

**UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

Anna Rybeczka-Gacek

**Rehabilitacja uzdrowiskowa pacjentów
w przebiegu wirusowego zapalenia
wątroby typu C**

Praca doktorska

Promotor: dr hab. n. farm. Bożena Muszyńska, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr med. Jerzy Piwkowski

Pracę wykonano: Szpital Uzdrowiskowy Wielka Pieniawa,
Uzdrowiska Kłodzkie S.A. – Grupa PGU, 57-320 Polanica Zdrój,
ul. Zdrojowa 39

Kierownik jednostki: Ordynator Szpitala Uzdrowiskowego Wielka
Pieniawa lek. med. Anna Rybeczka-Gacek

Kraków 2016

Składam podziękowania
Pani dr hab. Bożenie Muszyńskiej, prof. UJ
za pomoc przy redakcji mojej rozprawy doktorskiej.

Spis treści

1. STRESZCZENIE	4
2. ABSTRACT	5
3. WSTĘP	6
3.1. Historyczne prace badawcze dotyczące skuteczności rehabilitacji uzdrowiskowej w terapii chorób wątroby.....	8
3.2. Metody i prace badawcze na temat oceny skuteczności elementów terapii klinicznej wykorzystywane w rehabilitacji uzdrowiskowej chorób wątroby	14
4. MECHANIZMY DZIAŁANIA PODSTAWOWYCH ELEMENTÓW LECZENIA UZDROWISKOWEGO WYKORZYSTYWANYCH W REHABILITACJI CHOROÓB WĄTROBY	18
4.1. Wody mineralne i terapia kąpielami kwasowęglowymi	18
4.2. Borowina i terapia borowinowa	19
4.3. Terapia fizykoterapeutyczna zmiennym polem magnetycznym	22
4.4. Kuracja pitna wodami leczniczymi	23
4.5. Klimatoterapia i terenoterapia – bodźcowy wpływ klimatu na odporność organizmu oraz znaczenie aktywności fizycznej w chorobach wątroby	25
4.6. Doświadczenia w zakresie postępowania dietetycznego w leczeniu uzdrowiskowym chorób wątroby.....	28
4.7. Oświata zdrowotna i psychoterapia w medycynie uzdrowiskowej.....	29
5. ODCZUCIA WŁASNE JAKOŚCI ŻYCIA U PACJENTÓW ZAKAŻONYCH HCV	31
5.1. Wpływ zakażenia wirusem HCV na funkcjonowanie mózgu.....	32
5.2. Leczenie farmakologiczne w wirusowym zapaleniu wątroby typu C	33
6. ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH	35
6.1. Cel pracy i problemy badawcze	35
6.2. Metody zbierania danych i analizy	36
6.2.1. Miejsce badań i okres	36
6.2.2. Materiał badawczy	39
6.2.3. Metody badawcze.....	41
6.2.4. Opracowanie statystyczne wyników	43
7. WYNIKI BADAŃ	44
7.1. Charakterystyka grupy	44
7.2. Wpływ leczenia uzdrowiskowego	46
7.3. Ocena własna samopoczucia psychicznego badanych	68
7.4. Badania statystyczne.....	81
8. DYSKUSJA.....	87
9. PODSUMOWANIE.....	90
10. WNIOSKI.....	93
11. PIŚMIENNICTWO.....	94
12. SPIS RYCIŃ I TABEL	101
13. ZAŁĄCZNIK – ANKIETA.....	105

1. STRESZCZENIE

Przewlekłe zapalenie wątroby oraz aktywne zakażenie wirusem typu C jest stanem klinicznym odznaczającym się labilnością enzymatyczną oraz, jak wykazano pozytywną wrażliwością na bodźce uzdrowiskowe.

Celem pracy była kompleksowa ocena obiektywnego i subiektywnego wpływu leczenia uzdrowiskowego na poprawę stanu odczucia życia pacjentów w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Badaniami objęto 180 kuracjuszy zakażonych wirusem HCV, wybranych świadomie, z rozpoznaniem zakażenia potwierdzonym metodami serologiczną i molekularną. Dla zrealizowania postawionego celu wszyscy objęci badaniem kuracjusze byli dwukrotnie badani tymi samymi metodami: fizykalnie (badanie lekarskie) i biochemicznie przed rozpoczęciem i na zakończenie kuracji uzdrowiskowej. Charakterystyki chorych dokonano w oparciu o dokumentację lekarską, w tym karty informacyjne z wcześniejszych pobytów szpitalnych, formularze wniosków NFZ stanowiące podstawę skierowania na kuracje, założone w uzdrowisku oraz historie chorób oraz karty zlecenia zabiegów balneologiczno-fizykalnych.

Do oceny subiektywnych efektów terapii uzdrowiskowej pacjentów wykorzystano specjalnie na potrzeby badań przygotowaną ankietę, na podstawie której za najbardziej skuteczne spośród zabiegów balneologicznych w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjenci wskazali te z wykorzystaniem surowców naturalnych, a najwyższą ocenę przyznali: okładom borowinowym i kąpielom kwasowęglowym. Znaczny wpływ na poprawę stanu zdrowia pacjentów w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C wykazano w ocenie: zabiegi fizykoterapeutyczne i magnetoterapie.

Oceniając badania laboratoryjne, w grupie pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C, na początku i pod koniec pobytu w uzdrowisku (bilirubinę, ALAT, AspAT, GGTP, WBC, HGB, PLT), zauważono poprawę we wszystkich elementach badań laboratoryjnych w odniesieniu do oznaczonych parametrów. W grupie z marskością pozapalną typu C istotne statystycznie różnice dotyczyły badania początkowego i końcowego hemoglobiny.

Podsumowując należy stwierdzić, że leczenie uzdrowiskowe wpływa pozytywnie na skuteczność leczenia przewlekłych chorób wątroby. Pacjenci oceniając skuteczność leczniczą zabiegów balneologicznych potwierdzili, że wszystkie podstawowe elementy leczenia uzdrowiskowego miały wpływ na efekt rehabilitacji. Zdecydowana większość badanych oceniła ten efekt, jako pozytywny.

2. ABSTRACT

Chronic hepatitis and active hepatitis C infection are clinical conditions characterized by an enzymatic lability and, as demonstrated, a positive sensitivity to spa stimuli.

The aim of the study was a comprehensive evaluation of objective and subjective effect of spa treatment on the improvement of patients' life perception in the course of hepatitis C.

The study included 180 patients infected with HCV, selected intentionally, with a diagnosis of infection confirmed using serological and molecular methods. In order to achieve this aim, all spa patients in the study were examined twice using the same method: physically (medical examination) and biochemically before and at the end of spa treatment. Patients' characteristics were based on medical records, including information cards from previous hospitalizations, submitted in the spa application forms of the National Health Fund (NFZ) as a basis for referral to the treatment, as well as medical records, and cards of orders for balneological physical treatments.

The questionnaire prepared specifically for the needs of the study was used to evaluate the subjective effects of patients' spa therapy. On this basis, as the most effective among the balneological treatments in the course of hepatitis C, the patients indicated these with the use of natural resources, and the highest rating was noted for mud wraps and carbon dioxide baths. A significant effect on patients health state improving in the course of hepatitis C was demonstrated in the evaluation for physiotherapy and magnotherapy.

The laboratory tests performed in patients with chronic hepatitis C at the beginning and at the end of spa treatment (bilirubin, ALT, AST, GGT, WBC, HGB, PLT) demonstrated an improvement in all elements of laboratory tests in relation to the analyzed parameters. Statistically significant differences in the group with post-inflammatory cirrhosis C only concerned the initial test and final examination of hemoglobin.

In conclusion, the spa treatment has a positive effect on the efficacy of chronic liver diseases treatment. Patients evaluating the therapeutic efficacy of balneological treatments confirmed that all basic elements of spa treatment affected on the result of rehabilitation. The vast majority of the respondents assessed this effect as a positive.

3. WSTĘP

Historia leczenia uzdrowiskowego ma swoje początki już w starożytności. Pierwsze termy z II w. p.n.e. odkryto w Pompejach. Budownictwo łaźni na terenie Rzymu i całego imperium rozpowszechniło się w I w. p.n.e. W tym okresie przeobraziły się w ogromne, dostępne publicznie kompleksy. Grecki zakon eskulapów zakładał „świątynie zdrowia”, w których wykorzystywano wodę źródlaną, specjalne pożywienie oraz zabiegi takie jak masaże i kąpiele. Hipokrates w swoim dziele „O klimatach, wodach i miejscach” zalecał wykorzystywanie świeżego powietrza i naturalnych źródeł, zwracając uwagę na jakość wody w celu zapobiegania chorobom i oraz ich leczenia (460-375 r. p.n.e.). Europejskie łaźnie parowe, wykorzystujące zabiegi hartujące zimną wodą powstały w 1200 roku w Niemczech. Początki polskich uzdrowisk sięgają XII i XIII wieku. Najstarsze informacje o Cieplicach Zdroju pochodzą z 1132 roku, o Łądku Zdroju z 1242 roku, a o Iwoniczu z 1520 roku [1-3]. Pierwszy naukowy traktat na temat wodolecznictwa napisany został przez Marcina z Miechowa i ukazał się w Krakowie w 1578 roku. Zawierał on całą ówczesną wiedzę w dziedzinie balneologii i balneoterapii oraz pierwszą klasyfikację wód leczniczych występujących w Polsce oraz wskazania do ich zastosowania. W roku 1635 Jan Innocenty Pertycy wydał rozprawę naukową „O wodach w Drużbaku i Łęckowej, o zażywaniu ich i pożytkach, przeciw którym chorobom są pomocne”. Podał topografię źródeł oraz klasyfikację wód, dzieląc je na: kwaśne, siarczane i słone, w oparciu o ich cechy organoleptyczne. Kuracja według Petrycego trwała 15-30 dni, ilość wody mineralnej zalecanej w kuracji pitnej sięgała do 10 litrów dziennie, a czas kąpieli wynosił około 2 godzin. W XVI i XVII wieku ukazały się pierwsze prace analityczno-chemiczne dotyczące balneologii. W XIX wieku Michał Zieleniewski w pracy „Rys balneologii powszechnej” wymienia aż 384 zdrojowiska czynne w Europie. Zieleniewski wody lekarskie podzielił na podstawie składu chemicznego na: alkaliczne (czyli szczawy), gorzkie-magnezowe, słone-sodochlorowe, siarczane-siarkorodne, żelaziste, zimne (czyli wapienne) i chemicznie obojętne.

Wielkie zasługi dla rozwoju hydroterapii i klimatologii wniósł znakomity uczoney i klinicysta prof. Józef Dietel. W 1858 roku stworzył opracowanie pt. „Uwagi nad zdrojowiskami krajowymi ze względu na ich skuteczność, zastosowania i urządzenia”, w którym podkreślił zaniedbanie uzdrowisk oraz ich wyjątkowo bogate zasoby naturalne. Dietl, jako pierwszy sklasyfikował polskie wody lecznicze na podstawie analiz chemicznych przeprowadzonych przez Teodora Torosiewicza. Dokonał ich podziału na siedem grup:

szczawy alkaliczne, alkaliczno-słone, żelaziste, gorzkie, jodowe, słone i pitne źródła oleju skalnego. Opisał lecznicze wskazania kliniczne do ich stosowania. Propagował on też kąpiele błotne, mułowe, z łągów i parowe oraz wprowadził na większą skalę wodolecznictwo, inhalacje i gimnastykę leczniczą [4].

