

Parazytologia lekarska w podręcznikach polskich. Uzupełnienie.

Zbigniew S. Pawłowski

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kilka tygodni po oddaniu do druku oceny parazytologii lekarskiej w podręcznikach polskich [1] ukazało się długo oczekiwane nowe wydanie chorób zakaźnych i pasożytniczych pod redakcją prof. Zdzisława Dziubka [2]. Czwarte wydanie tego podręcznika jest wg wydawcy uaktualnione i rozszerzone z 541 stron (wydanie III, 2003, [3]) do 658 stron (wydanie IV, 2010, [2]). Układ rozdziałów podręcznika pozostał nieomal niezmienny od ostatniego wydania sprzed 8 lat i znaczna część rozdziałów jest przedrukowana z poprzedniego wydania bez zmian lub z tylko z małymi uzupełnieniami. Pojawili się natomiast nowi autorzy. Opracowany nowy rozdział o epidemiologii chorób zakaźnych w Polsce i na świecie pomija choroby pasożytnicze. Rozdział o tropikalnych i pasożytniczych inwazjach i chorobach, na ogół poprawny, jest dostosowany charakterem encyklopedycznym do reszty podręcznika i sprawia wrażenie, że został napisany kilka lat temu. W rozdziale o roli układu odpornościowego opuszczono podrozdział o mechanizmach immunologicznych w zarażeniach pasożytniczych. Znikł też rozdział o głębokich grzybicach. Zmienił autora rozdział o legislacji w zakresie chorób zakaźnych, ale trudno doszukać się w podręczniku wykazu chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania do stacji sanitarnych jak i zasad współpracy lekarzy z pionem sanitarno-epidemiologicznym.

Czy tradycyjny podręcznik spełnia aktualne oczekiwania studentów i lekarzy? Odpowiedź nie jest pozytywna. Osiem lat to nie tylko znaczny postęp w zakresie chorób zakaźnych i ich zwalczania w skali globalnej, ale również istotne zmiany w sposobie nauczania i przekazywania wiedzy. Student czy lekarz szuka dziś nie tylko wiedzy encyklope-

dycznej, ale również – a może przede wszystkim – wskazówek praktycznych wynikających z wiedzy i doświadczenia innych osób. Obecnie rozpoznawanie i leczenie chorób jest uznawane za pewien „zawodowy” proces intelektualny, w dużej mierze oparty o standardy postępowania, opracowywane przez autorytety w danej dziedzinie. Ten proces i standardy nie są widoczne w treści podręcznika. Nieliczne zespoły kliniczne, jak np. limfadenopatia, eozynofilia, zapalenia OUN, są rozproszone wśród innych rozdziałów, a o standardach postępowania nie pisze się.

Przykładów ilustrujących ten proces jest wiele: na jakiej podstawie podejrzewać zakażenie – bardzo ważne w trądzie; kiedy decydować się na dalszą obserwację, a kiedy na leczenie – istotny problem w wielu bezobjawowych zarażeniach; jak interpretować wyniki badania laboratoryjnego – potwierdzenie obecności pasożyta często nie jest równoznaczne z rozpoznaniem choroby; kiedy powtarzać badania laboratoryjne i interwencje terapeutyczne – powtarzanie jest często rezultatem niewiedzy, braku zaufania do laboratorium lub zabezpieczenia się przed odpowiedzialnością; w jakich przypadkach prosić specjalistów innych dziedzin o konsultacje – brak informacji, które ośrodki kliniczne w Polsce są referencyjne w chorobach tropikalnych lub pasożytniczych; kiedy decydować się na hospitalizację lub izolację chorego – pewne zasady w poszczególnych chorobach zakaźnych i pasożytniczych tu zobowiązują i powinny być podane czytelnikom. Innymi słowy szereg pytań istotnych w praktyce lekarskiej nie jest w podręczniku eksponowanych.

