Patronat: Polskie Towarzystwo Lekarskie, Młodzi Lekarze Rodzinni | Czasopismo naukowe od 1993 r. | ISSN 1230-4719 | E-ISSN 2353-8600

gabinet GP prywatny
lekarza POZ

Suplement do numeru 2023'02 | Vol. 30 (288)

ABSTRAKTY PREZENTACJI USTNYCH I PLAKATÓW

KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

21 Kongres Medycyny Rodzinnej

Hejnał na zdrowie!

Kraków, 1-4 czerwca 2023 roku

PU.1

CHOROBA TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH W POPULACJI PACJENTÓW LEKARZA RODZINNEGO – TRADYCYJNE I AUTOMATYCZNE POMIARY ABI

Aleksandra Danieluk, Anna Kamieńska, Sławomir Chlabicz
Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Choroba tętnic kończyn dolnych (LEAD) powoduje często niespecyficzne objawy lub przebiega bezobjawowo. Tradycyjny pomiar wskaźnika kostka-ramię (ABI) wymaga użycia sondy doppler, która często nie jest dostępna w poradni lekarza rodzinnego, a ponadto niezbędne jest doświadczenie personelu w wykonywaniu pomiaru. W związku z tym wielu pacjentów pozostaje niezdiagnozowanych lub musi oczekiwać na diagnozę do czasu konsultacji specjalistycznej.

MATERIAŁ I METODA

Wyniki badania przeprowadzonego wśród pacjentów POZ powyżej 50 r.ż. W badaniu wzięło udział 290 pacjentów. Wykonano badanie ABI metodą tradycyjną i automatycznym pletyzmograficznym aparatem Dopplex Ability. Zebrano wywiad dotyczący chorób przewlekłych, stosowanych leków, objawów, a także przeprowadzono badanie fizykalne.

WYNIKI

Nieprawidłowy poziom ABI (< 0.9), diagnostyczny dla LEAD, stwierdzono u 16,8% badanej populacji. W pomiarze automatycznym nieprawidłowe ABI stwierdzono u 5,9% pacjentów. Pacjenci z typowymi objawami LEAD stanowili 10,3% wszystkich uczestników badania oraz tylko 14,6% spośród pacjentów z nieprawidłowym ABI. Wśród pacjentów z prawidłowym ABI 9,4% osób miało objawy sugerujące LEAD. Czułość i specyficzność automatycznego ABI w porównaniu z pomiarem tradycyjnym wyniosła odpowiednio 22,2% oraz 96,8%.

WNIOSKI

Pomiary ABI w poradni lekarza rodzinnego pozwalają na stwierdzenie LEAD u pacjentów bezobjawowych lub prezentujących nietypowe objawy choroby. Ponadto pozwalają one na wykluczenie LEAD u części pacjentów z objawami sugerującymi chorobę, co umożliwia zmianę kierunku diagnostyki w tych przypadkach. W porównaniu z pomiarami metodą tradycyjną, mimo krótszego czasu i łatwości wykonania badania, pomiary pletyzmograficzne mają niewystarczającą czułość przy zastosowaniu tego samego punktu odcięcia.

PU.2

PODWYŻSZONE PARAMETRY ZAPALNE JAKO WYNIK DESTRUKCYJNEGO WPŁYWU MEFEDRONU

Klaudia Grądzka
NZOZ Medyk, Mońki

WPROWADZENIE

30-letni pacjent, były sportowiec, zgłosił się do gabinetu z powodu znacznego osłabienia. Skarżył się na nasiloną duszność, ustępującą w spoczynku, bez bólu w klp. Dodatkowo zgłaszał problemy ze snem i paniczny lęk. Badania laboratoryjne: CRP 140, OB 30. W EKG RZM 75/min, normogram, RTG klp było prawidłowe. Pacjent został skierowany do poradni kardiologicznej i PZP. Kardiolog wykluczył sercową przyczynę dolegliwości, psychiatra rozpoznał epizod depresyjny umiarkowany.

MATERIAŁ I METODA

Pacjent otrzymał wenlafaksynę i zgłosił się powtórnie do lekarza pierwszego kontaktu po miesiącu, skarżąc się na narastające osłabienie, pomimo regularnego przyjmowania leku.
Po dłuższej, szczerej rozmowie pacjent przyznał się do nadużywania mefedronu przez 3 lata. Twierdził, że ostatnią dawkę przyjął 2 tygodnie wcześniej. Ten głębszy wywiad skłonił lekarza POZ do zlecenia pantomogramu, który wykazał zmiany przywierzchołkowe ropne w zakresie zębów trzonowych dolnych 1. i 2. po stronie lewej, korzenie trzonowca dolnego 1. po stronie prawej.

WYNIKI

Konsultujący stomatolog zalecił ekstrakcję 3 zębów oraz dalsze leczenie. Tydzień po ich usunięciu CRP uległo normalizacji. Miesiąc po odstawieniu mefedronu pacjent zgłaszał problemy z drożnością nosa, dodatkowo prezentował cechy zespołu abstynencyjnego – szczękościsk, zawroty głowy, halucynacje, suchość w ustach, ,,poty mefedronowe'', drżenie całego ciała, przyspieszone tętno. Doskwierał mu całkowity brak łaknienia (schudł 15 kg) oraz nasilona bezsenność.

WNIOSKI

Mefedron, pochodna katynonu, jest narkotykiem psychoaktywnym o działaniu podobnym do amfetaminy, kokainy, ecstasy, jednak jest od nich tańszy; efekty stosowania ujawniają się po kilku sekundach. Dodatkowo to także empatogen – wywołuje silne reakcje społeczne, czyni ludzi otwartymi na nowe kontakty, towarzyskimi, pobudzonymi seksualnie. Z uwagi na krótki okres półtrwania w organizmie ma duży potencjał uzależniający – szacuje się, że co trzecia osoba, która kiedykolwiek go spróbowała, uzależnia się. Jego działanie na poziomie przekaźników to wzrost poziomu dopaminy i serotoniny w OUN. W składzie zawiera także proenkefalinę, która działa przeciwlękowo i przeciwbólowo. Po takiej dawce różnych substancji człowiek staje się pobudzony, czuje się bardziej błyskotliwy, nie odczuwa zmęczenia, myśli szybciej, kojarzy lepiej. Dodatkowo zażywanie mefedronu doprowadza do zaniedbania higieny jamy ustnej, a działanie przeciwbólowe opóźnia wizyty u stomatologa. Pod wpływem narkotyku obecny w szkliwie zębów fosforan wapnia zostaje zastąpiony