Oficjalna działalność balneologiczna na terenie polski rozpoczęła się w dniu 9 marca 1858 roku w Krakowie, kiedy to z inicjatywy, prof. Józefa Dietla powołano Komisję Balneologiczną przy Krakowskim Towarzystwie Naukowym. W tym też czasie uczyniono wiele starań, aby zintegrować lecznictwo uzdrowiskowe trzech zaborów.

W roku 1905 odbyło się pierwsze zebranie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, a w 1914 roku powołano Katedrę Balneologii na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. W tym samym czasie działało już 29 uzdrowisk, z czego 5 przyjmowało pacjentów przez cały rok.

Po drugiej wojnie światowej Polska straciła znaczną część uzdrowisk położonych na wschodzie, a istniejące były mocno zdewastowane. W 1945 roku utworzono w Ministerstwie Zdrowia samodzielny Wydział Zdrowia, któremu podlegały uzdrowiska. Następnie w 1952 roku powołano Instytut Balneologiczny z siedzibą w Poznaniu, którego dyrektorem został prof. Józef Jankowiak, a następnie od 1975 roku prof. Gerard Straburzyński. Działalność instytutu przyczyniła się do powstania wielu prac naukowych oraz znakomitych pozycji książkowych poświęconych medycynie uzdrowiskowej, rozpoczęto też wydawanie pisma *Balneologia Polska*, które po dzień dzisiejszy służy lekarzom uzdrowiskowym praktyczną i teoretyczną wiedzą, dając możliwość publikacji ich prac naukowych (obecnie: *Acta balneologia*). Wielką stratą dla dorobku naukowego lecznictwa uzdrowiskowego była likwidacja w 1992 roku istniejącego od 40 lat Instytutu Balneologicznego [2-4].

Jednym ze schorzeń posiadających wiekową tradycję i potwierdzoną skuteczność uzdrowiskowego leczenia są choroby przewodu pokarmowego. O problemach leczniczych związanych z kolei z chorobami wątroby dowiadujemy się już z dzieł Hipokratesa, który opisał objawy jej uszkodzenia w tym np. żółtaczkę, podkreślając iż współistniejące „stwardnienie wątroby” jest niekorzystnie rokującym objawem. Galen (201 r. n.e.) wyróżnił trzy rodzaje żółtaczki: zaporową, hemolityczną i współistniejącą [4].

Choroby wątroby wywołane epidemiami pojawiały się od wieków na całym świecie, sprzyjały im prowadzone wojny i wyprawy dalekomorskie. Etiologia żółtaczki zakaźnej nie była rozpoznawana do 1908 roku, w którym to roku McDonald wysunął hipotezę, iż wywołuje ją czynnik mniejszy od bakterii czyli wirus. W 1965 roku Blumberg i wsp. ogłosili

odkrycie antygeny Australia wirusa typu B natomiast w 1989 roku Choo i wsp. oraz Kuo i wsp. dokonują ekspresji fragmentu genomu wirusa typu C [5].

Od stuleci znany był korzystny wpływ rekonwalescencji prowadzonej w warunkach uzdrowiskowych u pacjentów obciążonych chorobami wątroby. Poznanie czynników etiologicznych oraz patomechanizmów schorzeń umożliwiło prowadzenie rehabilitacji we właściwym etapie choroby i z uwzględnieniem stopnia zakaźności pacjentów.

3.1. Historyczne prace badawcze dotyczące skuteczności rehabilitacji uzdrowiskowej w terapii chorób wątroby

Leczenie uzdrowiskowe chorób przewodu pokarmowego w tym wątroby przez stulecia opierało się na obserwowanej empirycznie jego skuteczności. Rozwój nauki oraz prowadzone prace badawcze przyczyniły się do stopniowego poznania mechanizmów działania metod terapii uzdrowiskowej oraz potwierdziły ich efektywność.

Pierwsze sanatorium gastrologiczne po II wojnie światowej utworzono w Polanicy z inicjatywy i pod opieką prof. E. Rużyłły, natomiast rehabilitację pacjentów po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby w warunkach uzdrowiskowych rozpoczęto w Długopolu Zdroju już w 1956 roku. W tym czasie w uzdrowiskach funkcjonowały Ośrodki Naukowo Konsultacyjne specjalistycznych klinik w kraju. Jednak prac badawczych poświęconych rehabilitacji chorób wątroby, w tym wirusowych zapaleń wątroby powstało niewiele. W Długopolu Zdroju pomimo aktywnej współpracy z Kliniką Chorób Zakaźnych we Wrocławiu nie przeprowadzono badań naukowych. Prof. Hasik w 1976 roku, zauważył, że trudno doszukać się w piśmiennictwie doniesień poświęconych rehabilitacji uzdrowiskowej przewlekłego zapalenia i marskości wątroby. Natomiast korzyści wynikające z tej formy terapii zostały potwierdzone w 1956 roku, kiedy to Kubicki stwierdził, że wyniki leczenia balneologicznego chorób układu trawienia są bardzo korzystne i nierzadko lepsze w porównaniu do wyników otrzymanych podczas leczenia w szpitalu [6]. W badaniach przeprowadzonych pod kierunkiem Jakubowskiego (1955) w Uzdrowisku Duszniki Zdrój, a dotyczących toksycznego uszkodzenia wątroby u pracowników przemysłu barwiarskiego wykazano, że leczenie zdrojowiskowe powoduje przede wszystkim znaczną poprawę w zakresie ogólnego samopoczucia i przyczynia się do ustąpienia objawów podmiotowych. Przewidywano, iż dłuższe leczenie zdrojowiskowe może przyczynić się do przywrócenia prawidłowej czynności wątroby w przypadkach przewlekłych zatruc. U wszystkich badanych oznaczono poziom bilirubiny we krwi i w moczu, poziom urobilinogenu, wykonano próbę van den Berga, oznaczono ogólną ilość białek oraz określono zawartość γ -globulin,

przeprowadzono próbę tymolową MacLagana i próbę kadmową Wuhrmanna. Wyniki w zakresie prób białkowych nie wypadły jednoznacznie, a najczulsza okazała się próba tymolowa [7].

Prof. Kubicki (1955) w opracowanych wskazaniach do leczenia uzdrowiskowego podaje, że do tego typu terapii nadają się łagodne postaci zwyródnień wątroby w tym: przewlekłe zaburzenia ukrwienia wątroby, zmiany wsteczne, zaburzenia nieswoiste oraz stany po przebytych chorobach zakaźnych w tym przebytej żółtaczce zakaźnej. Odnosnie terminu kierowania pacjentów po przebyciu zakażenia wirusem typu A, za najskuteczniejszy do leczenia uznaje okres od dwóch do trzech miesięcy po ustąpieniu objawów chorobowych. Natomiast dla miąższowej żółtaczki określanej, jako „zaszczepiona lub strzykawkowa” (obecnie wszczepienna) w tym czasie brak było jasnych danych, co do okresu trwania leczenia po zakażeniu. Według tego autora z uwagi na potencjalne źródło zakażenia wszczepiennego, najlepiej w czasie pobytu w sanatorium u osób zakażonych całkowicie zrezygnować z iniekcji. Podkreślił on też efektywność terapii w uzdrowisku w odniesieniu do takich jednostek chorobowych jak np.: kamica żółciowa, przewlekły nieżyt oraz zaburzenia czynnościowe pęcherzyka i dróg żółciowych. Wykazał on także znaczenie oraz efektywność działania kuracji pitnej [6].

Badanie dotyczące leczenia schorzeń przewodu pokarmowego szczawą wodorowęglanową przeprowadzono w 1978 roku w Dusznikach Zdroju pod kierunkiem prof. Zbigniewa Knapika. Potwierdziło ono skuteczność tej terapii w stanach pooperacyjnych po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Wyniki badania udowodniły korzystny wpływ terapii wodami leczniczymi na ustępowanie takich dolegliwości jak wzdęcia, brak apetytu, zaparcie stolców oraz bóle w jamie brzusznej i dołku podsercowym [8].

Z kolei według prof. Kubickiego lecznicze własności wód mineralnych zależą nie tyle od poszczególnych składników czy też ich sumy, lecz od synergistycznego oddziaływania związków w nich zawartych (czyli od interakcji, jakie istnieją między poszczególnymi elektrolitami) [6].

W 1957 roku pod kierunkiem prof. Jankowiaka dyrektora Instytutu Balneoklimatycznego w Poznaniu w uzdrowisku Inowrocław przeprowadzono ocenę skuteczności działania okładów borowinowych na okolicę wątroby (badanie przeprowadziły lek. Anna Hoszowska-Owczarska i lek. Danuta Małek z Poradni Wirusowego Zapalenia Wątroby w Poznaniu). Jako obiektywny wynik leczenia przyjęto badanie przeprowadzone miesiąc po powrocie chorych z sanatorium. Stwierdzono, że w 15 przypadkach na 18 badanych nastąpiła poprawa: ustąpiły dolegliwości podmiotowe, poprawiły się wartości odczynu tymolowego, obniżeniu uległ

poziom bilirubiny w surowicy, zmniejszony został poziom γ -globulin. W grupie porównawczej pacjentów, którzy nie byli leczeni zabiegami borowinowymi w większości przypadków nie stwierdzono poprawy w zakresie tych badań [9].

W 1971 roku prof. Boroń dostrzegał potrzebę ewidencjonowania chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby w celu stworzenia dogodnych warunków do rozpoczęcia leczenia klimatycznego, w okresie zaostrzenia choroby, a następnie ustalenia sposobu postępowania rehabilitacyjnego. Podkreślał, że w przeciwieństwie do np. Niemiec (ówczesne NRD), nie mamy w kraju oddziałów sanatoryjnych zajmujących się wyłącznie rehabilitacją chorych z przewlekłym zapaleniem wątroby pomimo tego, że istnieje oczywista potrzeba społeczna tego typu terapii [10].

W latach 1971-1974 w uzdrowisku Inowrocław obserwowano 124 pacjentów z przewlekłymi zapaleniami wątroby oraz 87 osób z marskością, skierowanych na rehabilitację leczniczą. Kontynuując rozpoczęte w szpitalu leczenie przy pomocy środków immunosupresyjnych lub sterydów, zastosowano reżim wypoczynkowy (2 godzinne leżenie poobiednie, pełny wypoczynek nocny), dozowaną terapię ruchową (20 minut gimnastyki ogólnie usprawniającej lub krótkich spacerów), leczenie dietetyczne (pokarmy zawierające wysokowartościowe białko, o ograniczonej ilości tłuszczu i właściwej podaży węglowodanów). W kuracji pitnej stosowano 0,4% do 1,6 % inowrocławską solankę gorzką. Wykonywano (po wykluczeniu żylaków przełyku) przepłukiwania dwunastnicy 1,6% roztworem solanki gorzkiej, licząc na efekt żółciopędny, żółciotwórczy, a także na korzystny wpływ na ukrwienie wątroby. Z tych samych powodów stosowano diatermię krótkofalową oraz okłady borowinowe okolic wątroby. Zaobserwowano korzystny wpływ warunków sanatoryjnych na stan pacjentów, 85% badanych podawało zmniejszenie objawów podmiotowych takich jak mdłości, ucisk pod prawym łukiem żebrowym, wzdęcia, gorzkie odbijania, brak apetytu, bóle głowy, bezsenność, u chorych nastąpiło polepszenie sprawności psychicznej i fizycznej. W znacznym stopniu uległy również normalizacji wskaźniki biochemiczne świadczące o uszkodzeniu wątroby [11].