Dość starym (1994), ale nadal aktualnym i stale niedoścignionym wzorem dla parazytologów kli-

nicznych jest zwięzły francuski podręcznik „*Décision en parasitologie et médecine tropicale*”; liczy on wprawdzie 338 stron, ale formatu kieszonkowego [4]. Światowym wzorem podręcznika chorób zakaźnych, uszeregowanym według zespołów klinicznych i grup etiologicznych i opracowanym nie tyle naukowo ile praktycznie, jest książka pod redakcją Dr Schlossberga, wydawana co 5 lat przez Cambridge University Press [5]. Liczy ona wprawdzie 1549 stron, ale bardzo łatwo znaleźć w nich to, co jest w danej chwili potrzebne głównie z perspektywy praktyki klinicznej i działań przeciwepidemicznych i prewencyjnych. Jest to możliwe, gdyż podręcznik ma trzy działy: obok opisanie patogenów w układzie taksonomicznym, jest też w nim omówienie syndromów chorobowych z poszczególnych narządów oraz przedstawienie wyodrębnionych zagadnień klinicznych i epidemiologicznych.

Nazwa podręcznika obejmuje choroby zakaźne i pasożytnicze. Pasożyty prezentują się atrakcyjnie na okładce podręcznika, ale w podręczniku są wyraźnie wydzielone i często niekompletne; pasożyty nie są omawiane w rozdziałach o epidemiologii, immunologii, etiopatogenezie i w laboratoryjnych metodach rozpoznawania. Biegunki są przedstawiane tylko jako bakteryjne i wirusowe. Daleko nam jeszcze do pełniejszej integracji chorób zakaźnych i pasożytniczych jak i do szerszego wprowadzenia chorób zakaźnych i pasożytniczych do praktyki wielu niezakaźnych specjalności lekarskich, m.in. interny i pediatrii [1,6].

Tak choroby zakaźne jak i natury pasożytniczej, z małymi wyjątkami (borelioza, toksoplazmoza), nie są atrakcyjne ani zawodowo ani finansowo. Omawiany podręcznik nie zachęca studentów do wyboru specjalizacji w tych dyscyplinach. Istotnym brakiem podręcznika jest całkowite pomijanie znacznego polskiego dorobku w zakresie chorób zakaźnych. Ani słowa o profesorze Rudolfie Weiglu, światowej sławy odkrywcy szczepionki przeciwko durowi plamistemu, potencjalnym kandydacie do nagrody Nobla; o profesorze Janie Kostrzewskim, który, będąc autorytetem międzynarodowym, m.in. wprowadził kilkunastu naszych lekarzy do globalnej akcji zwalczania ospy prawdziwej i otworzył przed nimi karierę międzynarodową; w końcu o lekarzach i misjonarzach, którzy zginęli świadcząc pomoc pacjentom chorym zakaźnie. Jednym z czołowych światowych osiągnięć lekarzy chorób zakaźnych i epidemiologów jest likwidacja ospy prawdziwej. Ospa prawdziwa wymieniona jest tylko w rozdziale o bronii biologicznej, ale przecież

jej obraz kliniczny – mimo, że należy już do historii – nie może pozostawać nieznanym lekarzom. W ostatnich latach choroby zakaźne i pasożytnicze oraz ich zwalczanie stało się problemem międzynarodowym i zostało uznane, wraz z edukacją, za warunek postępu społeczności marginalizowanych – patrz millenijne cele rozwoju, zatwierdzone przez Narody Zjednoczone w roku 2000 [7]. Student i lekarz powinien być też świadomy międzynarodowych mechanizmów blokowania szerzenia się epidemii chorób wysoce zaraźliwych. W końcu wyraźnie wyeksponowane powinny być choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu do władz sanitarnych oraz udział jaki każdy z lekarzy ma – powinien mieć – w procesie zapobiegania chorobom zakaźnym i pasożytniczym w skali krajowej, szpitala i rodziny.

