmieniającym niekorzystnie przebieg tych schorzeń, jest niedobór jodu w środowisku zewnętrznym, a przez to jego niedobór w pożywieniu. Polska, podobnie jak większość obszarów lądowych naszej planety, to obszar znacznego lub granicznego niedoboru jodu. Aby te niedobory wyrównać, wprowadzono w 1935 r. – jako w jednym z pierwszych krajów Europy – jodowanie soli kuchennej, co już w ciągu dwu lat dało wspaniały efekt w postaci znacznego zmniejszenia rozpowszechnienia wola [4]. W latach II wojny światowej i w latach 1980–1986 zaprzestawano jodowania soli kuchennej. W tym okresie obserwowano szybki wzrost liczby nowych przypadków wola. Co prawda od 1986 r. wprowadzono ponownie jodowanie soli, ale istnieje wiele poważnych wątpliwości, czy Polacy spożywają wystarczającą ilość jodu, czy też, jak to wykazano w badaniach, np. Als i wsp. [5], mimo jodowania soli w danym kraju, nadal stwierdza się obszary niedoboru jodu, co budzi przypuszczenie niedostatecznej podaży jodu w pożywieniu.

Przedstawienie środowisku lekarskiemu najnowszych wiadomości na temat wpływu patologii tarczycy na płodność daje szansę zaktywizowania tego środowiska w kierunku poszukiwania i leczenia chorób tarczycy u planujących ciążę i ciężarnych. Zaowocuje to być może wzrostem liczby porodów i ciąż, które inaczej nie zaistniałyby lub byłyby stracone.

Zmiany immunologiczne i hormonalne stwierdzane w ciąży prawidłowej i ich zależność od ilości spożywanego jodu

Ciąża wywiera głęboki wpływ na system immunologiczny ukierunkowany na utrzymanie płodowo-matczynego allograftu, który nie jest odrzucany mimo obecności ojcowskich antygenów zgodności tkankowej. Mimo że w ciąży nie ma ogólnej immunosupresji, to zazwyczaj obserwuje się dramatyczną poprawę u ciężarnych z chorobami uwarunkowanymi immunologicznie [6], także często w chorobie Gravesa-Basedowa [3].

Tarczyca zdrowej kobiety w ciąży utrzymuje swoją wysoką aktywność dzięki równoczesnej stymulacji co najmniej trzech czynników. Są to: 1) tyreotropowa aktywność gonadotropiny kosmówkowej (human chorionic gonadotropin –

hCG), 2) stymulujący wpływ spadku puli wolnych hormonów tarczycy, wynikający ze wzrostu pojemności białek transportowych krwi, zwłaszcza globuliny wiążącej tyroksynę (thyroxine binding globulin – TBG) w odpowiedzi na wzrost aktywności estrogenów, wreszcie 3) względny niedobór jodu jako następstwo zwiększonego kliransu nerkowego tego pierwiastka w okresie ciąży oraz aktywnego wychwytywania jodu przez kompleks płód–łożysko, co obniża dostępność jodu dla matczynego gruczołu tarczowego [7]. Zjawiska te nie mają istotnego znaczenia klinicznego, jeśli ciąża rozwija się w warunkach wystarczającej podaży jodu w diecie (200 µg/dobę lub więcej). W środowisku ubogim w jod, takim jak Polska i wiele innych obszarów Ziemi (poniżej 100 µg/dobę), ciąża nasila niedobory jodu i wywiera wyraźny efekt wolotwórczy [8]. Fizjologiczne zmiany w ciąży i ich wpływ na testy funkcji tarczycy przedstawia tabela 1 [9].

Wole u ciężarnej

Wole, także wole guzkowe u ciężarnej, powinno być diagnozowane i leczone tak samo, jak u kobiety nie będącej w ciąży, z tym oczywistym wyjątkiem, że scyntygrafia i leczenie radiojodem są bezwzględnie przeciwwskazane. Biopsja cienkoigłowa, jeśli są do niej wskazania, może być przeprowadzona u ciężarnej albo przesunięta na okres poporodowy, jeśli jest to ciąża późna. Jeżeli guzek jest złośliwy, usunięcie chirurgiczne w drugim trymestrze jest względnie bezpieczne. Należy jednak rozważyć odłożenie zabiegu do okresu po rozwiązaniu [10]. Pacjentki z wielkim wolem powodującym objawy uciskowe mogą również być poddane leczeniu chirurgicznemu, także najlepiej w drugim trymestrze, jako że wcześniejszy zabieg kojarzy się z większym ryzykiem poronienia. Należy jednak pamiętać, że zabieg chirurgiczny powinien być unikany, jeśli leczenie zachowawcze ma szansę powodzenia [3].

U ciężarnych w Polsce najczęściej występuje wole proste (nietoksyczne, obojętne), przyczyną którego jest niedobór jodu w pożywieniu. Ten niedobór wywołuje podczas ciąży szereg następstw prowadzących do nadmiernej stymulacji tarczycy, a w konsekwencji do względnej hipotyroksynemii i powstania wola [11]. Podstawą leczenia wola obojętne jest profilaktyka jodowa, polegająca na stosowaniu jodu w dawkach suplementacyjnych (jodowanie soli kuchennej – 30 mg KJ/kg – jedynie dostępnej dla wszystkich na danym obszarze). U kobiet ciężarnych i karmiących piersią zaleca się dodatkowo tabletki lub syropy zawierające 200 µg jodu na dobę [13], często razem z L-tyroksyną w ilości 50–100 µg/dobę [7].

Tabela 1. Fizjologiczne zmiany w ciąży, które wpływają na testy funkcji tarczycy

Zmiany fizjologiczne	Zmiany testów funkcji tarczycy
↑ TBG* Pierwszy trymestr ↑ hCG** Drugi i trzeci trymestr ↑ Objętość plazmy ↑ 5-dejodynaza III typu (dejodynacja wewnętrznego pierścienia) w następstwie zwiększenia masy łożyska Powiększenie tarczycy u części kobiet ↑ Klirans jodu	↑ Stężenie całkowitej T ₃ i T ₄ w surowicy ↑ Wolna T ₄ i TSH *** ↑ Wolna T ₄ i wolna T ₃ (w granicach normy) ↑ Zwiększenie puli T ₄ i T ₃ ↑ T ₄ i T ₃ degradacja doprowadzająca do zwiększonego zapotrzebowania na produkcję hormonów ↑ Thyroglobulina w surowicy ↑ Zwiększona produkcja w obszarach niedoborowych w jod

- – TBG Thyroxine binding globulin – globulina wiążąca tyroksynę; ** hCG – human chorionic gonadotropin – ludzka gonadotropina kosmówkowa; *** TSH – thyroid stimulating hormone – tyreotropina; T₃ – trójjodotyronina; T₄ – tyroksyna

Wg G.A. Brent [26].

Autorzy w swojej praktyce zalecają podawanie każdej ciężarnej preparatów jodku potasu w dawce 200–300 µg/dobę (Jodid, Iodox), często łącząc go z L-tyroksyną, jeśli oczywiście brak objawów sugerujących tyreotoksykozę.

Odrębności rozpoznawania i leczenia zaburzeń funkcji tarczycy u ciążarnych

Tyreotoksykoza

Tyreotoksykoza w ciąży występuje nawet u 0,2% kobiet [3]. Najczęstszą przyczyną jest choroba Gravesa–Basedowa (85–90% wszystkich przypadków), ale w różnicowaniu należy uwzględnić także wiele innych przyczyn [14] (patrz tab. 2). Należą do nich: wole wieloguzkowe, gruczolak toksyczny, zapalenia tarczycy (należy pamiętać szczególnie o możliwości poporodowego zapalenia tarczycy).

Teoretycznie przyczyną tyreotoksykozy ciążarnych mogą być również: celowe, nadmierne spożywanie hormonów tarczycy, indukowanie tyreotoksykozy przez jod, a także nadmierna produkcja hormonów tarczycy przez ektopowo umieszczoną tkankę tarczycową, jak np.: struma lingualis czy struma ovarii.

U ciążarnych jednak szczególną uwagę należy zwrócić na możliwość pojawienia się występujących tylko w ciąży przyczyn tyreotoksykozy: zaśniadu groniastego, chorioncarcinoma, tyreotoksykozy towarzyszącej niepowściągliwym wymiotom ciążarnych, a także – teoretycznie – rodzinnie występującej tyreotoksykozie u ciążarnych [15].

Pewien stopień stymulacji gruczołu tarczowego przez hCG obserwuje się często we wczesnej ciąży [8]. Gdy stężenia gonadotropiny kosmówkowej są nieprawidłowo wysokie – na przykład

Tabela 2. Przyczyny tyreotoksykozy klinicznej potwierdzonej laboratoryjnie (niskie TSH, podwyższona wolna T₃ i wolna T₄)

Częste:

Pierwotna tyreotoksykoza:
 Choroba Gravesa–Basedowa
 Wole wieloguzkowe toksyczne
 Guzek toksyczny

Względnie częste – z niską jodochwytnością tarczycy:

Przemijające zapalenie tarczycy:
 Poporodowe
 Bezbołowe (lymfocytowe)
 Powirusowe (granulomatous, podostre, DeQuervain's)

Rzadkie – z niską jodochwytnością tarczycy:

Spożywanie toksycznych dawek tyroksyny
 Ektopowa tkanka tarczycowa, także struma ovarii
 Tyreotoksykoza indukowana przez jod
 Leczenie Amiodaronem

Rzadkie – z pozytywnymi testami ciążowymi:

Tyreotoksykoza towarzysząca niepowściągliwym wymiotom ciążarnych
 Zaśniad groniasty
 Rodzinna ciążowa tyreotoksykoza

Rzadkie – występujące rodzinnie albo odporne na leczenie

Aktywacja zmutowanego receptora TSH

TSH – tyreotropina, T₃ – trójjodotyronina, T₄ – tyroksyna

Wg C.M. Dayan [14].

u kobiet z zaśniadem groniastym – może pojawić się jawna tyreotoksykoza. Uważa się, że mechanizm patofizjologiczny polega na przypadkowej stymulacji receptora tyreotropiny (TSH) przez nadmiar hCG [16]. Stymulację tę

wyjaśnia się ścisłym podobieństwem struktury gonadotropiny kosmówkowej i TSH oraz podobieństwem obserwowanym między ich recepto-rami [17].

Niepowściągliwe wymioty ciężarnych (hyperemesis gravidarum) charakteryzują się nadmiernymi wymiotami we wczesnej ciąży prowadzącymi do utraty 5% lub więcej wagi ciała [16]. Zazwyczaj ustępują samoistnie, stąd mają niewielkie znaczenie kliniczne. Niektóre kobiety z tym schorzeniem mają jednak wysokie stężenia hormonów tarczycy w surowicy, a część z nich ma nasilone kliniczne objawy tyreotoksykozy.

Ponieważ wiele, ale nie wszystkie, kobiety z hyperemesis gravidarum i tyreotoksykozą mają wysokie stężenia gonadotropiny kosmówkowej w surowicy, wydawało się, że także inne czynniki mogą być odpowiedzialne za tyreotoksykozę. I rzeczywiście, Patrycja Rodien i współautorzy opisali w 1998 r. rodzinną, ciążową tyreotoksykozę spowodowaną zmutowanym receptorem TSH nadwrażliwym na ludzką gonadotropinę kosmówkową [15].

Rozpoznanie tyreotoksykozy w ciąży jest trudne, ponieważ częste jej objawy – tachykardia, wzmożona potliwość, duszność, wzmożona pobudliwość nerwowa – są wielce nieswoiste, a do tego często występują także w normalnej ciąży. Jednocześnie nieprawidłowa interpretacja testów funkcji tarczycy może doprowadzać do rozpoznania tyreotoksykozy tam, gdzie jej nie ma.

Przy pełnoobjawowej tyreotoksykozie lub gdy jest ona niedostatecznie leczona, znacznie częściej niż u zdrowych ciężarnych wystąpić mogą: poronienia, odklejenie łożyska, poród przedwczesny, zastoinowa niewydolność krążenia, a nawet przełom hypermetaboliczny. Ryzyko eklampsji jest także wyższe. U potomstwa obserwowano opóźnienie wzrostu wewnątrzmacicznego, wcześniactwo, tyreotoksykozę [18]. W badaniach retrospektywnych wykazano w 5–6% śmierć płodu lub martwy poród, a w dalszych 5% wady u płodu i noworodków [19].

Wszystkie te komplikacje wskazują na konieczność jak najszybszego rozpoznania i leczenia (gdzie to jest możliwe przyczynowego) tyreotoksykozy u ciężarnej, tak aby zmniejszyć ilość możliwych komplikacji u matki i noworodka.

Po ustaleniu pewnego rozpoznania tyreotoksykozy, co – jak to pisaliśmy – nie jest u ciężarnej łatwe zarówno ze względu na nieswoistość objawów klinicznych, jak i możliwość mylnej interpretacji testów funkcji tarczycy [20], należy ustalić jej przyczynę. To jednak zadanie dla doświadczonego, wytrawnego tyreologa klinicznego, dysponującego pełnymi możliwościami diagnostycznymi. Pamiętając, że najczęstszą przyczyną tyreotoksykozy w ciąży jest choroba Gravesa–Basedowa, należy uwzględnić inne, wy-

jątkowo tylko spotykane przyczyny, bo warunkuje to wybór właściwej metody leczenia. I tak zaśniad groniasty, chorioncarcinoma i struma owarii wymagają leczenia operacyjnego, natomiast tyreotoksykoza towarzysząca hyperemesis gravidarum wymaga jedynie spokojnej obserwacji, a zupełnie wyjątkowo – leczenia tyreostatykami [21]. Podobnie tyreotoksykoza w przebiegu podostrego zapalenia tarczycy musi być traktowana indywidualnie, ze względu na zmienny przebieg. Inne rzadkie przyczyny, jak tyreotoksykoza indukowana przez jod czy tyreotoksykoza w przebiegu gruczolaka przysadki produkującego TSH, także muszą być brane pod uwagę, ale ich rozpoznanie jest bardzo trudne.

W leczeniu najczęściej spotykanej w ciąży tyreotoksykozy w przebiegu choroby Gravesa–Basedowa, a także w przebiegu wola toksycznego wieloguzkowego i gruczolaka toksycznego stosujemy trzy metody: leki tyreostaticzne, leczenie chirurgiczne i jod radioaktywny.

Podanie jodu radioaktywnego kobiecie w ciąży jest zdecydowanie przeciwwskazane, ponieważ może zniszczyć tarczycę płodu. Tarczyca płodu zaczyna wychwytywać jod po 10–12 tygodniu ciąży i czyni to względnie bardziej aktywnie niż tarczyca matki [3]. Nieświadomość ciąży i podanie radiojodu ciężarnej przed tym okresem nie uszkadza tarczycy płodu, a napromieniowanie całego ciała płodu nie jest na tyle duże, aby uzasadnić przerwanie ciąży, choć często ma to miejsce [22].

Ograniczone dane kliniczne sugerują, że podanie ¹³¹I po 10–12 tygodniu ciąży doprowadza do biochemicznej hipotyreozy, a nawet kretynizmu noworodka [23]. W takich przypadkach można rozważyć doradzenie przerwania ciąży. Jeśli jednak ciąża trwa do rozwiązania o czasie, należy testy w kierunku hipotyreozy u noworodka wykonać już z krwi pępowinowej. Noworodka natychmiast po porodzie należy ocenić co do istnienia hipotyreozy i wad wrodzonych, które występują tym częściej, im większe dawki promieniowania zastosowano.

Leczenie chirurgiczne tyreotoksykozy może być wskazane zupełnie wyjątkowo: jeśli chora nie toleruje tyreostatyków lub nie przestrzega režimu leczenia. Stosuje się je w przypadku wola guzkowego toksycznego, gruczolaka toksycznego i – tylko wyjątkowo – w przebiegu tyreotoksykozy towarzyszącej chorobie Gravesa–Basedowa, i jak o tym już wspomniano – najlepiej w II trymestrze [3, 10]. Należy jednak ponownie podkreślić, że zabiegu chirurgicznego na tarczycy u ciężarnej z tyreotoksykozą należy unikać, jeśli istnieje szansa powodzenia leczenia zachowawczego.

Podczas ciąży najlepiej jednak stosować leki tyreostaticzne, a zabieg operacyjny przenieść na

okres po porodzie i najlepiej po zaprzestaniu karmienia piersią. Przy nietolerancji tyreostatyków należy rozważyć zastosowanie beta-adrenolityków [24].

Uważa się, że stosowanie przez matkę leków tyreostatycznych podczas karmienia piersią jest bezpieczne. Udokumentowano, że dawki do 20 mg metimazolu na dobę nie wpływają na funkcję tarczycy płodu. W przypadku propylthiouracylu liczba opisanych dzieci jest mniejsza, a funkcja tarczycy była śledzona jedynie u trzech noworodków, których matki przyjmowały wysokie dawki (750 mg/dobę jedna kobieta i 600 mg/dobę 2 kobiety). Dlatego wydaje się, że należy stosować podczas laktacji dawkę 450 mg/dobę lub niższą. Matka powinna przyjąć swoje leki tyreostatyczne bezpośrednio po karmieniu piersią, a przerwa do następnego karmienia powinna wynosić 3–4 godziny. Chociaż stężenia hormonów tarczycy i TSH u matki powinny być kontrolowane celem dobrania odpowiedniej dawki tyreostatyku, wydaje się, że funkcji tarczycy u dziecka nie trzeba kontrolować regularnie tak długo, jak jego rozwój somatyczny i umysłowy przebiega prawidłowo [25].

Hipotyreoza

Ocenia się, że aż u około 2,5% ciężarnych występuje hipotyreoza [26]. U pacjentki z wcześniej rozpoznaną hipotyreozą należy bezwzględnie dążyć do pełnego wyrównania stężeń hormonów (TSH, FT3, FT4) już w okresie przedkonceptyjnym i w czasie całej ciąży, szczególnie w pierwszym trymestrze. Stężenia hormonów powinny być kontrolowane co kilka tygodni, a dawka tyroksyny stopniowo zwiększana. Zwykle ilość tyroksyny potrzebna do pełnego wyrównania stężeń hormonów pod koniec ciąży wzrasta od 50 do 100 µg w stosunku do okresu sprzed ciąży. Niestety, w praktyce często się zdarza, że kobietom z hipotyreozą po zajściu w ciążę lekarze pierwszego kontaktu lub położnicy zalecają przerwanie leczenia tyroksyną. Jest to oczywisty błąd w sztuce. Niewyrównanie hipotyreozy, a nawet niewielka hipotyroksynemia, grozi bowiem zaburzeniami rozwoju układu nerwowego i upośledzeniem rozwoju psychicznego dziecka i innymi wadami wrodzonymi [12, 27, 29]. Każdy noworodek, a szczególnie noworodek matki z niedoczynnością tarczycy, powinien być poddany testom na obecność hipotyreozy wrodzonej.

Poporodowa choroba tarczycy

W 1948 r. w „British Medical Journal” ukazał się artykuł H.E.W. Robertona, lekarza ogólnie praktykującego z Nowej Zelandii, zatytułowany: „Uczucie zmęczenia i zimna oraz zmiany wło-

sów w przebiegu ciąży i ich ustąpienie w następstwie leczenia ekstraktem z tarczycy” [30]. W istocie był to opis hipotyreozy i dobrych wyników jej leczenia „ekstraktem tarczycy”. Opis ten został zapomniany. Dopiero praca Amino i wsp. z Japonii, która ukazała się w 1976 r. [31] i opisywała poporodową przejściową hipotyreozę w przebiegu autoimmunologicznego zapalenia tarczycy oraz praca Ginsberga i Walfisha z Kanady opublikowana w 1977 r. [32], w której opisali oni poporodową przejściową tyreotoksykozę w przebiegu bezbólowego zapalenia tarczycy, ponownie odkryły poporodową chorobę tarczycy (Post Partum Thyroid Disease – PPTD) i określiły jej immunologiczną istotę. Lazarus i Kokandi dają następującą definicję: „PPTD charakteryzuje się rozwojem przejściowej hipertyreozы i/lub hypotyreozy albo obu (na przemian) w ciągu 6 miesięcy po porodzie. Hipotyreoza i tyreotoksykoza przeplatają się w sposób nie do przewidzenia” [3].

Ocena tyreologiczna kobiet w wieku rozrodczym, szczególnie tych, które planują ciążę i ciężarnych

Lekarz praktyk zawsze powinien pamiętać o zagrożeniu ciąży u kobiet z patologią tarczycy. To zagrożenie można ocenić podstawowymi metodami badania lekarskiego, poszerzonego w uzasadnionych przypadkach o badania dodatkowe – coraz bardziej skomplikowane i drogie. Tak więc należy zebrać dokładny wywiad o chorobach tarczycy u badanej i w jej rodzinie, a następnie wypytywać o objawy, które mogą świadczyć o zaburzeniach funkcji tarczycy. Staranne badanie fizykalne szczególnie ukierunkowane na badanie tarczycy (oglądanie szyi i palpacja okolicy tarczycy) oraz poszukiwania objawów zaburzeń jej funkcji: akcja serca – szybka czy wolna? skóra – ciepła, wilgotna czy zimna, szorstka? oraz wielu innych, które choć nieswoiste, ale w sumie mogą nasunąć uzasadnione podejrzenie hipotyreozy lub tyreotoksykozy i pozwolą na podjęcie decyzji o skierowaniu badanej na ultrasonografię tarczycy i badanie stężeń TSH i FT4 [33].

W tym miejscu autorzy chcą podkreślić ich własną opinię: badanie TSH i FT4 mimo znacznych kosztów powinno być wykonane u każdej kobiety w wieku rozrodczym i u każdej ciężarnej.

Zupełnie wyjątkowo, w przypadku niemożności zajścia w ciążę, kolejnych poronień lub stwierdzenia wad wrodzonych u dzieci należy rozważyć konieczność oznaczenia „przeciwciał przeciw tarczycowym” (przeciwciał przeciw peroksydazie tarczycowej – TPOAb, a zupełnie

wyjątkowo przeciwciał przeciw tyreoglobulinie – TgAb – i przeciwciał przeciw receptorowi tyreotropiny – TRAb), co oczywiście pociąga za sobą dodatkowe koszty. Z praktycznego punktu widzenia wydaje się jednak najbardziej uzasadnione, a przy tym korzystne finansowo, skierowanie badanej na dalszą diagnostykę do specjalisty tyrologa, który swoją ostateczną opinię oprze nie tylko na własnej wiedzy i doświadczeniu klinicznym, ale także na wynikach już zupełnie specjalistycznych badań i na opiniach wielu innych współpracujących z nim specjalistów [20].

Współczesna sztuka leczenia odchodzi od oczywistego wręcz do niedawna przestrzegania „tajemnicy zasad leczenia” i zastępuje ją edukacją pacjenta (a lepiej zdrowej jeszcze osoby) i dzieleniem się z nim wiedzą o chorobie, jej diagnostyce i leczeniu. Ma to na celu zwiększenie skuteczności postępowania lekarskiego poprzez skłanianie badanego do przestrzegania zaleceń lekarskich. Stąd coraz częściej podkreśla się znaczenie edukacji tyreologicznej planujących ciążę i ciężarnych, szczególnie tych ze stwierdzoną patologią tarczycową.

Piśmiennictwo

1. Dane z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie. Warszawa 2002.
2. Dane z Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Lublin 2002.
3. Lazarus JH, Kokandi A. Thyroid disease in relation to pregnancy: A decade of change. *Clin Endocr* 2000; 53: 265–278.
4. Gembicki M. Present Status of Iodine Deficiency in Poland. Iodine deficiency in Europe. A continuing Concern. Ed. Delange F., Dunn JT, Glinoe D. NATO ASI series. New York: Plenum Press; 1993: 341–345.
5. Als C., Keller A., Minder C. i wsp. Age- and gender-dependent urinary iodine concentration in an area-covering population sample from the Bernese region in Switzerland. *Europ J Endocrinol* 2000; 143: 629; wg D. Glinoe [8].
6. Weetman AP. The immunology of pregnancy. *Thyroid* 1999; 9: 643–646.
7. Lewiński A., Karbownik M., Zygmunt A. Leczenie wola nietoksycznego u kobiet w ciąży i w okresie laktacji. *Endokrynol Pol* 1999; 50: 487–503.
8. Glinoe D. Thyroid Regulation and Dysfunction in the Pregnant Patient. [w:] *The Thyroid and its Diseases*. www.thyroidmanager.org. (Revised 30 Sept. 2001).
9. Brent GA. Maternal thyroid function: interpretation of thyroid function test in pregnancy. *Clin Obst Gyn* 1997; 40: 3–15.
10. AACE Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. <http://www.aace.com/clin/guides/nodule.html>. 1996
11. Glinoe D. Maternal thyroid function in pregnancy. *J Endocrinol Invest* 1993; 16: 374–378.
12. Cahn S., Kilby D. Thyroid hormone and central nervous system development. *Journ Endocrin* 2000; 165: 1–8.
13. Aghini LF, Pinchera A., Antonangeli L. i wsp. Mild iodine deficiency during fetal/neonatal life and neuropsychological impairment in Tuscany. *J Endocrinol Invest* 1995; 18: 57–62.
14. Dayan CM. Interpretation of thyroid function tests. *Lancet* 2001; 357: 619–624.
15. Rodien P., Bremont C., Sanson MLR i wsp. Familial gestational hyperthyroidism caused by a mutant thyrotropin receptor hypersensitive to human chorionic gonadotropin. *N Engl J Med* 1998; 339: 1823–1826.
16. Goodwin TM, Montoro M., Mestman JH i wsp. The role of chorionic gonadotropine in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75: 1333–1337.
17. Grossmann M., Weintraub BD, Szkudlinski MW. Novel insights into the molecular mechanisms of human thyrotropin action: structural, physiological, and therapeutic implications for the glycoprotein hormone family. *Endocr Rev* 1997; 18: 476–501.
18. Maziukiewicz UR, Burrow GN. Hyperthyroidism in pregnancy, diagnosis and treatment. *Thyroid* 1999; 9: 647–652.
19. Hamburger JL. Diagnosis and management of Graves disease in pregnancy. *Thyroid* 1992; 2: 219–224.
20. Mardarowicz G., Łopatyński J. 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. *Pol Med Rodz* 2001; 3: 275–280.
21. Krentz AJ, Redman H., Taylor KG. Hyperthyroidism associated with hyperemesis gravidarum. *Br J Clin Pract* 1994; 48: 75–76.
22. O’Doherty MJ, EcElhatton PR, Thomas SHL. Treating thyrotoxicosis in pregnant or potentially pregnant women. *BMJ* 1999; 318: 5–6.
23. Gorman CA. Radioiodine and pregnancy. *Thyroid* 1999; 9: 721–726.
24. Mardarowicz G., Łopatyński J. Zastosowanie beta-adrenolityków w leczeniu tyreotoksykozy. *Pol Tyg Lek* 1987; 42: 1099–1103.
25. Mandel JS, Cooper DS. The Use of Antithyroid Drugs in Pregnancy and Lactation. *JCE&M* 2001; 86: 2354–2359.
26. Klein RZ, Haddow JE, Faix JD. i wsp. Prevalence of thyroid deficiency in pregnant women. *Clin Endocr* 1991; 35: 41–46.
27. Morreale de Escobar G., Obregon MJ, Escobar del Rey F. Is Neuropsychological Development Related to Maternal Hypothyroidism or to Maternal Hypothyroxinemia? *JCE&M* 2000; 85: 3975–3987.