siarczanem, w efekcie dochodzi do jego błyskawicznej erozji i rozwoju próchnicy, często zmianom towarzyszy przewlekły stan zapalny dziąseł. Istotne jest, że destrukcja zębów postępuje bardzo szybko. Przyczyną znacznego zmniejszenia wydolności fizycznej u mojego pacjenta była poważna infekcja zębów wynikająca z zażywania narkotyku, dlatego bardzo ważne jest poszukiwanie ewentualnych ognisk zapalnych u każdego chorego z podwyższonym CRP.
Mefedron może być przyjmowany w postaci tabletek, proszku, kryształków, kapsułek. Pacjent z opisanego przypadku zażywał go donosowo, czasami doustnie. Jednak uzależnieni celem zwiększenia doznań często przechodzą na formę dożylną oraz wziewną – wdychanie oparów podgrzanej substancji na folii aluminiowej. Ta droga podania powoduje manganozę mózgu, postępujące uszkodzenie struktury mózgu regulującej ruchy mimowolne gałki bladej. Odkładanie się manganu skutkuje zaburzeniem koordynacji ruchów, mogą występować objawy podobne do parkinsonowskich. Osoba zażywająca mefedron może wykazywać zachowania agresywne, mieć stany lękowe, zaburzenia depresyjne czy psychozy. Dodatkowo dożylne stosowanie tej substancji zwiększa ryzyko HIV, WZW typu B, uszkodzenia naczyń w postaci ropni, zakrzepów, zgorzeli.
Warto dodać, iż na rynku dopalaczy istnieje wiele substancji, które mogą wykazywać działanie podobne do mefedronu, ale nie są narkotykiem i mają o wiele niższą cenę. Z rozmowy z pacjentem wynikało, iż zażywał stosunkowo tanią wersję – „zamiennik". Są to bardzo niebezpieczne środki o nieznanym składzie, które mogą doprowadzić do poważnych skutków zdrowotnych. W Wielkiej Brytanii zdarzały się przypadki zgonu po przedawkowaniu. Pojawiła się tam nawet nazwa ,,śmiertelny mefedron'' jako ostrzeżenie przed ich stosowaniem.

PU.3

„DOKTORZE, OD PEWNEGO CZASU MAM PODWYŻSZONE CIŚNIENIE...". ROZPOZNANIE I DALSZE POSTĘPOWANIE U PACJENTA Z ZABURZENIAMI RYTMU SERCA W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO NA WYBRANYM PRZYKŁADZIE

Maciej Małecki, Rafał Kacorzyk
NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Rafał Kacorzyk, Brzozówka

WPROWADZENIE

Przypadek kliniczny dotyczy wizyty w przychodni POZ pacjenta z problemem podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi. Wykonane dodatkowo podczas wizyty badania wykazały również zaburzenia rytmu serca. Po dokonaniu oceny ryzyka powikłań dolegliwości, jak i ryzyka potencjalnie włączanego leczenia w POZ, pacjenta skierowano do SOR w celu poszerzenia diagnostyki. W artykule zostaną przedstawione szczegóły diagnostyki oraz ostatecznie zastosowane metody leczenia.

MATERIAŁ I METODA

Ocena przypadku klinicznego.

WYNIKI

W przypadku klinicznym pacjent zgłosił się do przychodni POZ z podejrzeniem migotania przedsionków, a następnie został skierowany do szpitala. W toku hospitalizacji zdiagnozowano w holter EKG blok przedsionkowo-komorowy II stopnia typu Wenckenbacha oraz zaobserwowano komorowe zaburzenia rytmu i zaburzenia rytmu pod postacią pauz do 2258 milisekund.

WNIOSKI

W przypadkach podejrzanych o zaburzenia rytmu serca w gabinecie POZ istotne jest skrupulatne badanie podmiotowe oraz badanie dodatkowe EKG w celu prawidłowego zaplanowania poszerzenia diagnostyki specjalistycznej, co w efekcie zapewnia dobór optymalnej terapii u pacjenta.

PU.4

POSTAWY LEKARZY WOBEC SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH – BADANIE ANKIETOWE

Sandra Janiak[1], Maciej Michalak[2], Sylwia Kołtan[3], Jarosław Ocalewski[4], Karolina Juszczyk[5], Patrycja Michalska[6], Iwona Sadowska Krawczenko[7], Krzysztof Buczkowski[1]

[1] Katedra Medycyny Rodzinnej, Wydział Lekarski, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

[2] Katedra Psychologii Pracy i Organizacji, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

[3] Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

[4] Katedra Psychologii Zdrowia, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

[5] Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy

[6] Katedra Psychologii Osobowości, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

[7] Katedra Neonatologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się narastające zjawisko niechęci wobec szczepień ochronnych. Dotychczasowe badania koncentrują się na postrzeganiu szczepień przez rodziców i pacjentów, a często pomijają grupę pracowników ochrony zdrowia. Jednakże podejście lekarzy do szczepień ma istotny wpływ na proces podejmowania decyzji przez ich pacjentów. Celem badania była analiza postaw lekarzy wobec szczepień ochronnych.

MATERIAŁ I METODA

Przekrojowe, anonimowe badanie ankietowe przeprowadzono w okresie wiosenno-letnim w 2019 r. Wykorzystano kwestionariusz internetowy zawierający Skalę Rozterek/Wątpliwości Szczepionkowych (VHC), Skalę Postaw Wobec Szczepień (VAX), pytania dotyczące postaw i danych socjodemograficz-

nych. Ankieta udostępniana była na grupach facebookowych dla lekarzy. Wyniki przeanalizowano metodami ilościowymi z zakresu statystyki opisowej.

WYNIKI

Zebrano 287 ankiet. 78,45% populacji stanowiły kobiety, 21,55% mężczyźni. 75% badanych miało 44 lata bądź mniej. Osoby z miast > 100 000 mieszkańców stanowiły około 70% próby. 61,19% lekarzy pracowało w podstawowej opiece zdrowotnej. Analizując odpowiedzi w skali VHC wykazano, że największe wątpliwości dotyczyły ryzyka wynikającego ze szczepień (M 1,61; SD 0,98), w skali VAX największym problemem były obawy dotyczące przyszłych nieprzewidzianych skutków szczepień (M 2,37; SD 1,28).

