



VII KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY RODZINNEJ

WROCŁAW | 12–14 października 2018 r.

STRESZCZENIA



VII KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY RODZINNEJ

WROCŁAW | 12–14 października 2018 r.

Wykłady

Pobudzenie w otępieniu – somatyczne przyczyny pobudzenia

dr Katarzyna Broczek – Klinika Geriatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Niniejsza praca powstała w ramach publikacji: „Pobudzenie w otępieniu – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych”, która zostanie zaprezentowana w ramach VII Kongresu PTMR.

Choroby somatyczne często wywołują zaburzenia świadomości u osób z otępieniem, gdyż nadmiernie „wrażliwy” mózg reaguje na zmianę ogólnego stanu zdrowia gwałtownym załamaniem funkcjonalnym. Zaburzenia świadomości mogą przebiegać pod postacią pobudzenia (postać hiperkinetyczna) albo przybierać formę hipokinetyczną, przebiegającą z nadmierną sennością i spowolnieniem lub formę mieszaną charakteryzującą się naprzemiennym występowaniem okresów pobudzenia i spowolnienia psychoruchowego. Somatyczne przyczyny pobudzenia są najczęściej związane ze stanami ostrymi, np. zaburzeniami wodno-elektrolitowymi, zakażeniem, choć mogą również wynikać z zaostrzenia chorób przewlekłych, np. niewydolności serca lub cukrzycy, albo działań niepożądanych leków. Rozpoznanie przyczyny pobudzenia może nastręczać znacznych trudności u osób w starszym wieku ze współistniejącymi zaburzeniami poznawczymi. Pacjenci z otępieniem mogą mieć trudność z określeniem swoich dolegliwości, np. duszności lub bólu. Ważną rolę odgrywa wywiad z opiekunem i dokładne badanie przedmiotowe. Badania laboratoryjne mogą stanowić istotną pomoc w rozpoznaniu somatycznej przyczyny pobudzenia. W każdym przypadku pobudzenia o niejasnej przyczynie należy rozważyć potrzebę diagnostyki i leczenia szpitalnego, pamiętając jednak, że hospitalizacja pacjenta z otępieniem niesie za sobą większe ryzyko powikłań i pogorszenia stanu zdrowia niż u osoby bez zaburzeń poznawczych.

Wiedza lekarzy rodzinnych na temat pobudzenia u pacjentów z otępieniem może przyczynić się do szybszego diagnozowania stanów pobudzenia i optymalnego ich leczenia, a jednocześnie do poprawy jakości opieki nad osobami z chorobą Alzheimera i innymi zespołami otępiennymi.

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD): współczesne wyzwania diagnostyczno-terapeutyczne

Jacek Juszczyk

Jest to obecnie najczęstsza choroba wątroby w krajach rozwiniętych. Jej istotą jest nadmierne gromadzenie tłuszczu w wątrobie u osób nienadużywających alkoholu. Według definicji EASL stłuszczenie dotyczy > 5% hepatocytów (histologia) lub > 5,6% w metodzie protonowej spektroskopii RM lub w RM z kontrastowaniem fazowym. Jest związana z zespołem metabolicznym, którego składniki (przede wszystkim insulinooporność) korelują z obciążeniem hepatocytów tłuszczem. W patogenezie poza tym ma znaczenie zaburzenie regulacji adiponektyny, czynniki genetyczne oraz – ostatnio podkreślane – zmiany w mikrobiocie jelitowej. Czynniki ryzyka to otyłość, zwłaszcza trzewna (tzw. dieta zachodnia bogata w węglowodany i tłuszcze nienasycone), cukrzyca typu 2, dyslipidemia i mała aktywność fizyczna; częściej chorują mężczyźni. NAFLD zwiększa ryzyko miażdżycy, zmian sercowo-naczyniowych ze skróceniem życia. Wyróżnia się 2 postaci NAFLD: a) niealkoholowe stłuszczenie wątroby (proste lub z łagodnym zapaleniem wątroby), oraz b) niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby, NASH; postać przewlekłą, postępującą z rozwojem włóknienia wątrobowego, po latach z ryzykiem rozwoju marskości wątroby. Mimo iż większość pacjentów jest otyłych, to choroba może także występować u osób z niezmiennym BMI. Przebieg długo może być bezobjawowy, lecz hepatomegalię wykrywa się u ok. 75% osób. Aktywność ALT i AST może być nieznacznie podwyższona (wskaźnik de Ritisa < 1,0; u połowy jest > aktywność GGTP). Często jest dyslipidemia. W USG najczęściej jest wzmożona echogenność, ostatnio stosuje się także badanie elastograficzne wątroby. Leczenie jest kompleksowe, podstawa to zmiana trybu życia, odpowiednia dieta, korekcja zmian metabolicznych. Nie ma standardów terapii farmakologicznej. Niektóre dane przemawiają za pioglitazonem, UDCA, witaminą E, modyfikacją mikrobioty. Ostatnio liczne badania (w tym metaanalizy) podkreślają znaczenie przewlekłego stosowania niezbędnych fosfolipidów (EPL): obniżających wskaźniki uszkodzenia hepatocytów, zmniejszających stłuszczenie wątroby, poprawiające regulację gospodarki lipidowej w monoterapii (lub w połączeniu np. z wyciągami z ostropestu). Obecnie w praktyce lekarza rodzinnego zarówno

NAFLD, jak i postać związana z nadużyciem alkoholu musi być bezwzględnie uwzględniana w diagnostyce opartej na dokładnych wywiadach, starannym badaniu przedmiotowym i zastosowaniu początkowo prostych badań (enzymy „wątrobowe”, USG).

Epidemics of obesity in Poland – current status

dr hab. n. med. Paweł Kalinowski – Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Prevalence of overweight and obesity is growing and becoming one of main health problems resulting from lifestyle, both in public and individual health in Poland and worldwide. Obesity is a chronic disease caused by excessive energy intake in comparison to individual demands. Obesity and overweight are main risk factors of cardio-vascular diseases, neoplasms, diabetes and far more. There are two main methods of measurements of incidence of overweight and obesity in population. The first of them is based on survey studies concerning height and body mass information obtained during demographic trials. In Poland and other EU countries the main investigation from the first group, containing overweight and obesity incidence data, is the European Health Interview Survey (EHIS), last conducted in 2014 and earlier in 2009. The Polish results of this study demonstrated that 36.6% of Polish adults are overweight and 16.7% are obese persons (in total 53.3%), and obese individuals prevail in males (62.2%) in comparison with females (45.7%). The second method is based on direct examinations during cross-sectional studies organised on regular basis. Such a study was the WOBASZ II trial conducted in Poland in the years 2013–2014 and based on investigation of prevalence of cardiovascular diseases and its risk factors, health behaviours and life style of the Polish population. The results of this study are close to the conclusions based on EHIS surveys. The percentage of abnormally high body mass in the age group 20–74 years was 60.1% (overweight 36.3%, obesity 23.8%), among women 52.9% (overweight 29.5%, obesity 23.4%) and 67.3% of men (overweight – 43.1%, obesity 24.2%).

Możliwości wykorzystania fizjoterapii w POZ w zespole bolesnego barku

dr hab. Krzysztof Kassolik – Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Ból barku jest częstym problemem, zwłaszcza w populacji osób dorosłych. Celem niniejszych wytycznych w zakresie fizjoterapii w podstawowej opiece zdrowotnej jest zaproponowanie prostych, nieskomplikowanych i mniej obciążających finansowo działań fizjoterapeutycznych u pacjentów z dolegliwościami bólowymi w zespole bolesnego barku (ZBB). Lekarz POZ powinien decydować o tym, czy leczenie podjęte w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z włączeniem do tego procesu fizjoterapeuty, jest skuteczne i wystarczające, czy też wymaga bardziej zaawansowanych działań w zakresie poszerzonej diagnostyki i dalszego leczenia specjalistycznego. Autorzy rekomendacji, w poszukiwaniu skutecznych i niskobudżetowych rozwiązań wobec pacjentów z ZBB, obok masażu włączają do tego działania zabiegi z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii i zaopatrzenia ortopedycznego, podkreślając jednocześnie znaczenie edukacji pacjenta oraz autoterapii po wcześniejszym instruktażu. Przesłaniem do odtworzenia prawidłowego układu przestrzennego, zwanego homeostazą strukturalną, w obrębie obręczy barkowej, według autorów, jest w pierwszej kolejności normalizacja napięcia mięśniowego (niezależnie od etiopatogenezy dolegliwości), a następnie włączenie do programu usprawniania metod przywracających prawidłowe wzorce aktywności ruchowej i ich utrwalanie. Punktem wyjścia dla ustalenia programu usprawniania powinna być umiejętność prostej oceny stanu pacjenta. Można to osiągnąć, przeprowadzając badanie funkcjonalne oraz ocenę palpacyjną, która pozwoli ustalić nieprawidłowy rozkład napięcia spoczynkowego w obrębie mięśni i ścięgien zaangażowanych w patologię i prowokujących ból. Autorzy w takim rozwiązaniu upatrują klucz do obniżenia kosztów leczenia, zapewnienia dostępności do fizjoterapeuty oraz szybkiej pomocy w zakresie poprawy stanu klinicznego pacjenta. Jednocześnie zwracają uwagę na potrzebę korekt systemowych w dotychczasowym modelu ochrony zdrowia, aby stały się bardziej efektywnym narzędziem w podtrzymaniu zdrowia. Opracowane rekomendacje w leczeniu dolegliwości bolesnego barku w POZ przez zespół autorów są głosem w dyskusji związanej z poszukiwaniem najlep-

szych praktyk w leczeniu tego typu dysfunkcji w oparciu o współpracę lekarza rodzinnego i fizjoterapeuty.

Cz. 1. Doktorat – czy Ustawa 2.0 zamknie do niego dostęp?

dr hab. n. med. Karolina Kłoda – Samodzielna
Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego, Pomorski
Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Dnia 1 października 2018 r. weszła w życie ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, nazywana też Konstytucją dla nauki lub Ustawą 2.0. Zmienia ona część procedur oraz wymagań przy otwieraniu i realizacji przewodu doktorskiego. Ponadto wprowadza szkoły doktorskie jako zorganizowane formy kształcenia doktorantów. A przede wszystkim opiera możliwość nadawania stopnia doktora na znaczeniu i jakości kształcenia danej jednostki akademickiej.

Cel pracy

Przybliżenie i omówienie lekarzom najbardziej istotnych zagadnień z Ustawy 2.0 oraz przepisów ją wprowadzających pod kątem pozyskania promotora, realizacji badań do rozprawy doktorskiej oraz otwarcia przewodu doktorskiego.

Materiał i metody

Warsztat opiera się na tekście ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i na tekście przepisów wprowadzających Ustawę 2.0, a także na odnośnych rozporządzeniach i projektach (dotyczących m.in. nowego podziału dziedzin i dyscyplin, a także wzrostu wynagrodzenia zasadniczego nauczyciela akademickiego).

Wyniki

Lekarze nadal będą mogli skorzystać z jednego z dwóch trybów realizacji doktoratu. Pierwszym będzie kształcenie w obrębie szkoły doktorskiej, a drugim tzw. wolna stopa, czyli tryb eksternistyczny. Zmienia się jednak niektóre warunki realizacji przewodu.

Wnioski

Ustawa 2.0 nie powinna zamknąć drogi kandydatom do uzyskania stopnia doktora nauk medycznych, jednakże ostateczne implikacje będą zależały od wielkości i jakości kształcenia jednostki akademickiej prowadzącej szkołę dokorską i/lub tryb eksternistyczny.

Cz. 2. Pisanie prac naukowych – trudniejsze niż kiedyś?

dr hab. n. med. Karolina Kłoda – Samodzielna
Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego, Pomorski
Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Ze względu na oparcie oceny jakości kształcenia jednostek naukowych na parametryzacji i naukometrii, środowiska naukowe w Polsce spotykają się z coraz większym naciskiem na publikację wyników badań własnych w recenzowanych czasopismach z punktacją MNiSW (ministerialna lista B), a docelowo z jak najwyższym wskaźnikiem *impact factor* (IF) (ministerialna lista A). Jednocześnie czasopisma wykonują zwrot w kierunku wysokiej jakości publikowanych artykułów, uzyskujących wysokie wskaźniki cytowań, a dzięki temu skutkujące wzrostem prestiżu czasopisma wyrażonego właśnie punktami MNiSW i IF.

Cel pracy

Przybliżenie lekarzom aktualnej możliwości publikowania wyników badań własnych w czasopismach z ministerialnej listy A i B. Przybliżenie obu list i ich praktycznego znaczenia.

Materiał i metody

Warsztat opiera się na omówieniu tzw. list ministerialnych czasopism oraz na podsumowaniu własnych doświadczeń kontaktu z redakcjami czasopism, recenzentami i wydawcami. A także na doświadczeniach własnych pracy jako recenzent czasopism i redaktor pomocniczy czasopism z ministerialnych list A i B.