28. Mardarowicz G., Łopatyński J. Schorzenia tarczycy – współczesne problemy (cz. II). *Medicus* 1995; 10: 109–112.
29. Łopatyński J., Hanzlik J., Mardarowicz G. Niedoczynność tarczycy w następstwie usunięcia nierozpoznanej tarczycy ektopowej (struma lingualis). *Pol Tyg Lek* 1980; 35: 665–666.
30. Robertson HEW. Lassitude, coldness and hair changes following pregnancy, and their response to treatment with thyroid extract. *BMJ* 1948; 2: 93–94.
31. Amino N., Miyai KJ, Omishi T. i wsp. Transient hypothyroidism after delivery in autoimmune thyroiditis. *JCE&M* 1976; 42: 296–301.
32. Ginsberg J., Walfish PG. Postpartum transient thyrotoxicosis with painless thyroiditis. *Lancet* 1997; 1: 1125–1128.
33. Gharib HMD, Cobin RH, Dickey RA. Subclinical Hypothyroidism During Pregnancy: Position Statement from the American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract* 1999; 5: 367–368.
34. Mardarowicz G., Łopatyński J. Schorzenia tarczycy – współczesne problemy (cz. I). *Medicus* 1995; 2: 10–11.

Adres Autorów:

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

Balintowskie treningi grupowe

Balint group training

JAN ŁAZOWSKI

Emerytowany prof. AWF we Wrocławiu, b. przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego, sekretarz Sekcji Medycyny Psychosomatycznej PTL

Streszczenie Omówione zostały historia, koncepcja i praktyka balintowskiego treningu grupowego. Psychodynamiczne podstawy treningu znalazły uzasadnienie naukowe w psychofizjologii emocji i teorii więzi międzyludzkich. Przez obserwację emocji, rozwijanie empatii dochodzi się do rozpoznania i rozumienia potrzeb pacjenta. Trening pomaga lekarzowi zebrać informacje o pacjencie. Większość reakcji emocjonalnych odbywa się poniżej progu świadomości. Podane zostały przykłady „funkcji apostoelskich”, czyli wpływu nie dość ujawnionych emocji na postępowanie lekarzy. Podane są przykłady korzyści płynących z rozpoznawania emocji i potrzeb pacjentów. Tą drogą dochodzi się do postępowania psychosomatycznego i psychoterapii i uzyskuje się zmniejszenie kosztów służby zdrowia. Braki w komunikacji między personelem służby zdrowia a pacjentami i społeczeństwem powodują szkody w opinii o medycynie i powodują, że dobrodziejstwa, jakie ona niesie, nie są w pełni wykorzystywane.

Słowa kluczowe: relacja lekarz–pacjent, trening balintowski, informacje i emocje, potrzeby.

Summary The article includes a brief history, as well as theory and practice of Balint group training. Psychodynamic base for that training has been found in psychophysiology of emotions and in the theory of attachment. Doctors should proceed with observation of emotions and of the development of empathy, in order to better understand the needs of patients. That way they can gain more information from the patients and achieve better therapeutic results. Most of the emotional reactions take place below the threshold of consciousness. The author shows examples of “apostolic functions” and explains how unconscious emotions, when not recognized, can influence the treatment of patients. Examples of benefits gained from early recognition of emotions and needs of patients, are also cited. By using psychosomatic approach and psychotherapy one can lower the cost of health care, get better appreciation of health profession, and better understanding between patients and doctors.

Key words: Doctor–patient relationship, balint trening, information and emotions, needs.

Michael Balint (1890–1970) był synem lekarza praktykującego w Budapeszcie. Od 1938 r. zamieszkał w Londynie. W latach 50., gdy powstawała brytyjska państwowa służba zdrowia, podjął dla niej badania nad pracą lekarza pierwszego kontaktu, stosując rozpowszechnione wówczas kryteria psychoanalityczne. Metodą tych studiów była grupowa dyskusja lekarzy praktyków w seminariach nazwanych balintowskimi, a ich najważniejszym plonem było dzieło M. Balinta „The Doctor his Patient and the Illness” [1] wydane w kilku językach w wielu wydaniach. W owym czasie, w wieloletnich debatach rozstrzygano, czy psychoanaliza i psychologia dynamiczna jest „naukowa”. Nauka nie miała metod spełniających kryteria naukowości do badania uczuć i związków międzyludzkich oraz ich znaczenia dla powstawania i przebiegu chorób. A to właśnie były główne tematy szkoły balintowskiej, szerzej mówiąc medycyny psychosomatycznej, której Balint był jednym z ważniejszych twórców i propagatorów. Seminaria służące do celów ba-

dawczych przybrały kształt treningów szkoleniowych. Do lat 80. pozostawały przeważnie poza uczelniami akademickimi jako niedostatecznie naukowe. Ulegały zmianom zależnym od rozwoju nauki i od nowych koncepcji. Obecnie istnieją różne odmiany treningów interpersonalnych utrzymujących podstawowe zasady balintowskie.

Balintowskie treningi relacji lekarz–pacjent mają za główny cel rozwijanie w samokształceniu umiejętności poznawania pacjenta i uzyskiwania od niego informacji w zakresie zaburzeń psychospołecznych towarzyszących chorobom somatycznym oraz poznawanie siebie. Stan psychiczny, cechy pacjenta i dynamika więzów międzyludzkich są ze sobą związane i wpływają na przebieg chorób. Wykrycie tych powiązań i obserwacja, jak zmieniają się dolegliwości pacjenta w wyniku interakcji, zależy od umiejętności i cech psychicznych lekarza. Jest to wiązanie informacji emocjonalnej z informacjami poznawczymi. Trening nieodłącznie wiąże się z pogłębianiem samoświadomości i rozwijaniem empatii [2, 7, 9].

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych odkryto neurofizjologiczne podłoże lęku i innych emocji, dowiedziono, że część emocji pozostaje poza świadomością odczuwaną, część emocji nazwano uczuciem [3, 4]. Odkryto patofizjologiczne i psychologiczne znaczenie więzi między dziećmi a ich opiekunami i to, że relacje w dzieciństwie kształtują model i typy relacji między ludźmi dorosłymi na całe życie. Teorię więzi zapoczątkowały genialne prace psychiatry dziecięcego Johna Bowlby (1907–1990), uzupełnione od strony psychologicznej przez Mary Ainsworth (1913–1999). Między innymi, odsłonięto nowe elementy patogenezy depresji, zaburzeń lękowych i innych zaburzeń psychicznych. Stały się one tematem wtórnych badań, których dosłownie eksplozja nastąpiła w latach 90. i trwa do dziś [5]. Na hasło „attachment” uzyskuje się tysiące adresów do witryn internetowych, w tym wiele z najsławniejszych uczelni świata. Odkrycia te zrehabilitowały i wprowadziły do akademickiej psychologii, opartej na dowodach naukowych, niektóre dotychczas negowane elementy psychologii dynamicznej.

Tabela 1. Istota emocji

ISTOTA EMOCJI
Automatyczna, nieświadoma reakcja na każdy fakt w otoczeniu, zależna od aktualnych potrzeb i doświadczenia
Uczucia to uświadomiona część emocji
Emocje można dostrzec przez: uczucia, ekspresję emocji, skutki zachowania emocjonalnego
Pogłębienie samoświadomości ułatwia poznanie emocji i pozwala panować nad nimi
POZNAJ SIEBIE

W ubiegłych dziesięcioleciach obok treningów relacji lekarz–pacjent o orientacji psychoanalitycznej powstawały metody nauczania tej relacji oparte na teoriach poznawczych. Zebrano i tam cenny dorobek, omijający emocje i więzi międzyludzkie, obejmujący tylko obserwacje zachowania zewnętrznego [6, 7]. Współczesne treningi balintowskie akceptują wszystkie źródła wiedzy i korzystają z dorobku poznawczego w pełnym zakresie. Podobnie wiele elementów balintowskich można znaleźć w programach szkolenia interakcji lekarz–pacjent z ośrodków dotychczas czysto poznawczych [7].

Posługiwanie się mową to najpowszechniejszy sposób porozumiewania się. Tą drogą przekazuje się treści świadomie sformułowane – zwerbalizowane. Obok słów występuje ekspresja

emocjonalna, która podaje informacje w małym stopniu podlegające świadomej kontroli, a istotnie wpływające na treść przekazu. Trzecim źródłem informacji są zewnętrzne cechy morfologiczne ciała pacjenta, jego fryzura i odzież. Czwartym czynnikiem, wpływającym na komunikację, jest sytuacja, w której się ona odbywa.

Informacje ze wszystkich wymienionych źródeł powodują u rozmówców jednoczesne reakcje emocjonalne i poznawcze, a te wywołują następne reakcje, dlatego komunikowanie się można precyzyjniej nazwać interakcją informacyjno-emocjonalną. W interakcji wielką rolę odgrywa empatia i bliskie jej przeniesienie i przeciwprzeniesienie, opisane w psychoanalizie. Większość reakcji emocjonalnych odbywa się poniżej progu świadomości. Wydobycie ich, pogłębienie świadomości, uzyskanie kontroli nad nimi w sposób nieabsorbujący, a ułatwiający relację, to jeden z celów treningów balintowskich.

Informacja mieści się w słowach, które pacjent wypowiedział, i także w tych, które omija. Równie ważne informacje niosą sygnały pozawerbalne, składające się na ekspresję emocjonalną. Należą tu: ton i dynamika głosu (sygnały przyśłowne), ruchy rąk i głowy (gesty), oczy, spojrzenie, kontakt wzrokowy, ruchy mięśni twarzy (mimika), rumieniec, drżenie, łzy, pot (odruchy wegetatywne). Wiele informacji zdrowotnych, socjalnych i o stosunku do życia daje ogólny obraz morfologiczny i sylwetka pacjenta, jego odzież, fryzura i cechy zachowania. Osobno traktuje się tak zwane „emblematy” [7], sygnały świadome o zabarwieniu emocjonalnym. Emblematy to np. „figa”, czyli zamknięta pięść z kciukiem pomiędzy palcem drugim i trzecim, kręcenie kółka na czole, „gest Kozakiewicza”, lub drugi i trzeci palec wyprostowane w literę V, zastosowane przez Churchilla jako znak zwycięstwa. Czytania informacji pozasłownych można się nauczyć tylko praktycznie i do tego służą treningi. Na zespół tych informacji lekarz reaguje własnym półświadomym zespołem emocji i odruchów, sympatii lub antypatii, współczucia, gniewu i wieloma innymi składnikami.

Opisano wiele form takich reakcji lekarskich. Dla przykładu przedstawię dwie, zwane nieco ironicznie „funkcjami apostołskimi”, a opisane jeszcze przez Balinta [1, 26]. Pierwsza z nich mówi, że każdy lekarz żywi bardzo głębokie i silne przekonanie o tym, jak pacjent powinien się zachowywać, chorować i leczyć. Zachowania odmienne drażnią lekarza i budzą niechęć. Tymczasem te silne przekonania lekarza tylko w małej części oparte są na wiedzy medycznej, a w znacznej części pochodzą z domu rodzinnego, środowiska, przesądów i różnych doświadczeń pozamedycznych, często są nieracjonalne. Jednak lekarze z wielkim uporem oczekują ich

i wymagają niejako „hurtem”, nie licząc się z indywidualnością pacjenta. Przekonania te są głęboko skryte, dają się spostrzec w interakcji grupowej na treningach. Dochodzi się do nich przez towarzyszące im emocje.

Drugim przykładem „funkcji apostołskiej” jest niezwykle silne dążenie, by okazać się dobrym lekarzem przed pacjentem, przed kolegami, przed całym światem i przed sobą samym. Jest to dążenie bardzo cenne, na którym zbudowane jest powołanie lekarskie, lecz niekontrolowane staje się przyczyną wielu kłopotów, np. terapii heroiczych, szafu terapeutycznego – „furor therapeuticum”, stawiania zbyt wielkich, wyczerpujących wymagań sobie i pacjentom, przyjmowanie śmierci pacjenta za osobistą tragedię, unikania analiz nieudanych przypadków tak cennych dla rozwoju wiedzy, ukrywania własnych błędów, co skutkuje pozostawaniem z bolesnym i hamującym aktywność poczuciem winy itp.

Tabela 2. Empatia

EMPATIA

Reakcja emocjonalna na drugą osobę, polegająca na półświadomym zrozumieniu potrzeb jej i swoich oraz na uruchomieniu trafnego działania dla ich zaspokojenia

Do empatii dochodzi dzięki półświadomemu odczytaniu ekspresji emocjonalnej

Empatia jest głównym składnikiem inteligencji emocjonalnej

Kształcenie balintowskie zasadniczo odbywa się przez poznanie teorii i przez treningowe zajęcia grupowe. Te ostatnie są najważniejsze. Grupy liczą 7–12 osób, uczestnikami są lekarze, pielęgniarki i inni fachowi pracownicy medyczni, pracujący przy chorych. Trening polega na przedstawieniu przez jednego z uczestników grupy własnej relacji z pacjentem, z podkreśleniem udziału emocji, a następnie analizuje się znaczenie uczuć i emocji przedstawionych w relacji, i tych które występują u uczestników w trakcie treningu. Główną techniką jest obserwacja uczestnicząca, werbalizacja obserwacji, próby odmiennych rozwiązań emocjonalnych i poznawczych, poznawanie ich różnorodności u różnych osób. Wynikiem treningu jest poznanie i wykształcenie własnej empatii, tj. automatycznego rozpoznawania emocji u partnera i reagowania na nią w sposób rozładowujący napięcia. Chodzi o to, by te rozładowujące reakcje pozostawały automatyczne i nie absorbowwały zbyt wiele uwagi, a jednak były kontrolowane. Reakcje emocjonalne pacjenta powinny być rozpoznane i jeśli istotnie wpływają na

chorobę lub są patologiczne, powinny znaleźć miejsce w diagnozie lekarskiej. Chodzi także o dostrzeżenie emocji pacjenta działających z podświadomości, zwykle zaburzonych, i żeby dostrzeżenie to było prawdziwe, a nie było błędnym domysłem lekarza. Poznaje się, jakie elementy wywiadu należy zastosować, aby jednocześnie z niezbędnymi informacjami medycznymi odstaniać procesy emocjonalne. Nie dyskutuje się ani trafności rozpoznania, ani terapii. Stosuje się różne techniki treningu, dobierane przez trenera. W miarę rozwoju grupy techniki i styl pracy mogą zostać zmienione. Jeden trening trwa najczęściej dwie godziny i zawiera dwie sesje. Spotkania grupowe są powtarzane co kilka, kilkanaście dni lub rzadziej, nawet przez kilka lat. Można organizować spotkania weekendowe z kilkoma treningami dwugodzinnymi.

Tabela 3. Funkcje emocji

FUNKCJE EMOCJI

Informacyjna – ekspresja emocjonalna informuje o stosunku do otoczenia w kontekście aktualnie ujawniającej się potrzeby

Motywacyjna – wywołuje zachowania ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb (samorealizację), pozwala na przewidywanie zachowania

Aktywująca – aktywuje narządy wewnętrzne i przemianę materii do czynności mającej na celu zaspokojenie rozbudzonej potrzeby

Podczas treningu kładzie się duży nacisk na rozpoznawanie emocji, ponieważ są one związane z potrzebami człowieka. Emocje powstają wtedy, gdy człowiek ze swoimi potrzebami kontaktuje się z faktami z otoczenia. Zarówno potrzeby, jak i emocje tylko w części są uświadomione. Lekarz spotyka u swoich pacjentów niezaspokojone rozmaite potrzeby. Najczęściej chodzi o potrzebę bezpieczeństwa. Niezaspokojenie tej potrzeby objawia się emocjami lękowymi. Lęki pacjenta w gabinecie lekarskim mają źródła na różnych poziomach. Począwszy od lęku o to, jak będzie przyjęty i rozumiany przez lekarza, poprzez lęk spowodowany dolegliwościami i zagrożeniem chorobowym, aż po lęki wynikające z napięć w domu, w jego życiowej bazie. Potrzeby mają duże spektrum fizjologiczno-psychologiczne. Od potrzeb pokarmowych, oddychania i odpowiedniej temperatury, poprzez bardzo bogaty i najbardziej patogeniczny zespół potrzeb socjalnych, aż do potrzeb duchowych, wśród których potrzeba sensu i sensu życia jest zaliczana do najważniejszych. Nauka o potrzebach i napędach jest bardzo obszerna i kontrowersyjna. W niektórych ośrod-

kach (np. Harvard) uważana za niezbędną w każdym studium. W Polsce prawie nieporuszana. Z punktu widzenia fenomenologicznego, problemu potrzeb nie da się ominąć. W balintowskiej interpretacji emocji jest on niezwykle przydatny. Emocje pozwalają dotrzeć do najważniejszych i nieświadomych potrzeb pacjenta. Delikatnie prowadząc rozumowanie pacjenta, udaje się doprowadzić do zrozumienia powiązań pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi, potrzebami i faktami z otoczenia, jeśli zrozumienie to przychodzi niespodziewanie i wywołuje efekt „Ach!”

Tabela 4. Potrzeby

POTRZEBY
Duchowe
Sensu, wiary, religii, filozofii, metafizyki, mistyki
Psychiczne
Uległości-dominacji, zmienności-stałości, samoakceptacji, poznawania
Społeczne
Rodziny generacyjnej, reprodukcyjnej, więzów międzyludzkich, partnerskich (koleżeńskich, zawodowych), miłości, przyjaźni
Biologiczne
Powietrza, wody, pożywienia, snu, ciepła

Tabela 5. Potrzeby społeczne

POTRZEBY SPOŁECZNE
Więzi podstawowe RODZICE – DZIECI KOBIETA – MĘŻCZYŻNA
WIĘZI = wzajemne zaspokajanie potrzeb = MIŁOŚĆ
Więzi partnerskie przy wytwarzaniu dóbr materialnych i duchowych, przy utrzymywaniu struktur społecznych i narodowych
KOMUNIKACJA JEST POTRZEBĄ NIEZBĘDNĄ DLA TWORZENIA I UTRZYMYWANIA WIĘZI

Uczestnik treningu może postawić sobie za cel zdobycie wybranego poziomu umiejętności. Najniższy służy do rozpoznawania emocji, jest pomocny w rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych i w unikaniu jatrogenii (obejmuje 10–15 treningów, około 40 godzin). Wyższy poziom dostarcza także umiejętności postępowania psychoterapeutycznego w niewielkich zaburzeniach psychicznych (to jest poziom wymagany od lekarzy rodzinnych w Niemczech, około 70 godzin). Dla zdobycia uprawnień do prowadzenia grup treningowych wymaga się 100 godzin. Poziom najwyższy uprawnia do psychoterapii, co musi być powiązane z głębszym

szkoleniem, obejmującym około 150–200 godzin. Programy ustalają Stowarzyszenia Balintowskie przy międzynarodowym porozumieniu, zarządy służby zdrowia (Niemcy) lub inne instytucje zatrudniające lekarzy z umiejętnościami psychosomatycznymi*.

Podstawowy poziom wyszkolenia daje lepszy kontakt z pacjentem i ułatwia zdobycie większego zaufania, a co za tym idzie – większą efektywność i celność stosowanych terapii, mniej stresu zawodowego, więcej zadowolenia z pracy, treningi kształcą asertywność [16, 17].

Balint i inni klinicyści o orientacji psychosomatycznej dostrzegali w zaburzeniach nerwicowych i w zaburzeniach kontaktów międzyludzkich istotny czynnik patologiczny, wpływający na przebieg każdej choroby somatycznej. Ostatnimi laty to spostrzeżenie zostało potwierdzone w całej rozciągłości [10, 11]. Okazało się, że wszelkie schorzenia somatyczne (np. choroby serca) mają gorszy i przewlekający się przebieg, gdy towarzyszą im zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju. Zaburzenia psychiczne zostały na nowo usystematyzowane w najnowszej 10. wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Pojęcie „nerwice”, stosowane za czasów Balinta i aktualne jeszcze do niedawna, nie znalazło w niej zastosowania, zostało zastąpione lepiej zdefiniowanymi nazwami zaburzeń psychicznych, takimi jak zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe i inne.

Osobnym skutkiem treningów jest pomoc w rozpoznawaniu wspomnianych wcześniej zaburzeń psychicznych oraz leczenie tych zaburzeń o niewielkim nasileniu. Aby tego dokonać, należy przy dobrym kontakcie przeprowadzić wywiad szerszy niż wywiad celem rozpoznania chorób organicznych i skierowany na socjalne i psychiczne problemy (potrzeby) pacjenta. Nauka wywiadu socjopsychosomatycznego wykracza poza program treningów, jednak umiejętności uzyskiwane w treningach są bardzo w nim pomocne. W studiach niemieckich nacisk jest położony na wywiad psychosomatyczny, a jako narzędzie kształcenia umiejętności zbierania wywiadu wymaga się treningu typu balintowskiego [10].

Lekarze pracujący w miejscowościach oddalonych od centrów miejskich znajdują często w grupach treningowych wzajemne wsparcie emocjonalne i pomoc. Szczere i jawne, w atmosferze pełnego zaufania, poddanie analizie grupowej swojego postępowania lekarskiego, usłyszenie obiektywnej opinii, omawianie własnych i cudzych nieudanych relacji i błędów staje się źródłem samokształcenia i samopoznania, usuwa zalegające nieraz latami negatywne uczucia, zwiększa pewność siebie i zde-

* W Polsce działa Polskie Stowarzyszenie Balintowskie, Zarząd w Poznaniu, os. Bolesława Chrobrego 11B/64; Prezes: Dr Barbara Jugowar, barbara@jugolan.ig.pl Sekretarz: dr Bogusław Stelcer tel. 61/847-81-71.

cydowanie w działaniu [7, 15]. W niektórych ośrodkach odróżnia się typowe grupy treningowe od grup wsparcia. W tych ostatnich stosuje się nieco inne reguły. W każdym przypadku osoba prowadząca grupę, tak zwany lider, musi dbać, by trening nie był przykry dla uczestników i by zachować reguły postępowania [1, 2].

Sądzę, że podanie kilku przykładów z własnej praktyki będzie lepszą ilustracją niektórych korzyści, jakie daje trening balintowski niż opisy teoretyczne.

Przypadek 1.

Kobieta lat 49, sędzia. Od kilku lat cukrzyca insulinozależna (ok. 35 j./dz.). Znaczne wychudzenie 48 kg przy 173 cm wzrostu. Powtarzające się okresowo stany hipoglikemiczne, występujące także w czasie pracy. Zmniejszenie dawki insuliny powodowało zaostrzenie objawów cukrzycy. Dotychczasowe manipulacje insuliną, dietą i lekami nie usunęły napadów hipoglikemii. Dwa razy leczona szpitalnie. Problem leżał w nierozpoznanym dotychczas zaburzeniu lękowym, manifestującym się lękiem przed jedzeniem, pojawiającym się okresowo w trakcie posiłków. Chora cechująca się perfekcjonizmem, dokładnie przygotowywała porcje, lecz przerywała posiłki w trakcie jedzenia, zostawiając część porcji. Chora nie zdawała sobie sprawy, że postępowała pod wpływem lęku. Nie ujawniała go w wywiadzie, nieświadomie niejako ukrywając go. Punktem wyjścia na drodze do ujawnienia lęku była ostra reakcja pacjentki na uwagę lekarza, że powinna więcej jeść. „Jak to? Diabetolog zaleca cukrzykowi spożywanie większej ilości kalorii? Przecież to grozi pogorszeniem!” Bardzo przekonująco dowodziła, że dokładnie przestrzega diety pod każdym względem, także pod względem ilości kalorii. Obserwacja pacjentki w czasie posiłku pomogła ujawnić lęk i potwierdzić rozpoznanie, ale rozstrzygnęła rozmowa. Ujawniony lęk udało się zmniejszyć względnie łatwo w kilku rozmowach. Stany hipoglikemiczne ustąpiły. W ciągu miesiąca masa ciała wzrosła o 2,5 kg bez zmiany dawki insuliny i bez zaburzenia tolerancji cukru.