W 1980 roku w uzdrowisku Polanica pod kierunkiem prof. Straburzyńskiego przeprowadzono badanie dotyczące wpływu leczenia uzdrowiskowego na przebieg przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby. W trakcie trwania turnusu badaniami objęto 56 chorych. Wnioski z przeprowadzonego eksperymentu pozwoliły stwierdzić u większości chorych poprawę stanu klinicznego, objawiającą się przede wszystkim zmniejszeniem objawów podmiotowych takich, jak: osłabienie, obniżenie sprawności fizycznej, brak łaknienia oraz ustąpienie objawów dyspeptycznych. Podkreślono celowość wprowadzenia

przewlekłego zapalenia wątroby w okresie kompensacji, jako jednostki chorobowej, ze wskazaniem do leczenia uzdrowiskowego [12].

W 1984 roku w uzdrowisku Szczawno-Zdrój przeprowadzono ocenę wskaźników czynności wątroby, u 69 pracowników huty metali nieżelaznych, po odbytej kuracji uzdrowiskowej. We wnioskach stwierdzono, że balneoterapia szczawami alkalicznymi badanej grupy pracowników usprawnia czynność wątroby – po leczeniu zarejestrowano znacznie niższy odsetek przypadków z podwyższonym ponad normę poziomem ALAT, spadek stężenia bilirubiny oraz zmniejszenie stężenia ołowiu we krwi [13].

Przeprowadzając analizę osiągnięć polskiej terapii uzdrowiskowej w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, w 1992 roku dr Kasprzak wykazuje jej celowość i podkreśla, że do początku lat 80. pojawiły się prace oparte na analizie parametrów biochemicznych czynności wątroby oraz ocenie histologicznej wątroby. Oceniano w nich pozytywnie znaczenie naturalnych czynników uzdrowiska w leczeniu schorzeń hepatologicznych. Autor pracy podkreśla rolę uzdrowiska Długopole Zdrój wyspecjalizowanego w rehabilitacji chorych po wirusowym zapaleniu wątroby [14].

W 1993 roku pod kierunkiem prof. Jana Hasika w uzdrowisku Inowrocław opracowano propozycje postępowania w chorobach gastroenterologicznych. W badanej grupie pacjentów odnotowano marskość wątroby w stanie początkowym i w okresie wyrównania oraz przewlekłe zapalenie wątroby. W wyniku tych badań w zaleceniach ujęto diatermię krótkofalową w celu poprawy ukrwienia wątroby, ćwiczenia izometryczne w celu odprężenia prawostronnych mięśni brzucha, dietę niskotłuszczową, okłady borowinowe oraz kurację pitną [15].

Kochański (2002) we wskazaniach do leczenia uzdrowiskowego wyróżnił: stany po przebytych wirusowych zapaleniach wątroby w okresie po 3 miesiącach od ustąpienia ostrych i podostrych objawów klinicznych oraz wyrównaną pozapalną marskość wątroby [16].

Z kolei Prof. Irena Ponikowska, Krajowy Konsultant w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej od wielu lat zabiegająca o prawidłowy, oparty na badaniach naukowych kształt i rozwój polskiej balneologii, określiła profile lecznicze uzdrowisk kierując się występującymi w nich zasobami naturalnymi oraz wieloletnim doświadczeniem tych placówek. W 2009 roku kwalifikuje Uzdrowisko Długopole jako ukierunkowane przede wszystkim na leczenie chorób wątroby, w tym stanów po wirusowym zapaleniu oraz początkowych okresów marskości [17].

Istotnym elementem terapii w Długopolu jest woda mineralna z miejscowych źródeł. Zasadność stosowania w zaburzeniach funkcji wątroby zabiegów, opartych na długopolskiej

szczawie kwasowęglowej, potwierdzają wieloletnie obserwacje i badania kliniczne. W publikacji z 1960 roku Belec i Tkaczyk opisali obniżenie poziomu cholesterolu w wyniku stosowania kuracji pitnej wodą ze źródła „Jana” [18]. Woda z tego źródła jest hypoosmotyczną szczawą wapniowo-magnezową (podobnie jak długopolska woda „Renata”). Ten sam zespół przeprowadził w 1964 roku porównawcze badania wpływu na wydzielanie kwasów żółciowych wody ze źródła „Jana” oraz wody ze źródła „Zuber II” (hiperosmotyczna szczawa sodowo-magnezowo-żelazista). Wykazano wyraźny wzrost ilości wydzielanej żółci i kwasów żółciowych po zastosowaniu wody ze źródła „Jan”: w żółci A trzykrotny, w żółci B dwukrotny po 10 dniach podawania wody. Woda ze źródła „Zuber” zwiększała znacząco ilość wydzielanej żółci, natomiast nie zwiększała wydzielania kwasów żółciowych [19].

W 1976 roku w uzdrowisku Polanica przeprowadzono interesujące badanie dotyczące korzystnego wpływu kuracji pitnej wodą ze źródła „Wielka Pieniawa” (szczawa wodorowęglanowo-wapienna z dużą zawartością żelaza). Udowodniono korzystny wpływ wody żelazistej na wszystkie parametry układu czerwokrwinkowego w grupach chorych: z niedokrwistością niedobarwliwą, u chorych z niedokrwistością hemolityczną, z chorobą Addisona-Bernera, u pacjentów z małopłytkowością i przewlekłą pancytopenią. Poprawa parametrów hematologicznych wynikała ze zwiększonego wchłaniania żelaza zawartego w leczniczej wodzie mineralnej oraz ułatwionego przyswajania żelaza zawartego w pokarmach w trakcie kuracji pitnej, co potwierdzają prace Huczyńskiego [20].

W 1980 roku w Instytucie Balneoklimatologii w Poznaniu przeprowadzono badania porównawcze działania żółciopędnego niektórych wód leczniczych w warunkach doświadczalnych. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono żółciopędne oraz żółciotwórcze działanie wód mineralnych uwarunkowane obecnością anionu wodorowęglanowego i ditlenku węgla [21].

W publikacji Kochańskiego (2002) czytamy, że: „zastosowanie szczawy wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowej przez okres 24-dniowej kuracji w ilości 600 mL dziennie (3 razy po 200 mL) powoduje normalizację poziomu bilirubiny, u 48,2% chorych po usunięciu pęcherzyka żółciowego, u 57,5% chorych z przewlekłymi zapaleniami pęcherzyka i dróg żółciowych, u 52,5% chorych po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby”. W tym opracowaniu opisano badania na świnkach morskich, którym podano 7 różnych wód leczniczych w kuracji pitnej, z których 6 było szczawami wodorowęglanowo-sodowymi lub wapniowymi. Wyniki wykazały wyraźne działanie żółciopędne i żółciotwórcze tylko po wodach, które posiadały większe ilości anionu wodorowęglanowego i ditlenku węgla.

Potwierdzono pozytywne działanie szczawy na poziom cholesterolu, efektywność tego działania zależy od zawartości jonów Mg w wodzie. Jak podaje autor w badaniach doświadczalnych na królikach (którym podano sondą dożołądkowo po 25 cm³ na dobę 5 różnych szczaw) we wszystkich przypadkach uzyskano statystycznie znaczne obniżenie cholesterolu w surowicy krwi [16]. Kochański podaje w publikacji, że szczawy wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowo-żelaziste (w tym wody źródeł długopolskich) powodują obniżenie poziomu węglowodanów we krwi i moczu (zwłaszcza w początkowym stadium cukrzycy), obniżają wydzielanie acetonu oraz regulują odczyn krwi, zwiększają zawartość potasu i obniżają poziom sodu. Natomiast działanie diuretyczne tych hipotonicznych wód warunkuje już przyjęte 750 mL. Własności lecznicze szczawy wodorowęglanowej uzasadniają jej stosowanie w przebiegu przewlekłego uszkodzenia wątroby na tle zakażenia wirusem typu C, gdzie występują zaburzenie gospodarki tłuszczowej, ukryta nietolerancja glukozy oraz zaburzenie gospodarki wodno-elektrolitowej [21,22].

Poprawę funkcjonowania wątroby od stuleci starano się uzyskać przy pomocy odpowiednio dobranej diety, którą doskonalono także w warunkach terapii uzdrowiskowej. Z opracowanego przez Kubickiego (1956) artykułu „Uzdrowiskowe leczenie chorób układu trawienia” dowiadujemy się, że leczenie dietetyczne stosowane w sanatorium odgrywa zasadniczą rolę w poprawie stanu zdrowia pacjentów. Według tego autora dieta powinna być zbilansowana i zawierać wszystkie niezbędne dla organizmu składniki. Posiłki zaleca przygotowywać zgodnie z zaleceniami dietetyków, należy je podawać często oraz w niewielkich porcjach tzn. chory powinien otrzymać trzy dania główne, pełnowartościowe pod względem jakości i ilości oraz dwa dania dodatkowe. Kolejnym wskazaniem żywieniowym jest unikanie podawania potraw zbyt zimnych czy też zbyt gorących. Autor podkreśla, że jednostronne, małowartościowe schematy żywieniowe mogą opóźnić proces zdrowienia pacjenta [6].

Decydujące znaczenie postępowania dietetycznego wykazał również Hasik (1976). Stwierdza on, że zarówno w przewlekłym zapaleniu wątroby jak i marskości wątroby, żywienie spełnia rolę ochronną. Warunkiem prawidłowego żywienia jest dostarczenie choremu w diecie białka o wysokiej wartości biologicznej, przy ograniczonej ilości tłuszczu i zbilansowanej podaży węglowodanów w dziennym żywieniu. Zalecana ilość kalorii to od 2700 Kcal do 3000 Kcal. Dieta powinna zawierać 1,4 g białka oraz 1,0 g tłuszczu (głównie świeże masło) na kilogram masy ciała pacjenta. Pozostałe zapotrzebowanie kaloryczne należy

uzupełnić węglowodanami zawierającymi odpowiednie ilości witamin i soli mineralnych [11].

Kolejny autor – Kasprzak (1992) wykazał, że prawidłowa dieta w trakcie trwania kuracji uzdrowskiej stanowi jeden z elementów leczniczych, zwłaszcza u pacjentów z chorobami przewodu pokarmowego. Prawidłowa stosowana dieta i edukacja pacjentów powinna pozwalać przenieść nawyki żywieniowe do warunków po zakończeniu terapii w uzdrowsku [23].