Wyniki

Uczestnicy warsztatu zdobędą praktyczną wiedzę dotyczącą możliwości publikowania w czasopismach. Poznają aktualne wymagania i oczekiwania jednostek akademickich oraz wydawców czasopism.

Wnioski

Skuteczne publikowanie z uzyskaniem wysokich punktacji MNiSW i IF jest możliwe, ale bardzo wymagające. Stopniowy nacisk na uzyskiwanie jak najwyższych parametrów artykułów i opartego na nich dorobku może powodować wydłużenie procesu publikacji wyników badań własnych.

Zachowawcze metody leczenia otyłości

dr hab. n. med. Karolina Kłoda – Samodzielna Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; MEDFIT Karolina Kłoda, Szczecin

lek. Agnieszka Matuszczak – Samodzielna Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Otyłość jest najbardziej rozpowszechnioną, kosztowną i przewlekłą chorobą na świecie. Epidemiczny wzrost nadwagi i otyłości obserwujemy zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) podaje, że od 1975 do 2016 roku liczba otyłych na świecie potroiła się. W 2016 roku ponad 1,9 miliarda osób miało nadwagę, w tym ok. 650 milionów było otyłych. W najnowszym Europejskim Raporcie Zdrowia z 2018 roku WHO opisuje się tendencję do wzrostu nadwagi i otyłości we wszystkich rejonach Europy. Istnieją polskie wytyczne leczenia nadwagi i otyłości dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Cel pracy

Przybliżenie skali problemu oraz omówienie wytycznych zachowawczego leczenia nadwagi i otyłości w POZ w sposób praktyczny.

Materiał i metody

Zestawienie amerykańskich i polskich wytycznych zachowawczego leczenia nadwagi i otyłości. Prezentacja przypadku z własnej praktyki.

Wyniki

Polskie wytyczne leczenia nadwagi i otyłości w POZ w jasny i przystępny sposób prezentują sposób opieki lekarza rodzinnego nad pacjentem. Praktyczne podejście do leczenia zachowawczego nadwagi i otyłości wskazuje na dodatkową pracę, którą powinien wykonać lekarz rodzinny, aby objąć otyłego pacjenta pełną opieką.

Wnioski

Lekarz rodzinny posiada warunki i narzędzia do zachowawczego leczenia pacjentów z nadwagą i otyłością. Jest jednak ograniczony czasem, motywacją własną i motywacją pacjenta oraz środkami finansowymi.

Budget travelling made in Poland

dr hab. med. Krzysztof Korzeniewski – Wojskowy Instytut Medyczny, Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej

W Polsce obserwuje się dynamiczny wzrost liczby podróżujących do krajów gorącej strefy klimatycznej w Azji, Afryce i Ameryce Południowej. Dalekie podróże stają się coraz bardziej przystępne cenowo, co powoduje, że na lot samolotem na drugi koniec świata stać coraz więcej osób. Cele podróży są bardzo zróżnicowane, od zawodowych po turystyczne, których jest zdecydowanie najwięcej. Wśród wyjazdów turystycznych coraz popularniejszą formą staje się podróżowanie niskobudżetowe (*budget travelling*), oparte na oszczędnym gospodarowaniu środkami przeznaczonymi na transport, zakwaterowanie i wyżywienie. Ryzyko zachorowania podczas podróży niskobudżetowych jest znacznie większe niż w przypadku podróżowania w wysokich standardach sanitarno-higienicznych i jest uzależnione od wielu czynników, takich jak stopień endemiczności odwiedzanego regionu świata, ogólny stan zdrowia podróżujących (prawidłowe funkcjonowanie układu immunologicznego, układu termoregulacji, występowanie chorób przewlekłych), podjęte działania prewencyjne w ramach szeroko pojętej profilaktyki zdrowotnej, długość pobytu czy planowane czynności w odwiedzanym miejscu. Podróżni niskobudżetowi narażeni są znacznie częściej na ekspozycję patogenów przenoszonych przez owady, jak również patogenów przenoszonych drogą pokarmową, oddechową i płciową, które wywołują schorzenia często niewystępujące w strefie klimatu umiarkowanego. Podróże międzykontynentalne są coraz bardziej powszechne, a polscy podróżni uprawiający *budget travelling* stają się coraz większą grupą turystów, których wizyty z problemami zdrowotnymi w gabinetach lekarzy rodzinnych stają się codziennością.

W powietrzu i na morzu – zagrożenia zdrowotne i profilaktyka w podróży samolotem i statkiem pacjentów w różnym wieku

Air and sea travels – health hazards and prophylaxis in different groups of patients

dr n. med. Małgorzata Koziarska-Rościszewska –
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Worldwide, 3 billion people travel by commercial aircraft every year, and this number continues to rise. There are travelers of special medical attention, such as elderly, pregnant women or small children. Air flight may lead to chronic diseases exacerbation, increase the risk of deep vein thrombosis, the risk of infections and contagious diseases. Sea cruises also become more and more popular. Each year over 20 mln people choose holidays on sea. Potential health hazards are also a risk with cruise ship travel (e.g. sea-sickness, Norovirus infection, vomits, diarrhoea, respiratory infections), as well as the risk of tropical diseases due to the destinations. Apart from this, changes in diet, variation in climate, changes to sleep and activity patterns can worsen a chronic illness. Passengers with chronic diseases should have necessary medication and be able to control the disease (e.g. glycemia on glucometer). Pregnant women may travel by airplane or cruise only till the certain stage of pregnancy. Both pregnant women as well as travelers with chronic diseases should be equipped with the proper medical certificate. Family physician, should remember that pre-travel visit should concentrate on necessary prophylaxis, like vaccinations or malaria prevention and individual limitations (physical and mental) for travel.

Diety odchudzające – prawdy i mity

Slimming diets – truths and myths

mgr Aleksandra Kozłowska – Zakład Medycyny
Społecznej i Zdrowia Publicznego, WUM

Department of Social Medicine and Public Health, Medical University of Warsaw. Obesity is considered one of the largest global health problems of the 21st century. The World Health Organization (WHO) estimated that in 2008, 205 million men and 297 million women over the

age of 20 were obese – a total of more than half a billion adults worldwide. Obesity is defined as a state of excess adiposity that presents a risk to health, such as increased risk of chronic diseases, including cardiovascular disorders, type 2 diabetes, or cancer. It is a consequence of sustained positive energy intake over time. Plenty of our patients are looking for the way to reduce body weight. Sometimes they choose popular diet, which promises outstanding effects. There is a question: Is it healthy for our body? Presentation will be shown not only the main problem connected with reduce body weight, but also the biggest weight lose mistakes. All information will be useful in clinical practice. Both, low calories diet and “starvation diet” will be prepared in details to help medical doctors prepare guidelines for patients.

Jak rozmawiać z pacjentem o przemocy domowej?

prof. Marta Makara-Studzińska – Zakład Psychologii
Zdrowia UJ CM

Lekarz rodzinny to specjalista, który koncentruje się nie tylko na zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób, ale bierze też pod uwagę szersze uwarunkowania. Dlatego musi uwzględniać w opiece nad pacjentem konteksty rodzinny i społeczny. Takie podejście to jedno z pryncypiów medycyny rodzinnej. Wydaje się, że symptomy doświadczania przemocy lekarz rodzinny może rozpoznać szybciej niż inny specjalista. Lekarz rodzinny, jeśli cieszy się zaufaniem pacjentów, wykazuje motywację i ma odpowiednią wiedzę, może odegrać ogromną rolę w powstrzymaniu przemocy domowej. Od 2010 r. do system przeciwdziałania przemocy w rodzinie zostali włączeni, poza policją i pomocą społeczną, także przedstawiciele oświaty i ochrony zdrowia. Każda z tych służb w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie ma obowiązek wszcząć procedurę „Niebieskie Karty”. Każdy pacjent doświadczający przemocy wymaga głębszej rozmowy podczas wywiadu lekarskiego. Aby badanie doprowadziło do postawienia trafnej diagnozy i zastosowania skutecznej terapii, lekarz powinien wiedzieć, co dzieje się w życiu chorego. Podstawą pracy lekarza rodzinnego pozostaje dobrze przeprowadzony wywiad. Nie zastąpi go nawet seria wyrafinowanych badań laboratoryjnych. Powszechnie wiadomo, że doznawanie przemocy jest czynnikiem ryzyka różnych chorób. Dla pacjenta ma ogromne znaczenie poczucie, że lekarz rzeczywiście interesuje się jego pro-

blemami i okazując troskę oraz zainteresowanie, próbuje szukać wspólnie z nim najkorzystniejszych rozwiązań. O przemoc należy pytać wprost, ale z troską i empatią. Przemoc w rodzinie i jej negatywne konsekwencje zdrowotne są na tyle rozpowszechnione, że lekarz rodzinny powinien stosować wśród swoich pacjentów rutynowe badania przesiewowe.

Czy mamy motywację do leczenia pacjentów z problemem alkoholowym?

dr hab. n. med. Artur Mierzecki, prof. nadzw. PUM w Szczecinie – Samodzielna Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Rozpowszechnienie picia alkoholu jest znaczne i dotyczy całej populacji światowej. Ocenia się, że liczba osób spożywających alkohol wynosi 2 mld. Nasilenie tego zjawiska jest różne w poszczególnych krajach i dotyczy od 18% do 90% mężczyzn oraz od 1% do 81% kobiet. Około 76,4 mln ludzi na świecie cierpi na zaburzenia wynikające z picia alkoholu (*Alcohol Use Disorders* – AUD). Spośród nich 63,7 mln stanowią mężczyźni, a 12,7 mln kobiety. O skali problemu świadczą również raporty dotyczące konsumpcji alkoholu przedkładane Komisji Europejskiej, według których w Europie pije się najwięcej alkoholu na świecie – 12,8 l *per capita*. Problem picia w sposób ryzykowny dotyczy ok. 55 mln (15%) dorosłych Europejczyków, natomiast w sposób szkodliwy – 20 mln (6%).

Cel pracy

Wykazanie, jak bardzo jest istotna motywacja lekarza rodzinnego do pracy z pacjentem z zaburzeniami wynikającymi z picia alkoholu.

Materiał i metody

Omówienie i przybliżenie kwestionariusza (*Short Alcohol Attitudes Problem Perception Questionnaire* – SAAPPQ) oceniającego zaangażowanie terapeutyczne i poczucie własnej roli pracowników zawodów medycznych w leczeniu pacjentów z AUD.

Wyniki

Kwestionariusz SAAPPQ jest szeroko stosowanym i mało skomplikowanym narzędziem oceny zaangażowania terapeutycznego i poczucia własnej roli lekarza rodzinnego w leczeniu pacjentów z AUD.

Wnioski

Przyszłe wytyczne badań przesiewowych i krótkiej interwencji wobec pacjentów z AUD przygotowane dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) powinny uwzględniać ocenę pracowników zawodów medycznych kwestionariuszem SAAPPQ.

Nie czuję się w ogóle chory – subiektywny obraz choroby i jego znaczenie w procesie leczenia

dr n. med. Katarzyna Nowicka-Sauer – Katedra Medycyny Rodzinnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk; Oddział Kardiochirurgii, Specjalistyczny Szpital im. F. Ceynowy, Wejherowo

Wstęp

Na całościowy obraz choroby, szczególnie choroby przewlekłej, składają się zarówno obiektywne wskaźniki kliniczne, jak i subiektywne doświadczanie choroby przez osobę chorą. Wydaje się, że tylko uwzględnienie obu tych elementów pozwala w pełni zrozumieć chorego i zapewnić pełną, zindywidualizowaną opiekę. W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się ocenie *Patient Reported Outcomes* (PROs), definiowanymi jako subiektywna ocena objawów, funkcjonowania oraz efektywności leczenia z punktu widzenia pacjenta. Jednymi z najbardziej cenionych współcześnie teorii wyjaśniających zachowania człowieka w chorobie jest *Zdroworozsądkowy Model Samoregulacji w Zdrowiu i Chorobie* (ang. *Common Sense Model of Self Regulation of Health and Illness* – CSM) oraz model *Wyuczonej Bezradności* (ang. *Learned Helplessness*). Badania percepcji choroby (ang. *illness perception*) wskazują, że jest ona jednym z podstawowych czynników wpływających na stosowanie się do zaleceń.

Cel

Zaprezentowanie wyników badań dotyczących percepcji choroby wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz ich implikacji dla praktyki klinicznej.

Materiał i metody

Wyniki prezentowanych badań dotyczą pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym, chorobą wieńcową oraz chorobą zastawkową serca. W badaniach wykorzystano metody ilościowe (*Brief Illness Perception Questionnaire*) oraz jakościowe (PRISM, Rysunek Choroby).