Przypadek 2.

Pacjent w oddziale diabetologicznym szpitala uzdrowskiego. Mężczyzna lat 56, doktor nauk technicznych, dyrektor dużego przedsiębiorstwa. Cukrzyca drugiego typu. Otyłość miernego stopnia. Przyjmuje zalecenia dietetyczne, nie dyskutuje ich, ale też nie przestrzega. Stan się pogarszał. Dysponował samochodem z kierowcą, często towarzyszyła mu młoda sekretarka, robił wrażenie *bon vivant*. Dokładniejszy wywiad przeprowadzony według reguł psychosomatycznych ujawnił obniżony, nieco desperacki nastrój,

duże kłopoty z potencją i złe stosunki międzyludzkie. Poprawiał sobie nastrój przez wykwintne posiłki w restauracjach. W tym przypadku rozmowy lekarskie dawały niewielki skutek.

Postępowanie w uzdrowisku skończyło się na rozpoznaniu ukrytej depresji i skierowanie do leczenia psychiatrycznego. Późniejsze informacje od rodziny pacjenta wskazywały, że pacjent ze skierowania nie skorzystał, cukrzyca szybko postępowała, nastąpiła amputacja stopy, objawy niewydolności wieńcowej i próba samobójcza. Lekarze nie docierali do ukrytej depresji. Prawdopodobnie przez opanowanie depresji można było złagodzić przebieg choroby.

Przypadek 3.

Kobieta lat 21, druga ciąża, już od 5 miesiąca skarżyła się na bóle, takie jak przy porodzie. Dwóch ginekologów, którzy na zmianę pracowali w przychodni, 5 razy kierowało ją do szpitala z rozpoznaniem *partus in tractu*. W szpitalu bóle ustępowały. Po dwóch lub 3 dniach wracała do domu. Problem polegał na lękowo uwarunkowanych bólach pozorujących bóle porodowe. Lekarze w poradni nie tylko nie rozpoznali lęku ukrytego za bólami, ale wręcz nieświadomie „zarażali się” nim i sami reagowali lękowo. Przy jednym z tych fałszywych skierowań, dla pośpiechu, zlecono nawet wezwanie karetki do przewiezienia do szpitala. Nie sądzę, żeby lekarze byli źle wyszkoleni w położnictwie, lecz sądzę, że lęk tłumił ich sprawność poznawczą. Ciężarna była pełna lęku. Przeżywała bardzo poważne stresi psycho-socjalne, o których żaden z lekarzy nawet nie próbował się dowiedzieć. Za lękiem u lekarzy w przychodni przemawiało i to, że ciężarna z powodu tych samych bólów radziła się także u prywatnego lekarza, doświadczonego położnika, który dawał banalne leki i radził poczekać. Bóle ustępowały. Rozpoznanie i zaoszczędzenie niepotrzebnych hospitalizacji wymagałoby podejścia psychosomatycznego, co najmniej z rozpoznaniem lęku, jeśli nie jego źródeł. Można było lęk zmniejszać i dawać emocjonalną pomoc ciężarnej. Na tym przypadku widać, że lekarz winien umieć rozpoznać lęk nie tylko u pacjentki, ale także u siebie samego. Dostrzeżenie lęku u siebie (podobnie obniżenia nastroju) może pomóc w dostrzeżeniu lęku (depresji) u pacjentki. Tego także uczą treningi balintowskie.

Przypadek 4.

W szpitalu zmarł 79-letni pacjent, bez obecności żony. Ostatnie 8 lat, po kilku zawałach, przeżył głównie dzięki troskliwej opiece, kochającej 73-letniej żony. Małżeństwo bezdzietne, zawarte około 40 roku życia. W szpitalu przebywała przy mężu, na ile tylko pozwalały warunki. Le-

karze rozmawiali z nią bardzo mało i niechętnie, „w przelocie” na korytarzu, nie dawali nadziei na uratowanie życia, jednak odwiedli ją od zamiaru zabrania męża do domu, podając racje medyczne. Uległa tej argumentacji. Pozostała ostatecznie z poczuciem głębokiej winy, bo nie była przy jego śmierci, bo nie spełniła prośby męża, złożonej dwa dni przed śmiercią, o powrót do domu. Kobieta przechodzi uporczywą, choć łagodną depresję, obwinia siebie i lekarzy. Cierpi na dolegliwości nie dość uzasadnione klinicznie, podobne do tych, jakie przechodził mąż. Jest z tego powodu leczona w przychodni i w szpitalu. W szpitalu, w którym leczono męża, nie liczone się z uczuciami. W postępowaniu personelu problemy medyczne dominowały nad doniosłością śmierci człowieka, a uczucia z nią związane zawsze bardzo silne zostały wytłumione i ukrywane. Ani lekarze, ani pielęgniarki nie podjęli empatycznej rozmowy na ten temat. Prawdopodobnie lepiej byłoby, gdyby wobec jawnie stwierdzanego braku nadziei zalecono, by pacjent umarł bardziej po ludzku, w troskliwych ramionach żony. Może ona nie potrzebowałaby teraz leczenia kardiologicznego i psychiatrycznego, depresja może by nie wystąpiła, a jeśli tak, to byłaby prawdopodobnie łatwiejsza do opanowania.

U ogromnej większości pacjentów lekarza rodzinnego (70–80%) występują zaburzenia psychiczne typu depresji i zaburzeń lękowych. Zostają one w większości niedostrzeżone, a jeśli nawet dostrzeżone, to lekarz, pielęgniarka nie bardzo wiedzą co z nimi zrobić, tym bardziej że czasem zaspokojenie emocji pacjenta w powierzchownym oglądzie wydaje się pozostawać w konflikcie z regułami medycyny i z bezpieczeństwem zawodowym lekarza. Z drugiej strony ignorowanie zaburzeń psychicznych lub niekompetentna interwencja powodują nieskuteczność leczenia, tzw. somatyzację schorzenia, jego przewlekanie się i powikłania, poważne zwiększenie kosztów, a czasem urazy jatrogenne, brzemiennie w skutkach [9, 10 s. 291–310, 11]. O ciężkich urazach jatrogennych można dowiedzieć się w czasie treningów balintowskich od lekarzy i pielęgniarek, którzy ich doznali, gdy sami byli pacjentami.

Niemcy są przodującym krajem w dziedzinie psychosomatyki i treningów balintowskich. W 1970 r. zarządzeniem rządowym zobowiązano wszystkie wydziały lekarskie do kształcenia lekarzy w zakresie psychologii, psychosomatyki i psychoterapii przez wszystkie lata studiów przed- i podyplomowych oraz na wszystkich specjalizacjach, szczególnie w medycynie rodzinnej. Obecnie jest tam ponad 70 szpitalnych lub klinicznych oddziałów psychosomatycznych i znacznie więcej przychodni. Po leczeniu psychosomatycznym zmniejsza się liczba wizyt le-

karskich (w kardiologii o około 70%), liczba chorobowych zwolnień z pracy i liczba rent. Zmniejszają się koszty służby zdrowia o miliardy marek, co dość dokładnie policzono i co staje się motorem do dalszych inwestycji [12, 13]. Największą barierą w rozwoju psychosomatyki jest brak odpowiednio wyszkolonych lekarzy i terapeutów, nie tylko na papierze, lecz w rzeczywistości, co się ujawnia w efektach terapeutycznych. Osobowość i emocje lekarza są lekami podawanymi w relacji z pacjentem. Kwalifikowana psychoterapia psychosomatyczna jest uznanym i opłacanym przez Kasy Chorych „świadczaniem” medycznym [10].

Spółeczne konsekwencje niedostatków w komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem

Braki w komunikacji i w podstawowej wiedzy psychologicznej powodują nie tylko to, że wiele dobrodziejstw medycyny nie jest wykorzystywanych w stosunku do poszczególnych pacjentów [18]. Powstają także fałszywe opinie o medycynie i szkody społeczne. Krytykę stosunków między pacjentem a personelem, jako wpływającymi na jakość medycyny, nazbyt często można znaleźć w literaturze pięknej oraz w piśmiennictwie socjologicznym i psychologicznym. Szczególnie nowa gałąź psychologii – psychologia zdrowia – wymienia ujemne cechy postępowania lekarskiego [19, 20] i stawia wyzwanie postępowaniu medycznemu. Podobne stwierdzenia można znaleźć w socjologii [21]. Opinia o lekarzach i medycynie czasem nie jest taka, jakiej pragnęlibyśmy [np. 22]. Oto Witold Gombrowicz w *Dziennikach* [23] pisze: „...przyjrzyjcie się niektórym lekarzom. «Dobroć» ich, «ludzkość», ale jaka? Jakaś trochę dziwna, co? Taka niby dobra, a niedobra, ludzka, a nieludzka... Oto mi opiekuńczy anioł, oschły i zimny, jak diabeł, anioł-technik. Jemu szpital nie psuje śniadania. Chłód piekielny i nieprawdopodobna obojętność”.

Lekarze w małym stopniu zdają sobie sprawę z posiadanej ogromnej władzy emocjonalnej nad pacjentem i w społeczeństwie. Władza ta ma źródło w profesjonalnej wiedzy o zdrowiu i leczeniu, która daje przewagę nad pacjentem. Pacjent tej wiedzy nie ma i często lekarze uważają, że „nie powinien” mieć, bo „wtrąca się” w leczenie. W takich twierdzeniach psychologia dostrzega podświadomą chęć utrzymania władzy. Na tym tle powstaje decydowanie o sposobach leczenia poza wiedzą i zgodą pacjenta. Tymczasem podstawowa etyka wymaga, aby pacjent poznał sposób postępowania z jego ciałem i wyraził na nie zgodę, tak jak jest to niezbędne we wszystkich decyzjach życiowych. Nie można przecież

przeprowadzić żadnej transakcji majątkowej bez zgody właściciela. Czyżby postępowanie z ciałem i psychiką człowieka było mniej znaczące? Na pewno nie ma w tym złej woli lekarzy, lecz opanowanie woli przez emocje, niedostrzeganie tego uwikłania i brak umiejętności wyjścia z niego. Lekarz tłumaczy się, że on sam wie, co należy czynić (a często tak nie jest) i swoją postawę uzasadnia, np. brakiem czasu na wyjaśnianie zagadnień leczniczych (a jest to zwykle maska, pokrywająca emocje) [24, 25].

Powyższy mechanizm emocjonalny spowodował, że szpital stał się instytucją totalnie kontrolującą pacjenta, ponad potrzeby terapeutyczne, a często także dla wygody personelu [19]. Przykładem jest zabranianie albo ograniczanie kontaktu matek z dziećmi w oddziałach pediatrycznych, ograniczenia wolności położnic i stosowanie niepotrzebnych zabiegów, aroganckie, przedmiotowe traktowanie chorych. Szpital często toleruje działania przykre i szkodliwe, a przecież zadaniem szpitali jest usuwanie cierpień. Społeczeństwa wyzwalają się spod tej władzy za pomocą szczególnych akcji inicjowanych poza medycyną. Przed około 15 laty, po długiej dyskusji publicznej, stopniowo zaczęto wyrażać zgodę na odwiedzanie, przebywanie i nawet nocowanie matek z dziećmi na oddziałach pediatrycznych, co obecnie stało się powszechną praktyką. W naszym kraju trwa druga tura akcji pod tytułem „Rodzić po ludzku”, która przynosi rozluźnienie reżimów na oddziałach położniczych. Tworzenie

praw pacjenta to pole potyczek obustronnie uwarunkowanych emocjonalnie.

I jeszcze jeden powód zajęcia się psychologią w medycynie. U lekarzy występuje więcej zaburzeń zdrowia związanych ze stresem niż przeciętnie w populacjach i lekarze krócej żyją. To przedziwny paradoks! Teoretycznie życie i zdrowie lekarzy powinno być wzorem dla pacjentów, zatem powinni żyć dłużej i zdrowiej niż ludzie, którzy nie mają wiedzy medycznej, a tak nie jest [26, 27].

W środowisku lekarskim również formułuje się bardzo istotne spostrzeżenia samokrytyczne [28]. W Polsce wyrażane były między innymi na kolejnych pięciu sympozjach Polskiej Akademii Medycyny zatytułowanych wspólnie „Medycyna u progu XXI wieku”. Padały z ust wielu autorytetów. Oto opinia Kornela Gibińskiego [29]: „Zabrakło dialogu nie tylko pomiędzy lekarzem i pacjentem, ale i pomiędzy służbą zdrowia a społeczeństwem”, a w podsumowaniu stwierdzenie „...w nadziei na utęsknioną poprawę działalności służby zdrowia – teraz punkt ciężkości przesuwają się na działalność opartą o stały kontakt i komunikację nauki i praktyki medycznej z każdym chorym i z całym społeczeństwem”.

Wymienione wcześniej fakty występują w medycynie na całym świecie, nie tylko w Polsce, i są wystarczająco niepokojące, by usprawiedliwić zajęcie się rozważaniem ich przyczyn. Wśród tych przyczyn problemy psychologiczne wydają się najważniejsze. Te zaś występują przede wszystkim w komunikowaniu się ludzi pomiędzy sobą.

Piśmiennictwo

- Balint M. *The Doktor, his Patient and the Illness*. Pitman Medical, 2. wyd. 1984.
- Dornfest F. (red.). *Balint Training. A „how to”, manual in development*. The American Balint Society. wydruk z Internetu, dostępny on-line <http://familymed.musc.edu/balint/references.html>.
- LeDoux J. *Mózg emocjonalny*. Poznań: Media Rodzina; 2000.
- Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina; 1997.
- Cassidy J., Shaver Ph. *Handbook of Attachment*. New York, London: The Guilford Press; 1999.
- Carr JE, Maxim PE. *Communication Research and the Doctor-Patient Relationship*. [w:] *Behavioral Science in the Practice of Medicine*. N. York: Elsevier Biomedical; 1983: 133-161.
- Novack DH, Suchman AL i in. *Calibrating the Physitian, Personal Awareness and effective Patient Care*. JAMA 1997; 278, 6: 502-507.
- Antas J. Co mówią ręce. Wprowadzenie do komunikacji niewerbalnej. *Sztuka Leczenia* 2000; 2: 37-40.
- Kielhorn R. *Między pragnieniami a rzeczywistością*. Gestalt 1994; 13: 25-29.
- Deter H.-Ch. *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Berlin, Toronto: Hans Huber; 2001: 503-530.
- Pużyński S. *Zaburzenia afektywne i depresja*. Warszawa: PZW; 1998.
- Zielke M. *Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49: 361-367.
- Zielke M. *Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotentiale durch psychotherapeutische Interventionen*. [w:] Deter H.-Ch. *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Berlin, Toronto: Hans Huber; 2001: 582-601.
- Uexküll v. Th., Wesiack W. *Theorie der Humanmedizin*. Urban & Schwarzenberg; 1988: 573-630.
- Luban-Plozza B. Model askoński – doświadczenia trzydziestu lat. *Sztuka Leczenia* 1998; 2: 9-14
- Jünger S., Ludwig-Becker F., Petzold ER. *Ansätze zur integrierten Balint-Arbeit*. [w:] Deter H.-Ch. *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Berlin, Toronto: Hans Huber; 2001: 311-316.
- Kohle K., Kaerger-Sommerfeld H. i wsp. *Können Ärzte Kommunikationsverhalten verbessern*, [w:] Deter H.-Ch. *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Berlin, Toronto: Hans Huber; 2001: 301-310.

18. Łazowski J., Szmałke A., Olchowska A. Poglądy lekarzy na rolę psychologii w medycynie. *Wiad Psychiatr* 1999; 2, 4: 383–390.
19. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Wrocław: ASTRUM; 2000.
20. Sheridan LC, Radamacher SA. *Health Psychology. Challenging the Biomedical Model*. N. York: John Wiley & Sons Inc.; 1992.
21. Sokołowska M. *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL.
22. Cichońska E. Lekarz godny zaufania. *Wysokie Obcasy* 2000; 36.
23. Gombrowicz W. *Dzienniki 1957–1961*. Paryż: Instytut Literacki 1971; rozdz. XX: 228.
24. Waitzkin H., Stoeckle JD. The Communication of Information about Illness. *Adv Psychosom Med* 1972; 8: 180–215.
25. Brody H., Rygwelski JM, Fetters MD. *Etyka we wzajemnym oddziaływaniu medycyny konwencjonalnej i komplementarnej*. [w:] Jonas WB, Levin JS. *Podstawy medycyny komplementarnej*. Kraków: Universitas 2000: 48–51.
26. Heitzman J. *Depresje u lekarzy*. Referat na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego „Lęk i depresja problemem interdyscyplinarnym” Bydgoszcz, czerwiec 2000 r. (w druku).
27. Piławska H., Mierzecki A. *Zachowania zdrowotne i stresy lekarzy a długość ich życia*. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich, Szczecin, Instytut Psychosomatyczny, Warszawa 1999.
28. Łazowski J. Jaka medycyna? *Now Lek* 1997; 3: 253.
29. Gibiński K. *Priorytet nauki, lekarski paternalizm czy partycypacja w praktyce medycznej*. [w:] *Medycyna u progu XXI wieku*. K. Imieliński (red.). Warszawa 1994: 22–31.

Adres Autora:
ul. Hallera 16A m. 5
53-318 Wrocław
tel. (71) 365-30-98

Wpływ wybranej metody fizjoterapii na czynnościowe parametry układu oddechowego u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Effect of physiotherapy on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease

KRYSTYNA ROŻEK-MRÓZ*, ANNA JURKOWSKA*, KRZYSZTOF KASSOLIK*, WALDEMAR ANDRZEJEWSKI*, BARBARA MAJEWSKA**

*Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Skolimowski

**Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Józef Małolepszy

Streszczenie Celem pracy była ocena wpływu wybranej metody fizjoterapii na parametry czynnościowe płuc u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Badaniami objęto 20 mężczyzn z rozpoznaną POChP. Każdy z pacjentów objęty został indywidualnym programem usprawniania. Zastosowana metoda fizjoterapii zawierała: masaż rozluźniający klatkę piersiową, ćwiczenia oddechowe. U wszystkich chorych wykonano badanie czynnościowe płuc za pomocą aparatu Flowscreen niemieckiej firmy Jaeger, które przeprowadzono dwukrotnie: przed i po zakończeniu całego cyklu usprawniania. W ramach spirometrii mierzono następujące parametry: VC, FVC, FEV₁, FEV₁%VC, PEF, MEF₅₀, MMEF_{25/75}.

Uzyskane wyniki badań wykazały nieznaczny wpływ zastosowanej metody fizjoterapii na parametry czynnościowe płuc. Tylko VC i FEV₁ wzrosły statystycznie istotnie po przeprowadzonym cyklu usprawniania. Można sądzić, że zastosowana metoda fizjoterapii trwała za krótko, aby wywrzeć znaczący wpływ na poprawę czynności płuc w badanej grupie. Wskazana byłaby zatem dalsza kontynuacja usprawniania.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, czynność płuc, fizjoterapia.

Summary The purpose of the study was to estimate how physiotherapy influences of the respiratory parameters in patients with COPD. Pulmonary function was examined in 20 men with COPD. Individual physiotherapy was done in each patients and included relaxation massage and breathing exercises. In all the patients full lung function test was made with the Flowscreen of the firm Jaeger. The spirometry parameters (VC, FVC, FEV₁, FEV₁%VC, PEF, MEF₅₀, MMEF_{25/75}), were noticed twice: once before beginning the therapy and after one week. After one week physiotherapy was statistically increased only VC and FEV₁. In all cases in this group ventilatory parameters have increased. The results prove that physiotherapy have a positive influence on the respiratory system. The long term therapy are indication.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary function, physiotherapy.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób układu oddechowego. Według szacunków epidemiologicznych wykonanych w USA choroba ta dotyczy co najmniej 15 milionów Amerykanów i jest czwartą w kolejności najczęstszą przyczyną zgonów w USA [5, 8].

W Polsce, w latach 1991–1993, POChP była przyczyną około 1,9–2,1% umieralności ogólnej, a współczynniki zgonów kształtowały się na poziomie 20–21/100 000 (mężczyźni: 38–39/100 000; kobiety: 9–10/100 000) [11].

POChP nie jest nową chorobą. Jest to wspólna nazwa dla dwu dobrze znanych chorób – prze-

wlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) i rozedmy płuc z obturacją dróg oddechowych.

Istnieją trzy podstawowe czynniki, które skłoniły lekarzy do połączenia obu chorób. Po pierwsze, PZO i rozedma płuc często współistnieją u jednego chorego. Po drugie, wspólną cechą obu chorób jest postępujące zwężenie oskrzeli, wyrażone jako nasilające się z upływem lat zmniejszenie natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV₁) poniżej należnej normy dla wieku, płci i wzrostu. Po trzecie, najważniejszym czynnikiem wywołującym obie choroby jest palenie tytoniu [12].

W wielu krajach na świecie również w Polsce POChP stanowi poważny problem medyczny.

Choroba ta jest częstym powodem hospitalizacji. Ogółem 3,6% chorych hospitalizowanych rocznie w Polsce to chorzy na POChP. Stanowi to 25% wszystkich przyjęć do szpitala z powodu chorób płuc. Liczba zgonów z powodu POChP i jej bezpośrednich powikłań (serce płucne) waha się między 14 a 15 tys. rocznie. Jest to czwarta, po chorobach serca i naczyń, nowotworach złośliwych i zgonów z przyczyn gwałtownych, przyczyna zgonów w Polsce [13]. Leczenie często nie daje zadowalających rezultatów. Brak możliwości terapeutycznych sprawia, że wielu chorych jest leczonych w sposób niedostateczny, inni zaś są leczeni tak, jak pacjenci z astmą, a więc często niewłaściwie [1].

POChP to także poważne obciążenie społeczne. Choroba ta trwa kilkadziesiąt lat i zanim stanie się przyczyną zgonu jest powodem znacznej absencji chorobowej, spowodowanej zaostrzeniem choroby. Rozwój niewydolności wentylacyjnej płuc, a później niewydolności oddychania, utrudnia lub uniemożliwia pracę, prowadząc do trwającego wiele lat inwalidztwa [12].

Do czynników ryzyka POChP zalicza się: palenie tytoniu, zanieczyszczenie środowiska pracy, infekcje układu oddechowego w dzieciństwie i palenie bierne, nawracające infekcje oskrzelo-płucne, uwarunkowania genetyczne, płęć, czynniki klimatyczne i środowiskowe, utajona infekcja adenowirusem [13].

Związek między paleniem tytoniu a występowaniem POChP nie ulega wątpliwości. Choroba ta występuje przede wszystkim u byłych i obecnych palaczy, a ryzyko zachorowania zależy od czasu trwania nałogu i liczby wypalonych papierosów. Palenie tytoniu wywiera negatywny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie układu oddechowego, prowadząc do licznych objawów chorobowych w postaci kaszlu, odkształcenia płucociny, świstów oddechowych, skróconego oddechu, a w konsekwencji duszności.

Leczenie chorych na POChP powinno być kompleksowe i uwzględniać okres zaawansowania choroby.

Skuteczne leczenie POChP zależy od wczesnego rozpoznania i podjęcia działań. Całościowy program terapii przynosi korzyści wszystkim chorym – zarówno bezobjawowym, jak i z zaawansowaną chorobą – i nie ogranicza się tylko do podawania leków [5].

Rehabilitacja oddechowa jest coraz częściej uważana za ważną część kompleksowego leczenia chorych na ciężkie objawowe choroby płuc [2].

Najnowsza definicja rehabilitacji oddechowej ustalona przez komitet ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia w USA brzmi: rehabilitacja oddechowa to wielokierunkowe działanie skierowane do osób z chorobami płuc i ich rodzin, zazwyczaj dokonywane przez wielospecjalistyczny ze-

spół, którego celem jest uzyskanie i podtrzymanie przez chorego maksymalnego stopnia niezależności i funkcjonowania w społeczności [6, 13].

Rehabilitacja oddechowa ma dwa główne cele:

1. Kontrolowanie, łagodzenie i jeśli to możliwe – odwracanie objawów i procesów patofizjologicznych prowadzących do niewydolności oddechowej.
2. Poprawę jakości i próbę wydłużenia życia chorego [2, 14].

Cel pracy

Skuteczne leczenie POChP zależy od wczesnego rozpoznania i podjęcia właściwych działań. Całościowy program terapii przynosi korzyści wszystkim chorym – zarówno bezobjawowym, jak i z zaawansowaną chorobą – i nie ogranicza się tylko do podawania leków [5].