Na inne, istotne elementy rehabilitacji uzdrowskiej zwrócił uwagę Dobrzyński (1978). Wykazał on znaczenie czynników kulturalno-oświatowych. Dobre warunki pobytu w uzdrowsku i możliwość wypełnienia wolnego czasu edukacją sprawiają, że chorzy łatwiej przyswajają sugestie i uczą się prawidłowego postępowania w przebiegu choroby. Autor napisał „Odczyty, pogadanki, spotkania i wycieczki powinny być, zatem wysokowartościowymi podnietami, działającymi pobudzająco na myśl, wyobraźnię i uczucia chorego, podobnie jak nasze środki lecznicze są bodźcami, które budzą z odrętwienia samoobronne siły ustroju..”. Edukacja w trakcie kuracji uzdrowskiej stanowi możliwość do wypracowania pozytywnych nawyków dotyczących trybu życia po leczeniu [24].

Z kolei w swojej publikacji Łazowski (1999) reprezentuje stanowisko, że refleksja i poszukiwanie informacji o chorobie z wszelkich możliwych źródeł, ułatwia opanowanie emocji. Konsultacje lekarskie w sytuacji ciężkiej choroby mogą zwiększyć lub zmniejszyć zmysł koherencji u pacjentów w zależności od interakcji informacyjno-emocjonalnej między pacjentem a lekarzem. Według autora w uzdrowskach można wdrożyć w stosunku do kuracjuszy postępowanie wzmacniające zmysł koherencji [25,26]. Ponikowska (2008) twierdzi, że uzdrowsko powinno sprzyjać wytworzeniu właściwego klimatu środowiskowego, ponieważ jest szczególnym miejscem leczenia i rehabilitacji chorych, gdzie psychoterapia jest stosowana w wielu aspektach [27].

3.2. Metody i prace badawcze na temat oceny skuteczności elementów terapii klinicznej wykorzystywane w rehabilitacji uzdrowskiej chorób wątroby

Badania naukowe w dziedzinie balneologii można podzielić na empiryczne i eksperymentalne. Według prof. Ponikowskiej w przypadku badań wód naturalnych bardzo trudno zastosować jednolitą metodę badawczą np. metodę podwójnej ślepej próby [17]. W 1963 roku Hiroshi Nohara (japoński naukowiec zajmujący się badaniem wpływu na organizm człowieka wód mineralnych) stwierdził, że pacjenci, kąpani w ten sam sposób,

w dwóch różnych wodach mineralnych, zawierających tę samą ilość pewnych składników mineralnych, podlegali odmiennej penetracji wody i składników mineralnych ze względu na różne zawartości jonów i odnosili różne skutki terapeutyczne [17]. Ferguson stwierdził „W Europie wielu lekarzy, którzy prowadzili badania balneologiczne uważało, że próby podwójnie ślepe nie tylko nie są miarodajne w badaniach balneologicznych ze względu na różnorodny skład wód mineralnych, ale są również nieetyczne. Ich zdaniem leczenie naturalnymi wodami nie jest terapią eksperymentalną, gdyż empiryczne dowody na ich skuteczność terapeutyczną istniały przez setki lat” [17].

Ponikowska w artykule publikowanym przez czasopismo „Nowoczesna Medycyna Uzdrawiskowa” zalicza leczenie uzdrawiskowe i fizjoterapię do tzw. medycyny ekologicznej [17].

Z kolei Hildebrandt uważa, że leczenie uzdrawiskowe, zaliczane przez niego do naturalnych metod leczenia spełnia trzy podstawowe zadania:

- ochronę organizmu przed obciążeniami wywołanymi czynnikami chorobotwórczymi, poprzez wypoczynek i wyizolowanie z codziennego środowiska życia
- normalizację czynności ustroju wskutek systematycznego poddaniu bodźcom, co prowadzi do porządkowania zaburzonych czynności układu odpornościowego i metabolicznego oraz do zwiększenia ich ekonomiki (według Hoffe i Grote stanowi to istotę leczenia regulacyjnego)
- zwiększa zdolności adaptacyjne organizmu (co zostało potwierdzone w pracach Schmidt-Kessena oraz Jordana) [17,28]

Podstawą terapii uzdrawiskowej jest stosowanie metod leczniczych opartych na skutecznych biologicznie surowcach naturalnych takich jak wody mineralne, gazy, peloidy. Badaniami naukowymi udało się potwierdzić skuteczność zabiegów balneologicznych w wielu schorzeniach klinicznych i jak pisze Ponikowska, dzięki odpowiednim metodom i parametrom można uzyskać następujące kierunki działania terapeutycznego:

- odbarczenie obciążonego narządu czy układu
- wyrównanie zaburzonej czynności narządu
- trening mechanizmów adaptacyjnych
- poprawę ogólnej wydolności fizycznej i sprawności
- poprawę funkcji psychicznych i intelektualnych

Badania przeprowadzone w Klinice Balneologii i Medycyny Fizykalnej wykazały, że podczas leczenia uzdrawiskowego obserwuje się fazowe zmiany aktywności układu

autonomicznego. Zmiany aktywności układu autonomicznego stanowią jeden z najważniejszych mechanizmów działania leczniczego zabiegów balneologicznych podczas terapii uzdrowskiej. Za pomocą stosowanych cyklicznie w odpowiednich seriach zabiegów balneologicznych i fizykoterapeutycznych, można wpływać na hamowanie aktywności układu sympatycznego, pobudzając z kolei aktywność układu parasympatycznego i uzyskując homeostazę obydwu [17,29]. Prof. Ponikowska stwierdziła, że I faza trwająca kilka dni cechuje się reakcjami obronnymi organizmu objawiającymi się wahaniem układu autonomicznego. W II fazie zwanej ergotropową, obserwuje się wzmożoną aktywność układu sympatycznego. Natomiast w III fazie trofotropowej przeważa aktywność układu parasympatycznego lub następuje równowaga obydwu [29,30]. Właśnie w tej fazie obserwujemy u leczonych w uzdrowisku korzystne objawy kliniczne, złagodzenie bądź ustąpienie dolegliwości oraz poprawę kondycji psychofizycznej. U pacjentów z patologią wątroby w fazie trzeciej obserwujemy złagodzenie dolegliwości dyspeptycznych: wzdęć i bólu w okolicach wątroby, następuje regulacja wypróżnień, poprawa łaknienia oraz funkcji snu. Regulacja aktywności układu parasympatycznego odciąża krążenie wrotne i usprawnia funkcje trawienne układu pokarmowego. Bodźce lecznicze wpływają na układ wydzielniczy (zwiększają sekrecję kortyzolu, ACTH, bradykininy, powodują obniżenie wydzielania adrenaliny i noradrenaliny). W chorobach przebiegających z uszkodzeniem miększu wątroby obserwujemy nadmierny wzrost mediatorów układu sympatycznego, poprzez uzdrowskowe bodźce lecznicze uzyskujemy korzystną przewagę układu parasympatycznego. Badania potwierdzają wpływ leczenia balneologicznego na istotne zmniejszenie wydzielania adrenaliny i noradrenaliny, co tym samym w ramach sprzężenia zwrotnego wpływa na układ endokryny przewodu pokarmowego [31,32].

Badania prof. Ponikowskiej i prof. Straburzyńskiego potwierdziły przydatność wybranych testów skórnych do oceny reaktywności chorych na bodźce fizykoterapeutyczne. Wykazały, że odczyn rumieniowy oraz powierzchnia bąbla w teście histaminowo-galwanicznym i galwanicznym uległy istotnemu zmniejszeniu po leczeniu uzdrowskowym [33]. Metoda mechanizmów odruchowych wywoływanych działaniem bodźcami leczniczymi na określone segmenty unerwienia jest wykorzystywana do leczenia wielu chorób, stanowi też ważne narzędzie poznawcze w balneologii i medycynie fizykalnej. Segment jest to obszar zaopatrzony przez jedną parę nerwów rdzeniowych i składa się ze strefy skórnej – dermatomu (strefy Heada), mięśniowej – miotomu, kości – osteotomu, naczyniowej – angiotomu i nerwów – neurotomu. Segmentarne unerwienie wykorzystywane jest w zalecaniu zabiegów, także w przypadku leczenia chorób wątroby i przewodu pokarmowego. Przykładowo w celu

regulacji zaparć nawykowych stosujemy działanie bodźcem leczniczym miejscowo na brzuch po lewej i prawej stronie na wysokości 8 kręgu piersiowego oraz segmentarnie na Th 12 przy grzebieniu miednicy i Th 8-Th 9, wywoływany odruchem jest odruch skórno-trzewny. Zabiegi balneofizykalne zastosowane na skórne pola Heada pozwalają na zlikwidowanie bólu, zmniejszenie napięcia mięśni, normalizację trofiki skóry oraz poprawienie funkcji narządów na zasadzie odruchu skórno-trzewnego. Jest to jeden z mechanizmów działania terapeutycznego po zastosowaniu okładów z pasty borowinowej na okolicę wątroby [17]. Odpowiedź organizmu chorego na bodźce, którymi są regularnie powtarzane zabiegi uzdrowskie układa się w rytm o charakterze fazowym, prowadzący do ustalania się w organizmie równowagi biologicznej – czyli procesu zdrowienia. Przebywając w uzdrowisku chory podlega działaniu licznych bodźców pochodzących ze środowiska (klimat, otoczenie), które w oparciu o bodźce lecznicze, wzmacniają reakcje o charakterze adaptacyjnym. Dawkowanie zabiegów jest niezwykle istotne, zbyt duże ich natężenie przekraczające możliwości adaptacyjne wywołuje zespół objawów chorobowych nazwany „odczynem uzdrowskim”. Objawia się on wystąpieniem różnych dolegliwości subiektywnych oraz objawów podmiotowych, którymi najczęściej są: niepokój, osłabienie, bóle głowy, zaburzenia snu, bóle stawowo – mięśniowe, zaburzenia funkcji układu krążenia [34,35].

Uzdrowskie metody lecznicze są zgrupowane w zespoły o zbliżonym działaniu i zastosowaniu leczniczym, a dzielimy je na specyficzne i niespecyficzne. Do metod specyficznych stosowanych w celu poprawy funkcji wątroby zalicza się:

- balneoterapię – leczenie wodami mineralnymi, gazami leczniczymi
- peloidoterapię – leczenie peloidami
- krenoterapię – kuracja pitna z wykorzystaniem leczniczych wód mineralnych
- klimatoterapię – leczenie czynnikami klimatycznymi i przyrodolecznymi
- hydroterapię – leczenie wodą
- termoterapię – leczenie energią cieplną
- kinezyterapię – leczenie poprzez wykonywanie ćwiczeń fizycznych
- fizykoterapię – leczenie różnymi postaciami energii, zwłaszcza przy udziale pola magnetycznego

Metody niespecyficzne stosowane w lecznictwie uzdrowskim to: racjonalizacja żywienia, psychoterapia, edukacja zdrowotna, farmakoterapia [3,17].

4. MECHANIZMY DZIAŁANIA PODSTAWOWYCH ELEMENTÓW LECZENIA UZDROWISKOWEGO WYKORZYSTYWANYCH W REHABILITACJI CHOROÓB WĄTROBY

Leczenie uzdrowiskowe obejmuje kilka metod wzajemnie się uzupełniających w zakresie działania terapeutycznego. W programach leczniczych najważniejszą rolę odgrywają naturalne metody lecznicze, a wśród nich kuracje wodami mineralnymi pochodzącymi z danego uzdrowiska, borowina oraz walory środowiskowe [3].