WNIOSKI

Pomimo istniejących wątpliwości, lekarze są zwolennikami szczepień. Zlecają szczepienia dodatkowe nawet w sytuacji, gdy nie są całkowicie do nich przekonani. Udział lekarzy w szkoleniach zajmujących się problematyką szczepień, w roku poprzedzającym badanie, zwiększył ich przekonanie dotyczące bezpieczeństwa stosowanych szczepień ochronnych.

PU.5

NARAŻENIE ZAWODOWE I ŚRODOWISKOWE PROBLEMEM WSPÓŁCZESNEGO SPOŁECZEŃSTWA

Włodzisław Kuliński

Klinika Rehabilitacji, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

WPROWADZENIE

Współczesny człowiek narażony jest na kontakt z różnymi związkami chemicznymi, które znajdują się w wielu produktach powszechnego użytku. Bezpieczne ich wykorzystanie zależy od rodzaju i stężenia zawartych w nich związków, w tym ftalanów. Są to związki organiczne obecne w wielu produktach powszechnego użytku: kosmetykach, zabawkach, folii do pakowania żywności, farbach, lakierach, rozpuszczalnikach.

MATERIAŁ I METODA

Celem badania było ukazanie trudności diagnostycznych i leczniczych u chorego z ciężkim uszkodzeniem układu nerwowego. Przedstawiono obraz kliniczny i wyniki leczenia 37-letniego chorego z ciężkim niedowładem 4-kończynowym w przebiegu przewlekłego zatrucia ftalanami.

WYNIKI

Po 4-miesięcznym leczeniu fizykalno-usprawniającym w Klinice Rehabilitacji uzyskano powrót czynności ruchowych, ale utrzymują się zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia pamięci, a w obrazie MRI mózgu stwierdza się zaniki korowe (obraz MRI).

WNIOSKI

- Ftalany mogą powodować ciężkie uszkodzenie układu nerwowego.
- Istnieje pilna potrzeba podjęcia interdyscyplinarnych badań nad wpływem ftalanów na organizm człowieka oraz większej promocji prozdrowotnych zachowań w tym zakresie w interesie społeczności na całym świecie.

PU.6

LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH W WARUNKACH POZ – PRZEGLĄD AKTUALNYCH MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNYCH I LECZNICZYCH

Magdalena Żołnierek-Ogrodnik, Sebastian Kędzierski, Agnieszka Lelas
PZU Zdrowie S.A. Oddział Centra Medyczne w Kielcach

WPROWADZENIE

Rana przewlekła to ubytek skóry, którego gojenie nie postępuje przez min. 4 tygodnie. Szacuje się, że dotyczy ok. 15% seniorów. Diagnostyka powinna objąć identyfikację przyczyny powstania rany (owrzodzenia żylne podudzi, niedokrwienie, zespół stopy cukrzycowej, urazy, oparzenia, odleżyny, nowotwory, choroby autoimmunologiczne, niedożywienie, obrzęk limfatyczny), określenie możliwych czynników opóźniających gojenie oraz badanie przedmiotowe układu tętniczego i żylnego (tętno i wskaźnik ABI).

MATERIAŁ I METODA

Na podstawie przeglądu narracyjnego literatury przedstawiono aktualnie dostępne opcje diagnostyczno-terapeutyczne. Analizę danych oparto na najnowszych doniesieniach literatury zagranicznej, artykułach opracowanych przez polski zespół chirurgiczny z uwzględnieniem kompetencji i możliwości lekarza rodzinnego, na ocenie obecnych warunków finansowania świadczeń przez NFZ dla POZ oraz na rejestracji, dostępności i refundacji odpowiednich wyrobów medycznych (stan na 1.03.2023).

WYNIKI

Leczenie ogólne skupia się na optymalizacji stanu zdrowia, żywieniu, leczeniu bólu oraz rehabilitacji. Celem postępowania miejscowego jest stworzenie środowiska zbliżonego do fizjologicznie występującego pod skórą (zgodnie z akronimem TIME). Ważne jest oczyszczenie i higiena rany, kontrola zakażenia, nawilżenie oraz odpowiedni dobór opatrunku. Na rynku znajduje się wiele gotowych wyrobów o zróżnicowanej technologii i właściwościach, m.in. folie, gazy, pianki, wypełniacze, hydrokoloidy, hydrożele.

WNIOSKI

Sukces terapeutyczny jest możliwy po wdrożeniu leczenia przyczynowego, redukcji niekorzystnych elementów opóźniających gojenie oraz po ustaleniu optymalnego leczenia miejscowego.

Gdy przez 12 tygodni nie dojdzie do zamknięcia rany, konieczne jest skierowanie pacjenta do poradni chirurgicznej. Trzeba mieć świadomość, że nie każde postępowanie lecznicze zakończy się powodzeniem. W takich przypadkach najważniejsza jest jakość życia chorego i leczenie objawów problematycznych dla chorego.

PU.7

DIAGNOZA BEZSENNOŚCI I OBTURACYJNEGO BEZDECHU SENNEGO – WYZWANIE DLA LEKARZY RODZINNYCH

Aleksander Ryczkowski[1], Ewa Rudnicka-Drożak[1], Kaja Karakuła[2]
[1]Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
[2]Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

WPROWADZENIE

Bezsenność i obturacyjny bezdech senny (OSA – *obstructive sleep apnea*) są istotnymi schorzeniami prowadzącymi do zaburzeń stanu snu i czuwania. COMISA (*Comorbid insomnia and sleep apnea*) to coraz częściej używane określenie na współistniejące: bezsenność i bezdech senny. Celem niniejszej pracy jest wykazanie odmienności w leczeniu COMISA od izolowanej bezsenności czy OSA oraz pomoc w wyborze łatwiejszej diagnostyki i terapii przez lekarzy rodzinnych.

MATERIAŁ I METODA

Przegląd piśmiennictwa oparto na wyszukiwaniu artykułów w serwisach Medline, PubMed i Google Scholar z lat 2012–2023 za pomocą słów kluczowych: obturacyjny bezdech senny; bezsenność; poznawczo-behawioralna terapia bezsenności; ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych; COMISA.

WYNIKI

Udowodniono, że OSA powoduje znaczne pogorszenie subiektywnej i obiektywnej jakości oraz ilości snu, co komplikuje proces leczenia bezsenności. Pacjenci z rozpoznaniem COMISA częściej stosują leki uspokajające i psychotropowe, co nie pozostaje bez konsekwencji dla ich zdrowia i rozwijającego się uzależnienia. Trudniejsze jest też leczenie obu jednostek chorobowych oddzielnie przy współwystępowaniu tych zaburzeń.