Rehabilitacja oddechowa jest coraz częściej uważana za ważną część kompleksowego leczenia chorych na ciężkie objawowe choroby płuc [2]. Dlatego celem pracy była ocena wpływu wybranej metody fizjoterapii na parametry czynnościowe płuc u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Materiał i metody badań

Badaniami objęto grupę 20 mężczyzn z rozpoznaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, leczonych stacjonarnie w Szpitalu Klinicznym nr 5 we Wrocławiu na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Alergologii w okresie od maja do października 2000 r. Wiek chorych wahał się od 58 do 80 lat, średnia wieku wyniosła 69 lat. Masa ciała badanych mieściła się w granicach od 57 do 97 kg, przy średniej wartości 77,8 kg. Wysokość ciała wyniosła średnio 169,7cm.

Badanych podzielono według stopnia ciężkości POChP, i tak 75% chorych posiadało ciężką postać POChP, 20% średnie zaawansowanie choroby, 5% łagodną, wstępną postać choroby. Stopień zaawansowania POChP oceniono na podstawie zachowania się wskaźnika FEV₁ w porównaniu z wartością należną dla wieku, płci i wysokości ciała. FEV₁ zawarte między 70–80% wartości należnej oznacza łagodną, wstępną postać choroby. FEV₁ zawarte między 50–65% wartości należnej oznacza średnie zaawansowanie choroby, a FEV₁ poniżej 50% wartości należnej ciężką postać POChP.

Badane osoby nie paliły papierosów średnio od 10 lat. Wcześniej natomiast, jak wynika z przeprowadzonego wywiadu, każdy z pacjentów uzależniony był od nikotyny. Średnio wypalali 2 paczki dziennie przez 20 lat.

Jako zasadniczą formą terapii chorzy leczeni byli lekami rozszerzającymi oskrzela, mającymi na celu zmniejszenie objawów choroby i poprawę wydolności wysiłkowej.

W badanej grupie mężczyzn zastosowano metodę fizjoterapii, która prowadzona była na sali chorych indywidualnie z każdym pacjentem. Program fizjoterapii objęty został cyklem ćwiczeń poprzedzonym 10-minutowym masażem klatki piersiowej w celu obniżenia napięcia mięśni oddechowych.

Ćwiczenia prowadzone były codziennie przez 5–7 dni w tygodniu. Czas ćwiczeń wynosił 30 minut. Liczba dni, w czasie których odbywała się rehabilitacja, uzależniona była od pobytu pacjentów w szpitalu i ich stanu klinicznego. Każdy z pacjentów objęty został indywidualnym programem usprawniania.

Model zastosowanej metody fizjoterapii obejmował:

- masaż rozluźniający klatkę piersiową,
- naukę prawidłowego oddechu,
- ćwiczenia oddechowe torem przeponowym, piersiowym, mieszanym,
- ćwiczenia rozluźniające i uruchamiające klatkę piersiową,
- ćwiczenia mięśni brzucha,
- ćwiczenia czynne kończyn górnych i dolnych,
- ćwiczenia nasilonego wydechu,
- ćwiczenia oddechowe z oporem.

Ćwiczenia przeprowadzane były w pozycjach leżenia tyłem oraz w siadzie na łóżku ze spuszczonej nogami. Szczególny nacisk kładziono na ćwiczenia oddechowe torem przeponowym oraz na ćwiczenia wzmacniające siłę i wytrzymałość mięśni wydechowych.

Program usprawniania zawierał również edukację chorego na temat celowości wykonywanych ćwiczeń, prowadzenia aktywnego i higienicznego trybu życia. Każdy pacjent po zakoń-

czeniu cyklu usprawnienia otrzymał krótkie informacje i wskazówki na temat prawidłowej techniki wykonywania ćwiczeń oddechowych w domu.

U wszystkich mężczyzn wykonano badania spirometryczne czynności płuc za pomocą aparatu Flowscreen niemieckiej firmy Jaeger.

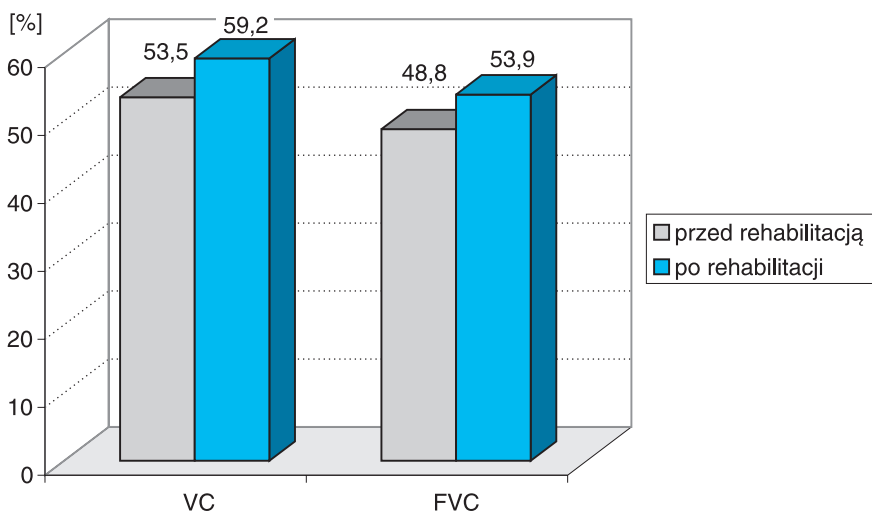
Badanie wykonano dwukrotnie. Przed przystąpieniem do rehabilitacji oraz po zakończeniu całego cyklu usprawniania. W ramach spirometrii wykonano próbę przepływu–objętość w czasie, podczas której mierzono następujące parametry: VC – pojemność życiowa płuc, FVC – natężona pojemność życiowa, FEV₁ – nasilona objętość wydechu pierwszosekundowa, FEV₁%VC – wskaźnik Tiffeneau, MEF₅₀ – maksymalny przepływ powietrza wydechowego przy 50% VC max, MEF₂₅ – maksymalny przepływ powietrza wydechowego przy 25% VC max, PEF – szczytowy przepływ wydechowy.

Badany materiał poddano analizie statystycznej. Wykorzystując program DIFF obliczono średnie wartości poszczególnych wskaźników przed i po rehabilitacji. Następnie dokonano analizy testem *t*-Studenta dla cech zależnych, czyli istnienia różnic statystycznie istotnych badanych parametrów przed i po rehabilitacji.

Wyniki badań

Na rycinach zamieszczono wyniki badań czynnościowych płuc uzyskanych przed i po rehabilitacji w badanej grupie mężczyzn.

Średnia wartość pojemności życiowej płuc (VC) przed rozpoczęciem rehabilitacji wyniosła 53,5%, a po jej zakończeniu 59,2% co może oznaczać, że pod wpływem rehabilitacji nastąpił przyrost tego parametru średnio o 5,7%. Średnia wartość natężonej pojemności płuc (FVC) przed rehabilitacją wyniosła 48,8%, a po zakończeniu 53,9%, czyli przyrost wyniósł około 5% (ryc. 1).



Ryc. 1. Średnie wartości VC i FVC przed i po rehabilitacji w badanej grupie

Odpowiednio natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV_1) przed rozpoczęciem rehabilitacji wyniosła 41,6%, a po zakończeniu 44,9% i przyrost wyniósł 3,3%. Średnia wartość wskaźnika Tiffeneau przed rehabilitacją wyniosła 57,1%, po zakończeniu 55,8%, a spadek wyniósł 1,3% (ryc. 2).

Kolejnym mierzonym parametrem był PEF, czyli szczytowy przepływ wydechowy. Średnia wartość tego parametru przed przystąpieniem do rehabilitacji wyniosła 32,7%, po zakończeniu 34,6%, a przyrost wyniósł 1,9%. W przypadku szczytowego przepływu wydechowego przy 50% VC max (MEF_{50}) średni wzrost wyniósł 0,9% (ryc. 3).

W celu dokładnej analizy zebranego materiału oraz wykazania, czy istnieją statystycznie istotne różnice między badanymi parametrami przed i po rehabilitacji posłużono się testem *t*-Studenta dla prób zależnych. Weryfikację różnic przeprowadzono na poziomie istotności $\alpha = 0,05$.

Z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że uzyskane wartości współczynników testu *t*-Studenta są istotne statystycznie (na poziomie $\alpha = 0,05$) dla parametrów VC i FEV_1 . Wartość testu

t-Studenta dla VC wyniosła – 2,66, natomiast dla FEV_1 – 2,5.

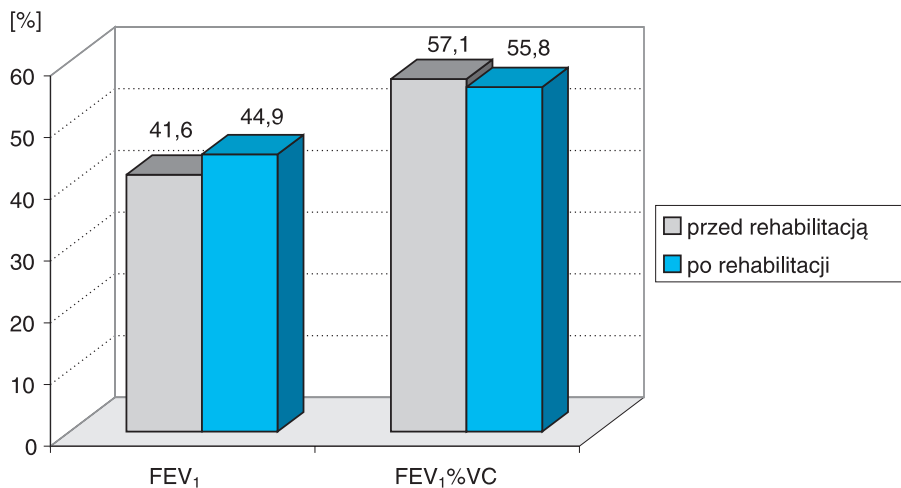
Może to świadczyć o tym, że zastosowanie rehabilitacji w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest efektywne dla parametrów VC i FEV_1 i wpływa na wzrost tych parametrów.

W przypadku pozostałych parametrów, czyli: FVC, $FEV_1\%VC$, PEF, MEF_{50} , nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, czyli pod wpływem rehabilitacji nie nastąpiła istotna statystycznie zmiana badanych parametrów (przyrost, spadek) między pierwszym a drugim badaniem.

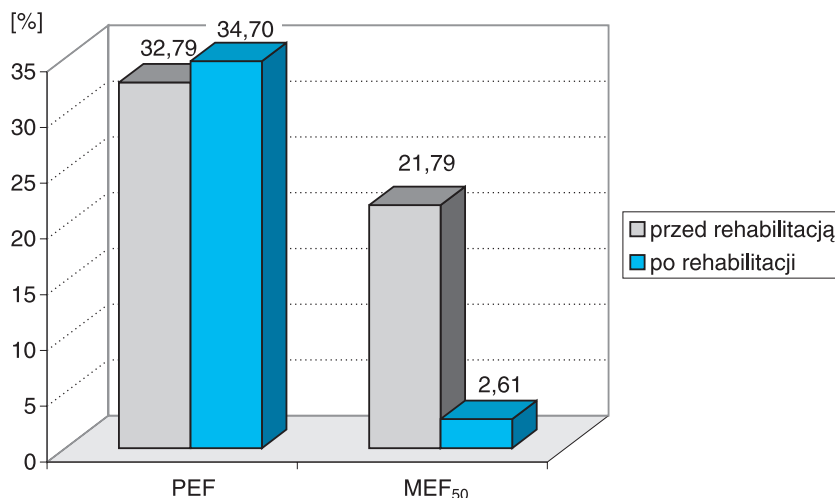
Omówienie wyników badań

W dostępnym piśmiennictwie spotyka się publikacje autorów mówiące o zastosowaniu fizjoterapii w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, co było celem niniejszej pracy [3, 7, 10, 14].

Takie badania przeprowadził Szczegielniak i wsp. na grupie 107 chorych. Przeprowadzone badania wykazały statystycznie istotny przyrost



Ryc. 2. Średnie wartości FEV_1 i $FEV_1\%VC$ przed i po rehabilitacji w badanej grupie



Ryc. 3. Średnie wartości PEF i MEF_{50} przed i po rehabilitacji w badanej grupie

Tabela 1. Wyniki testu t-Studenta dla prób zależnych w badanej grupie

Wskaźniki	Wartość testu t-Studenta	$\alpha = 0,05$
VC	-2,66	0,0154*
FVC	-1,54	0,1396
FEV ₁	-2,5	0,0219*
FEV ₁ %VC	0,68	0,5060
PEF	-0,94	0,3586
MEF ₅₀	-0,88	0,3902

wartości dużej ilości wskaźników we wszystkich badanych grupach.

Autorzy pracy potwierdzili tezę, iż ograniczenie przepływu u chorych na POChP o niezmienną jeszcze patologicznie strukturze ścian dróg oddechowych stanowi proces odwracalny. U chorych z obturacją wskazującą na jej utrwalenie również istnieje możliwość poprawy wentylacyjnej, co świadczy o korzystnym wpływie fizjoterapii w leczeniu POChP.

Na podstawie wniosków zawartych w pracy Szczegielniaka [10] można przypuszczać, że zaprezentowana w niniejszej pracy metoda fizjoterapii stosowana była za krótko i dlatego nie uzyskano tak dużej zmiany badanych parametrów, bo tylko VC i FEV₁ wzrosły statystycznie istotnie na poziomie $\alpha < 0,05$.

W dostępnym piśmiennictwie [3, 7, 14] znaleźć można prace dotyczące stosowania bardziej obciążających metod fizjoterapeutycznych, które pozytywnie wpływają na czynność i wydolność układu oddechowego.

Wallack i wsp. [14] badali czynność płuc przed i po zakończeniu ćwiczeń fizycznych u 50 chorych z ciężką POChP. Stwierdzili, że im większy był stopień upośledzenia fizycznego przed rozpoczęciem ćwiczeń, tym większa była poprawa po ich zakończeniu.

Hipotezę, że u chorych z objawami POChP rehabilitacja oddechowa przynosi lepsze efekty niż leczenie konwencjonalne poparły przeprowadzone ostatnio dwa kontrolowane badania. W pierwszym z nich, opisanym przez Goldsteina i wsp. [7], obserwowano 89 chorych. Po 8-tygodniowej rehabilitacji szpitalnej zostali oni losowo przydzieleni do grupy objętej programem dalszej 16-tygodnio-

wej rehabilitacji w warunkach domowych lub grupy pozostającej jedynie pod zwykłą opieką lekarską. Kończąc badanie autorzy wykazali, że w porównaniu z 44 chorymi z grupy kontrolnej – u 45 chorych rehabilitowanych występuje znaczna poprawa tolerancji wysiłku, wydłużenie czasu trwania wysiłku submaksymalnego, zmniejszenie duszności i poprawa stanu psychicznego.

W drugim badaniu Wijkstra i wsp. [11] porównali wyniki 12-tygodniowej rehabilitacji 28 chorych z POChP z 15-osobową grupą kontrolną. Badanie to było jedyne w swoim rodzaju, ponieważ prowadzone było w warunkach domowych pod nadzorem osób nie będących specjalistami. Po jego zakończeniu u osób rehabilitowanych stwierdzono znaczne wydłużenie dystansu marszu, maksymalnego tolerowanego obciążenia, zużycia tlenu oraz zmniejszenie wytwarzania mleczanów w porównaniu z grupą kontrolną.

Najdokładniejsze wydaje się badanie przeprowadzone przez Ries i wsp. na grupie 119 chorych [9]. Połowę z nich stanowiła podgrupa kontrolna. Program 8-tygodniowy rehabilitacji obejmował chód o maksymalnej tolerancyjnej szybkości.

Autorzy zaobserwowali wzrost maksymalnego zużycia tlenu o 9%, z kolei wzrost maksymalnej zdolności do wysiłku o 33%, natomiast wzrost wytrzymałości o 85%. W grupie kontrolnej sprawność wysiłkowa nie zmieniła się.

Na podstawie powyższej analizy można sądzić, iż prowadzenie wszelkich działań fizjoterapeutycznych oraz aktywności fizycznej u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc przynosi pozytywne efekty, co potwierdzają cytowane prace i powinno stanowić uzupełnienie metod leczenia tej choroby.

Wnioski

1. W badanej grupie wykazano wpływ wybranej metody fizjoterapii na parametry czynnościowe płuc, co potwierdziły statystycznie znacznie wzrosty VC i FEV₁ po przeprowadzonym cyklu usprawniania.
2. Na podstawie przeprowadzonych badań można sądzić, że wskazana byłaby dalsza kontynuacja usprawniania celem uzyskania poprawy pozostałych parametrów spirometrycznych.

Piśmiennictwo

1. Barnes SP. Nowe kierunki w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *British Med Jour* 1999; 1: 68–77.
2. Celli B. Rehabilitacja oddechowa chorych na POChP. Praktyczne metody poprawy oddychania. *Med Dopl* 1999; 8, 5: 39–48.
3. Cooper C. Znaczenie wysiłku fizycznego dla pacjentów z przewlekłą chorobą płuc. *Rehab Med* 1997; 2: 85–95.
4. Cooper JD, Trulock EP i wsp. Bilateral pneumectomy (volume reduction) for chronic obstructive pulmonary disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109(1): 106–116.

5. Ferguson G. Leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Med Dypł* 1999; 8, 5: 24–36.
6. Fisman AP. Pulmonary rehabilitation reseach. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 825–833.
7. Goldstein RS, Gort EH, Stubbing D. i wsp. Randomised controlled trial of respiratory rehabilitation. *Lancet* 1994; 344 (8934): 1394–1397.
8. Hays TJ i wsp. Choroby spowodowane paleniem papierosów. Dlaczego rzucenie palenia jest nadal najlepszym lekarstwem. *Med Dypł* 1999; 8, 9: 26–38.
9. Ries AL, Kaplan RM. Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obturative pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1995; 122 (11): 823–832.
10. Szczegieliński J. i wsp. Wpływ fizjoterapii u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w zależności od stopnia zaawansowania zmian obturacyjnych. *Fizjoterapia* 1997; II: 7–10.
11. Wijkstra PJ i wsp. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *Eur Respir J* 1994; 7(2): 269–273.
12. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumologicznego Rozpoznania i Leczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, Wydano przez Boehringer Ingelheim, Warszawa 1997.
13. Zieliński J. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc*. Medipress Supp. 1997; 6: 3–4.
14. Zu Wallack RL i wsp. Predictors of improvement in the 12-minute walking distance following a six-week outpatient pulmonary rehabilitation program. *Chest* 1991; 99(4): 805–808.

Adres i Autora:

Krystyna Rożek-Mróż

Wydział Fizjoterapii AWF

ul. Rzeźbiarska 4

51-629 Wrocław

e-mail: krysia@sreh.awf.wroc.pl

Czy próchnicy zębów można skutecznie zapobiegać? Część I. Etiopatogeneza próchnicy

Can dental caries be efficiently prevented. Part I. Caries etiopathogenesis

URSZULA KACZMAREK

Z Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

Streszczenie W pracy na podstawie piśmiennictwa przedstawiono współczesne poglądy na etiopatogenezę próchnicy zębów, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka próchnicy wczesnej.

Słowa kluczowe: próchnica zębów, epidemiologia, etiopatogeneza, wiek rozwojowy.

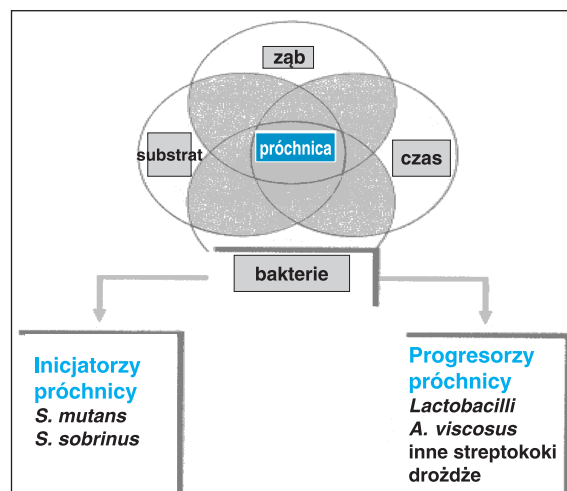
Summary In the paper basing on the literature the author presented contemporary approach to etiopathogenesis of dental caries and described in details early caries risk factors.

Key words: dental caries, epidemiology, etiopathogenesis, developmental age.

Próchnica zębów (*caries dentium*) ze względu na rozpowszechnienie i konsekwencje dla całego organizmu zaliczana jest do chorób społecznych. W 1981 r. WHO w trosce o poprawę zdrowia jamy ustnej społeczeństwa sformułowała cele zdrowia jamy ustnej przewidziane do realizacji do 2000 r. w indeksowych grupach wiekowych. Celem dla populacji w wieku 5–6 lat było występowanie próchnicy tylko u 50% dzieci, a w wieku 12 lat objęcie procesem próchnicowym nie więcej niż 3 zębów (wskaźnik PUW/Z ≤ 3 ; suma liczby zębów z niewypełnionymi ubytkami próchnicowymi, usuniętych z powodu próchnicy i wypełnionych). Jak wykazują wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w 2000 r., dzieci polskie nie osiągnęły celu zdrowia WHO [1]. Odsetek dzieci 6-letnich wolnych od próchnicy wynosił 12,1% (w województwie dolnośląskim 7,3%), a dzieci 12-letnie miały przeciętnie dotkniętych próchnicą 3,8 zębów (w województwie dolnośląskim 3,4). Dla porównania narodowe badania epidemiologiczne w Wielkiej Brytanii wykazały, że 65% dzieci 5-letnich jest wolnych od próchnicy (dane z roku 1993/94; wg [2] i u dzieci 12-letnich procesem próchnicowym objętych jest 1,2 zębów (dane z roku 1996/97; wg [3]).

Próchnica zębów jest przewlekłą chorobą wieloprzyczynową, którą określa się jako proces patologiczny, spowodowany czynnikami zewnątrz-pochodnymi, doprowadzający do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu podatne twarde tkanki zęba. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy

(ryc. 1), rozwój procesu próchnicowego zdeterminowany jest współwystępowaniem 4 czynników, tj. obecności w jamie ustnej: (1) drobnoustrojów próchnicotwórczych rozkładających węglowodany do kwasów; (2) dietetycznych węglowodanów stanowiących substrat dla przemian bakteryjnych; (3) podatnych na chorobę twardych tkanek zęba oraz (4) współwystępowaniem wymienionych czynników przez odpowiednio długi czas. Wiadomo, że drobnoustrojami odpowiedzialnymi za zapoczątkowanie procesu próchnicowego są *S. mutans* i *S. sobrinus*, a przyczyniającymi się do progresji zmiany – pałeczki kwasu mlekowego, promieniowce, inne strepto-

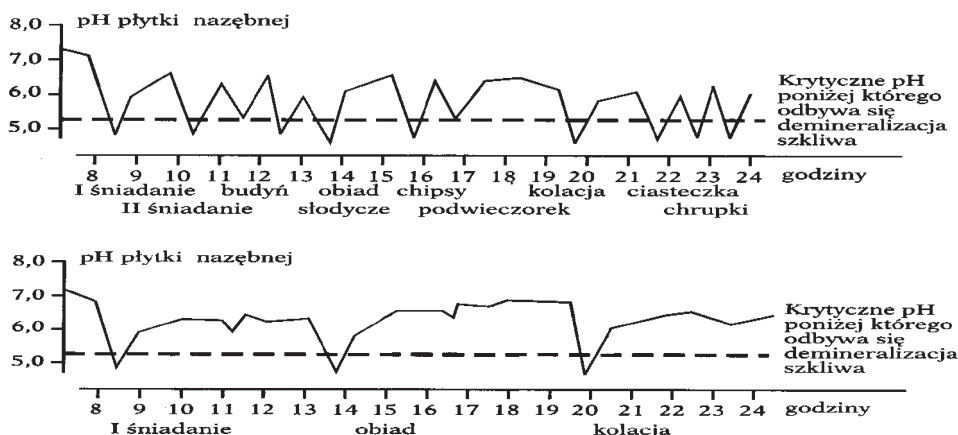


Ryc. 1. Czynniki etiologiczne próchnicy (wg [4])

koki i drożdże [4]. W jamie ustnej bakterie zlokalizowane są głównie na powierzchni zębów w postaci płytki nazębnej – płytki bakteryjnej (dental plaque). Nie jest ona przypadkowym nagromadzeniem drobnoustrojów i resztek pokarmowych, lecz stanowi adherentny depozyt bakterii powstający etapowo i cechujący się zorganizowaną strukturą. Składa się w około 70% z bakterii zatopionych w bezpostaciowej substancji organicznej, zwanej matrycą. Czysta powierzchnia zęba w środowisku jamy ustnej zostaje bardzo szybko (w ciągu ok. 1–2 minut) pokryta amorficzną, cienką warstwą glikoprotein śliny – tzw. błoną nabytą (acquired pellicle). Do niej przyczepiają się specyficzne typy bakterii. Początkowo są to streptokoki, a następnie bakterie pałeczkowate i nitkowate. Cechą drobnoustrojów próchnicotwórczych jest nie tylko kwasotwórczość, ale także tolerancja kwaśnego środowiska (kwasoodporność) i wywoływanie próchnicy u zwierząt gnotobiotycznych. Ponadto, charakteryzuje je adherencja do powierzchni zęba dzięki syntetyzowaniu z cukrów dietetycznych lepkich zewnątrzkomórkowych polisacharydów (glukany i dekstrany) nadających matrycy konsystencję żelową i utrudniających zobojętnianie kwasów płytki przez ślinę. Oprócz tego tworzą zapasowe polisacharydy (glukan) stanowiące materiał budulcowy i substrat dla przemian metabolicznych przy braku dostępu dietetycznych węglowodanów. Z czasem wzrasta grubość płytki i nie usunięta ulega wapnieniu, przekształca się w kamień nazębny. Klinicznie płytka manifestuje się jako różnej grubości miękkiej, białoszary osad, którego nie można usunąć płukaniem, lecz tylko mechanicznie – poprzez szczotkowanie zębów [4, 5].