W rehabilitacji patologii wątroby skuteczne są również nowoczesne metody fizykalne wykorzystujące urządzenia emitujące pole magnetyczne.

4.1. Wody mineralne i terapia kąpielami kwasowęglowymi

Lecznicze wody mineralne mają zdefiniowany skład pod względem zmineralizowania (co najmniej 1 g składników mineralnych w 1 L wody). Składniki mineralne wód są odpowiedzialne za odpowiedni efekt terapeutyczny. Wody lecznicze pochodzą ze źródeł podziemnych, cechują się czystością bakteriologiczną i chemiczną. Polska obfituje w źródła wód mineralnych, a ogólna liczba ich ujęć w uzdrowiskach polskich to około 225. Ze względu na to, że każda woda lecznicza posiada tylko dla niej charakterystyczny skład chemiczny, to wskazania i przeciwwskazania do jej stosowania powinny być określone indywidualnie. W Długopolu lecznicze wody źródlane stosowane są do wykonania naturalnych kąpiele kwasowęglowych oraz w kuracji pitnej. Kąpiele w wodzie leczniczej, zawierającej bezwodnik kwasu węglowego, stosowane w patologii wątroby przynoszą dobre efekty lecznicze. Dotleniają chorą wątrobę, odbarczają krążenie wrotne poprzez zmianę dystrybucji krwi. W trakcie tego zabiegu ditlenek węgla przenika przez skórę, sprzyja to łatwiejszemu wchłanianiu zawartych w wodzie substancji mineralnych. Ditlenek węgla jest dobrze rozpuszczalny w tłuszczach, ułatwia więc penetrację substancji lipofilnych. Kąpiele kwasowęglowe swoje wszechstronne działanie zawdzięczają oddziaływaniu na układ naczyniowy skóry. Rozszerzają tętniczki, otwierają nieczynne kapilary, polepszają warunki wymiany zachodzącej między krwią i płynem zewnątrzkomórkowym, uwalniają z „depot tkankowego” hormony tkankowe (histaminę i acetylocholinę). Wtórne ich działanie to przyspieszenie przepływu krwi przez skórę, zwiększenie amplitudy naczynioruchowej, zniesienie oporu obwodowego. Przesunięcie krwi na obwód powoduje obniżenie jej ciśnienia, zwolnienie czynności serca i poprawę ekonomiki jego pracy, odciążenie układu wrotnego

(co jest istotne u chorych ze zwiększonym ciśnieniem wrotnym wywołanym chorobami wątroby) [36].

Według danych z piśmiennictwa, pod wpływem ditlenku węgla wzrasta ilość czynnych naczyń włosowatych, przez co ukrwienie skóry zwiększa się znacznie w stosunku do wyjściowego. Biorąc pod uwagę dużą pojemność naczyń krwionośnych skóry, wynoszącą ok. 1,5 L, przesunięcie krwi z innych obszarów układu krążenia nazwane jest „autotransfuzją”. Rozszerzenie naczyń (przyswojony w czasie kąpiele ditlenek węgla oddziałuje na zakończenia nerwowe, wywołując zwiększone napięcie układu cholinergicznego), polepsza wymianę między krwią i płynem zewnątrzkomórkowym [36]. Pod wpływem kąpiele kwasowęglowych zwiększa się pojemność wyrzutowa i minutowa serca, przy zaznaczonej chronotropii ujemnej. Zwiększeniu ulega diureza, następuje wzrost wydalania sodu przy równoczesnym zmniejszeniu aktywności reniny i aldosteronu, których podwyższona aktywność występuje w przewlekłych chorobach wątroby [37]. Przyswojony ditlenek węgla powoduje zmniejszenie stężenia cholesterolu, kwasu mlekowego, kwasu α -glutarowego i glukozy w osoczu, natomiast zwiększa się stężenie wolnych kwasów tłuszczowych, co ma korzystny wpływ na gospodarkę tłuszczowo-węglowodanową (i jest istotne w zaburzeniach wywołanych procesem zapalnym wątroby, szczególnie przez wirus HCV). Wykazano, że kąpiele kwasowęglowe wpływają również korzystnie na procesy krzepnięcia i fibrylizy [16,38,39,40]. W trakcie kąpiele brak jest obciążającego działania ciepłem, gdyż stosuje się je w niskiej temperaturze 32-34°C. Jest to możliwe, ponieważ ditlenek węgla wywiera działanie chemiczne na termoreceptory skóry, zmniejszając ich pobudliwość na bodźce ciepłe, natomiast zwiększa próg pobudliwości receptorów zimna. Powoduje to obniżenie subiektywnie odczuwanej temperatury wody i przeprowadzenie zabiegu bez odczucia nieprzyjemnego chłodu [38]. Daje to możliwość przeprowadzenia zabiegu u chorych, którzy mają przeciwwskazania zdrowotne do ciepłych kąpiele, czyli tych, u których stwierdzono np. nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie wrotne, małopłytkowość, żylaki przetyku. Czas trwania kąpiele kwasowęglowych nie powinien przekraczać 15-20 minut, temperatura 32-35°C, należy stosować je systematycznie co drugi dzień czyli 3 kąpiele w tygodniu w serii 10 zabiegów. Po zabiegu zalecany jest 30-40 minutowy wypoczynek [16,38,41].

4.2. Borowina i terapia borowinowa

Istotnym zabiegiem w terapii chorób wątroby, są oparte na surowcach naturalnych okłady z pasty borowinowej. Borowiną nazywano w języku staropolskim rodzaj torfu występującego

w dawnych borach, jest to torf leczniczy o dużym stopniu humifikacji (rozkładu). Prawdopodobna nazwa borowina pochodzi od pierwotnego miejsca jej wydobycia, czyli z podłoża borów. Definicja torfu jako czwartorzędowej skały według obowiązującej od 1986 polskiej normy (PN-85/G-02500) stanowi, że „torf jest to utwór akumulacyjny pochodzenia organicznego, głównie roślinnego, powstały w wyniku procesu torfienia przebiegającego w określonych warunkach wodnych, powietrznych i mikrobiologicznych, składający się ze szczątków roślinnych w różnym stopniu zmumifikowanych oraz humusu torfowego”. Borowina jest zaliczana do peloidów, czyli dennych osadów wód o różnym stopniu przetworzenia przez bakterie mumifikujące [3,42]. Powstała z organizmów roślinnych i zwierzęcych zawiera wysokie stężenie soli mineralnych. Najważniejszą rośliną, która brała udział i nadal uczestniczy w tworzeniu borowiny jest Torfowiec błotny (*Sphagnum palustre* L.) z rodziny Torfowcowate (*Sphagnaceae*). Z punktu widzenia botanicznego torfowiec należy do mszaków (rośliny zarodnikowe), charakteryzujących się przemianą pokoleń tzn., występowaniem pokolenia bezpłciowego-sporofitu na zmianę z płciowym, czyli gametofitem. Jest to roślina, która nie jest przytwierdzona do podłoża, a około 15 centymetrów jej długości jest zanurzone w wodzie. Roślina ta w sezonie nieustannie rośnie, a część pod wodą obumiera tworząc osady denne i stając się głównym składnikiem peloidu, a tym samym borowiny [43]. Występuje głównie na torfowiskach niskich i przejściowych. Wykorzystywane złoża borowinowe są praktycznie nieodnawialne, a ich proces tworzenia trwał przez tysiące lat (w ciągu roku przyrasta zaledwie 1 mm warstwy torfowej). Złoża borowiny w Polsce mają miąższość (grubość) do ok. 9 m. W zależności od sposobu powstania znane są trzy jej rodzaje, różniące się odczynem. Borowina wysoka, zawierająca około 95% substancji organicznych, powstawała przez tysiące lat w środowisku ubogim w składniki mineralne o kwaśnym odczynie. Znajduje ona zastosowanie głównie w leczeniu schorzeń ginekologicznych i reumatycznych.

Drugi rodzaj to borowina niska zawierająca przede wszystkim składniki mineralne, nawet do 50% suchej masy w przeciwieństwie do borowiny wysokiej. Pośredni rodzaj, posiada cechy obu wcześniej wymienionych borowin [44,45]. Od 1815 roku borowinę, czyli torf balneologiczny (leczniczy) zaczęto stosować w orawskim uzdrowisku Mariańskie Łaźnie, natomiast w Polsce wprowadzono ją do leczenia w 1858 roku w uzdrowisku w Krynicy z inicjatywy prof. Józefa Dietla [4]. Dobre wyniki leczenia borowiną spowodowały popularność tych zabiegów, a materiał ten został nazwany złotym produktem balneologicznym. Borowina działa na organizm ludzki bodźcowo poprzez powłoki skórne. Efektywność zabiegów borowinowych stosowanych w chorobach wątroby wynika z ich

wszechstronnego działania: przeciwzapalnego, bakteriostatycznego, bakteriobójczego, przeciwgrzybicznego, przeciwwirusowego. Dzięki zawartości garbników borowiny działają ściągająco, zwiększają ukrwienie tkanek, aktywizują reakcje enzymatyczne oraz powodują głębokie miejscowe przegrzanie tkanek. Peloid ten cechuje duża pojemność cieplna i małe przewodnictwo cieplne, brak prądów konwekcyjnych, duża objętość sedymentacyjna, dobre własności sorpcyjne, duża pojemność wodna (wiąże 27 razy więcej wody niż waży). Najważniejsze składniki biologiczne borowiny to: woski, żywice, pektyny, garbniki, celuloza, hemiceluloza, kwasy huminowe (fulwokwasy, kwasy humusowe), hormony, antybiotyki, enzymy, sole mineralne. Do składników nieorganicznych występujących w borowinie należą siarczan magnezu i potasu, związki glinu, żelaza, wapnia, sodu i krzemu. Występujące w borowinie hormony o budowie sterydowej to progesteron, estradiol, estriol, testosteron, kortyzol [46]. Związki te działają powierzchniowo, a wchłonięte przez skórę dostają się do krwioobiegu organizmu. Po zabiegach borowinowych, podnosi się poziom hormonu luteinizującego, a obniżeniu ulega poziom insuliny we krwi. Wpływ zabiegów na czynność gruczołów dokrewnych polega na przyswojeniu do organizmu składników borowin o działaniu estrogenym oraz pośrednim nieswoistym działaniu na przysadkę mózgową. Pomimo, że gonadotropiny pozostają na tym samym poziomie, zwiększa się ilość progesteronu oraz estradiolu we krwi obwodowej [38,41]. Badania autoradiograficzne polegające na stosowaniu na zwierzętach okładów borowinowych znakowanych izotopami wykazały odkładanie się składników borowinowych w licznych narządach [16,47].