WNIOSKI

Istotne jest, aby podczas standardowego wywiadu lekarze rodzinni brali pod uwagę możliwość współwystępowania tych chorób ze względu na duże ryzyko, jakie niesie ze sobą nierozpoznanie ich wystarczająco wcześnie. Ważna jest też edukacja pacjentów, którzy na temat omawianych schorzeń przeważnie nie mają zbyt wielu informacji i często są leczeni niewłaściwie.

PU.8

TRENDY CZASOWE ROZPOWSZECHNIENIA CZYNNIKÓW RYZYKA I CHORÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH WŚRÓD DOROSŁYCH PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Tomasz Tomasik[1], Jacek Jóźwiak[2], Adam Windak[1]

[1]Katedra Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

[2]Zakład Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Publicznego, Instytut Nauk Medycznych, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

WPROWADZENIE

Celami badania były: (1) ocena zmian w rozpowszechnieniu czynników ryzyka oraz chorób sercowo-naczyniowych (CVD) wśród dorosłych pacjentów w POZ w latach 2004 i 2015; (2) analiza osiągania celów terapeutycznych w roku 2015.

MATERIAŁ I METODA

Retrospektywna analiza danych pochodzących z obserwacyjnego badania LIPIDOGRAM, realizowanego w latach 2004 i 2015, w losowo wybranych odpowiednio 675 i 438 placówkach POZ. Wzięli w nim udział dorośli pacjenci zgłaszający się do lekarzy z różnych przyczyn. Przeprowadzono: (1) anonimowe ankiety, (2) pomiary częstości tętna i ciśnienia tętniczego krwi; (3) pomiary antropometryczne; (4) badania laboratoryjne.

WYNIKI

W roku 2004 w badaniu wzięło udział 17 065 (średnia wieku 55,1 lat), a w roku 2015 – 13 724 pacjentów (średnia wieku 56,4 lat). Choroba niedokrwienna serca w roku 2004 występowała u 20,5%, a zawał serca u 6,4% pacjentów POZ. W 2015 roku choroby te stwierdzono odpowiednio u 13,0% i 4,6% pacjentów. Pomiędzy wymienionymi latami zwiększyła się częstość występowania nadciśnienia tętniczego o 9%, cukrzycy o 2%, dyslipidemi o 7%. Odsetek pacjentów z otyłością i nadwagą nie uległ istotnej zmianie (74,5% *vs*. 75%), a pacjentów palących papierosy obniżył się z 21,2% do 17,1%. W 2015 roku nastąpiła poprawa w osiąganiu celów terapeutycznych: 55% pacjentów z cukrzycą uzyskiwało poziom HbA1c < 7%, 46% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym osiągało ciśnienie tętnicze < 140/90 mmHg, a jedynie 12,5% pacjentów z CVD uzyskiwało stężenie LDL-C < 70 mg/dl.

WNIOSKI

Rozpowszechnienie czynników ryzyka i chorób CVD u pacjentów POZ jest wysokie, najczęściej występuje dyslipidemia, otyłość i nadciśnienie tętnicze. Osiąganie celów terapeutycznych jest poniżej poziomu optymalnego, a poprawa w tym zakresie wymaga systematycznych działań na różnych poziomach ochrony zdrowia.

PU.9

OCENA PARAMETRÓW SZTYWNOŚCI TĘTNIC U PACJENTÓW LEKARZA RODZINNEGO POWYŻEJ 50. ROKU ŻYCIA – BADANIE WSTĘPNE

Marta Maria Niwińska, Aleksandra Danieluk, Anna Kamieńska, Sławomir Chlabicz
Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Sztywność tętnic, określana parametrem prędkości fali tętna – PWV, jest czynnikiem ryzyka chorób oraz incydentów sercowo-naczyniowych. Możliwy jest nieinwazyjny pomiar PWV, co daje perspektywę wykonania tego badania w gabinecie lekarza rodzinnego. Pomimo wysokiej wartości predykcyjnej nie jest to parametr standardowo wykorzystywany w praktyce lekarskiej. Celem badania jest ocena wyników PWV uzyskanych za pomocą urządzenia SphygmoCor XCEL.

MATERIAŁ I METODA

Do badania włączono 69 pacjentów powyżej 50. roku życia. Pacjentów badano dostępną w Zakładzie Medycyny Rodzinnej aparaturą pod kątem miażdżycy kończyn dolnych, sztywności tętnic, analizy składu ciała oraz poziomu końcowych produktów glikacji (kpg). Przeprowadzono badania fizykalne i wywiad dotyczący przyjmowanych leków, chorób przewlekłych oraz przebytych incydentów, takich jak udary oraz ostre zespoły wieńcowe.

WYNIKI

Średnia wartość PWV populacji wynosiła 6,7 m/s. Osoby z wyższym od wyliczonej średniej wynikiem były starsze (N=33;69.0 *vs.* N=36;65.2). W grupie tej obserwowano wyższy odsetek tkanki tłuszczowej (27,0% *vs.* 24,2%) oraz wartości BMI (29.6 *vs.* 26.2). Częściej występowało: nadciśnienie tętnicze (56,2% *vs.* 52,8%), cukrzyca (28,1% *vs*. 13,9%) oraz choroba niedokrwienna serca. Średnie wartości ciśnienia tętniczego (124.4/95.6 vs. 118.7/73.3) oraz stężenia kpg (2.4 *vs*. 2.2) były wyższe w tej grupie.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki wskazują, że czynnikami lub chorobami powiązanymi ze wzrostem sztywności tętnic są: wiek, odsetek tkanki tłuszczowej, ciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca. Pomiar sztywności tętnic może być w przyszłości pomocny przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego.

PU.10

PRZEPISYWANIE ANTYBIOTYKÓW W NAJCZĘSTSZYCH ZAKAŻENIACH UKŁADU ODDECHOWEGO W POLSCE – WYNIKI PIERWSZEGO AUDYTU BADANIA HAPPY PATIENT W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Anna Kowalczyk[1], Maciek Godycki-Ćwirko[1], Katarzyna Kosiek[2], Jesper Lykkegaard[3], Susanne Døssing Berntsen[3], Malene Plejdrup Hansen[4], Carl Llor[5]

[1]Centrum Medycyny Rodzinnej i Społeczności Lokalnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

[2]Poradnia Lekarzy Rodzinnych, Łódź, Polska

[3]Department of Public Health, Research Unit for General Practice, University of Southern Denmark, Odense, Dania

[4]Center for General Practice at Aalborg University Aalborg, Aalborg, Dania

[5]Institut Català de la Salut, Via Roma Health Centre, Barcelona, Hiszpania

WPROWADZENIE

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe stanowi jedno z największych zagrożeń dla zdrowia na świecie, a głównym czynnikiem ją wywołującym jest stosowanie antybiotyków. Większość antybiotyków jest przepisywana w POZ, głównie w ostrych infekcjach dróg oddechowych i moczowych. Projekt HAPPY PATIENT ma na celu zmniejszenie wpływu oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe poprzez zmniejszenie niewłaściwego stosowania antybiotyków w leczeniu zakażeń pozaszpitalnych.