Od dawna znana i udowodniona jest zależność między intensywnością próchnicy a węglowodanami. Wiadomo, że częste spożywanie węglowodanów i w dużej ilości zwiększa przyrost próchnicy. Wszystkie mono- i dwucukry są łatwo metabolizowane do kwasów przez bakterie płyt-

ki. Spośród cukrów dietetycznych najbardziej próchnicotwórcza jest sacharoza, inne – glukoza, fruktoza, maltoza – są nieco mniej, a najmniej laktoza. Klinicznie, skrobia (zawarta w ziemniakach, chlebie, ryżu, makaronie) wykazuje tylko 1/3 potencjału próchnicotwórczego sacharozy. Jednakże mieszanina drobno zmielonej skrobi i sacharozy poddana działaniu temperatury (np. herbatniki) jest równie kariogenna (próchnicotwórcza) jak sacharoza. Młodzież spożywa przeciętnie około 100 g cukrów dziennie. Około 2/3 spożycia stanowią tzw. cukry dodawane albo wolne cukry. Są one również nazywane niemlecznymi zewnętrznymi cukrami (non-milk extrinsic sugars – NME) w celu odróżnienia ich od zawartych w mleku (laktoza) i wewnętrznych cukrów znajdujących się w owocach i warzywach [4, 6, 7]. Takie zróżnicowanie cukrów jest istotne podczas udzielania porad dietetycznych, gdyż ani laktoza, ani cukry wewnętrzne nie stanowią istotnego zagrożenia dla zębów, w przeciwieństwie do cukrów wolnych odpowiedzialnych za epidemię próchnicy w XX wieku. U dzieci i młodzieży 2/3 zawartości spożywanych węglowodanów stanowią słodczyce, słodzone napoje i cukier stołowy. U małych dzieci istotnym czynnikiem próchnicotwórczym są słodzone napoje owocowe oraz słodzenie pożywienia mlecznego. Każde spożycie ulegających fermentacji węglowodanów inicjuje spadek pH na pokrytych płytką powierzchniach zębów, którego wzrost do pH obojętnego trwa około 30–60 minut (ryc. 2). Stopniowy powrót do pH wyjściowego jest następstwem dyfuzji kwasów poza płytkę i wynikiem działania czynników buforujących zawartych w ślinie i płytce. Na rycinie 3 schematycznie przedstawiono zmiany prowadzące do demineralizacji szkliwa i w konsekwencji próchnicy. Nagromadzone na powierzchni zęba bakterie płytki z dietetycznych węglowodanów wytwarzają kwasy, co powoduje miejscowe obniżenie pH. Spadek pH poniżej 5,5 (pH krytyczne) powoduje



Ryc. 2. Częstość demineralizacji szkliwa w zależności od częstości spożywania przekąsek węglowodanowych (wg [12])



Ryc. 3. Schemat procesów demineralizacji i remineralizacji (wg [4])

rozpuszczanie – demineralizację stanowiącego mineralną fazę szkliwa hydroksyapatytu oraz dyfuzję jonów wapniowych i fosforanowych do płytki i śliny. Po powrocie pH do neutralnego zmienia się kierunek dyfuzji jonów i występuje remineralizacja – naprawa wcześniejszych uszkodzeń pryzmatów szkliwa, której sprzyja obecność jonów fluorkowych. Brak rozwoju próchnicy – kariostaza – jest wynikiem dynamicznej równowagi przebiegających naprzemiennie tuż przy powierzchni szkliwa procesów de- i remineralizacji, a rozwój próchnicy spowodowany jest przewagą procesów demineralizacji nad remineralizacją [5]. Zatem okres, przez który szkliwo eksponowane jest na kwasy bakteryjne decyduje o zapoczątkowaniu procesu próchnicowego. Początkowo wczesne uszkodzenie próchnicowe szkliwa jest zmianą podpowierzchniową. Cechuje się utratą substancji mineralnych poniżej względnie nienaruszonej powierzchni szkliwa. Klinicznie manifestuje się jako biała lub ciemna plama (w zależności od tempa progresji), współwystępująca z płytką nazębną. Najczęściej umiejscowiona jest przyszyjkowo lub na powierzchniach stycznych. Jeśli nadal przeważa proces demineralizacyjny, to powierzchniowa warstwa szkliwa ulega odłamaniu i powstaje ubytek tkanki. Dochodzi wówczas, oprócz dalszego rozpuszczania substancji mineralnych, do usuwania białkowej macry szkliwa i zębiny przez enzymy proteolityczne wytwarzane przez bakterie płytki. Początkowa zmiana próchnicowa może ulec regresji (wyleczeniu), jeśli okresy remineralizacyjne będą przeważać nad demineralizacyjnymi [4].

Najważniejszym naturalnym czynnikiem obronnym wobec próchnicy jest ślina. Jeśli jej szybkość wydzielania jest obniżona, to progresja zmian próchnicowych następuje bardzo szybko. Ślina nie tylko fizycznie usuwa cukry dietetyczne oraz kwasy bakteryjne, ale także istotnie przyczynia się do buforowania pH w obrębie śliny i płytki. Szybko wydzielana ślina ma odczyn alkaliczny (7,5–8) i powoduje wzrost odczynu płytki uprzednio obniżonego w następstwie metabolizowania cukrów dietetycznych [5].

Kolejnym ważnym czynnikiem w rozwoju

próchnicy jest prawidłowa budowa tkanek zęba, którą warunkuje odpowiedni stosunek ilościowy substancji organicznej i nieorganicznej. Udowodniono, że zęby cechujące się prawidłową makro- i mikrostrukturą oraz wysokim stopniem mineralizacji są bardziej odporne na czynniki próchnicotwórcze. Twarde tkanki zębów kształtują się w okresie od 12 tygodnia życia płodowego (zęby mleczne) do około 20 roku życia (zakończenie rozwoju korzeni trzecich zębów trzonowych stałych; wg [8]). Zatem w tym okresie podaż właściwej ilości i jakości składników odżywczych, a zwłaszcza optymalny dowóz fluoru, zapewnia prawidłową strukturę twardych tkanek zęba.

Próchnica zębów pojawiająca się do 3 roku życia dziecka określana jest jako próchnica wczesna (early caries), próchnica butelkowa (bottle caries), próchnica dziecięca (nursing caries). Cechuje się wczesnym – tuż po wyrżnięciu – pojawianiem się zmian próchnicowych praktycznie na wszystkich powierzchniach kolejno wyrzynających się zębów (ryc. 4). Szybko postępująca destrukcja twardych tkanek doprowadza w krótkim czasie do utraty znacznej części korony zęba, powikłań ze strony miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (ryc. 5) [5, 9]. Charakterystyczny jest obraz kliniczny tej postaci próchnicy – najwcześniej i najbardziej rozległymi zmianami objęte są siekacze górne, często po upływie około 4 miesięcy od ich wyrżnięcia, tj. u dziecka 10–12-miesięcznego [10].



Ryc. 4. Próchnica wczesna butelkowa (nursing bottle caries) u dziecka 3-letniego (wg [9])



Ryc. 5. Intensywna próchnica wczesna z powodu częstego podawania słodzonych pokarmów (wg [6])



Ryc. 6. Intensywna próchnica zębów mlecznych u dziecka 7-letniego spowodowana częstym przyjmowaniem słodkich leków doustnych (wg [6])

Opisano wiele czynników ryzyka wystąpienia tej jednostki chorobowej. Wśród nich wyróżnia się czynniki związane z matką (młody wiek, niski poziom wykształcenia i choroby w czasie ciąży) oraz związane z dzieckiem. Do tej ostatniej grupy zalicza się wcześniactwo, ciążę mnogą, niską masę urodzeniową, wcześniejsze wyrzynanie zębów, częstość zachorowań i przyjmowanie leków w postaci słodkich, lepkich syropów, sposób karmienia, brak wykonywania zabiegów higienicznych w jamie ustnej i wczesną infekcję jamy ustnej dziecka drobnoustrojami próchnicotwórczymi [5–7, 11, 12].

Z wielu prac wynika istotny związek sposobu karmienia z występowaniem próchnicy wczesnej. Zaobserwowano pozytywną współzależność z karmieniem piersią krócej niż 6 miesięcy i dłużej niż 12 miesięcy [13], karmieniem piersią lub butelką po 18 miesiącu życia [14, 15], wyłącznym karmieniem butelką w porównaniu z karmieniem naturalnym [16], stosowaniem smoczków zanurzonych w syropie, używaniem przez matkę utensyliów dziecka (np. łyżeczka [17]). Karmienie przed snem, w nocy i zasypianie z butelką napełnioną pożywieniem zawierającym ulegające fermentacji węglowodany (słodzone mleko, słodkie napoje owocowe [10, 17] w połączeniu z niską szybkością wydzielania śliny podczas snu jest niezwykle istotnym czynnikiem w rozwoju tej formy próchnicy. Zauważono także, że używanie smoczka powyżej 2 roku życia

sprzyja powstawaniu próchnicy z powodu przedłużonego usuwania cukrów z jamy ustnej (oral sugar clearance), zwiększonej akumulacji płytki i wzrostu próchnicotwórczych bakterii [13]. U dzieci przewlekle chorych długoczasowe podawanie doustnych leków opartych na sacharozie stanowi ryzyko powstania rozległej próchnicy (ryc. 6) [6].

Z badań M. Szpringer-Nodzak [18] przeprowadzonych w regionie warszawskim w latach 1992–1993 wynika wysoka (36,9%) frekwencja próchnicy u dzieci 3-letnich. W innych krajach częstość jej występowania jest zróżnicowana. W Szwecji wynosi 19,7% [19], w Wielkiej Brytanii 32% [20], w USA 25% [10].

Szybka i nagła destrukcja wielu zębów obejmująca powierzchnie, które zazwyczaj wolne są od próchnicy (próchnica kwitnąca), obserwowana jest często w uzębieniu stałym dzieci kilkunastoletnich. Spowodowana jest występującymi w tym wieku zmianami żywieniowymi, polegającymi na częstym spożywaniu próchnicotwórczych przekąsek i słodkich napojów między posiłkami [5].

Z przedstawionego przeglądu głównych czynników przyczynowych próchnicy wynika, iż jej intensywność może być kontrolowana na poziomie osobniczym, zwłaszcza poprzez obniżenie w jamie ustnej poziomu drobnoustrojów próchnicotwórczych i zmniejszenie częstości spożywania produktów zawierających sacharozę.

Piśmiennictwo

1. Wierzbicka M., Szatko F., Rucińska K. i wsp. *Ogólnokrajowy monitoring zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań. Polska 2000. Dzieci w wieku 6, 11 i 12 lat.* Warszawa 2000: Ministerstwo Zdrowia.
2. Pitts NB, Palmer JD. The dental caries experience of 5-year-old children in Great Britain. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry. *Comm Dental Health* 1995; 12: 52-58.
3. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. <http://www.whocolab.od.mah.se/euro.html>.
4. Anderson MH, Bratthall D., Einwag J. i wsp. *Professional prevention in dentistry.* Williams & Wilkins; 1994.
5. Kidd EAM, Joyston-Bechal S. *Essentials of dental caries. The disease and its management.* Oxford University Press; 2000.

6. Rugg-Gunn AJ, Nunn JH. *Nutrition, diet and oral health*. Oxford University Press; 2000.
7. Welbury RR. *Paediatric dentistry*. Oxford University Press; 1999.
8. Schoerder HE. *Oral structural biology*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1991: 30–31.
9. Rapp R., Winter GB. *Color atlas of clinical conditions pedodontics*. Chicago: Wolfe Medical Publications Ltd; 1979: 74.
10. Douglass JM, Tinanoff N., Tang JM. i wsp. Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001; 19 (1): 14–22.
11. Szpringer-Nodzak M. Badanie czynników etiologicznych próchnicy wczesnej u dzieci z uzębieniem próchnicowym. *Nowa Stomat* 1997; 3: 3–8.
12. Szpringer-Nodzak M. (red.). *Jak dbać o zęby dziecka*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 1999a: 128.
13. Ollila P., Niemela M., Uhari M. i wsp. Prolonged pacifier-sucking and use of a nursing bottle at night: possible risk factors for dental caries in children. *Acta Odont Scand* 1998; 56: 233–237.
14. Tada A., Ando Y., Hanada N. Caries risk among three-year old children in Chiba, Japan. *Asia Pac J Public Health* 1999; 11 (2): 109–112.
15. Behrendt A., Sziegoleit F., Muler-Lessmann V. i wsp. ASDC. *J Dent Child* 2001; 68 (1): 47–50.
16. Du M., Bian Z., Guo L. i wsp. Caries patterns and their relationship to infant feeding and socio-economic status in 2–4-year-old Chinese children. *Int Dent J* 2000; 50 (6): 385–389.
17. Milgram P., Riedy CA, Weinstein P. i wsp. Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6- to 36-month-old children. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2000; 28 (4): 295–306.
18. Szpringer-Nodzak M. *Stomatologia wieku rozwojowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999b: 248.
19. Wendt LK, Carlsson E., Hallonsten AL. i wsp. Early dental caries risk assessment and prevention in pre-school children: evaluation of a new strategy for dental care in a field study. *Acta Odont Scand* 2001; 59: 261–266.
20. Davies GM, Blinkhorn FA, Duxbury JT. Caries among 3-year-olds in greater Manchester. *Br Dent J* 2001; 190 (7): 381–384.

Adres Autorki:

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej AM
ul. Kuźnicza 43/45
50-138 Wrocław

Wpływ założeń reformy służby zdrowia na prawidłowość postępowania lekarskiego

Effect of health reform principles on appropriateness

BARBARA ŚWIĄTEK

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Barbara Świątek

Streszczenie W pracy przedstawiono ocenę wpływu wdrażanych do praktyki założeń reformy służby zdrowia na jakość opieki zdrowotnej i prawidłowość postępowania służby zdrowia. Ocena oparta na konkretnych sprawach opiniowanych dla prokuratur i sądów przez biegłych Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu. Przeprowadzona analiza wskazuje, że wdrażanie reformy zdrowia nie doprowadziło do sprawniejszego jej funkcjonowania i naraża lekarzy na możliwość kolizji z prawem.

Słowa kluczowe: jakość opieki medycznej, kasy chorych, odpowiedzialność lekarza, błąd lekarski.

Summary In the work was represented the estimation of initiating to practices of foundations of reform of medical service on quality of health's care and regularity of conduct of medical service. The estimation on concrete matters in opinions for public prosecutor's offices and of courts by expert of Forensic Medicine in Wrocław. Passed analysis shows that initiating of reform of health didn't bring to more efficient of working and the doctors are exposed on possibility of conflict with law.

Key words: quality of medical care, Sickness Fund, doctor's responsibility, medical error.

W praktyce opiniodawczej, dotyczącej oceny postępowania lekarskiego, obserwuje się w ostatnim okresie elementy związane z nowymi warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych, a wynikające z realizacji różnie interpretowanych obowiązków służby zdrowia.

Wyjątkowo zasadne założenia reformy, choćby takie, jak wybór lekarza pierwszego kontaktu, łatwy dostęp do niego, jak i łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów (na marginesie – dostęp do specjalistów przed reformą był moim zdaniem łatwy i czasowo szybki i ta dziedzina nie wymagała rewolucyjnej zmiany), „wędrowka” pieniędzy za pacjentem w związku z możliwością wyboru szpitala są albo nie realizowane, albo realizowane w sposób niekorzystny dla zdrowia pacjenta.

Najczęstszymi nieprawidłowościami noszącymi znamiona błędu lekarskiego, a wynikającymi z materiałów aktowych, stanowiących podstawę wydawania opinii są:

1. Brak rozwiązań umożliwiających prawidłowe, a zatem fachowe i w odpowiednim czasie uzyskanie pomocy lekarskiej przez ludzi bezdomnych, a nawet studentów mieszkających na stałe poza ośrodkami akademickimi. Studenci muszą zatem korzystać ze świadczeń zdrowotnych, które

im przysługują albo odpłatnie lub jeździć – celem leczenia – do miejsca zamieszkania.

Bezdomni natomiast są co prawda przyjmowani do szpitala, gdy ich stan stwarza bezpośrednio do tego wskazanie (zagrożenie życia), ale personel stara się jak najszybciej przekazać takiego pacjenta do innej placówki.

Aczkolwiek do naszego Zakładu nie dotarła żadna sprawa dotycząca studentów, to w okresie wzrostu liczby zachorowań na grypę wielokrotnie w mediach opisywano przypadki odmowy pomocy studentom, którzy nie posiadali tzw. promesy z Kasy Chorych, do której należeli.

W takich sytuacjach dwie szczytne zasady reformy nie były realizowane, a mianowicie, że pieniądze idą za pacjentem i że w ostrych przypadkach pomoc udzielana jest bez przestrzegania ograniczeń formalnych. Odmowa pomocy lekarskiej, nawet w przypadkach grypy czy innych, uchodzących za niegroźne schorzeń, jest czynem, co do którego bez żadnej trudności dopasować można stosowny artykuł kk. W przypadku zawiadomienia o takim przypadku prokuratora odpowiedzialność ponosiłby oczywiście lekarz, a nie osoby, które w imieniu Kasy Chorych narzuciły lekarzom niekorzystne dla potencjalnych pacjentów wewnętrzne zarządzenia.

Opracowaliśmy natomiast opinię w sprawie bezdomnego, który przyjęty został do szpitala z rozległymi poparzeniami. Przedwcześnie przy niezaleczonych jeszcze ranach przekazany został do domu opieki społecznej, skąd po dwóch dniach, w związku z pogarszającym się stanem ogólnym i złym miejscowym, przekazany został do innego szpitala. W szpitalu tym kontynuowano leczenie jeszcze przez kilka tygodni. Przypadek ten w wersji bulwersującej, choć nieprawdziwej (bezdomny, poparzony, w ciężkim stanie wyrzucony na bruk ze szpitala), został przedstawiony w mediach i zajął się nim prokurator. Na jego zlecenie opracowana została opinia sądowo-lekarska oceniająca prawidłowość postępowania służby zdrowia w stosunku do pacjenta.

2. Wracając do tzw. promess, jest to praktyka nagminna, świadcząca o przywiązaniu pieniędzy do jednej Kasy Chorych. Uzyskanie promessy nie jest rzeczą łatwą, oznacza bowiem utratę określonego świadczenia zdrowotnego, za które Kasa będzie musiała zapłacić czasem nawet wyższą cenę, niż obowiązuje na podlegającym jej obszarze kraju. Proponuje się zatem pacjentowi metodę leczenia możliwą do zrealizowania na danym terenie. Przykładem może być proponowanie pacjentom usuwanie kamieni nerkowych drogą operacyjną i odmowa leczenia poza obszarem Kasy Chorych metodą mniej obciążającą, np. poprzez kruszenie kamieni falą uderzeniową. Przykładem jest przypadek, który był w naszym opracowywaniu – kobietę bez próby leczenia nieoperacyjnego poddano zabiegowi z bardzo niekorzystnym dla niej skutkiem (utrata nerki). Na terenie Kasy Chorych, której podlegała, nie było w tym czasie możliwości wykonania zabiegu kruszenia kamieni. Kobieta wbrew obowiązującej i wpisanej w ustawach zasadzie nie została poinformowana o innych, mniej obciążających metodach, nie otrzymała skierowania do odpowiedniego szpitala; szpital straciłby bowiem pacjentkę, a Kasa Chorych pieniądze.

3. Utrudnianie pacjentom leczenia w placówkach wysokospecjalistycznych, ale znajdujących się poza obszarem działań Kasy Chorych. Godzi to w jego ustawowo zagwarantowane prawo do świadczeń zdrowotnych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Z akt spraw prokuratorских i sądowych wynika, że lekarze unikają wystawiania pacjentom wniosków o wydanie promess do wysokospecjalistycznych placówek. Jest to bowiem bardzo źle widziane; dotyczy to nawet przypadków, w których wskazania do leczenia w takich placówkach były bezwzględne.

Spotyka się także zakaz wydawania promess pacjentom wnioskującym o nie z powodów osobistych, np. wybór przez pacjenta miasta, w którym ma bliską rodzinę, mogącą opiekować się nim po zabiegu, lub chęć kontynuacji leczenia w placówce, w której pacjent leczył się od lat,

albo do której przeniósł się lekarz leczący go i cieszący się jego pełnym zaufaniem.

4. Ograniczenie obszaru działania placówki pomocy doraźnej stało się przyczyną opóźnienia pomocy lekarskiej w wielu przypadkach. Wśród opracowywanych spraw, w których ten problem zaistniał, były przypadki, w których Pogotowie Ratunkowe oddalone o kilka kilometrów od miejsca wezwania nie przyjechało, gdyż rejon ten należał do placówki oddalonej o kilkadziesiąt kilometrów. Błąd organizacyjny czy złamanie zasady, że w przypadkach nagłych (a zazwyczaj przy takich wzywa się Pogotowie Ratunkowe) nie obowiązują żadne ograniczenia formalne?

5. Łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów pozostało zasadą jedynie „pisaną”, ale w praktyce nie realizowaną. Oczekiwanie na badanie specjalistyczne, nawet w przypadkach ostrych (np. RTG po urazie) trwa co najmniej kilka dni. O co najmniej tyle dni opóźnia się zatem diagnoza i wszczęcie prawidłowego leczenia. Czy jest to dla dobra pacjenta? W przewlekłych, a także podostrych stanach chorobowych jest oczywiście gorzej – pacjenci na badania specjalistyczne oczekują tygodniami.

6. O konieczności profilaktycznych badań, np. mammograficznych czy w kierunku jaskry, słyszy się i czyta bardzo często w mediach; równie jednak często i z tych samych mediów dowiadujemy się o niemożności wykonania, w ramach ubezpieczenia takich badań. Nawet podczas pobytu pacjentów w szpitalu ograniczane są badania dodatkowe w celach oszczędnościowych. Zarzuty nie wykonania, mających znaczenie diagnostyczne, badań dodatkowych pojawiają się w opracowywanych sprawach coraz częściej.

Przykłady:

– u starszej kobiety wyłącznie na podstawie badań ginekologicznych rozpoznano macicę mięśniakową i zakwalifikowano do zabiegu. Jej żądania o wykonanie USG nie uwzględniono, gdyż jest to jedynie badanie dodatkowe (cytuje wypowiedź ordynatora, co do zasady słuszną). Kobiecie usunięto macicę; jak się okazało bez mięśniaków. I jakkolwiek w opinii przyjęliśmy, że wskazania do zabiegu były (powiększenie macicy, powtarzające się krwawienia), nie przyjęła tej opinii jako prawdziwej, ale – jak to się niestety często zdarza w praktyce orzeczniczej – jako opinię stronnictwa, broniącą lekarzy. Niewątpliwie było jednak to, że kobieta ta została wprowadzona w błąd; nie przedstawiono jej bowiem wyników badań i nie wyjaśniono sytuacji ginekologicznej, a jedynie utwierdzano w przekonaniu, że ma wymagające szybkiej interwencji mięśniaki;

– u młodej kobiety rozpoznano dużą torbiel jajnika prawego i zakwalifikowano do zabiegu. Po kilkunastu dniach przyjęta została do szpitala z rozpoznaniem jak wyżej. Miała przy sobie dwa wyniki

badania USG jajników. Lekarka przy przyjęciu do szpitala, na podstawie wyłącznie badania ginekologicznego, rozpoznała torbiel jajnika lewego i rozpoznanie to potwierdził ordynator. Lekarka w zeznaniach twierdziła, że widziała USG przedłożone przez pacjentkę, ale doszła do przekonania, że lekarz albo źle wykonał badanie, albo pomylił się co do strony. Wskazała do wykonania USG nie widziała. Wykonano zabieg metodą laparoskopową i usunięto lewy jajnik. Ani opis zabiegu ani badanie histopatologiczne nie dawały podstaw do oceny zmian w jajniku lewym (jajnik został dostarczony do badań w postaci wielu fragmentów). W kilkanaście dni po zabiegu, w związku z trwającymi, mimo leczenia bólami, pacjentka wykonała badanie USG, które wykazało w jajniku prawym taką samą, jak poprzednio torbiel. W tym przypadku przyjęto w opinii, że ograniczenie badań było zbyt rygorystyczne. Wobec sprzecznych rozpoznań badanie takie było bezwzględnie wskazane i uchroniłoby najprawdopodobniej lekarzy przez procesem;

– kobietę w 5 dobie po porodzie siłami natury wypisywano do domu. W chwili końcowych formalności wystąpił u niej krwotok z dróg rodnych. Wykonano łyżeczkowanie jamy macicy, a lekarz opisał, iż uzyskał: „duże ilości błon płodowych i fragmentów łożyska”. Zespół opiniujący nie znalazł w aktach wyniku badań histopatologicznych, co zasygnalizował w opinii. Dopiero na rozprawie biegli zostali poinformowani, że w szpitalu, w celach oszczędnościowych, zaniechano badań histopatologicznych, w tym również badań wyskrobin z jamy macicy. Pomijając merytoryczne znaczenie tej decyzji dla prawidłowego diagnozowania i leczenia, podkreślić należy także jego znaczenie orzecznicze. Biegli nie mieli dowodu na łyżeczkowanie fragmentów łożyska (może to być jedynie skrzepa?); opinia musiała być zweryfikowana. Nie ulega jednak wątpliwości, że takie oszczędnościowe praktyki są niedopuszczalne;

7. Oszczędza się również na sekcjach patomorfologicznych. Wykonuje się ich coraz mniej, a do odstąpienia od sekcji dochodzi nawet w przypadkach stwarzających zgodnie z zapisami ustawy pełne wskazanie do badań pośmiertnych. Gdy sekcje są przeprowadzane, nierzadko ogranicza się liczbę badań histopatologicznych. Zdarzają się już przypadki, w których takie badania są w ogóle nie wykonywane.