Wyniki

Poznanie percepcji choroby przez profesjonalistów zdrowia pozwala w pełniejszy sposób zrozumieć doświad-

czanie choroby przez pacjenta, poznać subiektywny jej obraz oraz zidentyfikować czynniki decydujące o stanie psychicznym, radzeniu sobie z chorobą oraz stosowaniu się do zaleceń.

Wnioski

W obrazie choroby z perspektywy pacjenta kluczowe znaczenie mają czynniki subiektywne i odbiór emocjonalny choroby. Ich poznanie wpływa korzystnie na komunikację i współpracę z chorym, zapewniając indywidualizację opieki. Może także stanowić pośrednio czynnik zapobiegający wypaleniu zawodowemu wśród profesjonalistów ochrony zdrowia.

Harvard's standards and water intake

Katarzyna Okręglicka – Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Water is the most abundant molecule in the human body. The effects of insufficient water intake relative to demand can be felt rapidly (often visibly) and can be harmful to our health. There wouldn't be the proper functioning of body processes without it. Water is currently viewed as a safe liquid, even at high intake. An inadequate water intake relative to recommendation contributes to the decline in physical capacity and adversely affects on cognitive function and mood. On the other hand, an adequate water intake helps maintain the balance between total energy intake and daily energy expenditure and determines the correct rate of fat oxidation. This might be useful and commonly used in weight reduction and thus might favorably affect on body composition in overweight and obese people by increasing the total body water and lean muscle mass and might contribute to a decrease in body fat. Research results indicate clearly that drinking water instead of caloric beverages might be an effective way to reduce daily total energy consumption and in this way might contribute to the reduction of weight, body circumferences and body fat.

Problemy systemowe w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego wynikające ze starzenia się pacjentów

dr n. prawnych Mateusz Paplicki – Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Dynamiczny proces starzenia się polskiego społeczeństwa nakłada rosnące obciążenia na systemy wsparcia – zarówno formalnego, jak i nieformalnego. Te pierwsze – obejmujące instytucje opieki społecznej i zabezpieczenia zdrowotnego – wykazują niedostatki w zakresie organizacji, personelu, finansowania, wzajemnej synchronizacji, stąd są one generalnie niewystarczająco przygotowane, aby sprostać rosnącemu wyzwaniu, jakim jest zwiększająca się liczba zależnych od otoczenia osób w wieku starszym, cierpiących zwykle na liczne schorzenia przewlekłe wymagające holistycznej opieki geriatrycznej. Może być ona zapewniona w praktyce jedynie w oparciu o wyspecjalizowane zespoły lekarzy geriatrów, pielęgniarzek, fizykoterapeutów, psychologów oraz pracowników socjalnych. Ta forma opieki, choć organizacyjnie wymagająca i kosztowna, w rzeczywistości ogranicza koszty. W porównaniu z podejściem typowym nie tylko daje ona lepsze rezultaty zdrowotne, ale również umożliwia wydłużenie okresu niezależnego funkcjonowania osób starszych, pozwalając im dłużej pozostawać w warunkach domowych i odraczając moment, gdy konieczne staje się korzystanie przez nie ze wsparcia instytucjonalnego, lub ogranicza wymagany zakres tego wsparcia, zmniejszając obciążenie placówek opieki długoterminowej. Z uwagi na skromne zasoby formalnych systemów wsparcia, na które polskie prawo nakłada obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osobom w wieku starszym, główny ciężar świadczeń opiekuńczych spoczywa, i będzie spoczywać w przyszłości, na opiekunach nieformalnych, szczególnie członkach rodziny. Wobec głębokich niedoborów zarówno wyspecjalizowanego personelu medycznego, jak i instytucji świadczących usługi w zakresie geriatry, ich rolę z konieczności przejmują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i ich placówki, zwłaszcza w przypadku stosunkowo jeszcze sprawnych osób starszych żyjących poza placówkami opieki długoterminowej. Z tego powodu lekarze rodzinni winni uwzględniać poszerzanie

kompetencji w zakresie geriatry w swych planach ustawicznego doskonalenia zawodowego.

Farmakoterapia pobudzenia w otępieniu

prof. Tadeusz Parnowski – PTPG, RJP PAN

Wbrew potocznemu wyobrażeniu leczenie farmakologiczne pobudzenia w otępieniu nastręcza wiele trudności. Po pierwsze mamy za dużo leków psychotropowych, po drugie wyniki badań nad efektywnością tych leków są niespójne, po trzecie, zbyt szybko podajemy leki pacjentom, bez koniecznej wcześniejszej analizy przyczyn pobudzenia. W wcześniejszych zaleceniach psychiatrycznych pobudzenie traktowano jak stan istotnego zagrożenia dla pacjenta i/lub opiekuna i stosowano leki szybko uspokajające (leki przeciwpyschotyczne, pochodne benzodiazepin lub inne leki z silnym działaniem antycholinergicznym), często w postaci iniekcji domięśniowych. Efektywność takich działań była krótkotrwała, a ryzyko objawów niepożądanych – znaczne. Wyniki badań z lat 2007–2015 wykazały, że stosowanie tych leków znacząco pogarsza stan chorego, przyspieszając progresję otępienia, pogarszając funkcje poznawcze, zwiększając ryzyko zagrażających objawów (np. upadki) oraz doprowadzając do przedwczesnego zgonu. Próby zamiany na leki normotymiczne (przeciwpadaczkowe) nie potwierdziły ich większej skuteczności. Wśród mechanizmów pogarszających stan chorego najczęściej występowały zapalenia płuc, upadki (ze złamaniem szyjki kości udowej), zaburzenia rytmu serca (zespół długiego QTc), zaburzenia elektrolitowe (hiponatremia) i zaburzenia świadomości (leki antycholinergiczne). W działaniach nefarmakologicznych opracowano metody zmniejszające ryzyko pobudzenia (np. zwracanie uwagi na czynniki wywołujące i wyzwalające), wśród działań farmakoterapeutycznych prowadzono badania nad wpływem dwóch grup leków: prokognitywnych oraz przeciwdepresyjnych. Pozytywne wyniki badań umożliwiły zmianę zaleceń, a dzięki temu zmniejszyły stosowanie leków z działaniem niekorzystnym. Mimo niewątpliwych sukcesów (mniej objawów niepożądanych) efektywność stosowania leków prokognitywnych i przeciwdepresyjnych nie jest zbyt wysoka. Najlepsze wyniki uzyskano, stosując odpowiednie działania nefarmakologiczne łącznie z dobranym lekiem.

Patogenetyczne uwarunkowanie leczenia chorych na boreliozę

prof. dr hab. med. Tadeusz Płusa – Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego w Warszawie

W 1977 r. opisano w miejscowościach Lyme i Old Lyme w stanie Connecticut w Stanach Zjednoczonych zapalenia stawów oraz zmiany skórne, co powiązano z ukąszeniami przez kleszcze. Obecnie choroba z Lyme (borelioza) jest najczęstszą chorobą odkleszczową na świecie. W Polsce większość zachorowań na boreliozę przypada na okres od maja do listopada, a ponad 80% przypadków stwierdzane jest w czerwcu i lipcu, w okresie żerowania nimf kleszczy. Rezerwuarem bakterii jest około 300 różnych gatunków ssaków. *Borrelia burgdorferi* charakteryzuje się zmiennością morfologiczną i immunologiczną w poszczególnych stadiach rozwojowych. Bakteria ma zdolność morfologicznego przekształcania się w postaci z deficytem błony komórkowej (CWD – *cell wall deficient*) w formie sferoplastów, L-form, *bleb-like spirochetes* i w postaci cyst (*round body/form*). Ma także zdolność do tworzenia biofilmu. Powyższe uwarunkowania wpływają na wiarygodność testów diagnostycznych, co może prowadzić do błędnych decyzji terapeutycznych. W postępowaniu początkowym istotne znaczenie ma wdrożenie skutecznego leczenia, aby zapobiec dalszemu postępowi zakażenia. Szczególną trudność w postępowaniu sprawia zespół poboreliozowy, gdy występują ciężkie stany niewydolności narządowej. Objawy zespołu pojawiają się po miesiącach lub latach po prowadzonej antybiotykoterapii u 10–20% leczonych jako odpowiedź autoimmunologiczna, która powstała po czynnym zakażeniu i skutecznym leczeniu, które mogło zlikwidować czynnik sprawczy. Rozbieżność zaleceń terapeutycznych dotyczy głównie wyboru antybiotyku, jego dawki i czasu podawania. Proponowana doksycyklina znajduje się we wszystkich zaleceniach, mimo że jej MIC₉₀ wynosi 2,0 mg/l. Inne antybiotyki mają lepsze parametry, a szczególnie azytromycyna, która podawana miejscowo w pierwszym etapie zakażenia, może być w pełni skuteczna.

Probiotyki EBM

dr hab. Ewa Rudnicka-Drożak – Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

The undoubted beneficial influence of probiotics on human body is well documented in many research papers. Although still little is known about properties of individual strains and benefits that can bring the administration of joined medications (synbiotics). Positive effects of probiotics administration is observed in many diseases like: prevention and treatment of acute infectious diarrhea, diarrhea caused by antibiotic therapy, prevention of certain allergic diseases. At the moment, there is lack of current guidelines on the choice of probiotics, dose, time of treatment or prevention, individual scientific societies and organizations often give contradictory recommendations on that subject. The use of probiotics in treatment and prevention of diseases still requires multiple research with the participation of large amount of patients and will always require individual decision based on available data.

Mindfulness and compassion training in physician's profession

prof. Małgorzata Sekułowicz – Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
dr Krystyna Boroń-Krupińska – Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Introduction

The profession of a physician is a profession of social responsibility, in which medical competence should go hand in hand with non-medical competences. Mental strain, physical fatigue and entanglement in the administrative system can result in chronic stress and contribute to professional burnout, affecting both the well-being of medical staff and the quality of medical care provided.

Aim

Author's intention is to promote mindfulness and compassion training that are considered to be protective and promoting the well-being of physicians resources in conditions of exposure to occupational stress.

Material and methods

Mindfulness and compassion trainings would be conducted among 100 physicians (50 in analyzed group

and 50 in control group), women and men, with varied experience and specialization. Participants of the study will complete psychological questionnaires assessing: mindfulness, compassion, level of burnout and stress and strategies for coping with stress. Also a biological examination would be included (MRI) to evaluate changes in brain.

Results

Increasing concentration, improving memory, reducing the level of stress, anxiety and depression and strengthening kindness attitude are the basis for mindfulness and compassion training, which also supports the ability of unreactive responses to difficult situations, develops communication between the physician and the patient.

Conclusions

Current research on mindfulness and compassion shows the enormous potential of training as a form of shaping and strengthening personal and social resources, which seems to be of particular importance in the presented project and the issue of professional burnout among physicians.

Cytykolina – nowe możliwości terapii pacjentów po udarze mózgu

prof. Agnieszka Słowik – Katedra i Klinika Neurologii UJ CM, Kraków

Udar niedokrwienny mózgu to choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana zamknięciem naczyń mózgowych. Wyróżnia się trzy sposoby leczenia ostrego udaru niedokrwiennego mózgu: leczenie przyczynowe (reperfuzja farmakologiczna za pomocą rt-PAIV i trombektomia mechaniczna) oraz leczenie wspomagające (neuroprotekcja i neuroregeneracja). Leczenie przyczynowe, stosowane u ponad 10% chorych na udar mózgu, znacząco zwiększa szanse chorych na powrót do zdrowia. Z kolei skuteczność leków neuroprotektoryjnych i leków neuroregeneracyjnych, mimo wielu korzystnych wyników uzyskanych w badaniach eksperymentalnych, została udokumentowana tylko w pojedynczych badaniach klinicznych. Do takich wyjątków należy cytykolina. Działanie cytykoliny polega na ochronie i regeneracji fosfolipidów błon komórkowych, zwiększeniu syntezy acetylocholino i dopaminy i obniżeniu generacji wolnych rodników.