MATERIAŁ I METODA

W projekcie HAPPY PATIENT wykorzystano metodę *Audit Project Odense* (APO) do rejestrowania zakażeń pozaszpitalnych w POZ. Uczestników poproszono o wypełnienie prostej, papierowej karty rejestracyjnej dla wszystkich kontaktujących się z poradnią pacjentów z objawami ostrej infekcji dróg oddechowych lub dróg moczowych przez 20 dni. Uwzględniono zarówno konsultacje telefoniczne, jak i bezpośrednie. Uczestników zachęcano do zarejestrowania co najmniej 25 konsultacji z pacjentami.

WYNIKI

Łącznie w 24 poradniach POZ zarejestrowano 1125 pacjentów. Konsultacje bezpośrednie stanowiły 82,3% wszystkich rejestracji. Ponad połowa pacjentów to kobiety (61,5%). U większości pacjentów zdiagnozowano przeziębienie/grypę (29,4%) lub COVID-19 (19,1%). Około połowa pacjentów (51,4%) nie miała wykonanych żadnych badań, natomiast około 44,7% miało test na COVID-19. Ogółem 40,5% chorych było leczonych antybiotykami. Najczęściej przepisywanym antybiotykiem była amoksycylina z kwasem klawulanowym.

WNIOSKI

Każde użycie antybiotyku prowadzi do oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe. Konsekwencje ich stosowania występują zarówno na poziomie populacji, jak i poszczególnych pacjentów. Osoby,

którym przepisano antybiotyk, mogą rozwinąć oporność bakterii na ten antybiotyk przez okres do 12 miesięcy od zakończenia leczenia. Wyniki pierwszego audytu badania HAPPY PATIENT pokazują, że istnieje pole do poprawy zarówno w zakresie konieczności zastosowania antybiotyku, jak i rodzaju stosowanego antybiotyku.

PU.11

ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA – PROBLEMY DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

Włodzisław Kuliński

Klinika Rehabilitacji, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

WPROWADZENIE

Zespoły bólowe kręgosłupa stanowią od dawna poważny problem kliniczny i społeczny. Pacjenci z tym schorzeniem to 10–15% ogólnej liczby osób zgłaszających się do gabinetów lekarzy rodzinnych. Uwzględniając częstość występowania zespołów bólowych kręgosłupa, przewlekły i nawrotowy charakter tego schorzenia, wiek chorych oraz długotrwałą niezdolność do pracy w jego wyniku, można to schorzenie zaliczyć do chorób społecznych.

MATERIAŁ I METODA

Przedstawiono najistotniejsze dane z badania podmiotowego i przedmiotowego w przebiegu dyskopatii, które mogą ukierunkować rozpoznanie. Wzrasta w ostatnim okresie liczba doniesień o roli zwężeń kanału kręgowego w etiopatogenezie bólów kręgosłupa. Zwężenia te stwierdza się u 15–18% chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa. Mimo doskonalenia metod diagnostycznych (CT, MRI), zwężenia kanału stanowią poważny problem terapeutyczny, bowiem nierozpoznane we właściwym czasie są przyczyną braku poprawy w leczeniu zachowawczym. Podano miary ilościowe stopnia zwężenia kanału. Omówiono przykłady w obrazie CT i MRI chorych ze zwężeniem kanału kręgowego. W dalszej części przedstawiono problem uszkodzeń więzadła podłużnego przedniego, który występuje u 1,4–2,8% wszystkich chorych leczonych z powodu bólów kręgosłupa. Zademonstrowano obraz kliniczny i radiologiczny uszkodzeń więzadła przedniego. Omówiono postępowanie fizykalne w leczeniu zespołu więzadła przedniego. W dalszej części przedstawiono przypadki kliniczne, w których właściwe rozpoznanie zostało postawione ze znacznym opóźnieniem. Były to przypadki anomalii rozwojowych, naczyniaki kręgosłupa, przypadki pourazowe.

WNIOSKI

- Właściwie ukierunkowane postępowanie fizykalno-usprawniające jest podstawowym elementem w leczeniu chorych z zespołami bólowymi kręgosłupa.
- Ścisła współpraca lekarza rodzinnego i specjalisty rehabilitacji zapewnia tej grupie chorych właściwe leczenie.

PU.12

RAK PŁASKONABŁONKOWY BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ U 74-LETNIEJ PACJENTKI – OPIS PRZYPADKU

Anna Citko
Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu

WPROWADZENIE

Rak jamy ustnej stanowi ogólnoświatowy problem zdrowotny z uwagi na zapadalność ocenianą na ponad 600 tysięcy przypadków rocznie. Jest najczęstszym nowotworem złośliwym regionu głowy i szyi. Asymptomatyczny przebieg choroby sprawia, że chorzy często późno zgłaszają się do lekarza.

MATERIAŁ I METODA

W pracy przedstawiono przypadek 74-letniej pacjentki, która zgłosiła się do lekarza rodzinnego z powodu osłabienia oraz nasilonych spoczynkowych bólów w obrębie obu stawów kolanowych.

WYNIKI

W badaniu wewnątrzustnym zaobserwowano występowanie owalnego nieregularnego owrzodzenia w okolicy brakujących zębów. Z nieprawidłowości w wynikach badań analitycznych stwierdzono między innymi nieznacznie obniżony poziom hemoglobiny.
Pacjentka była leczona w Oddziale Nowotworów Głowy i Szyi. Postawiono rozpoznanie raka płaskonabłonkowego błony śluzowej policzka lewego we wczesnym stadium. Pacjentka została poddana zabiegowi operacyjnemu i radioterapii uzupełniającej.

WNIOSKI

Konwencjonalne badanie jamy ustnej jest główną metodą badań przesiewowych w kierunku raka jamy ustnej. To lekarz rodzinny jako pierwszy, na podstawie wywiadu i badania fizykalnego, może wysunąć podejrzenie rozwoju u pacjenta raka jamy ustnej. Wykrycie zmiany nowotworowej we wczesnym stadium decyduje o mniejszej inwazyjności leczenia, zwiększa szanse na wyleczenie oraz wiąże się z wyższą jakością życia pacjenta po leczeniu chirurgicznym.