Najlepiej zbadano działanie związków znajdujących się w pyłkach roślin będących składnikami borowiny, a są to też pochodne steroidowe, m.in. β -sitosterol. Związki z tej grupy hamują powstanie mediatorów stanu zapalnego (leukotrienów i prostaglandyn), które są odpowiedzialne za kurczliwość mięśni gładkich naczyń [48]. Kwasy huminowe zawarte w borowinach ze względu na wielkocząsteczkową budowę nie wnikają przez skórę, jednak związki będące ich prekursorami przekraczają barierę skóry i zwiększają jej przepuszczalność dla innych składników peloidu. Prekursory kwasów huminowych wiążą się z błonami komórkowymi bakterii, hamując ich podział [49]. Związki huminowe tworząc kompleksy z trombiną, obniżają krzepliwość krwi. Posiadają właściwości adsorpcyjne, ściągające oraz działanie przeciwzapalne. Hamują aktywność hialuronidazy (działanie *in vitro* kwasów huminowych). Składniki organiczne i nieorganiczne ulegają depozytacji w skórze i stopniowemu wchłanianiu. Fizjologiczna aktywność borowiny jest, więc działaniem kompleksowym. Po miejscowym zastosowaniu borowiny wzrost temperatury tkanek jest ograniczony do części ciała poddanej zabiegowi, ciepło przekazywane jest organizmowi

równomiernie, dzięki dużej pojemności cieplnej i małemu przewodnictwu peloidu [30]. Miejscowe przegrzanie tkanek zwiększa metabolizm komórkowy, pobudza procesy likwidujące stany zapalne, usuwa ból wywołany wzmożonym napięciem mięśniowym (rozluźnia mięśnie szkieletowe oraz mięśnie gładkie narządów wewnętrznych i naczyń). Własności adsorpcyjne borowiny sprzyjają wydalaniu przez skórę toksycznych produktów przemiany materii (produkty przemiany materii przechodzą do warstwy borowiny przylegającej do skóry) [16,48]. Reakcja naczyń krwionośnych nerek jest analogiczna do reakcji naczyń skóry i sprawia, że zwiększeniu ulega diureza. Odruchowe działanie na narządy wewnętrzne przez strefy Heada jest dodatkowym mechanizmem leczniczym. Jak wykazały badania pod wpływem miejscowych okładów na okolicę wątroby zwiększa się wydzielanie żółci, natomiast zastosowane na okolicę żołądka zmniejszają nadkwaśność soku żołądkowego [16]. Efekt terapeutyczny zabiegów zależy przede wszystkim od indywidualnej konstytucjonalnej reaktywności chorego (wyrażającej się przesunięciem napięcia układu nerwowego autonomicznego w kierunku trofotropii). W chorobach wątroby najczęściej stosuje się borowiny w postaci miejscowych okładów z pasty borowinowej – powstałej przez odpowiednie rozdrobnienie i uwodnienie borowiny. Pastę borowinową homogenizuje się w młynach kulowych, gdzie ulega ona rozdrobnieniu, dzięki temu borowina nabiera dodatkowych cech fizycznych i leczniczo-biologicznych [30,50].

W stosunku do borowiny – pasta borowinowa wykazuje większą aktywność zawartych składników chemicznych aktywnych farmakodynamicznie, natomiast mniej nasilone jest jej działanie cieplne, co nie powoduje obciążenia chorego przy istniejących powikłaniach przewlekłego procesu zapalnego wątroby.

Pastę borowinową do okładów podgrzewa się w łaźni wodnej do temperatury 38-39°C, nakłada się na okolicę wątroby warstwą o grubości około 1 cm, zabieg trwa 15-20 minut, stosowany jest, co drugi dzień, w serii 10 zabiegów w trakcie kuracji.

4.3. Terapia fizykoterapeutyczna zmiennym polem magnetycznym

Kolejnym zabiegiem miejscowo stosowanym na okolicę wątroby jest zmienne pole magnetyczne małej częstotliwości. Liczne badania naukowe potwierdzają skuteczność regeneracyjnego działania energii magnetycznej, przenikającej przez ciało i docierającej do wszystkich tkanek.

Pulsujące pole magnetyczne działa poprzez:

- zmianę wnikania Ca do komórki, zwiększenie ogólnego transportu przez błony

- wpływ na jony K, Na oraz ATP-azę
- stymulację tworzenia CAMP oraz cykazy adenylowej
- zwiększenie absorpcji białek, zwiększenie replikacji DNA
- stymulację tworzenia prostaglandyny E [51-53]

Do najlepiej zbadanych właściwości należy pobudzający wpływ pola magnetycznego na aktywację procesów oddychania komórkowego, a dzięki temu regeneracji tkanek.

Impulsowe pole pobudza dyfuzję tlenu do tkanek i jego wychwytywanie przez hemoglobinę i cytochromy. Dzięki temu ulega poprawie proces oddychania tkankowego. Pole magnetyczne wywiera działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, wpływa na szybkość bodźców eferentnych i aferentnych, działa przeciwozrętkowo stymulując krążenie obwodowe i mobilizując mikrokrążenie, przyspiesza procesy regeneracji tkanek miękkich oraz przyspiesza proces zrostu kostnego, działa immunostymulująco [53]. Bezpośrednie działanie pola magnetycznego na struktury uszkodzonych komórek oraz podniesienie efektywności oddychania komórkowego odgrywa istotną rolę w procesie regeneracji zmienionej chorobowo wątroby. Korzystny jest jego efekt przeciwbólowy oraz działanie, stymulujące układ immunologiczny.

W terapii uzdrowiskowej magnetoterapię na okolicę wątroby stosujemy co drugi dzień, w serii 10-14 zabiegów, w dawkach: indukcyjność 6 mT, częstotliwość 50 Hz, impulsy sinusoidalne [54-56].

4.4. Kuracja pitna wodami leczniczymi

Obecne wskazania do stosowania leczniczych wód mineralnych oparte są o badania chemiczne, kliniczne, a także badania prowadzone na zwierzętach doświadczalnych. W fachowym piśmiennictwie niemieckim można spotkać trafne spostrzeżenie, że każda woda mineralna z naturalnego źródła, jest niepowtarzalna, posiada cechy, które zawdzięcza pochodzeniu, czyli zawartości specyficznych makro- i mikropierwiastków. Klasyfikacja chemiczna wód i wyniki wieloletnich obserwacji klinicznych pomagają na wybór schorzeń, w których terapii dana woda jest skuteczna. Kuracje wodami leczniczymi od najdawniejszych czasów stanowiły podstawę leczenia uzdrowiskowego i stosowane były w schorzeniach przewodu pokarmowego [57].

Wskazania do kuracji pitnych w chorobach przewodu pokarmowego zostały ustalone przez najlepszych niemieckich znawców tego zagadnienia – Gutenbrunnera i Hildebrandta [28].

Naturalnym bogactwem Długopola są trzy źródła wód mineralnych: „Renata”, „Kazimierz” oraz „Emilia”. Zawierają wody wodorowęglanowe o znacznej zawartości naturalnego ditlenku węgla, o przyjemnym, orzeźwiającym, kwaskowatym smaku, popularnie nazywane szczawami. W wodach stwierdzono śladowe ilości radonu. Grupie badanych pacjentów zalecono szczawę „Renata”. Jej skład chemiczny charakteryzuje duża ilość wolnego ditlenku węgla: 2440 mg/dm³ oraz jonów: wodorowęglanowych: 94,17 mval%, wapniowych: 42,10 mval%, magnezowych: 31,18 mval%, sodowych: 21,19 mval%, żelazowych: 13,30 mval%, potasowych: 0,28 mval% oraz chlorkowych: 0,40 mval% [16,58]. Szczawy działają mukolitycznie, alkalizująco oraz moczopędnie gdyż są hipotoniczne w porównaniu do płynów ustrojowych organizmu. Wody lecznicze Długopola zastosowane w kuracji pitnej silnie oddziałują na układ pokarmowy, zwiększają wydzielanie enzymów trawiennych i pobudzają perystaltykę jelit, regulują zaburzenia łąknienia. Po ich wypiciu następuje szybkie zobojętnienie zawartości żołądka, a po przejściu do dwunastnicy następuje dodatkowy efekt w postaci odruchowego hamowania wydzielania soku żołądkowego [16,58-59]. Wody wodorowęglanowe rozluźniają i rozpuszczają śluz w przewodzie pokarmowym, mechanicznie usuwają go ze światła jelit wraz z bakteriami i ich toksynami, uszkodzonymi i martwymi komórkami nabłonka oraz zalegającymi resztkami pokarmowymi, co skutkuje odciążeniem chorej wątroby. Dzięki właściwościom wód mineralnych ulega poprawie krążenie jelitowo-wątrobowe kwasów żółciowych, a tym samym polepsza się czynność wydzielnicza wątroby oraz jej funkcje trawienne [19].

Kuracja pitna łagodzi stany zapalne błony śluzowej przewodu pokarmowego, zwłaszcza poprzez działanie przeciwzapalne i uszczelniające jonów Ca i Mg. Badany doświadczalnie czas regeneracji nabłonka w żołądku trwa około trzech dni [16].

Potwierdzono korzystny wpływ szczaw wapniowo – magnezowych na śluzówkę jelita grubego w wyniku tonizującego działania jonów wapnia i magnezu co skutkuje normalizacją spastycznych zaporé często towarzyszącym chorobom wątroby [16,30,41]. U pacjentów z zaawansowanymi przewlekłymi chorobami wątroby istotną rolę odgrywa diuretyczne działanie hipotonicznych długopolskich szczaw. Zawarte w nich jony wapnia nasilają diurezę przez zwiększone przemieszczanie sodu z tkanek do krwi. Efekt moczopędny wzmacnia dodatkowo duża zawartość ditlenku węgla. Efekt diuretyczny warunkuje wypicie 750 ml wody dziennie [30,37,41]. Choroby wątroby często prowadzą do zaburzeń syntezy protrombiny, czynników krzepnięcia zależnych od witaminy K oraz do upośledzenia wchłaniania tłuszczów, co związane jest z obniżonym stężeniem soli żółciowych w jelicie [16, 38-40]. Kuracja pitna wyraźnie pobudza wydzielanie i wydalanie żółci, poprawia jej

skład (zwiększa wydzielanie kwasów żółciowych), zmieniając odczyn w kierunku alkalicznego. Działa przeciwzapalnie i rozluźniająco na mięśnie gładkie dróg żółciowych oraz poprawia wskaźniki czynności wątroby. W przebiegu przewlekłego zapalenia wątroby typu C, charakterystycznym elementem patologii jest stłuszczenie komórki wątrobowej. Wielu autorów potwierdziło pozytywne działanie szczaw na regulację poziomu cholesterolu, efektywność tego działania zależna jest od zawartości Mg w wodzie leczniczej [19].

Zawartość łatwo przyswajalnego żelaza w szczawach wodorowęglanowych wpływa korzystnie na produkcję w organizmie składników morfotycznych krwi [19,60]. Działanie to jest istotne zwłaszcza u chorych po farmakologicznym leczeniu wirusowych zapaleń wątroby, którzy w wyniku współistniejących objawów ubocznych terapii wymagają regeneracji układu morfotycznego krwi [61]. Efektem stosowanej krenoterapii jest zwiększenie poziomu hemoglobiny i liczby erytrocytów oraz wzrost poziomu żelaza i magnezu w surowicy krwi.