U chorych na udar mózgu przeprowadzono dwa rodzaje badań z zastosowaniem cytykoliny: 1) badania u chorych

w ostrym okresie udaru, do 14 dni po zachorowaniu, oceniające wpływ cytykoliny na samodzielność chorych badaną za pomocą skali Rankina i na aktywność codziennego życia badaną za pomocą Indeksu Barthel w perspektywie krótkoterminowej, tzn. do 12 tygodni; 2) badania przeprowadzone u chorych po okresie ostrym, po 6 tygodniach po zachorowaniu na udar mózgu oceniające wpływ długoterminowego leczenia cytykolina na funkcje poznawcze i jakość życia w perspektywie odległej, tzn. do dwóch lat. W czasie ostatnich 40 lat przeprowadzono 17 badań klinicznych oceniających skuteczność cytykoliny u chorych na ostry udar niedokrwienny w odniesieniu do krótkoterminowej samodzielności i sprawności poudarowej. Sześć z nich wykazało skuteczność w zakresie badanych pierwszorzędowych punktów końcowych, a cztery – w analizie drugorzędowych punktów końcowych lub w analizie podgrup. Badania te wykorzystano w sześciu metaanalizach; w pięciu przypadkach wskazujących na skuteczność cytykoliny w tej grupie chorych. Ich wyniki pozwalają na rekomendowanie cytykoliny u chorych na ostry udar niedokrwienny jako leczenia wspomagającego w celu poprawy samodzielności i aktywności życia codziennego w perspektywie krótkoterminowej. U chorych, którym włączano cytykolinę do leczenia przewlekłego 6 tygodni po zachorowaniu na udar mózgu w dawce 1000 mg/dobę, stwierdzono korzystny wpływ tego leku na funkcje poznawcze i jakość życia.

Do comorbidities affect treatment for patients with PADs?

prof. dr hab. n. med. Agata Stanek – Department of Internal Medicine, Angiology and Physical Medicine, School of Medicine with the Division of Dentistry in Zabrze, Medical University of Silesia, Bytom

The therapeutic approach to patients with PADs includes two aspects. The first is to address specific symptoms of any localization and the risk related to a specific lesion. The second aspect of management in these patients is related to their increased risk of any CV event. Best medical therapy (BMT) includes CV risk factor management, including best pharmacological therapy, as well as non-pharmacological measures such as smoking cessation, healthy diet, weight loss and regular physical exercise. The pharmacological component of BMT includes antihypertensive, lipid-lowering and antithrombotic drugs. In

diabetic patients, optimal glucose level control should be obtained as recommended. Several studies have shown that statins significantly improve the CV prognosis of patients with IC or CLTI. Additionally, several meta-analyses have shown a relevant improvement in pain-free and maximal WD (walking distance) with the use of statins. In subjects with hypertension, calcium antagonists or ACEIs/ARBs should be preferred because of their potential in peripheral arterial dilatation. In patients with IC, exercise therapy (ExT) is effective and improves symptoms and QOL and increases maximal WD. Supervised ExT is more effective than unsupervised ExT. Cilostazol is an inhibitor of phosphodiesterase type III. Several clinical trials have shown an improvement of maximal walking distance (MWD) with cilostazol compared with placebo as well as pentoxifylline. In some patients when cilostazol can not be used (f.e. previous myocardial infarction in the last 6 months, coronary intervention in the last 6 months), sulodexide may be a therapeutic option. Other pharmacological medications such as prostanoids, pentoxifylline, L-arginine, buflomedil or ginkgo biloba do not have enough consistent data from RCTs to be recommended in patients with IC.

Kompetencje cyfrowe osób w wieku podeszłym szansą na zabezpieczenie ich potrzeb zdrowotnych w realiach XXI wieku

dr n. med. Robert Susto – Zakład Gerontologii, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Prawo do życia i ochrony zdrowia to już powszechnie uznawane podstawowe prawa człowieka – jednak wraz z wydłużającym się przeciętnym czasem trwania życia oraz postępującym starzeniem się społeczeństw stają się one coraz trudniejsze w realizacji. Liczba osób wymagających opieki, pielęgnacji lub leczenia oraz ich oczekiwania dotyczące jakości życia rosną szybciej niż dostępne zasoby finansowe i ludzkie. Poszerzający się dynamicznie wachlarz dostępnych rozwiązań teleinformatycznych jest w stanie – przynajmniej częściowo lub przejściowo – zmniejszyć tę presję w państwach gospodarczo rozwiniętych. Możliwe jest to jednakże tylko pod warunkiem, iż potencjalni beneficjenci będą chcieli i umieć z nich korzystać, stąd również z punktu widzenia zabezpieczenia

potrzeb zdrowotnych warto jak najwcześniej wspierać rozwój kompetencji cyfrowych (ang. *digital literacy*), zwłaszcza osób w wieku średnim lub starszym. Rozwiązania teleinformatyczne to urozmaicony zbiór narzędzi o różnym stopniu technicznego zaawansowania, złożoności i łatwości użytkowania; wiele spośród nich jest szeroko dostępnych lub znajduje się w powszechnym użyciu od dziesięcioleci, stąd są one gotowe do potencjalnego wykorzystania także dla potrzeb zapewnienia opieki lub ochrony zdrowia. Rozwiązania te tworzą skomplikowane systemy wzajemnie ze sobą połączonych oprogramowanych urządzeń elektronicznych przetwarzających wrażliwe dane medyczne, które wymagają zachowania poufności. Systemy te mają w swym założeniu służyć poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego i jakości życia pacjentów, jednakże mogą również stanowić istotne zagrożenie dla ich prywatności. Choć dane wrażliwe podlegają surowej ochronie prawnej, w tym w oparciu o Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych (RODO), nie powinno to zniechęcać lekarzy rodzinnych do stosowania rozwiązań teleinformatycznych, gdyż są one w stanie znacznie ich odciążać w codziennej praktyce.

Leki psychotropowe w ciąży i w czasie karmienia piersią

lek. Anita Szafrńska – ProPsyche Allenort, Warszawa

dr Tomasz Szafrński – Instytut Neuronauki i Medycyny Cybernetycznej, Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego

Ciąża i okres połogu nie mają działania protekcyjnego wobec występowania zaburzeń psychicznych, przeciwnie – mogą stanowić okres zwiększonego ryzyka, na przykład występowanie depresji i objawów lękowych w ciąży jest szacowane na 10–30%, zaś depresji poporodowej na 10–15%. Nasilenie objawów i ich negatywny wpływ na matkę i dziecko wymaga często podejmowania decyzji o stosowaniu leków psychotropowych. Podjęcie takiej decyzji jest zawsze trudne ze względu na ograniczoną liczbą informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leków w czasie ciąży i podczas karmienia piersią. Niestety dane zawarte w charakterystykach produktów leczniczych odnośnie do stosowania danego leku w okresie ciąży i karmienia piersią mają zwykle charakter konserwatywny i często mogą nie uwzględniać nowych informacji, które na przykład przemawiają za większym

bezpieczeństwem stosowania danego leku u kobiet w okresie ciąży i karmienia. Takie najnowsze dane można znaleźć w bazach danych, takich jak LACTMED/TOXNET czy MOTHERISK. W prezentacji zostaną przedstawiono najważniejsze informacje istotne z punktu widzenia lekarza POZ dotyczące stosowania leków psychotropowych w ciąży i w trakcie karmienia piersią – w tym zostaną omówione podstawowe leki, których stosowanie jest uznawane za dozwolone i relatywnie bezpieczne w ciąży, a także w trakcie karmienia piersią.

PTTK (Pregabalina – Trazodon – Tiapryd – Kwetiapina) – co powinien wiedzieć lekarz POZ?

dr Tomasz Szafrński – Instytut Neuronauki i Medycyny Cybernetycznej, Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego

lek. Anita Szafrńska – ProPsyche Allenort, Warszawa

Prezentacje będzie poświęcona przedstawieniu podstawowych informacji dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa 4 leków psychotropowych, które mogą znaleźć zastosowanie w praktyce lekarza POZ. Zostaną omówione możliwości stosowania tych leków między innymi w przypadku zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych i stanów pobudzenia u osób w wieku podeszłym. Przedstawimy praktyczne informacje na temat zasad prowadzenia terapii tymi lekami, ale także wskażemy na ich ograniczenia i najważniejsze działania niepożądane.

Praktyka pielęgniarskiej opieki rodzinnej oparta na faktach

dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska – Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Praktyka pielęgniarskiej opieki rodzinnej w Polsce rozwija się na wyjątkowych wzorach zawodowych. Hanna Chrzanowska (1902–1973) – w roku 2018 wpisana w poczet polskich błogosławionych Kościoła katolickiego – to prekursorka domowej opieki nad chorymi, działaczka charytatywna, pisarka, pedagog, instruktorka oraz osoba tworząca podwaliny naukowości pielęgniarstwa rodzinnego.

Współcześnie szybkie przemiany praktyki pielęgniarstwa rodzinnego związane z reformą podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce dają szeroki zakres samodzielności pielęgniarek rodzinnych w realizacji świadczeń zdrowotnych. Wymaga to jednak ustawicznego kształcenia oraz konieczności wykorzystania w codziennej praktyce wyników badań naukowych. Związek między praktyką pielęgniarstwa a badaniami naukowymi w pielęgniarstwie jest dwustronny.

Przegląd polskich badań w pielęgniarstwie rodzinnym z lat 1995–2015 wskazuje na deficyt rzetelnych badań naukowych opartych na dowodach (*evidence-based research*), jednak potrzebne są rodzime wyniki badań, aby dostarczyć wiedzy na temat roli pielęgniarki rodzinnej i efektów jej pracy wpływających na stan zdrowia pacjentów w środowisku zamieszkania.

Natomiast przegląd dostępnych wyników badań anglojęzycznych na temat roli pielęgniarki zaawansowanej praktyki (*Nurse Practitioners* – NP) w opiece domowej wskazuje na ogromny sukces w poprawie ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Rozwój tego kierunku przyczynił się do obniżenia kosztów leczenia wynikających z zaniedbań i braku profilaktyki. Wielokrotnie przeprowadzane badania w latach 1995–2000 nad poziomem opieki sprawowanej przez pielęgniarki NP na terenie USA w porównaniu do opieki sprawowanej przez lekarzy w opiece podstawowej okazały się sobie równe. Ewaluacja sposobów i efektów leczenia w takich chorobach, jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i astma oskrzelowa na przełomie sześciu miesięcy nie wykazały różnic w osiągniętych efektach terapeutycznych pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami NP. Preferencje pacjentów co do wyboru klinicysty oraz satysfakcja pacjentów z opieki były równomiernie rozłożone pomiędzy tymi dwoma grupami zawodowymi. Inne badania w tej dziedzinie potwierdziły, że pacjenci byli bardziej zadowoleni z opieki świadczonej przez pielęgniarki NP. Konsultacje z pacjentami były dłuższe, wywiady dokładniejsze, profilaktyka skuteczniejsza i liczba wizyt kontrolnych uległa zwiększeniu.

Istnieje potrzeba określenia strategii opieki oraz intensyfikacji działań w obszarze medycyny rodzinnej z uwzględnieniem kompetencji zawodowych i autonomii działań swoistych dla pielęgniarstwa rodzinnego jako ważnego wyzwania w kolejnych latach rozwoju POZ.

Interakcje w leczeniu NT u pacjentów starszych – jak leczyć bezpiecznie?

Katarzyna Wieczorowska-Tobis – Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Agnieszka Neumann-Podczaska – Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Interakcje międzylekowe w leczeniu NT u pacjentów starszych z wielolekowością stanowią duże wyzwanie w codziennej pracy lekarza rodzinnego. Wynika to z jednej strony z ogromnej mnogości różnych typów interakcji, które dodatkowo cechują się bardzo zróżnicowaną istotnością kliniczną, a z drugiej – z nietypowej prezentacji efektów polekowych (w tym działań niepożądanych oraz interakcji lek-lek oraz lek-choroba). Pomimo istnienia rozmaitych narzędzi informatycznych, których celem jest pomoc w identyfikacji interakcji, klinicysta, do którego trafia starszy pacjent z wielolekową farmakoterapią, konfrontując się z ogromną liczbą potencjalnych interakcji, staje zwykle przed pytaniem: jak leczyć bezpiecznie?

Wykład jest próbą całościowego spojrzenia na najbardziej istotne klinicznie interakcje leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego z innymi najczęściej stosowanymi w geriatrii substancjami leczniczymi. Przedstawione zostaną najważniejsze typy interakcji międzylekowych, w tym interakcje na poziomie farmakokinetyki, farmakodynamiki oraz cytochromu P450 wraz z praktycznymi przykładami istotnych klinicznie interakcji. Zaprezentowane zostaną tzw. interakcje uniwersalne dla wszystkich grup leków hipotensyjnych, które obejmują:

- sumowanie efektu hipotensyjnego poprzez połączenie leków hipotensyjnych z różnych grup lub ich łączenie z innymi lekami o działaniu hipotensyjnym (np. azotany, baklofen, trójcycliczne leki przeciwdepresyjne i neuroleptyki, preparaty L-DOPA, benzydiazepiny, barbiturany, opioidy). Interakcja ta może mieć charakter korzystny, wykorzystywany w terapii nadciśnienia tętniczego, ale w przypadku niektórych kombinacji lekowych może skutkować nasileniem działań niepożądanych (np. nadmierna hipotonia, hipotonia ortostatyczna, zaburzenia rytmu serca);
- pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego poprzez interakcje wszystkich leków hipotensyjnych z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ).