Powyższe wskazuje, że ograniczenia badań wymuszone przez Kasy Chorych mają wpływ nie tylko na prawidłowość diagnozowania, ale nie-

jednokrotnie mogą mieć także wpływ na stopień pewności ocen, dokonywanych w opiniowaniu sądowo-lekarskim.

8. Najbardziej tragiczne w skutkach bywają przypadki leczenia skomplikowanych stanów chorobowych czy podjęcie się prowadzenia porodu przy ciąży wysokiego ryzyka w placówkach o zbyt niskim stopniu referencyjności. Lekarze bardzo niechętnie przekazują pacjenta do innej placówki. Nie należy do rzadkości przyjęcie w opinii nieprawidłowego postępowania, polegającego na braku przekazania pacjenta do szpitala, o większych możliwościach diagnostycznych i leczniczych. Dochodzi wówczas do błędu organizacyjnego. Taki błąd traktowany jest jakby bardziej ulgowo; przecież pacjent diagnozowany był i leczony na miarę możliwości, z pełnym ich wykorzystaniem, a zatem, czy można zarzucić nieprawidłowości w działaniu? W działaniu rzeczywiście nie, ale błąd polega w takich przypadkach na zaniechaniu, tj. braku decyzji przekazania pacjenta do innego szpitala.

Poruszyłam tylko kilka, najczęściej spotykanych w praktyce orzeczniczej problemów.

Podsumowując, można przyjąć, że najczęstszymi nieprawidłowościami, które można wiązać z narzucaną przez Kasy Chorych praktyką są:

- błędy organizacyjne (rejony Pomocy Doraźnej, podejmowanie się leczenia w szpitalach o zbyt niskiej referencyjności, tzw. promessy),
- błędy diagnostyczne spowodowane ograniczeniem i opóźnianiem badań dodatkowych i konsultacyjnych; dotyczy to także badań pośmiertnych i histopatologicznych, tak ważnych dla orzecznictwa sądowo-lekarskiego,
- błędy lecznicze polegające na stosowaniu metod dostępnych w danej placówce przy istnieniu innych, mniej obciążających dla pacjenta.

Oprócz tych zasadniczych nieprawidłowości obserwuje się szereg drobnych, nie mających negatywnych skutków, ale rzutujących ujemnie na postrzeganie służby zdrowia (np. zlecenie prywatnego zakupu różnych środków farmaceutycznych i higienicznych podczas leczenia szpitalnego).

W literaturze prawniczo-medycznej ukazało się wiele artykułów na temat odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza w sytuacji narzucanych przez Kasy Chorych ograniczeń i oszczędności. Wynika z nich jedno. Żadne zarządzenie Kasy Chorych, ordynatora czy dyrektora nie uchroni lekarzy od odpowiedzialności karnej, gdy stosując je, postępować będą niezgodnie z zasadami aktualnej wiedzy lekarskiej.

Adres Autorki:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu
ul. Mikulicza-Radeckiego 4
50-368 Wrocław

Przemoc wobec dzieci jako zagrożenie zdrowotne populacji w wieku rozwojowym w ocenie lekarzy pierwszego kontaktu

Violence against children as a health danger for the population at growing age in the opinions of general practitioners

HANNA SKÓRZYŃSKA, ANNA PACIAN

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

Streszczenie Przypadki krzywdzenia dzieci powszechnie występujące, choć dosyć często nierozpoznawalne, są poważnym problemem społecznym na świecie, a także w naszym kraju. W profilaktyce tego zjawiska znaczącą rolę odgrywają te grupy zawodowe, które mają częsty, bliski kontakt z dziećmi i znają środowisko rodzinne, m. in. lekarze. Badania ankietowe prowadzone w grupie 96 lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej miały ocenić ich umiejętności rozpoznawania u dzieci przejawów i następstw zdrowotnych stosowanej przemocy przez dorosłych. 61,3% badanej grupy lekarzy spotkało się w swojej praktyce z dziećmi, wobec których stosowane były różne formy przemocy. Najczęściej dostrzegane i najlepiej rozpoznawane były objawy będące następstwem krzywdzenia fizycznego (54,7% ankietowanych) oraz skutki zaniedbań potrzeb biologicznych i emocjonalnych dzieci (84,8%), a także konsekwencje przemocy psychicznej (66,3%). Rzadziej kojarzono patologie u dzieci z wykorzystywaniem seksualnym (22,7%). Najczęstszymi przyczynami omawianego zjawiska według obserwacji lekarzy były: alkoholizm w rodzinie, konflikty rodzinne, środowisko kryminogenne, rzadziej choroba psychiczna czy wygórowane ambicje rodziców, nieadekwatne do możliwości dziecka. Skuteczność podejmowanych interwencji w znanych przypadkach ZMD była niewielka - tylko 16,3% z nich zakończyło się pomyślnie dla dzieci. Ważnym problemem wymagającym działań edukacyjnych okazała się niewiedza i brak kompetencji 30% ankietowanych lekarzy w zakresie identyfikowania i rozwiązywania omawianego problemu.

Słowa kluczowe: zespół dziecka maltretowanego, zagrożenie zdrowotne.

Summary The cases of child maltreatment commonly occurring, though quite frequently unrecognizable, are serious social problem in the world as well as in our country. The greatest part in the preventive treatment of this phenomenon is played by those professional groups that have frequent, close contact with children and know family environment, among others doctors. The survey research carried out in the group of 96 doctors working in basic health service were supposed to evaluate their abilities to recognize in children symptoms and health consequences of violence applied by adults. During their practice 61,3% of the doctors under the survey have observed child maltreatment in various form. The most easily observed and recognizable were the symptoms of physical battering (54,7% of the respondents) and negligence of basic biological and emotional needs (84,8%) as well as the consequences of mental abuse (66,3%). Pathologies in children were less frequently associated with sexual abuse (22,7%). The most frequent causes of the phenomenon under analysis, according to doctors, include: alcoholism in the family, family conflicts, crime-prone environment, more seldom mental disease or excessive ambitions of the parents inadequate to children's capabilities. The efficiency of the interventions undertaken in well-known cases of battered child syndrome was low – only 16,3% of them had a positive final for the children. As results from the survey the lack of knowledge and competence of 30% of the respondents in the area of identification and solution of the above issue, turned out to be an important problem that requires educational actions.

Key words: battered child syndrome, health danger.

Wstęp

Pod pojęciem zespołu maltretowanego dziecka (ZMD) rozumie się zespół objawów psychicznych i fizycznych występujących u dzieci narażonych na zamierzone lub niezamierzone działania ze strony osób dorosłych, które wpływają

ujemnie na rozwój psychofizyczny dziecka [1]. Niezależnie od formy znęcania się nad dziećmi: fizycznej, psychicznej, wykorzystywania seksualnego czy zaniedbywania potrzeb biologicznych i psychicznych, wszystkie destrukcyjnie wpływają na całość rozwoju dziecka, powodując nieodwracalne skutki bezpośrednio lub odległe

w zakresie zdrowia, dlatego też ZMD uznaje się za zespół chorobowy [2].

Przemoc dorosłych wobec dzieci stanowi poważne zagrożenie zdrowotne dla młodych ludzi. Trudno jest określić skalę zjawiska, gdyż tego typu przypadki bywają starannie ukrywane przed otoczeniem, dramaty rozgrywają się za zamkniętymi drzwiami domów i są objęte ogólnym milczeniem. Ocenia się jednak, że znaczny odsetek populacji wieku rozwojowego doświadcza przemocy dorosłych. Dotychczas brak jest epidemiologicznych opracowań tego zjawiska. O przemocy wobec dzieci donoszą statystyki sądowe i szpitalne, spostrzeżenia lekarzy praktyków i coraz częściej środki masowego przekazu.

Na VIII Międzynarodowym Kongresie „Dzieci Znieważane i Zaniedbane” stwierdzono, że rocznie 250 dzieci na 100 000 ogólnej populacji ulega maltretowaniu. W Polsce wieloletnie marginalne traktowanie problemu nie pozwala na rzetelną ocenę skali zjawiska. Badania przeprowadzone przez Sajkowską [3] wśród 123 tysięcy uczniów szkół warszawskich ujawniły 1000 ciężko bitych dzieci, 2000 krzywdzonych emocjonalnie, 4000 zaniedbanych, 101 wykorzystywanych seksualnie. Zjawisko krzywdzenia dzieci jest więc problemem społecznym na całym świecie, również w Polsce. W wykrywaniu i leczeniu tego typu patologii niezwykle ważne są działania interdyscyplinarne [3]. Szczególną rolę w profilaktyce odgrywają te grupy zawodowe i te osoby, które mają częsty bezpośredni kontakt z dziećmi, znają czynniki ryzyka ZMD i na podstawie obserwacji dziecka mogą dostrzec odchylenia w jego stanie somatycznym i psychicznym, sugerujące możliwość krzywdzenia.

Dużą rolę w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu ZMD przypisuje się lekarzom pierwszego kontaktu. Znajomość problemu, właściwie przeprowadzony wywiad lekarski, dokładne badanie ze zwróceniem uwagi na objawy fizyczne i psychiczne ZMD oraz ocena sytuacji rodzinnej dziecka powinny umożliwić lekarzowi postawienie trafnej diagnozy. Nie rozpoznany i nie leczony ZMD czyni ogromne spustoszenia w psychice dziecka, upośledza przebieg prawidłowego rozwoju. Stwarza jednocześnie istotne zagrożenie dla społeczeństwa. Jednostki wychowywane w atmosferze gwałtu, przemocy i brutalności, często przejmując wzory zachowań rodziców, w przyszłości stają się sprawcami maltretowania w myśl powszechnie uznanej prawidłowości „przemoc rodzi przemoc”. Dlatego też szczególnie lekarze i pielęgniarki sprawujący opiekę nad zdrowiem dziecka muszą znać i rozumieć ten nasilający się problem patologii społecznej [4, 5].

Celem niniejszej pracy była ocena skali rozpoznawania przez lekarzy oznak świadczących o stosowanej przemocy wobec dzieci oraz przedstawienie wykrywanych następstw zdrowotnych.

Materiał i metoda

Badania ankietowe przeprowadzono wśród 96 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z Lublina i okolic, mających w pracy bezpośredni kontakt z dziećmi. Do badań użyto dwuczęściowego kwestionariusza ankiety, zawierającego 22 pytania, w tym 11 pytań wymagających jednej odpowiedzi oraz 11 pytań z możliwością wyboru jednej lub więcej odpowiedzi. Pytania obejmowały zagadnienia z zakresu rozpoznawania objawów przemocy i ich następstw oraz dotyczyły profilaktyki zjawiska krzywdzenia dzieci. Badania prowadzone były od kwietnia do września 1999 r. Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki badań i ich omówienie

Wśród 96 ankietowanych lekarzy 68,6% stanowiły kobiety, a 31,4% mężczyźni. Wiek respondentów wahał się od 25 do 76 lat (średnio 42 lata). Średni staż pracy w zawodzie wynosił 16,9 lat i wahał się od 1 do 45 lat. W grupie ankietowanej znalazło się 46% pediatrów, 19,9% specjalistów medycyny rodzinnej, 34,1% lekarzy ogólnych. Wszyscy respondenci niezależnie od posiadanej specjalizacji w swojej praktyce mieli bezpośredni kontakt z dziećmi i młodzieżą. Wśród badanych 68,6% pracowało w mieście powyżej 100 000 mieszkańców, a 31,4% w mniejszych miastach lub na wsi.

Na wstępie respondenci dokonali samooceny swoich umiejętności rozpoznawania ZMD. 69,7% lekarzy zadeklarowało umiejętność rozpoznawania jego objawów. Wśród pozostałych 26,4% stwierdziło, że potrafiłoby rozpoznać jego objawy, ale dopiero po dokładniejszym zapoznaniu się z tym problemem, zaś 3,5% ankietowanych nie czuło się na siłach, by rozpoznać ZMD. Te dane świadczą o braku wiedzy i kompetencji 1/3 ankietowanych lekarzy w zakresie identyfikowania problemu, głównie tych o krótkim stażu pracy i zatrudnionych na terenach wiejskich.

61,3% badanej grupy lekarzy, głównie pracujących w większych ośrodkach miejskich, spotkało się w swej pracy z dziećmi krzywdzonymi przez dorosłych i większość z nich, bo 79% tej grupy (48,8% ogółu), oceniła, że jest to zjawisko rzadkie, a 21% (12,8% ogółu) uznało je za dosyć częste. Pozostali ankietowani (38,7%) nie zetknęli się z tego typu problemami wśród podopiecznych. Podobna ocena skali zjawiska dotyczyła nauczycieli, wśród których prowadzono podobne badania. 61,7% z nich rozpoznawało dzieci wobec których stosowano przemoc, a 7,1% pedagogów uznało ZMD jako częste [6].

Obraz kliniczny ZMD jest bardzo różnorodny, począwszy od przypadków, w których obrażenia

są niewielkie, często niezauważalne i nierozpoznawalne, aż do poważnych uszkodzeń tkanek miękkich i kości.

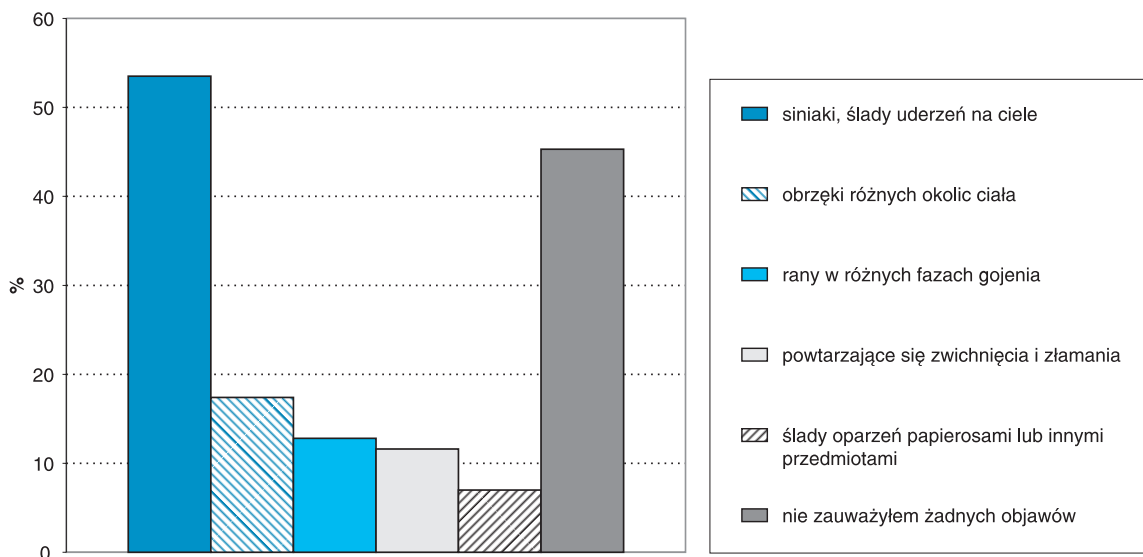
Objawy krzywdzenia fizycznego i stosowania kar cielesnych są zwykle dobrze widoczne dla lekarza znającego objawy i cechy charakterystyczne ZMD. W czasie badania fizykalnego może on dostrzec nietypową lokalizację ran, zmiany w różnych fazach gojenia, nietypowe oparzenia i inne obrażenia sugerujące ich niewypadkowe pochodzenie oraz ocenić okoliczności zdarzenia i postawy opiekunów [7–13].

45,3% badanych lekarzy w swojej praktyce nie spotkało się z dziećmi będącymi ofiarami znęcania fizycznego dorosłych.

Ponad połowa ankietowanych lekarzy (54,7%) twierdziła, że miała do czynienia w praktyce z dzieckiem prezentującym objawy stosowanej wobec niego przemocy fizycznej. Najczęściej spostrzeganymi przejawami stosowania kar cielesnych były siniaki i ślady uderzeń na ciele. 53,5% ankietowanych miało kontakty z takimi przypadkami. 17,4% lekarzy rozpoznawało obrzęki różnych okolic ciała łącząc je ze stosowaniem przemocy fizycznej. 12,8% ankietowanych zaniepokoiły rany na ciele w różnych fazach gojenia, 11,6% powtarzające się zwichnięcia i złamania, zaś 7% zaobserwowało ślady oparzeń papierosami lub innymi gorącymi przedmiotami (ryc. 1). Rozpoznawanie przez lekarzy pierwszego kontaktu śladów stosowanej przemocy fizycznej nasuwa wnioski, że często są stosowane wobec dzieci kary cielesne. Karanie fizyczne dziecka nadal traktuje się jako najskuteczniejszą metodę wychowawczą. Potwierdzają to badania polskich i zagranicznych autorów, które dowodzą, że agresywne zachowania rodziców nie są zjawiskiem rzadkim i występują nie tylko w rodzinach

patologicznych. Badania amerykańskie i angielskie dowodzą, iż spośród wszystkich rodziców, 84–97% stosuje kary cielesne wobec swoich dzieci. W Polsce na uwagę zasługują badania przeprowadzone przez Piekarską wśród 100 rodzin wielkomiejskich bez obciążeń patologiami społecznymi. Najczęstszymi przejawami agresji okazały się: „klapsy” stosowane przez 81,7% badanych rodziców, „bicie ręką” – 66,8% badanych, przy czym 25% przyznało, że czyni to dość często, a 5% bardzo często. Do stosowania „solidnego lania” przyznało się 38,5% badanych, do „bicia pasem lub innym przedmiotem” przyznało się 44,2%. Zachowaniami o znacznej brutalności, do których przyznało się kilkanaście procent, było: „bicie na osłep”, „bicie pięściami”, „obezwładnianie”, „kopanie dziecka”. Z nielicznych danych wynika, że w Polsce ponad 60% rodziców stosuje dotkliwe kary fizyczne (Czyż 1992). Najczęściej wymieniane objawy stosowania przemocy fizycznej świadczące o znacznym okrucieństwie były podobne do obserwowanych przez ankietowanych lekarzy, tj.: siniaki, ślady uderzeń, ślady oparzeń, rany twarzy i głowy w różnych fazach gojenia [6]. Część dzieci – ofiar szczególnej brutalności dorosłych – ze względu na znaczne obrażenia trafia na oddziały szpitalne. Badania prowadzone w Klinice Pediatrii Śl. AM wykazały, że blisko 7% hospitalizowanych dzieci to pacjenci, u których rozpoznano ZMD i przejawy maltretowania fizycznego, co też obrazuje skalę zjawiska [7].

Stosowanie przemocy fizycznej wobec dzieci prowadzi do głębokich dysfunkcji psychicznych i behawioralnych, powoduje wykształcenie postawy obronnej, mającej na celu zarówno ukrycie faktu maltretowania, jak i uniknięcie kolejnej „kary”. 67,4% badanej grupy lekarzy obserwowało specyficzne zachowania u dzieci i uważało je za



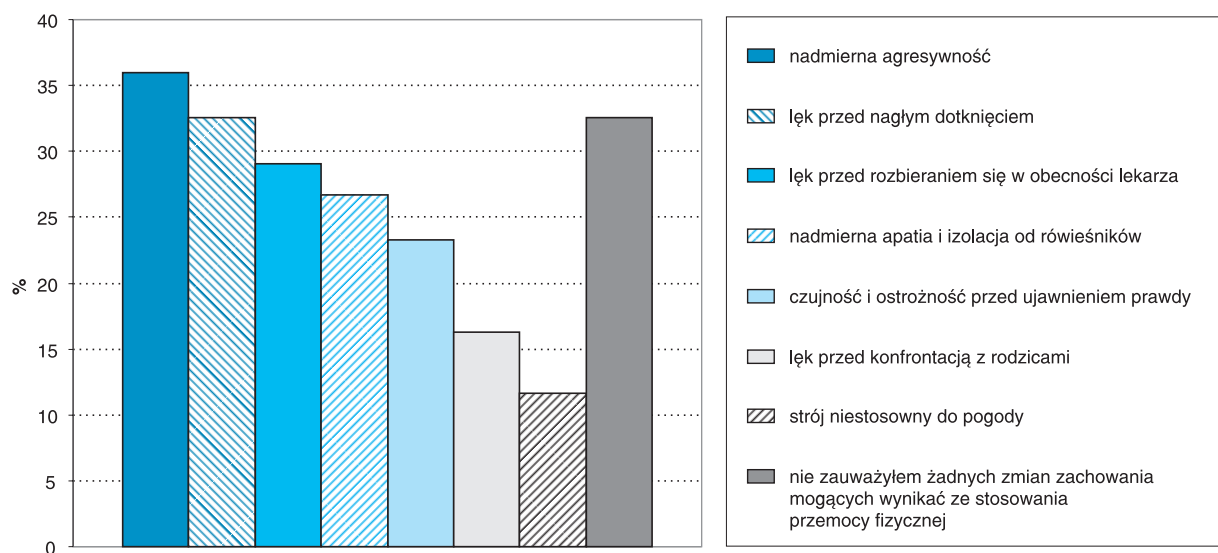
Ryc. 1. Najczęściej spostrzegane objawy przemocy fizycznej

konsekwencję stosowanej przemocy fizycznej. Najwięcej ankieterowanych, bo 36%, zwróciło uwagę na nadmierną agresywność dzieci, a 26,7% lekarzy zaniepokoiła nadmierna apatia i izolacja od grupy rówieśników. 32,6% ankieterowanych zaobserwowało u swoich pacjentów – dzieci – lęk przed nagłym dotknięciem manifestujący się unikaniem lub skulaniem się, 29,1% niechęć do rozbijania się w obecności lekarza, a 23,3% ostrożność i czujność przed ujawnieniem prawdy. Najmniej osób zauważyło u dzieci lęk przed konfrontacją z rodzicami (16,3%) oraz niestosowny do pogody strój mający ukryć doznane obrażenia (11,6%). Ponad jedna trzecia respondentów (32,6%) nie zauważyła żadnych zmian w zachowaniu dzieci mogących wynikać ze stosowania kar cielesnych lub przemocy fizycznej (ryc. 2). W dostępnym piśmiennictwie badania określające następstwa przemocy fizycznej podkreślają, oprócz skutków somatycznych, występowanie głębokich zaburzeń w sferze emocjonalnej i intelektualnej oraz zaburzony rozwój psychospołeczny [5, 14].

Rodzice lub opiekunowie dziecka zazwyczaj chcą ukryć przed otoczeniem fakt znęcania się nad dzieckiem. Lekarz rozmawiając z małym pacjentem na osobności może niekiedy uzyskać inną wersję wydarzeń niż ta, którą usłyszał od opiekunów. 26,3% ankieterowanej grupy przyznało, że spotkało się z sytuacją, kiedy przyczyna dolegliwości podana przez rodziców różniła się od przyczyny przedstawionej przez dziecko i wiązało to ze stosowaniem przemocy. 32,9% badanych również spotkało się z taką sytuacją, ale nie wiązało jej ze stosowaniem przemocy. Najlicniejsza grupa respondentów (40,8%) przyznaje, że nigdy nie spotkała się z rozbieżnością zdań dzieci i rodziców.

Inną formą krzywdzenia dzieci jest stosowanie przemocy psychicznej. Każde upokorzenie dziecka jest formą przemocy emocjonalnej. Przemoc emocjonalna przejawia się brakiem więzi emocjonalnej między dzieckiem i rodzicami, psychicznym odrzuceniem, wykorzystywaniem dziecka do zaspokajania własnych potrzeb emocjonalnych, stawianiem zbyt wysokich wymagań, nieadekwatnych do jego możliwości, oraz brakiem zrozumienia jego potrzeb psychicznych. Należy zaznaczyć, że przemoc psychiczna współistnieje z innymi formami przemocy, chociaż może występować oddzielnie i jest trudna do zdiagnozowania [14]. W przypadku przemocy emocjonalnej mamy również do czynienia z następstwami somatycznymi, takimi jak: biegunki, wymioty, bóle i zawroty głowy, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, bóle żołądka. Konsekwencją doświadczanej przemocy emocjonalnej są również: zaburzenia poznawcze, emocjonalne i behawioralne, takie jak: trudności w koncentracji, niska samoocena, lęki, stany depresyjne, nerwice, nieufność, zachowania agresywne i autodestrukcyjne, ucieczki z domu, uzależnienia [7]. Należy także pamiętać, że przemoc psychiczna (podobnie jak fizyczna) odgrywa istotną rolę w powstawaniu zaburzeń emocjonalnych wieku dziecięcego. Rozpoznanie psychicznego znęcania się nad dzieckiem stanowi dla lekarza dużą trudność, jeśli nie towarzyszą temu jakiegokolwiek objawy fizyczne, a występują głównie zaburzenia zachowania.