Badania wykazały, że szczawy wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowo-żelaziste (wody źródeł długopolskich) powodują obniżenie poziom cukru we krwi i moczu (zwłaszcza w początkowym stadium cukrzycy), obniżają wydzielanie acetonu oraz regulują kwasowość krwi, zwiększają zawartość potasu i obniżają poziom sodu. Działanie to jest czynnikiem przeciwdziałającym nietolerancji glukozy, często spotykanej w przewlekłych patologiach wątroby. Długopolskie wody lecznicze korzystnie regulują metabolizm i gospodarkę elektrolitową [58,59].

Woda jest najczęściej zalecana pacjentom w dawce trzy razy dziennie po 250 mL, pół godziny przed głównymi posiłkami.

4.5. Klimatoterapia i terenoterapia – bodźcowy wpływ klimatu na odporność organizmu oraz znaczenie aktywności fizycznej w chorobach wątroby

Klimatoterapia ma ważny udział w kompleksowym nieswoistym leczeniu uzdrowiskowym przez oddziaływanie różnorodnych bodźców klimatycznych. Ta metoda leczenia polega na wykorzystaniu warunków klimatycznych ze szczególnym uwzględnieniem temperatury, ruchu powietrza, jego wilgotności, promieniowania słonecznego oraz innych specyficznych czynników środowiska [30,62,63]. W rehabilitacji pacjentów po WZW istotne znaczenie odgrywa aktywacja układu immunologicznego. Liczne badania wykazały poprawę ogólnej odporności ustroju pod wpływem wszystkich składowych klimatu razem wziętych [64-66]. Elementy klimatu górskiego, takie jak niska temperatura i obniżone ciśnienie parcjalne tlenu, oddziałują na zachowanie enzymów lizosomalnych leukocytów takich jak β -D-glukoronidaza i lizozym, tym samym kształtują odporność nieswoistą organizmu [67]

[68]. Obniżone ciśnienie parcjalne tlenu stabilizuje błony lizosomalne (podobną stabilizację uzyskuje się przy stosowaniu leków przeciwzapalnych). Badanie Petera i Callicisa wykazują nasilenie zmian odporności organizmu w zależności od pór roku. Najwyższy poziom białek ostrej fazy i immunoglobulin w surowicy krwi badacze odnotowali wiosną. Jak czytamy w pracy, u ludzi potwierdzono wywołane przez skrzyżowaną aklimatyzację, zwiększenie odporności na infekcje bakteryjne i wirusowe oraz wychłodzenie [30,62].

Kryterium oceny właściwości klimatu jest intensywność bodźców klimatycznych, wynikających z położenia geograficznego, wzniesienia n.p.m., odległości od mórz i oceanów, właściwości powierzchni i rodzaju szaty roślinnej, a także wpływu urbanizacji i przemysłu (zanieczyszczenie powietrza). W materiałach Zjazdu Balneologicznego w Połczynie 2009 w sesji poświęconej postępom w bioklimatologii czytamy: „warunki klimatyczne stanowią jeden z naturalnych surowców leczniczych uzdrowisk, ich charakterystyka jest niezbędną częścią świadectw, potwierdzających właściwości lecznicze panujące w danym uzdrowisku” [63-65]. Efektywność leczenia klimatycznego w uzdrowiskach zależy od cech warunków bioklimatycznych, charakteryzowanych na podstawie wieloletnich ciągów obserwacji w stacjach meteorologicznych, oraz czynników lokalnych. Warunki pogodowe zostały scharakteryzowane za pomocą klasyfikacji Błażejczyka z roku 2005. Analiza kombinacji różnych cech pogody pozwala na stwierdzenie jej przydatności do odmiennych form klimatoterapii (helio-, aero- i kinezyterapii). Cechy klimatu Polski sprawiają, że warunki pogodowe i stopień ich przydatności do leczenia klimatycznego są silnie zróżnicowane sezonowo. Istotnym kryterium oceny bodźcowości klimatu w regionach górskich jest zmniejszające się wraz z wysokością n.p.m. ciśnienie cząsteczkowe tlenu, oddziałujące na czynność narządu oddechowego i na intensywność produkcji erytrocytów w szpiku kostnym człowieka. Znamienną cechą jest również duże natężenie promieniowania słonecznego oraz duże zróżnicowanie przestrzenne lokalnych warunków mikroklimatycznych. Wyróżnia się następujące bodźce klimatyczne: zespół bodźców fotochemicznych (związanych z promieniowaniem słonecznym), zespół bodźców termicznych (działanie temperatury, wilgotności i ruchu powietrza), zespół bodźców chemicznych (zależny od ciśnienia cząsteczkowego tlenu, aerozolu atmosferycznego i stopnia jego jonizacji), zespół bodźców neurotropowych (gwałtowne zmiany pogody, wpływ pory dnia czy pory roku). Ważne jest natężenie zespołu bodźców, dlatego im większe są różnice klimatyczne między uzdrowiskiem, a miejscem stałego zamieszkania chorego, tym większego oddziaływania bodźcami biometeorologicznymi należy się spodziewać. Klimat uzdrowiska Długopole określa się, jako łagodny, śródgórski (400 m. n.p.m.), średniobodźcowy – własności klimatu

sprawiają, że aklimatyzacja pacjentów jest szybka, a jego działanie hartuje i poprawia ogólną odporność. Cechuje go duża ilość słonecznych dni, zmienność ciśnienia parcjalego tlenu korzystnie wpływająca na czynność krwiotwórczą organizmu oraz funkcję układu krążeniowo-oddechowego, co jest istotne u rekonwalescentów z przewlekłymi chorobami wątroby, zwłaszcza po obciążającym leczeniu farmakologicznym. Wszystkie uzdrowiska polskie położone są na terenach pięknych krajobrazowo. Piękno krajobrazu oddziałuje przede wszystkim na sferę psychiczną człowieka, na doznania estetyczne, co w konsekwencji prowadzi do poprawy sprawności psychicznej człowieka i jego funkcji intelektualnych. Lepsza kondycja psychiczna z kolei pozwala na większe zaangażowanie się chorego w leczenie i rehabilitację uzdrowską, co w rezultacie wpływa na uzyskanie korzystnych wyników leczenia. Zmiana środowiska ma znaczenie zwłaszcza u chorych z dużych aglomeracji miejskich, którzy diametralnie zmieniają środowisko przyrodnicze, socjologiczne i krajobrazowe. Najpełniejsze korzystanie z walorów krajobrazowych następuje podczas spacerów, które odbywają się po wyznaczonych trasach spacerowych, na terenie miejscowości uzdrowskiej, a także w jej otoczeniu [65,66]. Terenoterapia jest formą terapii specyficzną dla leczenia uzdrowskiego, stanowi połączenie dwóch naturalnych metod: kinezyterapii i klimatoterapii.

Aktywność fizyczna jest niezwykle istotna na każdym etapie leczenia i rekonwalescencji wielu schorzeń, stanowi formę terapii specyficzną dla leczenia uzdrowskiego. W grupie chorych z patologią wątroby, utrzymanie aktywności fizycznej przynosi korzyści dla zdrowia, zwłaszcza u pacjentów z cechami stłuszczeniem wątroby [69]. Do terenoterapii poza spacerami (stosowanymi od najdawniejszych czasów istnienia zdrojowisk w pobliżu źródła, podczas picia wody leczniczej i w parku), zalicza się inne formy ruchu jak: wycieczki w bliższą i dalszą okolicę, marszobiegi, truchty, pokonywanie ścieżek zdrowia o różnym stopniu trudności, jazdę na rowerze. Prawidłowo prowadzona terenoterapia nie wywołuje ujemnych następstw u chorych z patologią wątroby, lecz jak wykazują badania naukowe poprawia krążenie wątrobowe, wspomaga normalizację metabolizmu, działa korzystnie na stabilizację wskaźników wątrobowych. Ruch i wysiłek fizyczny usprawniają funkcjonowanie mięśni gładkich, zwiększając tą drogą wydolność narządów leżących w jamie brzusznej i miednicy [69]. Należy pamiętać o stopniowym zwiększaniu natężenia wysiłku, przy kontroli tętna, z uwzględnieniem grupy wiekowej oraz stopnia zaawansowania procesu chorobowego [70]. Jak wykazały prace badawcze u chorych z przewlekłym schorzeniem wątroby, nie ma przeciwwskazań do intensywnego i długotrwałego wysiłku fizycznego, osoby te mogą osiągnąć wysoki stopień wydolności fizycznej nie powodując wzrostu enzymów

wątrobowych, a wręcz prawidłowy trening przyczynia się do ich normalizacji [71,72]. Udowodniono, że utrzymanie aktywności fizycznej przynosi korzyści dla zdrowia pacjentów ze stłuszczeniem wątroby (patologia częsta w przebiegu zakażenia wirusem typu C), niezależnie od masy ciała, powodując największą poprawę aktywności enzymów wątrobowych po 3 miesiącach treningu [73,74].

Badania naukowe wykazały, że regularne ćwiczenia aerobowe zmniejszają stłuszczenie wątroby, powodując obniżenie trójglicerydów i lipidów nawet przy stałym BMI. Xiong Ma z Uniwersytetu Baltimore opisuje zaangażowanie stresu oksydacyjnego w patomechanizm stłuszczenia wątroby poprzez spadek produkcji cytokinin i limfocytów T – Tregs. Aktywność fizyczna powoduje wzrost Tregs hamując procesy ztłuszczeniowe [75]. Wysiłek fizyczny jest czynnikiem aktywującym kinazę białkową aktywowaną przez AMP (AMPK). Enzym ten spełnia zasadniczą rolę w utrzymaniu równowagi energetycznej komórek, jego aktywacja uruchamia procesy kataboliczne [76,77]. W trakcie pobytu w uzdrowisku prowadzona jest edukacja zdrowotna, której celem jest uświadomienie chorym, iż aktywność fizyczna przeciwdziała otyłości, przedwczesnemu starzeniu się, miażdżycy, podnosi odporność organizmu na infekcje i stres [78]. Podczas kuracji pacjenci powinni nauczyć się zestawu ćwiczeń odpowiednich do danego schorzenia, aby je móc realizować po powrocie do miejsca stałego pobytu [69].

4.6. Doświadczenia w zakresie postępowania dietetycznego w leczeniu uzdrowiskowym chorób wątroby

Leczenie dietetyczne lub racjonalne żywienie stanowi kolejny element niespecyficznej terapii uzdrowiskowej. Dietetyka stosowana w leczeniu sanatoryjnym ma zasadnicze znaczenie. Dieta wspomagająca chorą wątrobę jest łatwostrawna i wysokokaloryczna. Produkty powinny być szybko trawione w żołądku, i z tego powodu należy je przyrządzać według zasad zdrowego odżywiania (np. przyrządzanie na wodzie i parze, duszenie w pergaminach, przygotowywanie zup i sosów w zawiesinach). Chory powinien otrzymać poza trzema głównymi posiłkami, pełnowartościowymi pod względem jakości i ilości, dwa posiłki dodatkowe, wypadające po śniadaniu i obiedzie.