Tyle zasadniczych uwag ogólnych. Podręcznik niewątpliwie zawiera wiele wartościowych rozdziałów, opracowanych przez specjalistów z renomowanych ośrodków. Szkoda tylko, że w części tytułowej, nazwiska współautorów nie są powiązane z tymi ośrodkami. Jak zwykle w tak obszernym podręczniku znaleźć można pewne niedociągnięcia. W rozdziale o rozpowszechnieniu wybranych chorób w świecie autor wspomina dwa ogniska zimnicy *P. malariae* w Polsce, a nie ma mowy o 9.941 zachorowaniach na malarię w Polsce w roku 1948. W tymże rozdziale wspomina się o „tylko” 11 przypadkach malarii importowanych do Polski w roku 2007, chociaż dobrze wiadomo, że jest to liczba znacznie zaniżona. Brak też informacji o tym, jaki problem w Polsce stanowią zawlekanie choroby zakaźne i pasożytnicze oraz toksoplazmoza wrodzona (w roku 2007 zgłoszonych 752 przypadki i 2 zgony – nie licząc przypadków nierozpoznanych lub niezgłoszonych). W rozdziale o dendze nie ma wzmianki, że u podróżnych objawy występują do 2 tygodni po powrocie z rejonów endemicznych, że postaci krwiotoczne i wstrząsowe pojawiają się najczęściej w wyniku powtórnego zakażenia wirusem na terenach endemicznych i u nas są rzadkie, że zakażenie przenoszone jest przez komary pospolite w środowiskach zurbanizowanych i kłujące za dnia (moskitiery mają mniejsze znaczenie) i w końcu, że w związku z narastającym występowaniem wirusa w wielu rejonach świata, również w Polsce rozpoznaje się coraz więcej przypadków zawlekaney dengi.

W rozdziale o eozynofilii brak konsekwencji w stwierdzeniach „czas ich przeżycia wynosi kilka dni” i na następnej stronie „okres przeżywania w tkankach trwa 2 tygodnie”. Podobnie niekonse-

kwentne jest zdanie w rozdziale o etiopatogenezie „zimnicę przenosi wyłącznie komar, nie zarazi się nią człowiek od człowieka, notowano jednak zakażenia przez strzykawkę, zabrudzona krwią chorego na zimnicę” (nie wspomina się o możliwości zarażenia malarią przez przetaczanie krwi itp.).

W tabeli na stronie 478, dotyczącej występowania eozynofilii, niejasne jest zaznaczenie wszystkich możliwych stopni natężenia eozynofilii w inwazjach pierwotniakami; na ogół zarażenia pierwotniakami nie wywołują wyraźnej eozynofilii. Natomiast włośnica i zespół larwy wędrującej trzewnej, wywołany przez larwy *Toxocara*, mogą być przyczyną bardzo wysokiej eozynofilii, co nie jest zaznaczone. Na stronie 487 w rozdziale o giardiozie, nieoczekiwanie jest mowa o „grupach pełzaków” – prawdopodobnie chodzi o genotypy *Giardia*, których u człowieka może występować kilka. Wątpliwości budzi też kategoryczne zalecenie „konieczne jest leczenie zarażonych osób i zwierząt”. Na stronie 513 stwierdzenie o skuteczności chlorochiny w niektórych krajach Afryki wymaga wyjaśnienia; generalnie uznaje się, że chlorochina jest w Afryce nieskuteczna. Najpopularniejszym lekiem stosowanym w zapobieganiu zimnicy jest obecnie atowakwon z proguanilem, a nie meflochina; profilaktyczne stosowanie doksycykliny mogłoby być wyraźniej podkreślone. Nie ma mowy o kilku lekach skojarzonych z artemizyną, jak lumefantrina, artenusat z amodiachiną, artenusat z meflochiną, które znajdują coraz szersze zastosowanie w krajach malarycznych; niektóre z nich są stosowane u dzieci per rectum. W rozdziale o malarii brakuje ogólnie przyjętego ważnego stwierdzenia, że malarię trzeba nie tylko podejrzewać, ale i wykluczać u chorych gorączkujących, powracających z rejonów malarycznych. Wyraźnie należałoby podkreślić, że rozpoznanie i leczenie malarii, wywołanej przez *P. falciparum*, jest sprawą nader pilną z uwagi na często gwałtowny przebieg choroby. Warto też zaznaczyć, że leczenie ciężkiej zimnicy wymaga dużego doświadczenia klinicznego i powinno być prowadzone na oddziałach intensywnej terapii, najlepiej w wyspecjalizowanych klinicznych ośrodkach tropikalnych w Gdyni, w Poznaniu i w Warszawie. W rozdziale o chorobie Chagasa brak wzmianki, że występuje ona często u imigrantów z terenów endemicznych Ameryki Południowej i staje się narastającym problemem klinicznym w USA, Kanadzie i w Hiszpanii. W rozdziale o włośnicy brak jest informacji, że podanie albendazolu w ciągu kilku dni po spożyciu zarażonego mięsa może zapobiec wystąpieniu