PU.13

SOJUSZ W ZDROWIU NA RZECZ ROZWAŻNEGO POZYSKIWANIA I PRZEPISYWANIA ANTYBIOTYKÓW W PERSPEKTYWIE SKUPIONEJ NA PACJENCIE – PROTOKÓŁ BADANIA WDROŻENIOWEGO HAPPY PATIENT

Anna Kowalczyk[1], Maciek Godycki-Ćwirko[1], Anders Bjerrum[2], Ana García Sangenís[2], Daniela Modena[2], Gloria Córdoba[3], Lars Bjerrum[3], Athina Chalkidou[4,8], Jesper Lykkegaard[5], Jens Søndergaard[5], Jørgen Nexøe[5], Malene Plejdrup Hansen[6], Ingrid Rebnord[7], Isabel Sebjørnsen[7], Jette Nygaard Jensen[8], Matilde Bøgelund Hansen[8], Katja Taxis[9], Maarten Lambert[9], Ria Benko[9], Beatriz González López Valcárcel[10], Fabiana Raynal[10], Pia Touboul[11], Pascale Bruno[11], Ruta Radzeviciene[12], Lina Jaruseviciene[13], Auste Bandzaite[13], Christos Lionis[14], Maria Nefeli Karkana[14], Marilena Anastasaki[14], Pierre Tattevin[15], Carl Llor [16]

[1]Centrum Medycyny Rodzinnej i Społeczności Lokalnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska
[2]Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol, Barcelona, Hiszpania
[3]University of Copenhagen, Kopenhaga, Dania
[4]Section and Research Unit of General Practice, Department of Public Health, University of Copenhagen, Kopenhaga, Dania
[5]Department of Public Health, Research Unit for General Practice, University of Southern Denmark, Odense, Dania
[6]Center for General Practice at Aalborg University Aalborg, Aalborg, Dania
[7]NORCE Norwegian Research Centre AS, Bergen, Norwegia
[8]The Department of Clinical Microbiology, Copenhagen University Hospital – Herlev and Gentofte, Kopenhaga, Dania
[9]Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Holandia
[10]University of Las Palmas de Gran Canaria and Fundación Canaria Parque Científico Tecnológico, Las Palmas, Hiszpania
[11]Department of Public Health, Nice University Hospital Nice, Nicea, Francja
[12]Ltd Mano Seimos Gydytojas (My Family Doctor), Klapeida, Litwa
[13]Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Litwa
[14]Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Retimno, Grecja
[15]Rennes University Hospital, Rennes, Francja
[16]Institut Català de la Salut, Via Roma Health Centre, Barcelona, Hiszpania

WPROWADZENIE

Nadmierne i niewłaściwe stosowanie antybiotyków jest najważniejszym czynnikiem wywołującym oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe. Celem projektu HAPPY PATIENT jest ocena dostosowania zaleceń Unii Europejskiej dotyczących rozważnego stosowania środków przeciwdrobnoustro-

jowych poprzez ocenę wpływu wielopłaszczyznowej interwencji ukierunkowanej na różne grupy pracowników opieki zdrowotnej w zakresie zakażeń pozaszpitalnych, w szczególności zakażeń dróg oddechowych i moczowych.

MATERIAŁ I METODA

Pracownicy opieki zdrowotnej z czterech sektorów (podstawowa opieka zdrowotna, nocna i świąteczna pomoc lekarska, domy opieki i apteki) wezmą udział w audycie metodą *Audit Project Odense* (APO) przed i po interwencji. Badanie będzie przeprowadzone w czterech krajach o wysokim poziomie przepisywania antybiotyków (Polska, Francja, Grecja i Hiszpania) oraz na Litwie, gdzie wskaźnik przepisywania jest niski.

WYNIKI

W każdym kraju zostanie zrekrutowanych 25 osób z każdej grupy zawodowej, które zarejestrują co najmniej 25 pacjentów z zakażeniami pozaszpitalnymi podczas każdego z dwóch audytów. Tuż przed drugim audytem uczestnicy wezmą udział w wielopłaszczyznowej interwencji i otrzymają wyniki z pierwszej rejestracji, umożliwiające identyfikację ewentualnych problemów jakościowych. Wyniki drugiego audytu zostaną porównane z wynikami uzyskanymi w pierwszym audycie.

WNIOSKI

HAPPY PATIENT to projekt finansowany przez Unię Europejską, którego celem jest przyczynienie się do walki z opornością na antybiotyki poprzez poprawę jakości leczenia powszechnych zakażeń pozaszpitalnych, z wykorzystaniem interwencji przeprowadzonej w różnych sektorach opieki zdrowotnej. Postawiono hipotezę, że stosowanie strategii wielopłaszczyznowych obejmujących aktywną interwencję będzie skuteczne w ograniczaniu niewłaściwego przepisywania i wydawania antybiotyków.

PU.14

ZABURZENIA CZYNNOŚCIOWE UKŁADU STOMATOGNATYCZNEGO U 38-LETNIEJ PACJENTKI – OPIS PRZYPADKU

Anna Citko
Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu

WPROWADZENIE

Objawy dysfunkcji narządu żucia (zespołu Costena) występują u 60–90% osób dorosłych. Około 60% przypadków bólów głowy związanych z dysfunkcją narządu żucia można skutecznie wyleczyć, a w 30% uzyskać daleko idącą poprawę po zastosowaniu miejscowego leczenia przywracającego prawidłową czynność układu ruchowego narządu żucia.

MATERIAŁ I METODA

W pracy przedstawiono przypadek 38-letniej pacjentki z objawami dysfunkcji narządu żucia. Pacjentka była konsultowana przez lekarza rodzinnego z powodu bólów i zawrotów głowy.

WYNIKI

W wykonanych badaniach diagnostycznych nie stwierdzono występowania istotnych odchyleń od normy. Neurolog i laryngolog również nie stwierdzili istotnych nieprawidłowości.

Lekarz rodzinny pogłębił wywiad ukierunkowany na czynniki ryzyka zespołu Costena. Otrzymał informację, że dolegliwości nasilają się podczas ziewania, występuje ból w obrębie jamy ustnej i nawracające afty. Lekarz dentysta rozpoznał u pacjentki zespół Costena. Zastosowane leczenie spowodowało ustąpienie dolegliwości.