Konsekwencje tej interakcji zależą od rodzaju i dawek stosowanych substancji, niemniej konieczne jest ostrzeżenie starszych chorych o ryzyku wzrostu ciśnienia. Nie dotyczy to małych dawek (< 300 mg/dobę) kwasu acetylosalicylowego.

W podsumowaniu wykładu sformułowane zostaną najważniejsze praktyczne zasady bezpiecznego leczenia NT w starości, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z wielochorobowością i wielolekowością.

Otyłość – problem XXI wieku a zaburzenia seksualne

prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz

Otyłość to poważny problem ekonomiczny, zdrowotny i psychiczny, który dotyczy nie tylko dorosłych, ale także dzieci i młodzieży. Stan ten uważany jest za epidemię XXI wieku i dotyczy około 20% całej światowej populacji. Przyczyny otyłości upatruje się w genetyce, sposobie życia (nadmiar kalorii, brak ruchu), a także złej gospodarce hormonalnej, lekach i zaburzeniach seksualnych. Otyłość nie tylko wiąże się ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia takich chorób, jak: cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenie gospodarki hormonalnej, szczególnie u mężczyzn (testosteron), a także znacznego pogorszenia samooceny. Leczenie to m.in. odpowiednia dieta, ruch, farmakoterapia, zabiegi bariatryczne. Problemem w seksuologii są „feedersi”, czyli „wypasacze”. Są to osobnicy męscy (kobiety bardzo rzadko), których źródłem fascynacji jest tuczenie drugiej osoby. Według seksuologów to odmiana fetyszyzmu, czyli dewiacji seksualnej, w której fetyszem stają się nadmiernie otyłe ciała kobiet.



VII KONGRES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
MEDYCYNY RODZINNEJ

WROCŁAW | 12–14 października 2018 r.

Sesje plakatowe

SESJA 1

Informing about their own illness by patients with type 2 diabetes

dr Agata Matej-Butrym – Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr Marek Butrym – Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

dr hab. n. med. Ewa Rudnicka-Drożak – Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Jolanta Szeliga-Król – Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Introduction

Type 2 diabetes is a chronic disease that can influence the relationship between the patient and his/her social environment. Some diabetics are afraid of discrimination because of their illness.

Aim

Answering the question which persons from the social environment and why are informed about their illness by patients with type 2 diabetes.

Material and methods

136 patients with type 2 diabetes, including 71 women and 65 men (mean age 62.65 ± 8.86 years) were subjected to a survey study which included, among others, providing the information about the disease and the evaluation of the levels of the selected carbohydrate metabolism parameters (HbA_{1c} , fasting glucose).

Results

Patients with type 2 diabetes most often inform about the disease their family members, especially those who live with them (99.2%), as well as those who do not live with them (86%), then other people with diabetes (80.1%), friends (72.8%) and neighbours (63.2%). Every second employed respondent does not provide his/her employer with the information about the disease. Informing about own illness is primarily motivated by a desire to prove that "you can live a normal life with diabetes" (60.3%). There is a positive correlation between the level of HbA_{1c} and a willingness to prove that "you can live a normal life with diabetes" ($p < 0.05$).

Conclusions

Our research has shown that patients with type 2 diabetes do not always inform the social environment about their illness, which may have negative consequences. The reasons for this behavior require further research.

Polish e-cigarettes users reasons to start vaping

dr n. med. Paweł Lewek – Department of Family Medicine Medical University of Lodz

lek. Beata Woźniak – Nowy Dwor Medical Centre, Nowy Dwor

lek. Paulina Maludzińska – J. Babiński Psychiatric Hospital in Lodz

dr hab. Janusz Śmigieński, prof. PWSZ – Social and Technical Department, State Higher Vocational School in Konin

prof. Przemysław Kardas – Department of Family Medicine Medical University of Lodz

Introduction

Electronic cigarette (EC) is a small device used as a potentially less harmful alternative to regular cigarette, often advertised as a new tool for smoking cessation. After its introduction to the market in 2004, ECs became a global hit with few billion USD worth sales each year. Although its global popularity, not much is known about real reasons why users choose them instead of other tobacco products.

Aim

To understand reasons why Polish vapers start using ECs.

Material and methods

This was a cross-sectional study based on especially prepared questionnaire, which included multiple choice question: "What made you start vaping e-cigarettes?". A link to survey published on Survey Monkey web platform was distributed among ECs' facebook groups and vapers forums.

Results

After collecting of survey results during 6 months of 2016, 1142 surveys were included into final analysis. Studied population included mainly men in the age of 18-25 with secondary and higher education, living in urban areas. Three major reasons to start vaping were: lack of unpleasant odor (65.7%), belief in less harmfulness of ECs (64.6%) and better taste of ECs (58.8%) in comparison to regular cigarettes.

Conclusions

Better smell and taste of ECs comparing to regular cigarettes are important reasons for Polish vapers to start using ECs. Because many users believe that ECs are less harmful than tobacco smoking, information about possible ECs side effects and toxicity should be more available.

Zespół niespokojnych nóg – niedoceniany problem w codziennej praktyce lekarskiej?

lek. Szymon Suwała – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jakub Rzeszuto – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. n. med. Roman Junik – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Zespół niespokojnych nóg (RLS – ang. *restless legs syndrome*) to zaburzenie neurologiczne dotyczące ok. 5–10% europejskiej populacji i objawiające się m.in. nieprzyjemnym uczuciem przymusu poruszania kończynami dolnymi, pojawiającym się głównie w godzinach wieczornych lub nocnych. RLS z powodu ostatniej zmiany kryteriów diagnostycznych oraz niepatognomonicznej symptomatologii może stanowić swoistego rodzaju problem diagnostyczny.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny wykrywalności RLS w polskiej populacji oraz oszacowanie świadomości społecznej RLS.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano formularz ankiety internetowej (Google Spreadsheets) – ankieta rozprowadzana była przez media społecznościowe. W kwestionariuszu zawarto pytania uwzględniające poszczególne kryteria rozpoznania RLS wg konsensusu *International Restless Legs Syndrome Study Group* (IRLSSG) z 2014 roku. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przy zastosowaniu programu Microsoft Excel oraz pakietu statystycznego STATISTICA.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 593 respondentów. Zgodnie z kryteriami IRLSSG, RLS można byłoby rozpoznać u 89 (15,01%) respondentów. Jedynie 2 (0,34%) spośród nich miało wcześniej zdiagnozowane RLS. Tymczasem wcześniej zdiagnozowane RLS miało 12 (2,02%) osób, z czego 10 (1,69%) niespełniających kryteriów IRLSSG. 501 (84,49%) ankietowanych uważa, że RLS jest prawdziwą

jednostką chorobową, a 360 (60,71%) osób odpowiedziało, że wymaga ona leczenia. Wiedza osób powiązanych z sektorem medycznym nie różniła się statystycznie od populacji ogólnej w tej dziedzinie.

Wnioski

Wykrywalność RLS jest bardzo niska, a większość rozpoznań RLS była błędna. Może to wskazywać na konieczność zwiększenia edukacji w tym kierunku. Poza tym utrudnienie może stanowić panujące wśród części społeczeństwa przekonanie, że RLS nie jest prawdziwą jednostką chorobową. Do powyższych wniosków należy podejść ostrożnie ze względu na specyfikę badania.

Dostępność poradni leczenia bólu w Polsce

lek. Szymon Suwała – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kamila Skibińska – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Paulina Adamska – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. n. med. Roman Junik – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Ból towarzyszy pacjentom leczonym w każdej dziedzinie medycyny – tak jak różnorodna jest jego charakterystyka, tak różne są metody jego leczenia. Skierowanie do poradni leczenia bólu otrzymują z reguły pacjenci, u których oporny na leczenie ból wymaga specyficznego i indywidualnego podejścia. Zniwelowanie bólu nie tylko poprawia komfort życia pacjenta, ale często daje siłę do dalszej walki z chorobą.

Cel pracy

W naszej pracy podjęliśmy się oceny dostępności poradni leczenia bólu, wyrażonej m.in. w czasie oczekiwania na to świadczenie medyczne.

Materiał i metody

Z oficjalnego Ogólnodostępnego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne pobrano zbiorcze dane dotyczące poradni specjalistycznych, po czym wyselekcjonowano poradnie leczenia bólu, z ujęciem przypadków stabilnych. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej.

Wyniki

W Polsce funkcjonuje 175 poradni leczenia bólu. Największa liczba poradni znajduje się w województwie śląskim (51), najmniejsza zaś w województwie opolskim (3). Ogólnopolska mediana czasu oczekiwania na przyjęcie w poradni leczenia bólu wynosi 33 dni – najdłużej pacjent oczekuje na przyjęcie w województwie podlaskim ($M = 117$ dni). 29 poradni (16,38%) charakteryzuje się możliwością przyjęcia pacjenta w dniu zgłoszenia.

Wnioski

Mimo tak dużego odsetka osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu, poradnie leczenia bólu należą do jednych z mniej licznych poradni specjalistycznych w Polsce. Nierównomierne kierowanie pacjentów do ośrodków leczenia bólu prowadzi do przepełnienia poradni, między innymi w miastach wojewódzkich. Istotne wydaje się obiektywne i wielopoziomowe zweryfikowanie tego problemu i poprawa sytuacji tam, gdzie jest ona najgorsza.

SESJA 2**Występowanie senności
dziennej wśród osób aktywnych
i nieaktywnych zawodowo**

mgr Weronika Wolińska – Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

mgr Iwona Karpeta-Pawlak – Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr hab. n. zdr. Bożena Mroczek – Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Senność dzienna – czasami nazywana hipersomnią bądź somnolencją – jest jednym z rodzajów zaburzeń snu. Odczuwanie nadmiernej senności w ciągu dnia, wpływa na wszystkie aspekty życia od niekorzystnego funkcjonowania w ciągu dnia, po pogorszenie pamięci, a ostatecznie przyczynić się może nawet do częstszych wypadków w pracy.

Cel pracy

Określenie częstości występowania senności dziennej wśród osób aktywnych i nieaktywnych zawodowo.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 597 mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, wśród nich było 396 (66,33%) aktywnych zawodowo i 201 (33,67%) nieaktywnych zawodowo. Do badania wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się ze Skali Senności Epworth (ESS) i autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego dane socjodemograficzne oraz socjoekonomiczne.

Wyniki

W badaniu wykazano częstsze występowanie umiarkowanej senności dziennej wśród osób aktywnych zawodowo ($n = 67$, 65,69%) niż w grupie nieaktywnych zawodowo ($n = 35$, 34,31%), jednak nie była to istotna statystycznie zależność ($p = 0,886$). Ciężką senność dzienną częściej odnotowano u kobiet ($n = 8$, 1,34%) niż u mężczyzn ($n = 3$, 0,50%). Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem senności dziennej a samooceną stanu materialnego ($p = 0,001$).

Wnioski

Senność dzienna jest problemem częściej dotyczącym osób aktywnych zawodowo, co może mieć przełożenie na satysfakcję zawodową, jakość wykonywanej pracy, jak i na bezpieczeństwo. W grupie kobiet odnotowano

częstsze występowanie senności dziennej. Odczuwanie senności w ciągu dnia jest istotnie częstsze wśród osób oceniających swoją sytuację materialną jako wystarczającą i dobrą, co może wpływać na funkcjonowanie społeczne tych osób.

Analiza czynników ryzyka niespecyficycznych bólów spondylogennych w odcinku szyjnym wśród personelu medycznego ze szczególnym uwzględnieniem „nowych” czynników predykcyjnych

lek. Anna Citko – Zakład Medycyny Rodzinnej, UMB
 dr Stanisław Górski – Zakład Dydaktyki Medycznej, Collegium Medicum UJ, Kraków
 dr hab. Ludmiła Marcinowicz – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, UMB
 dr hab. Anna Górńska – Zakład Medycyny Rodzinnej, UMB

Wstęp

W populacji ogólnej bóle spondylogenne w odcinku szyjnym (BS) są częstą dolegliwością w układzie mięśniowo-szkieletowym. Wśród czynników ryzyka BS wymienia się nieergonomiczną postawę podczas pracy, dźwiganie dużych ciężarów czy też stres. Pojawiają pojedyncze doniesienia dotyczące ich związku z cukrzycą typu 2, hiperlipidemią czy też chorobami gastroenterologicznymi.

Cel pracy

Celem pracy była ocena szans występowania nawracających BS pod wpływem wybranych czynników predykcyjnych (elementów stylu życia, współistniejących schorzeń przewlekłych).