Wśród ankieterowanych lekarzy jedynie 33,7% nie miało kontaktu lub nie zidentyfikowała wśród swoich pacjentów dzieci wykazujących oznaki świadczące o maltretowaniu psychicznym przez dorosłych. Większa jednak część lekarzy, znając środowisko rodzinne, postawy i zachowania ro-



Ryc. 2. Zmiany zachowania dzieci mogące być konsekwencją stosowanej przemocy fizycznej i kar cielesnych

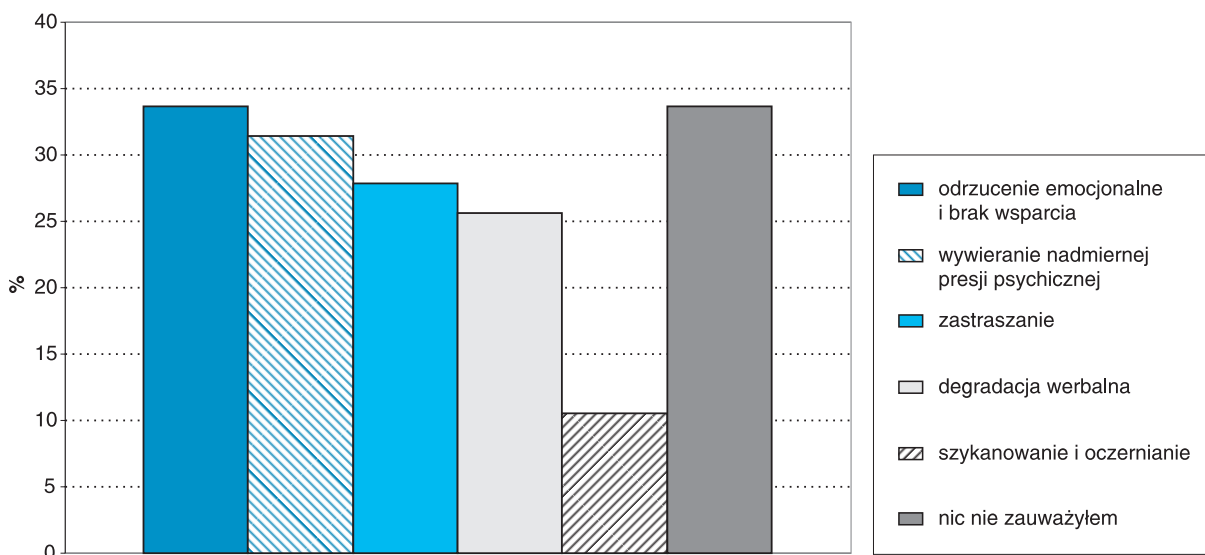
dziców, dostrzegała wśród swoich podopiecznych tego typu patologie. Najczęściej wymieniane sposoby psychicznego znęcania to: odrzucenie emocjonalne i brak wsparcia (33,7%), wywieranie nadmiernej presji psychicznej (31,4%), zastraszanie (27,9%), degradację werbalną w postaci wyzywania, poniżania czy upokarzania (25,6%) oraz szykanowanie i oczernianie (10,5%) (ryc. 3).

Duża grupa lekarzy przyznaje, że rozpoznała u swoich pacjentów – dzieci – objawy, najczęściej zaburzenia psychosomatyczne będące konsekwencją stosowanej przez opiekunów przemocy psychicznej. Aż 41,9% respondentów stwierdziło u dzieci moczenie i/lub zanieczyszczanie bez powodów organicznych. Tyle samo osób (41,9%) dostrzegło u swoich podopiecznych brak poczucia pewności siebie i niską samoocenę. 37,2% rozpoznało zaburzenia mowy wynikające z nadmiernego napięcia nerwowego, 34,9% częste bóle głowy lub brzucha bez przyczyn medycznych. 25,6% spotkało się z mimowolnymi ruchami mięśni, szczególnie twarzy, 22% z częstymi kłamstwami i/lub nieadekwatnym lękiem przed konsekwencjami złych działań, 18,6% z nadmiernym podporządkowaniem dorosłym, a 15,2% z wycofaniem, depresją. Niektórzy ankietowani spotkali się z bardzo destrukcyjnymi posunięciami pacjentów, nie mogącymi znieść presji psychicznej rodziców. 18,6% lekarzy wiedziało o ucieczkach z domów, a 11,6% ankietowanych o próbach samobójczych dzieci doświadczających przemocy psychicznej. Jedynie 27,9% respondentów u swoich pacjentów nie zauważyło żadnych objawów wynikających ze stosowania przemocy psychicznej (ryc. 4). Wydaje się więc, że lekarze w diagnozowaniu niektórych

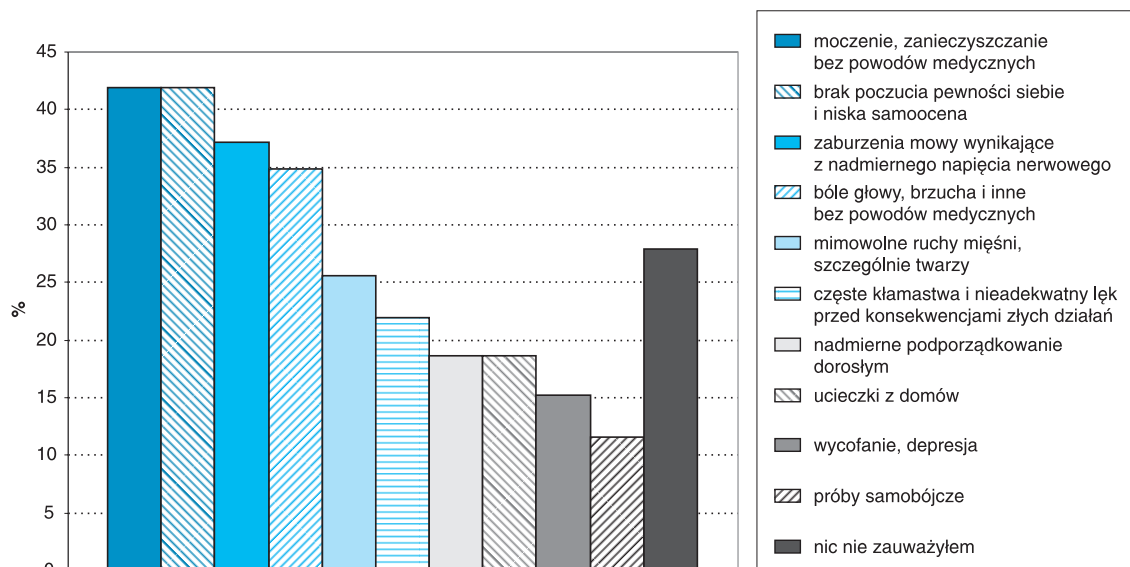
dolegliwości somatycznych dziecka, które są przyczyną wizyt u lekarza, dość często wiążą ich występowanie z krzywdzeniem psychicznym. Badania prowadzone przez Izydorczyk [15] wykazały także u 50% zbadanych dzieci poważne następstwa przemocy psychicznej w postaci różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych.

Najłatwiej dostrzeganą przez lekarzy formą krzywdzenia dzieci jest zaniedbanie potrzeb fizycznych, bowiem powodują one liczne konsekwencje somatyczne: opóźnienia rozwoju fizycznego, psychomotorycznego, występowanie zaniedbań zdrowotnych i higienicznych [7]. Niezaspokajanie potrzeb fizycznych może polegać na niedożywieniu ilościowym i jakościowym, obciążeniu pracą, nie zapewnieniu odpowiednich warunków do wypoczynku. Może też przybrać formę lekceważenia potrzeb zdrowotnych, np. brak szczepień, brak właściwego leczenia chorób, brak opieki i w następstwie tego urazy. Zaniedbywanie dziecka może występować jako jedyna forma jego krzywdzenia, ale często jest również sygnałem, że dziecko może być maltretowane [16].

Ankietowani stosunkowo często obserwowali różnorodne objawy zaniedbań fizycznych i emocjonalnych. Wśród nich najczęściej były: zaniedbania higieniczne (55,8%), zaburzony rozwój fizyczny, brak właściwego leczenia chorób i leczenia stomatologicznego (36%), urazy i wypadki, będące następstwem braku opieki dorosłych (31,4%). Badania innych autorów dowodzą, że następstwami zaniedbania potrzeb fizycznych są zaburzenia rozwoju somatycznego, jak niedobór wzrostu, niedożywienie, upośledzony rozwój psychoruchowy, zaniedbania higieniczne, świerzp, wszawica, choroby pasożytnicze prze-



Ryc. 3. Najczęściej rozpoznawane oznaki świadczące o maltretowaniu psychicznym dzieci przez dorosłych



Ryc. 4. Objawy będące konsekwencją stosowania przemocy psychicznej

wodu pokarmowego, a brak zaspokojenia potrzeb emocjonalnych prowadzi do zaburzeń tej sfery, czasem wręcz do objawów choroby sieroczej [7, 17].

Wykorzystywanie seksualne dziecka polega na wciąganiu go w sferę aktywności seksualnej nieadekwatnej do jego rozwoju emocjonalnego. Najczęściej osoba przestępcy jest dziecku znana. $\frac{3}{4}$ molestowanych dzieci przeżyło tego typu doświadczenia z osobami znajomymi, najczęściej ojcami lub ojczymami. Wyniki wielu badań dotyczących omawianego problemu wskazują, że blisko połowa tego typu czynów występuje w tzw. rodzinach normalnych, a tylko 56% rodzin, w których miało miejsce wykorzystywanie seksualne dzieci, zdradzało jakąś formę nieprzystosowania społecznego [18, 19]. Przyczyny tego zjawiska są bardzo skomplikowane. Sam czyn nie wiąże się z użyciem przemocy fizycznej. Odbicie stosunku płciowego nie jest warunkiem *sine qua non* uznania działalności dorosłego za przestępczą. Jest to grupa przestępstw najtrudniej wykrywanych. Według danych Policji w Polsce rocznie rejestruje się kilkadziesiąt przypadków wykorzystywania seksualnego dziecka w rodzinie. Stanowi to około 2% rzeczywistych przypadków kazirodztwa [19]. Wyniki raportu „Życie seksualne Polaków” (Lew-Starowicz 1992) wyraźnie dowiodły, że zachowania seksualne wobec dzieci i młodzieży nie należą do rzadkości w naszym społeczeństwie. Okazało się, że 3,9% badanych kobiet z ogólnopolskiej reprezentatywnej populacji było zgwałconych do 15 r.ż., a 6,6% doświadczyło uświadczania zgwałcenia. 10,2% badanej populacji mężczyzn ujawniło zainteresowanie seksualne dziećmi i młodzieżą [20].

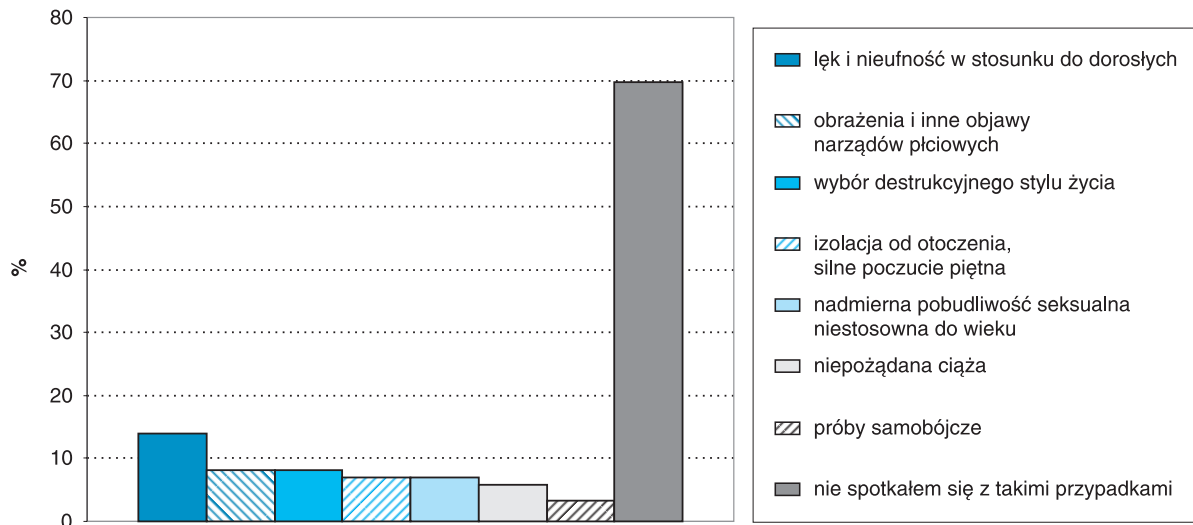
Problem wykorzystywania seksualnego najrzadziej był dostrzegany przez ankietowanych le-

karzy. 73,3% respondentów nigdy w swojej praktyce nie spotkało się z dzieckiem doświadczającym przemocy seksualnej. 18,6% respondentów przyznało, że wie o kontaktach seksualnych kazirodzich w rodzinach swoich pacjentów, a 4,7% zna dzieci wykorzystywane do dziecięcej pornografii. Również 4,7% podaje, że spotkało się z innymi formami wykorzystywania seksualnego dzieci.

Następstwa doświadczanej w dzieciństwie przemocy seksualnej są dobrze znane psychiatrom, psychoterapeutom, seksuologom. Ich doświadczenia wskazują, że przemoc seksualna pozostawia bardzo głębokie skutki odległe, rzutujące na dorosłe życie, a także rodzi nie mniej groźne bezpośrednie konsekwencje [20].

Wśród obserwowanych objawów u ofiar wykorzystywania seksualnego, będących konsekwencją nadużyć seksualnych dorosłych wobec dzieci, ankietowani najczęściej wymieniali lęk i nieufność w stosunku do dorosłych (14%), obrażenia i inne objawy narządów płciowych (8,1%), wybór destrukcyjnego stylu życia pod postacią ucieczek z domu, picia alkoholu, kradzieży (8,1%). 7% lekarzy dostrzegło nadmierną pobudliwość seksualną nieadekwatną do wieku i również 7% izolację od otoczenia i silne poczucie piętna. 5,8% lekarzy znane były przypadki niepożądanego ciąży, a 2,3% próby samobójcze. 69,8% ankietowanych nie zauważyło nigdy u swoich pacjentów żadnych objawów mogących być konsekwencją stosowanej przemocy seksualnej (ryc. 5).

Krzywdzenie dziecka jest uwarunkowane wieloma czynnikami wzajemnie ze sobą powiązanimi i zwykle współistniejącymi, określanymi także jako czynniki ryzyka ZMD. Według ankietowanych lekarzy aż w 65% przypadków przyczyną stosowanej przemocy był alkoholizm w rodzinie.



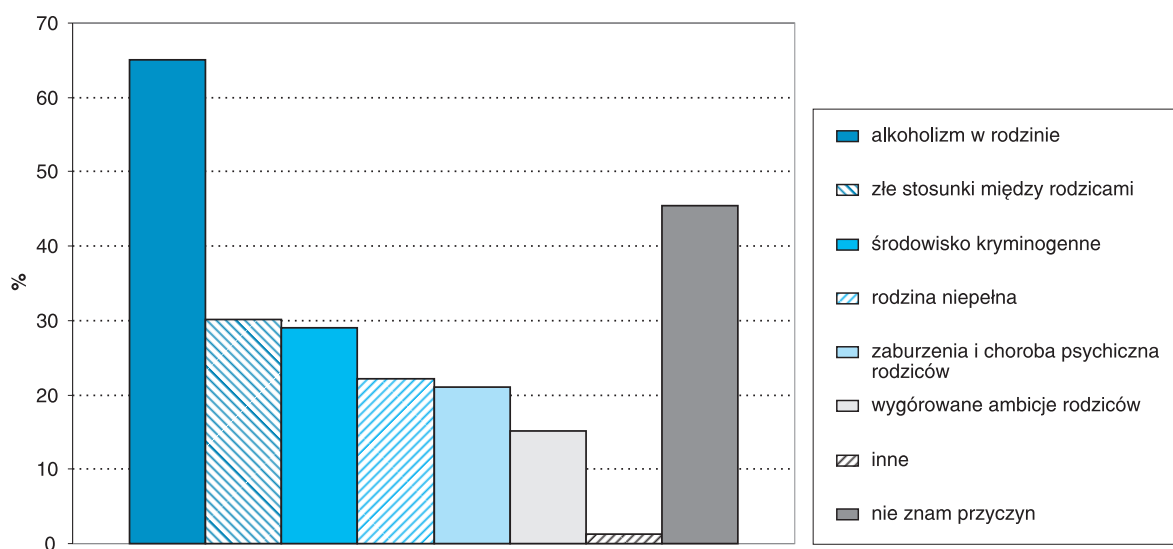
Ryc. 5. Objawy będące konsekwencją nadużyć seksualnych dorosłych

Zdaniem 30,2% badanych krzywdzenie dziecka było konsekwencją złych stosunków między rodzicami, a według 29,1% środowisko kryminogenne. W 22,1% przypadków przyczyną była rodzina niepełna, w 21% zaburzenia psychiczne lub choroba psychiczna rodziców. 15,1% ankietowanych jako jedną z przyczyn podało wygórowane ambicje rodziców. W 45,4% przypadków lekarzom nie udało się ustalić przyczyn krzywdzenia dzieci (ryc. 6).

Dzieci niechętnie przyznają się do tego, że są wykorzystywane przez dorosłych. Jedynie 11,6% lekarzy przyznało, że dziecko samo zwróciło się z prośbą o pomoc w sytuacji, gdy było krzywdzone przez dorosłych. Interwencja lekarzy odniosła skutek jedynie w 16,3% przypadków. 12,8% nie

wie, jakie były losy sprawy, a w 7% przypadków interwencja nie odniosła skutku. Aż 65,1% ankietowanych uznało, że sytuacje, z którymi się spotkali, nie wymagały natychmiastowej interwencji. Według ankietowanych najskuteczniejszą formą pomocy jest skierowanie sprawy do instytucji do tego powołanych, takich jak policja czy prokuratura (79,1%). 67,4% uważa, że skuteczną może okazać się rozmowa z rodzicami dziecka. 40,7% uważa, że możliwą formą pomocy jest przekazanie sprawy pielęgniarce środowiskowej lub pracownikowi socjalnemu, a 30,2% przekazanie sprawy dyrekcji szkoły.

Pomimo że aż 82,6% ankietowanych uważa, że umiejętność rozpoznawania objawów ZMD jest niezbędna w pracy lekarza, jedynie



Ryc. 6. Przyczyny różnych form krzywdzenia w opisanych przypadkach

16,3% uczestniczyło w zajęciach poświęconych temu problemowi. 83,7% lekarzy nic nie wie o organizowaniu tego typu zajęć. Byli to głównie lekarze ze środowisk wiejskich i małych miast.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, iż przemoc dorosłych wobec dzieci nie jest wcale zjawiskiem tak rzadko rozpoznawanym przez lekarzy. Gorzej natomiast przedstawia się skuteczność interwencji i pomocy dzieciom krzywdzonym. Należy więc bardziej uwrażliwić lekarzy i inne osoby współpracujące z dziećmi na problem ZMD, poszerzać ich wiedzę i kompetencje w zakresie identyfikowania problemu i niesienia pomocy rodzinie i dziecku oraz wypracować bardziej skuteczne programy przeciwdziałania temu zjawisku. Jak do tej pory brak spójnego, interdyscyplinarnego i kompleksowego programu jest powodem małej skuteczności działań w tym zakresie. Leczenie ZMD nie może ograniczać się jedynie do leczenia objawów nie likwidując jednocześnie istoty choroby.

Wnioski

1. Duża grupa lekarzy w swojej pracy zetknęła się z dziećmi krzywdzonymi przez dorosłych. Ankietowani najczęściej dostrzegają objawy i konsekwencje stosowania różnych form przemocy fizycznej i zaniedbań emocjonalnych. Rzadziej rozpoznają objawy i konsekwencje maltretowania psychicznego, a sporadycznie spotykają się z przypadkami przemocy seksualnej. Najłatwiej identyfikowane są przez lekarzy zaniedbania potrzeb biologicznych.
2. Najczęstszymi przyczynami stosowanej przemocy są: alkoholizm w rodzinie, konflikty rodzinne, środowisko kryminogenne, rzadziej rodzina niepełna, choroba psychiczna czy wygórowane ambicje rodziców.
3. Skuteczność interwencji lekarskich w przypadkach ZMD jest niska.
4. W związku z dość dużą skalą zjawiska istnieje konieczność kształcenia lekarzy pod kątem rozpoznawania ZMD i pomocy dzieciom krzywdzonym.

Piśmiennictwo

1. Kordacki J. Czynniki ryzyka w zespole dziecka maltretowanego. *Przegl Lek* 1990; 47, 10: 691.
2. Kordacki J. Zespół maltretowanego dziecka. *Wiad Lek* 1991; XLIV, 23–24: 869.
3. Kądziela-Olech H. Dziecko maltretowane. *Terapia* 1999; 6: 56
4. Lew-Starowicz Z. Leczenie zespołu maltretowanego dziecka (ZMD): problemy i metody. *Post Psychiatr Neurol* 1993; 2: 191.
5. Bąk E., Taylor W., Stecko E. Czy opóźniony rozwój mowy może być jednym z symptomów zespołu dziecka krzywdzonego. *Pediatrics Pol* 1998; LXXIII, 10: 999.
6. Skórzyńska H. Evaluation of occurrences of child maltreatment in teachers' opinions. *Annales UMCS, sectio D* 1999; LIV, 51: 338.
7. Kmieciak-Baran K. Przemoc doświadczana w dzieciństwie a gwałty dokonywane na dzieciach oraz inne przestępstwa. *Zdrowie Psych.* 1997; 1–2: 35.
8. Kasznia-Kocot J. Zespół dziecka krzywdzonego—CHILD ABUSE. *Przegl Ped* 1996; XXVI, 1: 109.
9. Kordacki J. Oparzenia niewypadkowe w zespole dziecka maltretowanego. *Przegl Ped* 1991; XXI, 2: 148.
10. Kordacki J. Zespół maltretowanego dziecka. *Probl Alkohol* 1993; 6: V.
11. Kordacki J., Nowicki Z. Wybiórcze maltretowanie dziecka w rodzinie. *Pediatr Pol* 1991; LXVI, 9–10: 129.
12. Kordacki J. Przypadek celowego oparzenia w zespole maltretowanego dziecka. *Przegl Ped* 1991; XXI, 2: 145.
13. Pawełczyk T. Podejrzenie maltretowania dziecka. *Lekarz Rodz* 1999; IV, 10: 39.
14. Trendak W., Nowakowski R. Psychopatologiczne następstwa urazów psychicznych i somatycznych u dzieci maltretowanych: opis dwóch przypadków. *Post Psych Neurol* 1998; 7, supl. 2: 109.
15. Izydorczyk B. Psychologiczne uwarunkowania zespołu dziecka krzywdzonego. [w:] *Pomoc rodzinie: diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka*. Katowice: ANIMA; 1995.
16. Kordacki J. W sprawie definicji i klasyfikacji wydarzeń dotyczących krzywdzenia dziecka. *Pol Tyg Lek* 1991; XLVI, 17–18: 339.
17. Kądziela-Olech H. i wsp. Zespół dziecka krzywdzonego u 2-letniej dziewczynki. *Ped Pol* 1999; LXXIV, 10: 1029.
18. Pospiszyl I. Wykorzystywanie seksualne dzieci a psychoseksualne funkcjonowanie rodziny. *Probl Rodz* 1993; 5: 31.
19. Brzozowska A., Kurpiewska R. Dziecko wykorzystywane seksualnie. *Przegl Ped* 1993; XXIII, 4: 621.
20. Lew-Starowicz Z. Odległe następstwa przemocy seksualnej w dzieciństwie. *Post Psych Neurol* 1993; 2: 197.

Adres Autorów:
Międzywydziałowa Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego AM
ul. Peowiaków 12
20-007 Lublin

Lekarz rodzinny w Kanadzie

Family doctor in Canada

SYLWIA KAŁUCKA

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

Streszczenie Podstawowa opieka zdrowotna w Kanadzie oparta jest na bazie gabinetów lekarzy rodzinnych. Każdy pacjent posiada swojego lekarza rodzinnego, który jest dla niego przewodnikiem i opiekunem w systemie służby zdrowia. Szerokie kompetencje lekarza rodzinnego, stałe szkolenia sprawiają, że lekarz ten jest podstawowym filarem systemu ochrony zdrowia, a wraz ze specjalistami zapewnia fachową opiekę medyczną wszystkim pacjentom.

Słowa kluczowe: lekarz rodzinny, Kanada.

Summary Basic Medical Care in Canada is based on family doctors' offices. Each patient has his own family doctor who takes care of him and looks after him in Health Care System. Wide competences of a family doctor and professional courses makes that doctor establish the base of Health Care System and together with other specialists provide professional medical care for all patients.

Key words: family doctor, Canada.