WNIOSKI

Lekarz rodzinny w diagnostyce różnicowej bólów i zawrotów głowy, w przypadku występowania objawów laryngologicznych i/lub neurologicznych u pacjenta o niewyjaśnionej przyczynie, powinien wziąć pod uwagę możliwość dysfunkcji w obrębie narządu żucia. Dokładnie zebrany wywiad od pacjenta może skutkować postawieniem właściwego rozpoznania.

SP.1

STAN WIEDZY PACJENTÓW POPULACJI DOROSŁEJ W WIEKU 20+ NA TEMAT SZCZEPIEŃ ZALECANYCH. WPŁYW POSZERZENIA WIEDZY NA TEMAT SZCZEPIEŃ PRZECIW KRZTUŚCOWI NA STAN WYSZCZEPIENIA POPULACJI 20+

Magdalena Betiuk-Kwiatkowska, Justyna Rajkiewicz, Karolina Krasowska-Pomazana
Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowscy, Nowe Miasteczko

WPROWADZENIE

Celem badania ankietowego była analiza postrzegania oraz stanu wiedzy ankietowanych pacjentów na temat zalecanych szczepień ochronnych u osób dorosłych, z wyszczególnieniem szczepienia przeciwko krztuścowi.

MATERIAŁ I METODA

Przeprowadzono badanie z wykorzystaniem anonimowej ankiety papierowej, w okresie od października 2022 r. do marca 2023 r., wśród 138 dorosłych pacjentów Przychodni Lekarskiej Betiuk i Kwiatkowscy. Ankieta składała się z zestawu pytań dotyczących szczepień ochronnych ogólnie oraz szczegółowo na temat szczepienia przeciwko krztuścowi. Autorski kwestionariusz był rozdawany losowo wybranym pacjentom, w czasie ich oczekiwania na wizytę.

WYNIKI

Uzyskane wyniki poddano analizie, opisano i opatrzono graficznie.

WNIOSKI

1. Większość pacjentów nie posiada wiedzy na temat zalecanych szczepień ochronnych i potrzeby ich wykonywania.
2. Istnieje ciągła potrzeba edukacji pacjentów na temat szczepień zalecanych, a rola lekarza rodzinnego w stałej edukacji jest nieodzowna i najważniejsza.
3. Lekarz rodzinny pozostaje najważniejszym źródłem informacji dla swoich pacjentów, co wiąże się z koniecznością nieustannego doskonalenia zawodowego i wdrażania tego w praktyce.

SP.2

POPRAWA SYSTEMATYCZNOŚCI TERAPII DLA POLSKIEGO PACJENTA NA PRZYKŁADZIE APLIKACJI MOBILNEJ

Przemysław Kardas[1], Paweł Lewek[1], Piotr Klimczak[1], Dorota Kilańska[2], Ewelina Łojewska[3]

[1]Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

[2] Dział Projektów Międzynarodowych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

[3] Zakład Koordynowanej Opieki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

WPROWADZENIE

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że spośród pacjentów leczących się przewlekle, zaleceń terapii nie realizuje w pełni co najmniej 50% z nich. Może to prowadzić do wielochorobowości, działań niepożądanych, spadku jakości życia i zwiększonej liczby hospitalizacji. Dlatego zespół naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi postanowił przyjrzeć się temu problemowi i zaproponować nowoczesne rozwiązanie pozwalające usprawnić proces leczenia polskich pacjentów.

MATERIAŁ I METODA

W ramach międzynarodowego projektu naukowego GATEKEEPER (grant UE Horyzont 2020 nr 857223) opracowano darmową aplikację na telefony komórkowe w całości w języku polskim, która pomaga pacjentom leczyć się systematycznie. Wykorzystano do tego 8-punktową skalę oceny przestrzegania zaleceń Morisky'ego oraz zestaw porad zgodnych z medycyną opartą na faktach. Do oceny przydatności aplikacji wykorzystano System Usability Scale (SUS).

WYNIKI

Nowoczesna aplikacja mobilna „Moje zdrowie na co dzień", która wspomaga pacjentów zmagających się z trudami realizacji codziennej terapii, dostępna jest w Google Play i Apple App Store dla każdego za darmo od kwietnia 2022 r. Do chwili zgłaszania abstraktów (połowa kwietnia 2023 r.) aplikację odwiedziło prawie 10 000 osób. Większość (87%) użytkowników przyznała, że „aplikacja jest łatwa w użyciu" i że „większość ludzi bardzo szybko nauczyłaby się korzystać z tego systemu" (79%).

WNIOSKI

Bezpłatna aplikacja „Moje zdrowie na co dzień" dostępna jest przez stronę mojezdrowie.umed.pl dla każdego. Umożliwia poznanie swojego poziomu zaleceń, monitorowanie systematyczności leczenia oraz pozwala znaleźć opcję rozwiązania własnych problemów z przyjmowaniem leków. Pozytywne przyjęcie aplikacji przez użytkowników umożliwiło planowane w najbliższym czasie przetłumaczenie jej na język węgierski przy współpracy z Uniwersytetem w Pecs.

SP.3

ODMOWA WYSTAWIENIA ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO – OPIS PRZYPADKU

Ewa Rudnicka-Drożak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WPROWADZENIE
Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym lekarz orzeka o stanie zdrowia po uprzednim, osobistym zbadaniu pacjentów lub zbadaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej.

MATERIAŁ I METODA
Analiza dokumentacji medycznej.

WYNIKI
Pacjentka (30 lat) zwróciła się telefonicznie z prośbą o teleporadę do Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Poinformowała dyżurującą lekarkę o wykonanym poprzedniego dnia szczepieniu przeciwko COVID-19 i o odczynach niepożądanych oraz poprosiła o wystawienie zwolnienia lekarskiego. Dyżurująca odmówiła wydania ZUS-ZLA, uzasadniając to brakiem dokumentacji medycznej i możliwości weryfikacji tożsamości oraz odległością pomiędzy miejscem pobytu pacjentki a lokalizacją jednostki.

WNIOSKI
Skargi złożone przez pacjentkę były niezasadne. Zachodzi potrzeba wypracowania procedur chroniących lekarzy przed tego typu zachowaniem pacjentów.

SP.4

OCENA PRAWIDŁOWOŚCI STOSOWANIA INHALATORÓW U PACJENTÓW Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ

Michał Cop, Anna Szadura
NZOZ Praktyka Lekarzy Rodzinnych A. Szadura, J. Piotrowski, Wrocław

WPROWADZENIE
Astma oskrzelowa jest chorobą bardzo złożoną i można na nią spojrzeć pod różnymi kątami. Jednym z nich jest efektywna farmakoterapia wziewna, na którą składa się między innymi prawidłowe stosowanie inhalatorów i temu postanowiono przyjrzeć się w poniższym badaniu.