Materiał i metody

Badania realizowano techniką ankiety audytoryjnej. Wykorzystano między innymi kwestionariusz ankietowy oparty częściowo na standaryzowanym kwestionariuszu nordyckim czy też autorski kwestionariusz ankiety. Za „nawracające” BS uznawany był epizod ostrych dolegliwości bólowych ≥ 3 razy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy. Posłużono się analizą regresji logistycznej jednoczynnikowej. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 609 osób, 324 pielęgniarki i 285 ratowników medycznych w wieku 30–60 lat. Na-

wracające BS występowały u 114 osób (18,72% ogółu). W modelu regresji logistycznej jednoczynnikowej szanse występowania nawracających BS istotnie zwiększały między innymi: prawie 4-krotnie nadciśnienie tętnicze, ponad 2-krotnie cukrzyca typu 2, prawie 5-krotnie choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, ponad 2-krotnie choroby układu moczowo-płciowego, ponad 2-krotnie wysoka aktywność fizyczna (odpowiednio: $p < 0,001$; $p < 0,01$; $p < 0,001$; $p < 0,05$; $p < 0,01$).

Wnioski

Wyniki naszych badań wskazują na możliwy związek z niespecyficznymi nawracającymi BS tak schorzeń układu sercowo-naczyniowego, jak i chorób układu moczowo-płciowego, co przemawia za hipotezą kwalifikującą te choroby jako „nowe” czynniki predykcyjne niespecyficycznych nawracających BS.

Utracone lata życia z powodu nowotworów złośliwych kolorektalnych w Polsce w 2000 i 2014 roku według województw

Paulina Paciej – Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr hab. n. o zdr. Małgorzata Pikala – Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Irena Maniecka-Bryła – Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp

Nowotwory złośliwe kolorektalne są jedną z najważniejszych onkologicznych przyczyn zgonów w Unii Europejskiej. Polska należy do krajów, gdzie wskaźniki umieralności z tej przyczyny przekraczają średnie wartości dla EU-28. Obserwowane w wielu krajach różnice terytorialne w umieralności z różnych przyczyn skłaniają do analizy występowania takich nierówności także pomiędzy poszczególnymi województwami Polski.

Cel

Porównanie liczby przedwcześnie utraconych lat życia (*Years of Life Lost* – YLL) z powodu nowotworów złośliwych kolorektalnych pomiędzy 2000 i 2014 rokiem w Polsce według województw.

Materiał i metody

Badanie oparte jest na bazie danych utworzonej na podstawie kart zgonów Polaków z lat 2000 i 2014, których

było odpowiednio 368.028 i 376.467. Analizie poddano informacje o zgonach z powodu nowotworów złośliwych kolorektalnych (C18–C21 według ICD-10), których było 8517 w 2000 roku i 11.411 w 2014 roku. Do oceny YLL wykorzystano mierniki: SEYLL (*Standard Expected Years of Life Lost*), SEYLLp (*per person*), SEYLLd (*per death*).

Wyniki

W 2000 roku najwięcej YLL w przeliczeniu na 10.000 mężczyzn odnotowano w województwie zachodniopomorskim (SEYLLp = 55,7 lat), natomiast w 2014 roku w województwie opolskim (SEYLLp = 77,5 lat). Wzrost wartości tego miernika pomiędzy 2000 i 2014 rokiem stwierdzono w grupie mężczyzn we wszystkich województwach.

W grupie kobiet najwięcej YLL w przeliczeniu na 10.000 odnotowano w 2000 roku w województwie łódzkim (SEYLLp = 46,0 lat), a w 2014 roku w województwie warmińsko-mazurskim (SEYLLp = 49,6 lat). U mieszkanków województw łódzkiego i dolnośląskiego zaobserwowano spadek SEYLLp w czasie, natomiast w pozostałych województwach nastąpił jego wzrost.

Wnioski

Na przestrzeni lat 2000 i 2014 zaobserwowano tendencję wzrostową YLL z powodu nowotworów kolorektalnych w Polsce, a zjawisko to charakteryzowało zróżnicowanie terytorialne. Jedną z przyczyn mogą być pogarszające się nawyki zdrowotne Polaków – wskazane jest więc ciągle propagowanie zasad zdrowego stylu życia.

Wpływ zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej na równowagę prooksydacyjno-antyoksydacyjną u chorych na stwardnienie rozsiane

dr Iwona Bryczkowska – Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

mgr Aleksandra Radecka – Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

mgr Anna Knyszyńska – Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr Joanna Łuczak – Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Szpital MSWiA w Warszawie

prof. Anna Lubkowska – Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, Pomorski Uniwersytet medyczny w Szczecinie

Krioterapia ogólnoustrojowa, ze względu na swoje oddziaływanie analgetyczne i przeciwzapalne jest coraz częściej wybieraną formą rehabilitacji pacjentów neurologicznych, także w przypadku chorych na stwardnienie rozsiane (SM). W poniższych badaniach podjęto próbę oceny wpływu 30 codziennych zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej na podstawowe parametry biochemiczne krwi i aktywność enzymów antyoksydacyjnych w erytrocytach osób chorych na SM. W trakcie realizacji badań nie odnotowano pogorszenia stanu któregokolwiek z pacjentów, a wszyscy dobrze tolerowali zabiegi. W następstwie serii 30 zabiegów WBC nie zaobserwowano istotnych zmian w stężeniu białka całkowitego, albumin, kwasu moczowego, glukozy oraz w poziomie całkowitego cholesterolu (TCh) i frakcji HDL i LDL oraz w stężeniu triacylogliceroli (TG) w badanej grupie chorych. Analizując zmiany w aktywności enzymatycznej, odnotowano wyłącznie zmiany w odniesieniu do reduktazy glutationowej (obniżenie aktywności o 35,9%; $p = 0,000915$). Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że kriostymulacja ogólnoustrojowa może przyczyniać się do przejściowego nasilenia reakcji wolnorodnikowych, co może stymulować odpowiedź antyoksydacyjną ustroju. Ponadto zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej są dobrze tolerowane przez chorych na SM.

Stan zdrowia sercowo-naczyniowego wśród mieszkańców rejonów wiejskich i miasta na przykładzie powiatu janowskiego we wschodniej Polsce: badania przekrojowe

dr n. o zdrowiu Grzegorz Nowicki – Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr hab. n. o zdrowiu Barbara Ślusarska – Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr hab. n. med. Ewa Rudnicka-Drożak – Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, I Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Katarzyna Kocka – Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Agnieszka Bartoszek – Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD) są główną przyczyną zgonów na świecie. Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (AHA) w celu promowania idealnego zdrowia sercowo-naczyniowego (ICH) zaproponowało 7-elementowe narzędzie, w skład którego wchodzi: 4 zachowania zdrowotne (palenie tytoniu, masa ciała, aktywność fizyczna i optymalna dieta) oraz 3 komponenty biologiczne (poziom cholesterolu we krwi, poziom glukozy we krwi i ciśnienie tętnicze krwi).

Cel pracy

Ocena rozpowszechnienia ICH w populacji mieszkańców powiatu janowskiego w zależności od miejsca zamieszkania i płci zgodnie z kryteriami AHA.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 3901 osób. W ramach badania wykorzystano: kwestionariusz ankiety, pomiar fizjologiczny i antropometryczny oraz wykonano oznaczenia laboratoryjne.

Wyniki

Po wystandaryzowaniu danych do wieku i uwzględnieniu dodatkowych zmiennych zakłócających (płeć, stan

cywilny oraz wykształcenie) wyniki wskazują, że mieszkanie na wsi było związane z mniejszą o 22% szansą na idealny BMI ($OR = 0,78$, $95\% CI = 0,66-0,92$), o 29% szansą na idealną dietę ($OR = 0,71$, $95\% CI = 0,54-0,94$) oraz o 29% szansą na idealne ciśnienie tętnicze krwi ($OR = 0,71$, $95\% CI = 0,56-0,89$) i o 28% szansą idealnego poziomu glukozy ($OR = 0,72$, $CI = 0,63-0,84$) w porównaniu do uczestników badania z miast. Odwrotna zależność wystąpiła w przypadku palenia tytoniu, szansa bycia niepalącym była o 35% ($OR = 1,35$, $95\% CI = 1,17-1,57$) wyższa u uczestników badania ze wsi w porównaniu do mieszkańców miast. Mieszkańcy wsi mieli o 28% mniejszą szansę na globalne idealne zdrowie sercowo-naczyniowe w porównaniu do mieszkańców miasta ($OR = 0,72$, $CI = 0,53-0,98$).

Wnioski

Mieszkanie w rejonie wiejskim wiąże się z gorszym rozpowszechnieniem idealnego zdrowia sercowo-naczyniowego. Badanie to może stanowić punkt odniesienia w ocenie idealnego zdrowia sercowo-naczyniowego wśród mieszkańców rejonów wiejskich.

Cywilizacyjne uwarunkowania otyłości. Porównanie stylu życia osób otyłych i osób z wagą w normie

dr Małgorzata Obara – Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji UWM Olsztyn

Wstęp

Czynniki cywilizacyjne oraz wynikający z nich styl życia, stanowią istotny element w powstawaniu otyłości.

Cel pracy

Celem badania było scharakteryzowanie zachowań zdrowotnych mogących mieć bezpośredni wpływ na powstawanie oraz utrzymywanie się otyłości wśród osób z BMI > 30 oraz porównanie ich do grupy osób z wagą w normie.

Materiał i metody

W badaniu wzięły udział dwie równoliczne grupy kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Kobiety otyłe ($n = 36$) porównywano z drugą grupą kobiet z normową ($n = 36$), indeks masy ciała – BMI < 25. Zastosowanym narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego. W skład kwestionariusza wchodziły cztery wymiary: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne.

Wyniki

Wyniki przeprowadzonego badania pokazały, że w grupie osób z normową wynik w zakresie całości Inwentarza Zachowań Zdrowotnych był istotnie wyższy niż w grupie osób otyłych $t(70) = -3,029$; $p < 0,05$. W obrębie poszczególnych wymiarów kwestionariusza istotna różnica pomiędzy dwiema grupami uwidoczniła się w zakresie nawyków żywieniowych $t(70) = -2,89$; $p < 0,05$. Uśredniony wynik otyłych kobiet w wymiarze nawyków żywieniowych był na poziomie niskim $m = 14,83$, wskazującym na występowanie w tej grupie strategii żywieniowych niesprzyjających zachowaniu szczupłej sylwetki. Wynik kobiet z grupy drugiej w tym wymiarze był na poziomie przeciętnym $m = 18,58$.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na konieczność edukacji zdrowotnej społeczeństwa polegającej na rozpowszechnianiu wiedzy na temat zdrowego stylu życia oraz efektywnych sposobów modyfikacji własnego stylu życia.

SESJA 3

Powikłania oczodołowe ostrego zapalenia zatok przynosowych u dzieci – na podstawie analizy retrospektywnej u 33 pacjentów

dr n. med. Beata Pucher – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

dr n. med. Magdalena Prauzińska – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

dr n. med. Michał Kotowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

lek. Agata Młynarczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

lek. med. Paulina Adamczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

dr hab. med. Katarzyna Jończyk-Potoczna – Zakład Radiologii Pediatrycznej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

dr hab. med. Jarosław Szydlowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera UMP Poznań

Wstęp

Ostre zapalenie zatok przynosowych jest częstą chorobą w populacji pediatrycznej. Częstość występowania powikłań oczodołowych jest większa u dzieci niż u dorosłych i wynosi od 5% do 7% wszystkich dzieci leczonych z powodu zapalenia zatok.

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania oraz leczenia powikłań oczodołowych u dzieci leczonych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu.

Materiał i metody

Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji 33 pacjentów skierowanych do Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej z powodu powikłań oczodołowych zapalenia zatok przynosowych w okresie od stycznia 2016 do marca 2018 roku. Poddano ocenie następujące dane: płeć, zachorowalność w różnych grupach wiekowych, wyniki badań obrazowych, występowanie i stadium zaawansowania powikłania oczodołowego oraz metodę leczenia (zachowawcze lub chirurgiczne).

Wyniki

Grupę I (0–3 r.ż.) stanowiło 7 dzieci. U dzieci w wieku 4–10 r.ż. (grupa II, $n = 22$) powikłania oczodołowe występowały najczęściej. W grupie III (11–18 r.ż.) było 4 dzieci. U większości pacjentów wykonano tomografię komputerową zatok przynosowych. Do oceny stopnia zaawan-

sowania powikłań posłużono się klasyfikacją Chandlera. Stwierdzono, że najczęstszą postacią powikłania oczodołowego u dzieci jest zapalny obrzęk powiek (stadium I) i dotyczy ono głównie młodszych dzieci.

Wnioski

Właściwe i szybkie rozpoznanie stopnia zaawansowania powikłania ostrego zapalenia zatok przynosowych jest warunkiem wdrożenia odpowiedniego leczenia i zmniejsza ryzyko utraty wzroku.