objawów włośnicy. Owsica, najpowszechniejsza w Polsce robaczycza, opisana jest tylko na jednej stronie. Brak wyraźnego stwierdzenia, że badanie kału tylko przypadkowo wykrywa owsicę. Brak w tym rozdziale klasyfikacji owsicy na sporadyczną, rodzinną i zawodową oraz szczególnie intensywną z powodu częstej autoinfekcji. Tylko stosowanie odpowiedniej klasyfikacji umożliwi skuteczne leczenie i zapobiega szerzeniu się owsicy. W postępowaniu w owsicy ważne jest codzienne ranne podmywanie okolicy odbytu, o którym nie wspomniano. Leczenie a priori wszystkich członków rodziny i badania przed przyjęciem do żłobka lub przedszkola są mało realne. W rozdziale o strygioidozie brak jest wzmianki o zarażeniu *S. fuelleborni*, które występuje w niektórych krajach Afryki i na Papua Nowej Gwinei; zarażenie jest pod względem epidemiologicznym i klinicznym odmienne od zarażeń *S. stercoralis* i bywa często śmiertelne dla niemowląt. W rozdziale o toksokarozie brak jest wyjaśnienia na czym polega postać zamaskowana toksokarozy, sprawiająca niekiedy duże trudności kliniczne. Larwy *Toxocara canis* prawdopodobnie żyją tylko kilka lat, a ich wędrowanie w organizmie człowieka jest ograniczone tworzeniem się wokół nich ziarniaków. Likwidacja larw pasożyta drogą chemioterapii jest trudna i zwykle udaje się tylko częściowo. Leczenie albendazolem powinno być ograniczane do jednej kuracji, o ile nie ma innych wskazań klinicznych np. w zespole larwy wędrującej trzewnej. W przypadkach bezobjawowych toksokarozy jedna kuracja lekiem przeciw pasożytniczym zmniejsza ryzyko migracji larw *Toxocara*. W rozdziale o tasiemczycy *T. solium* brak jest podkreślenia, iż około 1/5 przypadków wągryzcy jest wynikiem autoinwazji oraz że osoba zarażona tasiemcem (np. w USA imigranci z Meksyku) i wydająca jaja pasożyta stanowi źródło wągryzcy dla otoczenia. Warto też zaznaczyć, że w Polsce tasiemczycza *Taenia solium* zanika, natomiast importowane przypadki tasiemczycy i wągryzcy stanowią nie mały problem w USA i w Europie. Rozdział o bąblowicy wywołanej przez *E. multilocularis*, obecnie jednej z najgroźniejszych inwazji pasożytniczej w Polsce wymaga preredagowania, gdyż nasze rozpoznanie w tym zakresie w ostatnich latach znacznie się pogłębiło.

Przedstawione uwagi do podręcznika, potwierdzają opinie wyrażone poprzednio [1]. Są one jeszcze jednym wskazaniem, że pilnie potrzebny jest nowoczesny podręcznik chorób pasożytniczych, poruszający problemy kliniczne i epidemiologiczne

i oparty o ustalone standardy postępowania. Jak do tej pory choroby pasożytnicze są włączone do chorób zakaźnych na zasadzie „ubogiego krewnego”. Z drugiej strony ich wielodyscyplinarność wymaga wprowadzenia chorób pasożytniczych do wielu specjalności medycznych, na co już wielokrotnie zwracano uwagę [1,6].

Możliwy konflikt interesów: autor był współautorem niektórych wymienionych publikacji [3,5 i 6].

Literatura

- [1] Pawłowski Z.S. 2010. Parazytologia lekarska w podręcznikach polskich. *Wiadomości Parazytologiczne* 56: 345-350.
- [2] Dziubek Z. (red). 2010. Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- [3] Dziubek Z. (red). 2003. Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- [4] Ancelle T., Hennequin C., Paugam A. 1994. *Décision en parasitologie et médecine tropicale*. Editions Vigot, Paris.
- [5] Schlossberg D. 2008. *Clinical Infectious Diseases*. Cambridge University Press.
- [6] Pawłowski Z.S., Stefaniak J. 2004. *Parazytologia kliniczna w ujęciu wielodyscyplinarnym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- [7] The Millenium Developmental Goals. Report 2010. United Nations. New York.