MATERIAŁ I METODA

Celem badania była ocena prawidłowości stosowania inhalatorów przez pacjentów chorujących na astmę, poprawa wykrytych błędów, a także poznanie preferencji na temat edukacji.

Instruktaże oraz anonimowe ankiety przeprowadzono wśród pacjentów Praktyki Lekarzy Rodzinnych A. Szadura, J. Piotrowski (mieszczącej się we Wrocławiu przy ul. Glinianej 32/34) oraz przychodni NZOZ „VITA" (mieszczącej się w Lądku-Zdrój przy ulicy Kościuszki 15).

Badaniem objęto trzydziestu losowo wybranych pacjentów chorujących na astmę z obu praktyk. Pacjenci zostali zaproszeni na krótkie spotkanie dotyczące stosowania inhalatorów oraz poproszeni o uzupełnienie anonimowej ankiety po jego zakończeniu. W czasie wizyty każdy pacjent miał zademonstrować używanie inhalatora. Następnie odczytano dokładną instrukcję opisującą krok po kroku sposób inhalowania. Ostatnim elementem instruktażu było obejrzenie krótkiego filmu pokazującego technikę oraz zawierającego słowny opis stosowania określonego preparatu. Na zakończenie poproszono pacjentów o anonimowe uzupełnienie ankiety.

WYNIKI

Większość badanych osób stanowiły kobiety – 60%. Wśród badanych najliczniejszą grupą były osoby w wieku od 18 do 64 lat – 60%. Osoby w wieku 65 lat lub starsze stanowiły 40%. Średnia czasu trwania choroby wyniosła 16,37 lat. Mediana wyniosła 16,5 roku, natomiast odchylenie standardowe – 8,708.

93% badanych stwierdziło, że nauczyło się czegoś nowego podczas instruktażu, a jednocześnie 2/3 badanych uważało, że do tej pory poprawnie stosowało inhalator. Zdecydowana większość badanych osób nie widziała potrzeby zmiany inhalatora.

Większość uznała, że obecny w naszym kraju poziom przekazywania wiedzy w zakresie używania inhalatorów jest niewystarczający. Blisko 3/4 odpowiedzi wykazało, że pacjenci swoją wiedzę na temat stosowania inhalatorów czerpali od lekarza bądź farmaceuty. Drugim co do częstości źródłem wiedzy były ulotki lekowe – z wynikiem 21%. Dwie osoby technikę inhalacji poznały dzięki innym źródłom. Dla jednej z nich były to instrukcje przekazane przez członka rodziny, a dla drugiej przez innego pacjenta. 69% zaznaczonych odpowiedzi wskazało, że praktyczny instruktaż lekarza/farmaceuty jest najbardziej przystępną formą edukacji. Film oraz pisemny opis punkt po punkcie stanowiły kolejno 19 i 11% wybranych odpowiedzi.

WNIOSKI

Pacjenci w znacznej większości chcieliby uczyć się stosowania inhalatorów poprzez praktyczny instruktaż przeprowadzony przez lekarza lub farmaceutę. Na taki stan rzeczy wpływać może między innymi możliwość zadawania pytań w czasie takiego instruktażu, czy też podejmowana na bieżąco ocena poprawności techniki inhalacji dokonywana przez specjalistę. Na uwagę zasługuje także fakt, że żaden pacjent nie podał filmu jako źródła swojej dotychczasowej wiedzy na temat inhalowania, a po odbytych spotkaniach i obejrzeniu wspólnie filmików z instruktażem aż 19% odpowiedzi wskazało go jako jej najbardziej przystępną formę. Pokazuje to, że ten sposób przekazywania wiedzy powinien być częściej wykorzystywany.

SP.5

CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE WDRAŻANIE ODPOWIEDNIEGO POZIOMU AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NA POZIOMIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Artur Karol Jakubiak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WPROWADZENIE

Pomimo wykazania skuteczności wielu interwencji w zakresie aktywności fizycznej (PA) nadal obserwuje się niską skuteczność wdrażania tych interwencji w rzeczywistych warunkach. POZ stanowi odpowiednie środowisko do prowadzenia poradnictwa w zakresie PA, ponieważ większość populacji ma w niej powtarzający się kontakt z lekarzami rodzinnymi. Istnieje wiele barier w poradnictwie dotyczącym PA, które mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać wdrożenie odpowiedniego poziomu PA wśród pacjentów poradni POZ.

MATERIAŁ I METODA

Celem pracy było przeanalizowanie dowodów naukowych dotyczących barier w zakresie promowania i wdrażania aktywności fizycznej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Dokonano przeglądu piśmiennictwa z lat 2017–2022, ze szczególnym uwzględnieniem przeglądów systematycznych, w celu zidentyfikowania artykułów przedstawiających dane dotyczące czynników wdrażania interwencji, w których aktywność fizyczna była głównym wynikiem.

WYNIKI

Przeanalizowany materiał pozwala zidentyfikować liczne czynniki, które stanowią bariery w promowaniu i wdrażaniu odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej identyfikowanych jest wiele czynników utrudniających, a jedną z najważniejszych barier jest brak wiedzy i nieodpowiednie szkolenie w zakresie poradnictwa dotyczącego PA.

WNIOSKI

Dowody wskazują jednak, że wiele barier we wdrażaniu interwencji może być wyeliminowanych lub zredukowanych. Wyniki sugerują również, że należy zwrócić większą uwagę na umiejętności i zaangażowanie poszczególnych osób, aby zwiększyć ich poczucie własnej skuteczności i wiedzę.

PROGRAM RAMOWY

CZWARTEK, 1 czerwca 2023 roku

17.00 – NADZWYCZAJNE WALNE ZGROMADZENIE DELEGATÓW KLRwP

PIĄTEK, 2 czerwca 2023 roku

8.30-9.45 – SESJE NAUKOWE

10.00-11.30 – SESJA INAUGURACYJNA

12.00-18.00 – SESJE WYKŁADOWE

SOBOTA, 3 czerwca 2023 roku

8.15-9.15 – SESJE NAUKOWE

9.30-17.15 – SESJE WYKŁADOWE

17.30-18.30 – SESJA ZAMKNIĘCIA

NIEDZIELA, 4 czerwca 2023 roku

9.00-14.30 – SESJE WARSZTATOWE

www.rodzinni.edu.pl