Sondowanie dróg łzowych pod kontrolą endoskopii – minimalnie inwazyjne i skuteczne leczenie u dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych

dr n. med. Magdalena Prauzińska – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr n. med. Beata Pucher – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

lek. Agata Młynarczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr n. med. Michał Kotowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

lek. med. Jagoda Kolasińska-Lipińska – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

lek. med. Paulina Adamczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr hab. med. Jarosław Szydłowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

Wstęp

Wrodzona niedrożność dróg łzowych jest częstą anomalią rozwojową i w większości przypadków jest zlokalizowana na poziomie dystalnego końca przewodu nosowo-łzowego. Samoistne ustąpienie objawów obserwuje się w 96% przypadków do ukończenia 1 r.ż., dlatego też większość autorów sugeruje leczenie zachowawcze w pierwszych miesiącach życia. W przypadku przetrwałej niedrożności wykonuje się sondowanie dróg łzowych. Następnym etapem postępowania jest operacja dróg łzowych (*dacryocystornostomia*). Zastosowanie dostępu wewnątrznosowego stało się możliwe dzięki rozwojowi zaawansowanych technik endoskopowych. Aktualnie

znajduje on szerokie zastosowanie w leczeniu wrodzonej niedrożności dróg łzowych u dzieci.

Cel pracy

Ocena efektywności sondowania dróg łzowych pod kontrolą endoskopii jako metody leczenia wrodzonej niedrożności przewodu nosowo-łzowego u dzieci.

Materiał i metody

Do grupy badanej zakwalifikowano 14 dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych. Wszyscy pacjenci byli leczeni chirurgicznie w okresie od 1.03.2016 do 30.03.2018. Zebrano wywiad dotyczący objawów oraz wcześniejszego leczenia. Wdrożono leczenie operacyjne, a następnie oceniono stan dziecka po operacji i zapisano dane dotyczące wyników leczenia.

Wyniki

Wiek dzieci w grupie badanej wynosił 6–152 miesięcy (mediana 30 miesięcy). U 10 dzieci wykonano wcześniej sondowanie dróg łzowych, a u 4 nie było wcześniej żadnej interwencji chirurgicznej. Leczenie było skuteczne u 12 pacjentów (85,71% grupy badanej).

Wnioski

W grupie badanej sondowanie dróg łzowych pod kontrolą endoskopii jest efektywną metodą leczenia dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych. Autorzy zalecają stosowanie tej techniki u dzieci powyżej 12. miesiąca życia, u których wykonano wcześniej nieefektywne sondowanie, u niemowląt z zapaleniem dróg łzowych i zawsze przed planowanym zabiegiem *dacryocystornostomii*.

Częstość występowania alergii u dzieci z przerostem migdałka gardłowego i wysiękowym zapaleniem ucha środkowego przyjętych do Oddziału Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

lek. med. Paulina Adamczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

dr Beata Pucher – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

dr Magdalena Prauzińska – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

dr Michał Kotowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

lek. med. Agata Kałużna-Młynarczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

dr hab. Jarosław Szydlowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu

Wstęp

Choroby o podłożu alergicznym są najczęstszymi schorzeniami przewlekłymi u dzieci. Mówi się, że u pacjentów z alergią częściej występuje przerost migdałka gardłowego i wysiękowe zapalenie ucha środkowego niż u pacjentów z ujemnym wywiadem alergicznym.

Cel pracy

Ustalenie częstości występowania alergii u dzieci z przerostem migdałka gardłowego z lub bez towarzyszącego wysiękowego zapalenia ucha środkowego (WZUŚ) przyjętych do Oddziału Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu w okresie od 05.2017 do 05.2018 r. oraz sprawdzenie, czy współwystępowanie chorób o tle alergicznym zwiększa ryzyko przerostu migdałka gardłowego lub WZUŚ.

Materiał i metody

U każdego pacjenta przyjętego celem wykonania adenotomii i/lub drenażu wentylacyjnego przeprowadzono dokładny wywiad w celu weryfikacji, czy cierpi na choroby alergiczne. U każdego pacjenta wykonano przedoperacyjne badanie słuchu – tympanometrię i audiometrię tonalną lub otoemisję akustyczną. Dane zostały przeanalizowane statystycznie. Zastosowano test chi kwadrat o wartości $p < 0,05$.

Wyniki

153 pacjentów w wieku od 2 do 16 lat (68 dziewczynek i 85 chłopców) zostało przyjętych do Oddziału Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu w okresie od 05.2017 do 05.2018. Dzieci zostały podzielone na trzy podgrupy wie-

kowe. 16,9% dzieci poddanych adenotomii i 17,4% dzieci poddanych adenotomii z drenażem wentylacyjnym cierpiało na choroby alergiczne. Alergia nie miała wpływu na częstość występowania WZUŚ i przerostu migdałka gardłowego, ale wynik ten nie był istotny statystycznie. WZUŚ i konieczność wykonania drenażu wentylacyjnego statystycznie częściej występowała u chłopców ($p = 0,02$, $\chi^2 = 5,39$).

Wnioski

Częstość występowania alergii była większa u chłopców i częściej z powodu WZUŚ zakładano u nich drenaż wentylacyjny. Różnica ta była statystycznie istotna. Alergia w naszej grupie badanej nie miała wpływu ani na częstość występowania WZUŚ, ani przerostu trzeciego migdałka.

Ostre zapalenie wyrostka sutkowego – ciężkie powikłanie ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci

Agata Kałużna-Młynarczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr Beata Pucher – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

Nel Nurczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

Paulina Adamczyk – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr Magdalena Prauzińska – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr Michał Kotowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

dr hab. Jarosław Szydlowski – Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Szpitala im. Jonschera, UMP Poznań

Wstęp

Ostre zapalenie ucha środkowego u dzieci jest jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się pacjentów do poradni lekarza rodzinnego i pediatry. W rzadkich przypadkach proces zapalny rozprzestrzenia się w głąb kości skroniowej pomimo odpowiedniego leczenia. Takie szerzenie się procesu zapalnego może skutkować zapaleniem wyrostka sutkowego.

Cel pracy

Celem plakatu jest przedstawienie najczęstszego powikłania zapalenia ucha środkowego – zapalenia wyrostka sutkowego. Autorzy przybliżają zapalenie wyrostka

sutkowego – najczęstsze objawy, częstotści zachorowań oraz leczenie.

Materiał i metody

Dane o pacjentach hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w okresie od stycznia 2017 r. do kwietnia 2018 r. zostały przeanalizowane i poddane badaniu retrospektywnemu.

Wyniki

Na podstawie analizowanej dokumentacji medycznej oceniano częstość występowania zapalenia wyrostka sutkowego, postępowanie diagnostyczne wraz z zastosowanymi metodami leczenia oraz skuteczność zastosowanych terapii w warunkach szpitalnych. Dodatkowo analizie poddano częstość wizyt ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć i częstość hospitalizacji u pacjentów z niepowikłanym zapaleniem ucha środkowego.

Wnioski

Liczba przypadków zapalenia ucha środkowego wymagających hospitalizacji w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu jest niewielka, jednak powikłania mogą mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i życia pacjenta. Nieskomplikowane ostre zapalenie ucha środkowego może być skutecznie leczone w warunkach ambulatoryjnych przez lekarzy rodzinnych i pediatrów. Wczesne wykrycie potencjalnego powikłania jest niezbędne w praktyce lekarza rodzinnego.

Objadanie się jako reakcja na nadmierny stres doświadczany przez kobiety będące ofiarami przemocy domowej

dr Małgorzata Obara – Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji, UWM Olsztyn

Wstęp

Jedzenie obok substancji uzależniających, takich jak alkohol, narkotyki czy też papierosy może stanowić ucieczkę przed samoświadomością stosowaną w momencie narażenia na nieprzyjemne myśli dotyczące samego siebie. Przejadanie się pod wpływem stresu może prowadzić do otyłości.

Cel pracy

Celem badania była analiza wpływu stresu doświadczanego przez ofiary przemocy domowej na ich zachowania żywieniowe.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 30 kobiet w wieku około 40 lat, uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych „Wygraj ze stresem” zorganizowanych przez olsztyńską Fundację na Rzecz Praw Kobiet i Rodziny. W celu odpowiedzi na pytanie badawcze zastosowano skalę przejadania się pod wpływem stresu opracowaną przez Wurtman i Suffes (1997). Wyniki badania posłużyły do późniejszej dyskusji na tematy powiązane z analizą indywidualnych sposobów radzenia sobie z problemami i możliwością ich ewentualnej zmiany.

Wyniki

Uśrednione wyniki odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w zastosowanej skali badawczej wśród 30 uczestniczek ukazują, że w przebadanej grupie kobiet nadmierne jedzenie jest spowodowane doświadczanym stresem. Uśredniony ogólny wynik wszystkich pozycji skali wynosi $m = 6,38$ (wynik powyżej 6 wskazuje na objadanie się spowodowane stresem).

Wnioski

Badanie ukazało, że w grupie kobiet w sposób szczególny narażonych na stres życiowy objadanie się jest powszechnie stosowaną metodą regulacji stanu emocjonalnego. Wyniki zastosowanej skali ukazały, że przeżywanie negatywnych emocji powoduje zbyt częste spożywanie pokarmów, zwłaszcza wysokowęglowodanowych. Doświadczany stres powoduje również utratę kontroli nad jedzeniem.

Afirmacja sprawnościowa jako sposób poprawy samooceny osób otyłych

dr Małgorzata Obara – Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji, UWM Olsztyn

Wstęp

Badania oraz praktyka kliniczna pokazują, że negatywny stan emocjonalny oraz powiązane z nim obniżone poczucie własnej wartości jest jedną z przyczyn rezygnacji z redukcji masy ciała przez osoby otyłe.

Cel pracy

W niniejszym badaniu postanowiono sprawdzić, czy technika afirmacji sprawnościowej pozwoli na efektywną poprawę samooceny otyłych kobiet odchudzających się. Aby autoafirmacja skutecznie poprawiała samopoczucie, powinna dotyczyć tematów związanych z aspektami samego siebie, które są ważne z adaptacyjnego punktu widzenia.

Materiał i metody

Badanie miało charakter quasi-eksperymentu z powtarzanym pomiarem. W badaniu uczestniczyło 15 kobiet otyłych ($BMI > 30$), odchudzających się, w wieku 28–63 lat. Wpływ zastosowania określonej techniki manipulacyjnej (autoafirmacji sprawnościowej) zweryfikowano na podstawie powtarzanego pomiaru samooceny przed oraz po manipulacji. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniu był Kwestionariusz Samooceny Rosenberga. W ramach indywidualnych zajęć psychoedukacyjnych uczestniczki badania zostały zapoznane z techniką autoafirmacji, która między innymi okazuje się być skuteczną metodą wzmacniania wiary w siebie. Następnie uczestniczki miały za zadanie codziennie rano wypowiadać oraz przepisywać własne afirmację, tak aby pozytywnie sformułowane treści na temat samych siebie zaczęły pojawiać się automatycznie.

Wyniki

Przeprowadzona analiza wyników wykazała, że zastosowana w badaniu manipulacja okazała się istotna statystycznie: m (średnia wyników w pomiarze I) = 28,800; m (średnia wyników w pomiarze II) = 27,5333; $t(14) = 3,53$; $p < 0,005$.

Wnioski

Przedstawione badanie własne pokazało, że autoafirmacja sprawnościowa była techniką, która pozwoliła na poprawę samooceny oraz samopoczucia przebadanych osób otyłych z $BMI > 30$ odchudzających się.

Zastosowanie pomiarów antropometrycznych w diagnostyce i monitorowaniu nadmiernej masy ciała u dzieci

Agnieszka Pawelak – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Maciej Ornat – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Krzysztof Pawelak – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Agnieszka Wróblewska – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Bartosz Jerczak – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Paweł Barski – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Angelika Saj – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Iwona Pirogowicz – Katedra i Klinika Geriatrii

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp

Otyłość rozwijająca się we wczesnych latach życia jest jednym z istotniejszych czynników ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. W świetle tych faktów widoczna jest konieczność jak najwcześniejszego rozpoznawania nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży. Tymczasem zauważalne jest niedodiagnozowanie otyłości, dotyczące najczęściej dzieci pomiędzy 5. a 12. rokiem życia, jak również nastolatków.

Cel pracy

Celem pracy jest sprawdzenie korelacji pomiędzy wskaźnikami antropometrycznymi, najczęściej stosowanymi w diagnostyce otyłości oraz określenie ich dokładności w wykrywaniu nadmiernego rozrostu tkanki tłuszczowej.

Materiał i metody

Badaniem objęto łącznie 150 dzieci przebywających na obozie rehabilitacyjno-leczniczym w CRR KRUS w Szklarskiej Porębie w 2017 roku. W całej grupie przeprowadzono podstawowe pomiary antropometryczne – wzrost, masa ciała, obwód pasa oraz grubość naramiennego fałdu skórniego, z których następnie obliczono wskaźnik BMI, Cola oraz WHtR. Analiza składu masy ciała została wykonana z użyciem analizatora Tanita MC-780MA.