Wstęp

Kanada jest państwem ponad 30-krotnie większym od Polski podzielonym na kilka prowincji (odpowiednik polskich województw). Prowincje mają szeroką autonomię w zakresie spraw wewnętrznych, własne organy władzy ustawodawczej i wykonawczej. Nowa Szkocja jest najmniejszą prowincją kanadyjską o powierzchni 55 490 km² ze stolicą w Halifaxie. Jest ona najdalej wysuniętym na wschód pięknym zakątkiem Kanady, gdzie m.in. żył i pracował Aleksander Graham Bell oraz powstały znane i lubiane na całym świecie książki Lucy Maud Montgomery. Poznanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na terenie danej prowincji daje wyobrażenie o organizacji tego resortu w całym kraju, chociaż spostrzega się pewne różnice właściwe dla danej prowincji.

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna w Kanadzie oparta jest na gabinetach lekarzy rodzinnych. Są to prywatne placówki, gdzie lekarze rodzinni są

właścicielami lub wynajmującymi pomieszczenia, wykorzystywane na gabinety. W zależności od miejsca, gdzie dany gabinet się znajduje (miasto, wieś), placówki są lepiej lub gorzej wyposażone, jak również zatrudnionych jest w nich jeden lub więcej lekarzy.

Podstawowy, najczęściej spotykany typ zespołu lekarza rodzinnego w Kanadzie składa się z lekarza i sekretarki medycznej. W zależności od kondycji finansowej znajduje tam zatrudnienie dodatkowo pielęgniarka. Praktyka lekarza rodzinnego składa się zwykle z poczekalni (wspólnej dla dzieci i dorosłych), rejestracji, holu, dwóch pomieszczeń do badania pacjentów, pokoju zabiegowego i socjalnego, toalet dla personelu i pacjentów.

W Kanadzie funkcjonują również większe gabinety, zwane praktykami zespołowymi. Na terenie takich placówek znajduje się duża poczekalnia z rejestracją wspólną dla pacjentów kilku lekarzy rodzinnych (choć każdy lekarz posiada odrębną listę pacjentów), gabinety lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów (np. psychiatry, urologa), gabinety zabiegowe, pomieszczenia dla pielęgniarek i pomocy socjalnej oraz apteka.

* Praca ta powstała w oparciu o miesięczny wyjazd służbowy do Kanady.

Wyposażenie praktyk lekarzy rodzinnych w Kanadzie przypomina standardem wyposażenie gabinetów polskich lekarzy rodzinnych. Poza podstawowym sprzętem medycznym znajdującym się w każdym gabinecie lekarza kanadyjskiego, jak np. detektor tętna płodu-Dopplera, audiometr, otoskop, oftalmoskop, podstawowe narzędzia do tzw. małej chirurgii, pewne zaskoczenie może budzić brak aparatu EKG.

Obserwując gabinety lekarzy rodzinnych w Kanadzie, dostrzec można pewną prawidłowość – im mniejsza miejscowość, tym lepsze wyposażenie praktyk lekarzy rodzinnych i położenie większego nacisku na podstawową opiekę zdrowotną, co zapewnia polepszenie jakości opieki nad pacjentem. Przykładem może być Eskazonia, małe ubogie miasteczko zamieszkałe przez rdzennych Indian, gdzie wybudowana została prawie mała „klinika”. W ramach opieki ambulatoryjnej mieszkańcy otrzymują fachowe leczenie, porady, pomoc od lekarzy rodzinnych, pielęgniarek (w tym pielęgniarki środowiskowej), położnej, pomocy socjalnej, diabetologa, farmaceuty. W ośrodku tym znajdują się apteka, dwie sale konferencyjne z komputerami i telekamerą. Telemedycyna jest podstawowym narzędziem wykorzystywanym do uzyskania szybkiej i fachowej informacji medycznej. Raz w miesiącu odbywają się tu sesje polegające na konsultacjach wszystkich specjalistów z ośrodka akademickiego w Halifaksie. Lekarze rodzinni przedstawiają pacjentów i ich problemy zdrowotne, kierując pytania do właściwego specjalisty. Pacjent np. z problemem dermatologicznym zaproszony na takie spotkanie korzysta z konsultacji (za pomocą telekamery) z dermatologiem z Halifaksu, który stawia diagnozę i zaleca odpowiednie leczenie. Telemedycynę wykorzystuje się nie tylko w konsultacjach specjalistycznych, lecz także w szkoleniu i podnoszeniu kwalifikacji przez lekarzy, pielęgniarki i inny personel medyczny.

Harmonogram pracy lekarza rodzinnego

Godziny pracy lekarza rodzinnego w Kanadzie są odmienne niż w polskim systemie. Lekarze rodzinni w mniejszych ośrodkach (nie akademickich) około godziny 8.00 rano odwiedzają swoich pacjentów w oddziałach szpitalnych. Po zbadaniu pacjenta lekarze rodzinni wypisują zlecenia dotyczące badań dodatkowych, leczenia oraz ewentualnie korzystają z potrzebnych konsultacji. W szpitalach akademickich w związku z przebywającą w oddziałach dużą liczbą personelu medycznego, tj. studentów, stażystów, lekarzy specjalizujących się (także z medycyny

rodzinnej), lekarz rodzinny jest zwolniony z codziennego obchodu swoich pacjentów leczonych na różnych oddziałach (oprócz pacjentek z oddziału położnictwa). W szpitalu znajdują się specjalne skrzynki, z których lekarz rodzinny odbiera wyniki badań, konsultacji lub wypisy ze szpitala swoich pacjentów.

Po odwiedzeniu pacjentów w szpitalu lekarz rodzinny udaje się do swojej praktyki. Tam przyjmuje pacjentów do godziny 16.00–17.00 z krótką przerwą na lunch około godziny 13.00. Czas pracy lekarza rodzinnego może każdego dnia ulec zmianie. Lekarz rodzinny może zostać wezwany w nocy do szpitala z powodu porodu pacjentki. W niektórych ośrodkach lekarze rodzinni asystują przy zabiegach operacyjnych lub pracują w izbie przyjęć. Zdarza się więc, iż dzienny harmonogram pracy lekarza ulega zmianie z powodu nagłych wezwań, a lekarz mimo zapisanych na daną godzinę pacjentów, nie może ich przyjąć. Dlatego tak ważna jest rola sekretarki, gdzie do licznych jej obowiązków należą odwoływanie wizyt i rozplanowanie rozkładu dziennego pracy lekarza.

Lekarze rodzinni w mniejszych miastach, ze względu na zbyt małą ich liczbę, często nie mają możliwości zapewnienia całodobowej opieki nad pacjentem. W dużych ośrodkach, gdzie liczba lekarzy jest wystarczająca, lekarze rodzinni sprawują opiekę nad swoimi pacjentami, jak również zastępują swoich kolegów, pełniąc w razie potrzeby dodatkowe dyżury kilka razy w roku. Podobna sytuacja występuje w okresie urlopowym lub zdarza się z innych powodów uniemożliwiających pracę lekarza (np. z powodu choroby). W małych miejscowościach pacjenci wiedząc o nieobecności swojego lekarza w wypadku nagłych zachorowań wzywają pogotowie ratunkowe lub zgłaszają się do izby przyjęć szpitala na danym terenie.

Podczas codziennego dnia pracy lekarz rodzinny podczas rozmów telefonicznych rozwiązuje wiele różnych problemów lub drobnych porad związanych z chorobą, porad uprzednio przyjmowanych i weryfikowanych oraz notowanych przez sekretarkę.

Lekarz rodziny ma także obowiązek dokonywania wizyt domowych. Czyni to jednak stosunkowo rzadko i tylko w bardzo uzasadnionych przypadkach. Nie zdarza się nigdy, aby pacjent wzywał lekarza do domu z błahego powodu. Podtyktowane jest to zapewne rozległością terenu, który zamieszkujej pacjenci pozostający pod opieką lekarza rodzinnego. Lekarz odwiedza głównie pacjentów przewlekłe chorych: po dializoterapii, chemioterapii, amputacji kończyn. Niektórzy lekarze rodzinni wyznaczają sobie jedno popołudnie w tygodniu celem odbycia kilku wizyt domowych.

Zakres obowiązków lekarza rodzinnego, pielęgniarki, sekretarki

Każdy pacjent w Kanadzie ma swojego lekarza rodzinnego, który sprawuje kompleksową i stałą opiekę nad pacjentem i jego całą rodziną. Szerokie kompetencje kanadyjskiego lekarza rodzinnego to np. prowadzenie kobiety w ciąży, (odbieranie porodów, szycie krocza po porodzie, badanie noworodków), opieka nad pacjentami niezależnie od wieku i płci (dziećmi, dorosłymi), poradnictwo w zakresie chorób, profilaktyka zdrowotna (np. szczepienia ochronne, pobieranie wymazów cytologicznych u kobiet), czasami asystowanie w niektórych zabiegach operacyjnych pacjentów. Obowiązkiem lekarza rodzinnego jest nie tylko zapewnienie fachowej opieki medycznej, ale także ułatwienie pacjentom poruszanie się w systemie ochrony zdrowia (konsultacje specjalistyczne, szpital, rehabilitacja) oraz pomoc socjo-medyczna (pomoc społeczna). Wypełnianie tak rozległych czynności przez lekarza nie byłoby możliwe bez pomocy sekretarki. Jest ona odpowiedzialna za utrzymanie w należytym porządku dokumentacji medycznej, uzupełnianie dokumentacji niezbędnymi formularzami (np. do badania noworodka, kobiety w ciąży), rejestrację nowych pacjentów, umawianie lub odwoływanie wizyt, odbiór korespondencji, wyznaczanie ważnych spotkań, konferencje oraz pod koniec każdego dnia rozpisywanie tzw. rachunków za wykonaną usługę przez lekarza. Część obowiązków lekarza w większych praktykach również przejmuje pielęgniarka. Wykonuje szczepienia zleczone przez lekarza oraz inne iniekcje, mierzy ciśnienie tętnicze, przeprowadza ogólne badanie noworodka czy kobiety w ciąży (ważenie, mierzenie, pobranie próbki moczu), zbiera krótki wy-

wiad dotyczący powodu zgłoszenia się pacjenta na wizytę do lekarza oraz udziela fachowych rad związanych z przewlekłą chorobą pacjenta lub profilaktyką zdrowotną (np. w zakresie diety cukrzycowej, antykoncepcji, zdrowego stylu życia, szkodliwości palenia papierosów itp.).

Współpraca lekarza rodzinnego ze specjalistą

Lekarz rodzinny w sytuacjach uzasadnionych korzysta z konsultacji specjalistów. Pacjent może udać się do specjalisty tylko za pośrednictwem swojego lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny decyduje, do którego specjalisty powinien udać się pacjent i jaki jest cel tej wizyty. Po każdej konsultacji lekarz rodzinny otrzymuje bardzo uprzejmy list od specjalisty, w którym ten wyjaśnia, jakie zostały wykonane badania, jak dalej powinno wyglądać leczenie pacjenta i kiedy ewentualnie ma zgłosić się na ponowną konsultację. Nie ma tzw. stałych skierowań na leczenie do danego specjalisty, gdzie pacjent odwiedza tylko specjalistę nie kontaktując się z lekarzem rodzinnym. Nawet po chemioterapii pacjent jest prowadzony przez swojego lekarza rodzinnego, który otrzymuje od specjalisty dokładne zalecenia dotyczące tego pacjenta, a w razie wątpliwości lub pogorszenia stanu zdrowia lekarz rodzinny może skontaktować się telefonicznie z onkologiem lub wysłać pacjenta na ponowną konsultację.

Wzajemne relacje pomiędzy specjalistą a lekarzem rodzinnym oraz pacjentem najlepiej charakteryzuje anonimowe motto: „lekarz rodziny wie mało o wszystkim, lekarz specjalista wie dużo o małym, żaden nie istnieje bez drugiego, ale razem zapewniają pacjentowi opiekę najlepszej jakości”.

Adres Autorki:
Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Narutowicza 96 klatka C
90-153 Łódź
tel. (42) 678-72-10
e-mail: family@csk.am.lodz.pl

Sprawozdanie z Konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny ATA 2001 w Fort Lauderdale (Floryda, USA) oraz Międzynarodowego Sympozjum Telemedycznego w Ann Arbor (Michigan, USA)

Report on the 6th Annual Meeting of the American Telemedicine Association ATA 2001 in Fort Lauderdale (Florida, USA) and International Symposium on Telemedicine in Ann Arbor (Michigan, USA)

MARIA BUJNOWSKA-FEDAK

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W dniach od 3 do 6 czerwca 2001 r. w Fort Lauderdale w USA odbyła się międzynarodowa konferencja telemedyczna Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny (ATA). Jest to największe na świecie, szóste z kolei, doroczne telemedyczne spotkanie naukowe, gromadzące osoby zainteresowane rozwojem telemedycyny – nowej gałęzi medycyny, której idea jest zdalne przekazywanie wszelkich informacji i danych medycznych na odległość.

Konferencja zgromadziła 1500 uczestników z ponad 50 krajów świata. W ramach ogromnie bogatego programu zjazdowego odbyły się 3 sesje plenarne, 50 sesji towarzyszących, 14 sesji tematycznych w ramach grup specjalnego zainteresowania, zaprezentowano 128 posterów. Przedstawione prace naukowe dotyczyły niemalże wszystkich działów medycyny, gdzie technika telemedyczna i telemedyczne usługi zajmują coraz bardziej liczące się miejsce. Wiodącymi tematami konferencji była więc telemedyczna opieka domowa, teledermatologia, telepatologia, teleradiologia, usługi telemedyczne w opiece nad chorymi z cukrzycą, postępy w telekardiologii i telenefrologii, telerehabilitacja. Omówiono również możliwości internetu medycznego, aspekty prawne i legislacyjne, analizę ekonomiczną kosztów niektórych usług telemedycznych, najnowsze telemedyczne rozwiązania technologiczne, wybrane aspekty teleedukacji i nauczania na odległość, zagadnienia z zakresu teleonkologii i teledermatologii.

W sesji poświęconej telekardiologii została zaprezentowana jedyna na zjeździe polska praca naukowa autorów: Maria Bujnowska-Fedak, An-

drzej Staniszewski, Andrzej Steciwko pt. 'Telecardiology in Poland – the first experiences after few years of developing'. Praca przedstawiła obecny stan rozwoju telekardiologii w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem najważniejszych ośrodków i programów naukowych w tym zakresie. W 1995 r. został powołany do życia ogólnopolski Kardio@Net-Programme. Program ten jest realizowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) jako część dużego projektu badawczego „Internet dla Lekarzy” finansowanego przez Fundację Stefana Batorego. Celem programu jest aktywne wspieranie rozwoju internetu kardiologicznego w Polsce oraz stworzenie w oparciu o bazę PTK sieci telekardiologicznych ośrodków naukowo-szkoleniowych. Od 1996 r. rozwija się również w naszym kraju system transtelefonicznego przesyłania badań elektrokardiograficznych. Tele-elektrokardiografia (tele-EKG) umożliwia zdalną transmisję na odległość sygnału EKG za pośrednictwem łączy telefonicznych, co pozwala na efektywne monitorowanie pacjentów z niektórymi problemami kardiologicznymi (arytmia, migotanie przedsionków, ból w klatce piersiowej). Obecnie w Polsce działa kilka niezależnych tele-systemów kardiologicznego nadzoru: „Kardiofon”, „Tele-Kardio-Med” i „Kardiotel”. W ramach tych systemów o każdej porze dnia i nocy pacjenci mają możliwość przesyłania przy użyciu telefonu (stacjonarnego lub komórkowego wyposażonego w specjalną przystawkę) swojego badania elektrokardiograficznego do specjalisty kardiologa w centrum nadzoru. Przedstawiona na zjeździe praca spotkała się z dużym zainteresowa-

niem uczestników konferencji i zaowocowała nawiązaniem nowych i zacieśnieniem istniejących kontaktów z kilkoma ośrodkami telemedycznymi w Europie i USA.

W ramach zjazdu zorganizowano również 'International Pavilion', w którym przedstawiono najnowsze osiągnięcia na polu telemedycyny różnych krajów z całego świata. W pawilonie tym nie zabrakło również Polski i jej osiągnięć. Nasz kraj został zaprezentowany w postaci dużego (3 x 2 m) kolorowego plakatu przedstawiającego mapę polskich ośrodków zajmujących się telemedycyną i stan rozwoju polskiej telemedycyny w poszczególnych dziedzinach medycyny. Plakat został starannie przygotowany przez zajmujący się telemedycyną zespół Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu.

W czasie konferencji odbyło się również spotkanie zagranicznych uczestników zjazdu z władzami Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny oraz spotkanie Global Federation of Telemedicine Organizations, na którym autorka oficjalnie reprezentowała Polskie Towarzystwo Telemedycyny. Przygotowanej z ogromnym rozmachem konferencji towarzyszyła wielka wystawa firm telemedycznych oraz sprzętu telemedycznego (ponad 100 firm i przedsiębiorstw informatycznych, telekomunikacyjnych, farmaceutycznych). Burzliwe dyskusje toczyły się również podczas uroczystej kolacji i przyjęcia koktailowego zorganizowanego na położonych nad samym oceanem tarasach jednego z najpiękniejszych hoteli na Florydzie.

Natomiast w dniach od 23 do 25 sierpnia 2001 r. w Ann Arbor (stan Michigan, USA) odbyło się kolejne międzynarodowe sympozjum telemedyczne pod hasłem 'State-of the-Art Telemedicine/Telehealth. An International Perspective'. Sympozjum zostało zorganizowane na obszarze miasteczka akademickiego Uniwersytetu Michigan i odbyło się pod specjalnym patronatem Uniwersytetu oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Naczelnym zadaniem sympozjum było dokonanie dogłębnej analizy stanu rozwoju telemedycyny na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem jej aktualnego i potencjalnego wpływu na usługi medyczne w krajach o różnym położeniu geograficznym i odmiennym statusie ekonomicznym. Podczas trzydniowej wyętej pracy naukowej uczestnicy sympozjum starali się ocenić istniejącą telemedyczną bazę na podstawie udokumentowanych badań naukowych oraz aktualnych doświadczeń płynących z realizowanych obecnie programów telemedycznych. Pierwszy dzień sympozjum poświęcony był sesjom plenarnym na kluczowe tematy telemedyczne. Każda z sesji rozpoczęła się krótką formal-

ną prezentacją jednego z ekspertów na polu telemedycyny, po której rozpoczęła się dyskusja panelowa z udziałem zaproszonych gości i uczestników konferencji, mogących zgłaszać różne pytania i uwagi dotyczące aktualnie omawianego problemu. W drugim dniu sympozjum odbyły się sesje warsztatowe. Wyróżniono 8 najważniejszych grup tematycznych, którym były poświęcone oddzielne warsztaty: modele organizacyjne, technologia, aspekty regulacyjne i prawne, strategia i biznes, zastosowania kliniczne, zdrowie publiczne, współpraca międzynarodowa i koordynacja działań, edukacja. Uczestnicy każdego z warsztatów mieli za zadanie zebrać i usystematyzować aktualne informacje na dany temat, zidentyfikować najważniejsze problemy i najpilniejsze potrzeby, opracować listę wynikających z nich zadań oraz przygotować plan ich racjonalnej realizacji. Ostatni dzień konferencji poświęcony był prezentacjom osiągnięć i ustaleń poszczególnych grup warsztatowych na forum ogólnym oraz opracowaniu wytycznych dotyczących kierunków rozwoju telemedycyny w najbliższej przyszłości. Wymiernym rezultatem sympozjum ma być przygotowanie i złożenie na ręce prezydenta (przedstawiciela) WHO obszernego raportu dotyczącego aktualnego stanu rozwoju telemedycyny na świecie i najważniejszych problemów, trudności i barier na drodze jego rozwoju. Na zakończenie sympozjum odbyła się uroczysta kolacja w sali balowej Michigan League Uniwersytetu, podczas której wręczono honorowe odznaczenia najbardziej zasłużonym, tworzącym podwaliny dla dalszego rozwoju telemedycyny naukowcom; do osób wyróżnionych należał m.in. dotychczasowy prezydent Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny, redaktor naczelny „Telemedicine Journal and e-Health” – prof. Rashid Bashshur z Uniwersytetu Michigan, prof. Hans Kollberg z Centrum Telemedycznego Uniwersytetu w Uppsali w Szwecji, dr Abu Bakar Suleiman – prezydent Międzynarodowego Uniwersytetu Medycznego w Malezji, Jay Saunders – prezydent Global Telemedicine Group i inni.

Z obu tych zjazdów odniosłam nieodparte wrażenie, że stały i dynamiczny rozwój aplikacji telemedycznych jest sprawą nieodzowną i już w najbliższej przyszłości telemedycyna stanie się równoprawną, powszechnie uznaną i szeroko wykorzystywaną gałęzią medycyny.

Miło jest mi również donieść, że kolejna, siódma międzynarodowa konferencja Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny odbędzie się na początku czerwca 2002 r. w Los Angeles, na którą w imieniu organizatorów serdecznie zapraszam wszystkich zainteresowanych przyszłością i rozwojem telemedycyny.

Sprawozdanie z warsztatów „Nauka i nauczanie o medycynie poza gabinetem lekarza w praktyce podstawowej”

Bled, Słowenia, 4–8 września 2001 r.

Report on the workshop „Learning and teaching about out of office medicine in general practice”

Bled, Slovenia, 4–8 September 2001

DONATA KURPAS

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W ramach pracy Europejskiego Towarzystwa Nauczycieli w Praktyce Podstawowej (European Academy of Teachers in General Practice – EURACT) odbywają się co roku warsztaty we Francji, Chorwacji i Słowenii. Ich głównym celem jest podnoszenie standardu europejskiej opieki podstawowej poprzez promocję nauki i nauczania w medycynie podstawowej. W czerwcu 2001 r. towarzystwo liczyło 472 członków z 28 krajów.

Warsztaty w Słowenii w dniach 4–8 września 2001 r. odbyły się już tradycyjnie w Bledzie, który jest jedną z bardziej malowniczo położonych miejscowości w Alpach Juliańskich. Niezapomniane wrażenia pozostawia wyspa z kompleksem kościelnym na środku jeziora oraz urokliwy zamek na szczycie urwiska tuż przy jeziorze.

W tym roku organizatorzy postanowili zająć się zagadnieniem „Nauka i nauczanie o medycynie poza gabinetem lekarza w praktyce podstawowej” („Learning and teaching about out of office medicine in general practice”). Nadmienić trzeba, że problem opieki lekarza rodzinnego nad pacjentem poza gabinetem, niedoceniany jeszcze w Polsce, stanie się wkrótce faktem – w obliczu ustawy o ratownictwie medycznym.

Wszystkie warsztaty oraz wykłady odbywały się w jednym z licznych hoteli Bledu – Hotelu „Golf”. Wśród uczestników byli nie tylko nauczyciele akademicki, ale i lekarze praktycy. W sumie w kursie wzięło udział 48 osób (28 – ze Słowenii, 2 – z Włoch, 3 – z Węgier, 2 – z Irlandii, 2 – z Chorwacji, 2 – z Rumunii, 2 – z Litwy, 2 – z Turcji, 1 – z Austrii, 1 – z Grecji, 1 – z Portugalii, 1 – z Izraela, 1 – z Polski – autorka).

Głównym organizatorem tegorocznych warsztatów był dr Igor Švab i to on wygłosił inauguracyjny wykład na temat historii kursów w Słowenii (tegoroczny był dziesiątym – jubileuszowym).

Dr Gianluigi Passerini z Włoch wprowadził uczestników w spojrzenie lekarza rodzinnego/opieki podstawowej na zagadnienia medycyny poza gabinetem lekarza.

Podczas wczesnych godzin popołudniowych

pracowaliśmy w grupach, wymieniając doświadczenia związane z zajęciami dydaktycznymi w naszych krajach oraz problemami, jakie mamy we własnych praktykach lekarzy rodzinnych, dotyczącymi całej opieki nad pacjentem poza naszymi gabinetami. Podczas godzin popołudniowych reprezentanci grup roboczych przedstawiali wnioski z dyskusji.

Tak wyglądała ogólna konwencja naszych spotkań podczas warsztatów. Codzienne wykłady, dyskusje ich dotyczące w grupach roboczych i cel główny: opracowanie krótkiego kursu szkolącego na temat szczegółowy dotyczący opieki poza gabinetem lekarza (wizyty domowe, konsultacje telefoniczne itd.).

Dodatkowo podczas kursu w Bledzie usłyszeliśmy wykłady dr Yonah Yaphe z Izraela na temat oceny rodziny w domu („Family assessment at home”) oraz badań ankietowych dotyczących tego, co może okazać się lekarzowi niezbędne podczas wizyty domowej („The black bag”). Niezwykle interesująca była prezentacja dr Jaime Correia de Sousa z Portugalii na temat kontaktów lekarzy z mediami („GP, the media and public”). Podczas kursu zobaczyliśmy również krótki film o nowopowstałej jednostce ratownictwa medycznego w Słowenii. Bardzo pomocne były także zorganizowane przez kolegów ze Słowenii oraz pielęgniarki środowiskowe wizyty domowe, podczas których praktycznie sprawdziliśmy nowo zdobytą teorię.

W trakcie ostatniego spotkania każda z grup przedstawiła program krótkiego kursu dotyczącego opieki poza gabinetem lekarza.

Niezwykle ciepło organizatorów, bogaty program spotkań wieczornych (turniej łuczniczy, kolacja na zamku, wyprawa barkami na wyspę, wieczorki taneczne) sprzyjały międzynarodowym dyskusjom również poza godzinami pracy w ramach kursu.

Autorka składa najserdeczniejsze podziękowania firmie KRKA, bez pomocy której uczestnictwo w powyższym wydarzeniu nigdy nie miałoby miejsca.