Wyniki

Wzajemna korelacja pomiędzy mierzonymi oraz wyliczonymi parametrami we wszystkich przypadkach była istotna statystycznie ($p < 0,001$). Parametrami wykazują-

cymi największy poziom korelacji z innymi mierzonymi parametrami zarówno w grupie chłopców, jak i dziewczynek był w centyl BMI oraz wartość BMI i wskaźnik Cole'a. Wśród parametrów niebazujących na wzroście i masie w grupie chłopców okazał się centyl obwodu talii ($r = 0,76$), natomiast w grupie dziewczynek zawartość tkanki tłuszczowej ($r = 0,74$) oraz wskaźnik WHtR ($r = 0,74$).

Wnioski

Parametrami o największej wartości w diagnozowaniu i monitorowaniu nadmiernej masy ciała u dzieci okazały się być wartość BMI oraz centyl BMI. Ponadto pomiary niebazujące na masie ciała i wzroście powinny być stosowane w celu określenia ilości oraz ułożenia tkanki tłuszczowej.

SESJA 4

Ocena wiedzy rodziców na temat zakażeń meningokokowych oraz ich profilaktyki

Remigiusz Chrostek

Urszula Ostromęcka

Agnieszka Mastalerz-Migas

Urszula Grata-Borkowska

Wstęp

Zakażenie meningokokami jest w dalszym ciągu poważnym problemem klinicznym, mimo dostępnych skutecznych szczepień ochronnych. Możliwość zarażenia się również od bezobjawowego nosiciela sprawia, że nie tylko dzieci uczęszczające do żłobków czy przedszkoli są narażone na wystąpienie infekcji spowodowanej przez *N. meningitidis*.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy rodziców na temat zakażeń meningokokowych oraz postaw wobec szczepień przeciwko *N. meningitidis*.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 152 respondentów – rodziców dzieci. Wykorzystano autorski kwestionariusz składający się m.in. z 14 pytań z wiedzy na temat infekcji meningokokowych.

Wyniki

Szczepienie dziecka przeciwko meningokokom deklarowało 23% respondentów. Większość ankietowanych (60,9%) zaszczepiła dzieci w pierwszym roku życia. Tylko 42,1% ankietowanym lekarz rodzinny lub pediatra zalecił szczepienie przeciwko meningokokom. W tej grupie na szczepienie zdecydowało się 48,4% rodziców, natomiast w grupie, w której lekarze nie zalecili szczepienia, żaden z rodziców nie zaszczepił dziecka. Rodzice dzieci szczepionych odznaczyli się wyższą wiedzą na temat zakażeń meningokokowych niż rodzice nieszczepiący. Odsetek poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy na tych temat zakażeń w pierwszej grupie wyniósł 65,1%, a w drugiej 60,6%. Najczęściej wymienianą przyczyną niezaszczepienia dziecka przeciwko *N. meningitidis* była wysoka cena szczepionki (21,4%), drugą w kolejności (16,1%) niezalecenie szczepienia przez lekarza, trzecią (15,2%) strach przed działaniami niepożądanymi szczepienia.

Wnioski

Szczepienia przeciwko meningokokom wciąż nie są wystarczająco często wybierane przez rodziców. Należy podkreślić szczególną rolę lekarza POZ w podejmowaniu przez rodziców decyzji odnośnie do szczepień.

Szczepienie przeciwko grypie w grupie ryzyka – pacjenci po przeszczepach narządów

Urszula Ostromięcka

Remigiusz Chrostek

Agnieszka Mastalerz-Migas

Urszula Grata-Borkowska

Wstęp

U pacjentów po przeszczepach narządów konieczne jest stosowanie farmakologicznej immunosupresji, którą wiąże się zarówno z korzystnym efektem hamowania procesu odrzucania narządu, jak i negatywnymi konsekwencjami w postaci większej podatności na infekcje. Jedną ze strategii ochrony biorców przeszczepów przed powikłaniami leczenia jest stosowanie szczepień pacjentów oraz osób z ich otoczenia. Do szczepień zalecanych po przeszczepie należą szczepienie przeciwko grypie oraz *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* typ b, *Neisseria meningitidis* typ C.

Cel pracy

Celem pracy była analiza, jaki odsetek pacjentów po przeszczepach narządów jest szczepionych przeciw grypie oraz wiedzy i opinii na temat szczepień przeciwko grypie.

Materiały i metody

Wykorzystano anonimową ankietę przesyłaną drogą elektroniczną wśród użytkowników forów internetowych zraszających osoby po przeszczepach narządów. W badaniu wzięło udział 180 osób po przeszczepach narządów.

Wyniki

Największą grupę stanowili biorcy nerki (66,1%), a następnie kolejno serca (12,2%) oraz wątroby (7,8%). W sezonie infekcyjnym 2017/2018 zaszczepiło się 22,2% ankietowanych, a 11,7% ankietowanych deklaruje, że na grype zaszczepieni zostali wszyscy lub znacząca większość osób z najbliższego otoczenia. Szczepienie przeciwko grypie zostało zalecone 27,2% pacjentów przez transplantologa oraz 26,1% pacjentów przez lekarza rodzinnego. 1/3 ankietowanych spotkała się z opinią ze strony personelu medycznego, że pacjent będący po przeszczepie narządów nie może zostać zaszczepiony przeciwko grypie.

Wnioski

Odsetek pacjentów po przeszczepie narządu szczepionych przeciw grypie jest zbyt niski. Nie jest również realizowana strategia kokonowa polegająca na szczepieniach osób mających częsty kontakt z pacjentem. Może to wynikać z braku odpowiednich informacji ze strony lekarzy transplantologów i lekarzy rodzinnych.

Ocena wpływu odległości stacji przekąźnikowych sieci komórkowych (BTS) na częstość występowania oraz cechy zmian ogniskowych tarczycy, uwidocznionych w badaniach ultrasonograficznych

lek. Szymon Suwała – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Ewelina Malesza – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Aleksandra Marko – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. n. med. Roman Junik – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Telefony komórkowe są obecnie nieodłącznym elementem życia codziennego większości społeczeństwa. W ślad za tym urządzenia te stają się coraz częściej przedmiotem zainteresowań naukowców – dla przykładu, w 2009 r. Mortavazi i wsp. na małej grupie zdrowych ochotników udowodnili, iż im częściej używany był telefon, tym wyższa była mediana TSH. Telefony komórkowe stanowią jednak wyłącznie terminal ruchomy systemu komórkowego, podczas gdy na organizm człowieka może wpływać również promieniowanie elektromagnetyczne stałej części cyfrowej sieci telekomunikacyjnej.

Cel pracy

Celem badania była ocena wpływu lokalizacji BTS względem miejsca zamieszkania pacjentów na częstość występowania oraz cechy zmian ogniskowych tarczycy.

Materiał i metody

Pozyskano dane pacjentów (wiek, adres zamieszkania, wynik badania USG tarczycy) hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii i Diabetologii z powodów pozatarczycowych – grupa pilotażowa stanowiła 126 pacjentów. Korzystając z internetowej mapy BTS, zweryfikowano

adresy pacjentów pod kątem odległości od BTS oraz pod kątem liczby BTS znajdujących się w odległości do 1 km od miejsca zamieszkania pacjenta.

Wyniki

U 49 pacjentów (38,88%) występowały zmiany ogniskowe w strukturze tarczycy, z czego u 21 z nich były to zmiany określane jako podejrzone. Pacjenci ze zmianami ogniskowymi w ogólności (w porównaniu z pozostałymi badanymi) charakteryzowali się mniejszą odległością miejsca zamieszkania od najbliższego BTS GSM (320 m vs 390 m) oraz LTE (345 m vs 395 m). W porównaniu z pozostałymi pacjentami ze zmianami ogniskowymi, chorzy ze zmianami określanymi jako podejrzone również charakteryzowali się mniejszą odległością miejsca zamieszkania od najbliższego BTS.

Wnioski

Można przypuszczać że istnieje potencjalna zależność pomiędzy odległością miejsca zamieszkania pacjenta od przekaźnika BTS a występowaniem oraz cechami zmian ogniskowych tarczycy. Obecne badanie bez wątpienia będzie wymagać poszerzenia.

Polscy studenci kierunków lekarskich w obliczu chorób tarczycy

lek. Szymon Suwała – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Maciej Ledziński – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. n. med. Roman Junik – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Ze względu na wysoki odsetek występowania chorób tarczycy w polskiej populacji każdy lekarz, niezależnie od specjalizacji, będzie miał z nimi styczność. Wiedza na ich temat zdobyta m.in. podczas studiów umożliwi zatem późniejszą prawidłową diagnostykę i leczenie obciążonych nimi pacjentów.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena stanu wiedzy studentów kierunków lekarskich polskich uczelni na temat chorób tarczycy i weryfikacja skuteczności programu nauczania endokrynologii.

Materiał i metody

Wykorzystano autorską ankietę internetową, rozesłaną do studentów kierunków lekarskich polskich uczelni. W ankiecie zawarto 10 pytań dotyczących informacji na temat niedoczynności i nadczynności tarczycy, choroby Hashimoto, choroby Gravesa-Basedowa oraz podostrego zapalenia tarczycy.

Wyniki

Na populacji 599 studentów stwierdzono, że z każdym rokiem studiów uzyskany średni wynik punktowy z testu był wyższy (5,077 pkt – I rok; 6,789 pkt – VI rok). Studenci po bloku z endokrynologii uzyskali wyższy wynik punktowy niż studenci przed nim (odpowiednio 6,386 pkt i 5,488 pkt). Studenci odbywający blok z endokrynologii na IV lub V roku uzyskali wyższy wynik niż odbywający ten blok na roku III (odpowiednio 6,465 pkt, 6,508 pkt i 5,914 pkt). Studenci po bloku z endokrynologii odpowiedzieli gorzej na pytania dotyczące kryteriów rozpoznania chorób niż studenci przed blokiem, ale lepiej odpowiadali na pytania dotyczące patofizjologii i symptomatologii. Zaledwie 15% studentów wiedziało, że nie istnieje skuteczne leczenie przyczynowe choroby Gravesa-Basedowa.

Wnioski

Studenci w toku studiów zwiększają swoją wiedzę na temat chorób tarczycy – nauczanie można uznać za skuteczne. Nauczanie endokrynologii na IV/V roku przynosi lepsze efekty kształcenia. Studenci wykazują się wiedzą z zakresu patofizjologii i symptomatologii chorób tarczycy, natomiast mają braki w zakresie kryteriów rozpoznania i leczenia.

Cechy depresji i fobii społecznej w populacji pacjentów z niedoczynnością tarczycy

lek. Szymon Suwała – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kamila Skibińska – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Paulina Adamska – Studenckie Koło Naukowe *Evidence-Based Medicine* przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. n. med. Roman Junik – Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

W codziennej praktyce lekarze rodzinni często mają do czynienia z pacjentami wykazującymi cechami depresji – w 20–30% przypadków może mieć ona związek z wystąpieniem innej choroby, jak np. niedoczynność tarczycy. Warto też pamiętać że w przebiegu niedoczynności tarczycy może dochodzić również do rozwoju zaburzeń o typie nerwicowym, w tym m.in. fobii społecznej. Lekarz POZ otaczający opieką pacjentów przewlekle chorych odgrywa istotną rolę w zweryfikowaniu stanu psychicznego i w podjęciu stosownych kroków terapeutycznych.

Cel pracy

Celem pracy jest weryfikacja częstości występowania cech zaburzeń o typie depresji i fobii społecznej w populacji pacjentów z niedoczynnością tarczycy oraz porównanie jej do populacji ogólnej.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano formularz ankiety internetowej rozprowadzanej w grupach zrzeszających pacjentów chorujących na niedoczynność tarczycy (grupa badana) oraz poza nimi (grupa kontrolna). W kwestionariuszu zawarte zostały pytania związane z zaburzeniami funkcji tarczycy, a także pytania będące standardowo elementami skali depresji Becka oraz skali lęku społecznego Liebowitza.

Wyniki

W ankiecie dotychczas wzięło udział 1156 respondentów – 54,8% deklaroowało, iż chorują na niedoczynność tarczycy, a 45,2% stanowi grupa kontrolna. Częstość występowania cech depresji (> 11 punktów w skali Becka) oraz cech fobii społecznej (> 54 punktów w skali Liebowitza) zostanie oceniona po zakończeniu badania. Ostateczne wyniki zostaną przedstawione podczas Kongresu.

Wnioski

Ze względu na opisywaną w literaturze znaczną częstość występowania cech depresji i fobii społecznej tak w populacji pacjentów z niedoczynnością tarczycy, jak w i populacji ogólnej, zasadne byłoby rozważenie częstszych badań stanu psychicznego wykonywanych przez specjalistyczny personel medyczny. Pełne wnioski zostaną przedstawione podczas VII Kongresu PTMR.