Współczesne wyniki badań wpływu odżywiania na przebieg procesu chorobowego potwierdziły, iż reżim dietetyczny nie zależy od jednostki chorobowej, lecz od stopnia wydolności narządu oraz zaburzeń metabolicznych. Odpowiednio dobrana dieta pozwala zapobiegać progresji choroby, sprzyja szybkiemu wyleczeniu i regeneracji hepatocytów. Celem dietoterapii jest dostarczenie choremu organizmowi niezbędnych składników

odżywczych celem utrzymania homeostazy przemian metabolicznych [79,80]. Odpowiednie żywienie regeneruje chory narząd, uzupełnia składniki odżywcze, ogranicza składniki, które organizm w wyniku choroby gorzej metabolizuje, eliminuje produkty, których nie jest w stanie przetworzyć.

Leczenie dietetyczne chorób wątroby w Długopolu oparte jest na wypracowanych przez wieloletnie doświadczenie kilku rodzajach diet: dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu, dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu i błonnika, cukrzycowa oraz diety redukcyjno–eliminacyjne. Posiłki przygotowywane są ze świeżych produktów, przetworzonych bezpośrednio przed spożyciem, zróżnicowanych w zależności od indywidualnych potrzeb chorego. Celem stosowania żywienia dietetycznego jest eliminowanie składników żywieniowych, których organizm nie jest w stanie przetworzyć.

Zapotrzebowanie kaloryczne chorych z prawidłową masą ciała wynosi od 2400 do 2800 kcal, u osób niedożywionych około 3000 kcal. Dieta powinna zawierać ograniczoną ilość tłuszczu 45-50 g/dobę, białka 1,3-1,5 g/kg należytej masy ciała, podaż węglowodanów wynosi od 300 do 350 g/dobę. Zalecana jest zwiększona zawartość w diecie warzyw oraz owoców z dużą zawartością witamin A, D, E, K, C oraz z grupy B. Chorzy powinni spożywać 5-6 niewielkich, lekkostrawnych posiłków w ciągu dnia (nie są zalecane produkty ciężkostrawne, zawierające duże ilości błonnika, wzdymające oraz alkohol) [81]. Lekarz we współpracy z dietetykiem dostosowuje zalecenia żywieniowe indywidualnie do potrzeb chorego. W czasie pobytu pacjenci poznają zasady racjonalnego żywienia.

4.7. Oświata zdrowotna i psychoterapia w medycynie uzdrowiskowej

Psychoterapię uzdrowiskową zaliczamy do metod niespecyficznych, a jej działanie polega na odnowie zasobów biologicznych i psychologicznych jednostki, uodpornieniu na stresy związane z chorobą i jej akceptację. Uzdrowisko powinno sprzyjać wytworzeniu właściwego klimatu środowiskowego do prowadzenia leczenia [82]. Jest to szczególne miejsce leczenia i rehabilitacji chorych, gdzie psychoterapia jest stosowana w wielu aspektach. Warunki uzdrowiskowe już same w sobie stanowią elementy terapeutyczne do których należą: infrastruktura materialna obiektu i całego uzdrowiska, dobór personelu i jego kompetencje medyczne i psychologiczne, korzystne stosunki międzyludzkie wśród pacjentów oraz dobra organizacja pracy zespołu medycznego na rzecz pacjentów. Specjalistycznymi formami psychoterapii, które mają szerokie zastosowanie w medycynie uzdrowiskowej są biblioterapia, muzykoterapia, choreoterapia oraz różne metody relaksacji psychologicznej

[82]. Znaczenie psychoterapii i edukacji zdrowotnej jest niezmiernie ważne w leczeniu wirusowych zapaleń wątroby i ich przewlekłych następstw. U tych pacjentów szczególnie nasilone są reakcje lękowe, postawa odrzucenia wywołana stygmatyzacją społeczną choroby. Odczuwają potrzebę uzupełnienia wiedzy o chorobie, sposobach jej leczenia i następstwach. Psychoterapia uzdrowiskowa pomaga radzić sobie z trudnymi problemami życiowymi, a ponadto pozytywnie wpływa na ogólny stan uczuciowy pacjenta, sprzyja wynikom leczenia somatycznego. Ułatwia rozwiązywać problemy, jakie powoduje nosicielstwo choroby zakaźnej w relacjach rodzinnych, towarzyskich i w pracy zawodowej. Świadomość pojawienia się choroby, zwłaszcza ciężkiej, nieuleczalnej bądź trudnej w leczeniu, na początkowym etapie wywołuje u chorego bunt, depresję i lęk. Stopniowo chory adoptuje się do nowej sytuacji, a na kształtowanie się prawidłowych postaw wobec choroby duży wpływ ma życzliwość personelu uzdrowiska. W trakcie leczenia uzdrowiskowego stosuje się metody psychologiczne w postaci terapii indywidualnej oraz grupowej. Działania te mają na celu ukształtowanie właściwego stosunku do zdrowia i leczenia, często przesądzają o końcowym wyniku terapii. W wyniku edukacji następuje zmiana złego stylu życia, usunięcie napięcia emocjonalnego, wdrożenie higienicznych nawyków i czynnego dbania o własne zdrowie. Chory przebywa w uzdrowiskowym zakładzie leczniczym z kuracjuszami cierpiącymi na te same schorzenia, co motywuje go na ogół do silniejszej walki z własną niesprawnością. Zdobyte określonej wiedzy o chorobie zwiększa u leczonego poczucie bezpieczeństwa [83].

5. ODCZUCIA WŁASNE JAKOŚCI ŻYCIA U PACJENTÓW ZAKAŻONYCH HCV

Poczucie jakości życia związane jest z subiektywnym dostosowywaniem się do rzeczywistości podczas trwania choroby. Odczucie poprawy stanu zdrowia pacjentów po leczeniu uzdrowiskowym w Długopolu i uzyskane wyniki w trakcie przeprowadzonego eksperymentu znajdują odzwierciedlenie w publikacjach naukowych. Jakość życia jest zjawiskiem wielowymiarowym na ocenę, którego składają się liczne elementy, obejmujące różne obszary życia człowieka: takie jak fizjologia, psychika, duchowość, ale również wpływy społeczne i środowiskowe. Ocena jakości życia stanowi jeden z podstawowych wskaźników uciążliwości choroby dla człowieka. Pojęcie jakości życia (ang.: QOL – Quality of Life) uwarunkowanej stanem zdrowia (ang.: HRQOL – Health Related Quality of Life), zyskuje coraz większą popularność w medycynie. Jest ono definiowane jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia przeżywany przez pacjenta”. Jest to, więc opinia własna człowieka chorego, ale poszukiwane są metody wymiernej i standardowej oceny jakości życia chorych za pomocą ciągle opracowywanych kwestionariuszy. Mnogość tych narzędzi świadczy o tym, że nie istnieje idealna metoda badawcza, a sposób badań należy dobierać do konkretnej sytuacji klinicznej. Derbis (1998) podkreśla wagę badań opartych na osobistej percepcji życia [84]. Mierzenie odczucia jakości życia przez pacjentów jest stabilne, kiedy stałe są warunki, a dynamiczne przy zmieniających się warunkach. Zatem wysoka stabilność oznaczać może niską czułość. Choroba przewlekła jest sama w sobie źródłem negatywnych napięć i emocji i jako taka w sposób predyktywny generuje niższą jakość życia. Na podstawie dotychczasowych opracowań nad jakością życia chorych zakażonych HCV, wyłania się obraz człowieka cierpiącego, zgorzkniałego, wyalienowanego i zmęczonego. Zaburzenia depresyjne na podłożu somatycznym są najbardziej rozpowszechnioną kategorią diagnostyczną zaburzeń psychicznych obecnych w chorobach somatycznych [85].

Występowanie objawów zespołu depresyjnego u chorych zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C jest faktem dobrze znanym z praktyki klinicznej. Badania kliniczne potwierdzają, iż stopień zaawansowania zaburzeń depresyjnych jest w większym stopniu, swoiście odzwierciedlany w wynikach badania obiektywnego (wg oceny lekarza), natomiast w mniejszym stopniu w wynikach samooceny – Inwentarz Depresji Becka (badanie subiektywne) [85]. Nasilenie objawów depresyjnych koreluje z poziomem neurotyzmu [86]. Częstość i nasilenie depresji zwiększa się wraz z ciężkością przykrego zdarzenia życiowego [87]. Badania korelacji wirerii HCV z poziomem neurotyzmu, potwierdzają jego biologiczny

charakter spowodowany oddziaływaniem wirusa. Funkcjonalny polimorfizm w obszarze promotora genu transportera serotoniny jest skorelowany z neurotyzmem [88]. Wirus oddziałując na organizm zwiększa jego podatność na depresję zależną od stresu. Opublikowana praca przez Krajden M., Kuo M. zawiera wyniki badań porównawczych oceny jakości życia w grupie chorych zakażonych wirusem HCV [89]. Grupa ta obejmowała 197 chorych z zapaleniem wątroby bez cech włóknienia, 17 chorych ze skompensowaną marskością oraz 57 chorych ze zdekompensowaną marskością. Badania wykazały, że stopień zaawansowania zakażenia HCV (przewlekłe zapalenie, marskość, marskość zdekompensowana) mają mały wpływ na QOL. Ocena relacji społecznych i środowiskowych pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C była przedmiotem badań [90,91].

5.1. Wpływ zakażenia wirusem HCV na funkcjonowanie mózgu

Hipotezę o wpływie HCV na funkcjonowanie mózgu wysunięto po raz pierwszy w 1998 roku po tym jak zauważono u chorych z zakażeniem HCV częstsze skargi na zmęczenie i gorszą, zależną od zdrowia jakość życia. Wysunięto hipotezę, że tkanka mózgowa może być miejscem replikacji HCV. Wyniki badań nad neurotropizmem wirusa wyjaśniają złożoną symptomatologię schorzenia, pozwalają zrozumieć nieustanne znużenie chorych, ogólne gorsze samopoczucie, napięcie emocjonalne, poczucie dolegliwości natury fizycznej i w efekcie ogólną gorszą jakość życia „choroba jest bardziej obecna w głowie niż w wątrobie” [92-94].

W ocenie neuropsychologicznej pacjentów obserwuje się przede wszystkim zaburzenia uwagi, zaburzenia szybkości przetwarzania informacji, zaburzenia funkcji wzrokowo – przestrzennych i werbalnej pamięci operacyjnej, zaburzenia funkcji wykonawczych, pamięci i uczenia. Profil tych deficytów wskazuje możliwość występowania dysfunkcji korowych i podkorowych [95-97].

Badania naukowe potwierdzają, że tkanka mózgowa może być miejscem replikacji HCV. Korelacja nasilenia objawów depresyjnych z poziomem wirerii i aktywnością zapalną w wątrobie przemawia za biologicznym wpływem wirusa na O.U.N. [90,99]. Badania Fortona i Radkowskiego potwierdziły obecność wirusa i zdolność jego replikacji HCV w OUN [93,100]. Zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji poznawczych występowały, u co najmniej 20% pacjentów ze skompensowaną czynnością wątroby we wszystkich przedziałach wiekowych. Zaburzenia te mogą powodować istotne zakłócenia w funkcjonowaniu chorych.

Wiele osób z PZW C skarży się na objawy wskazujące na dysfunkcje poznawcze. Najczęściej jest to trudne do zrozumiałego opisanie poczucie intelektualnego „otępienia”, a także problemy z uwagą i pamięcią terażniejszą, trudności w równoległym wykonywaniu kilku czynności, problemy z kojarzeniem [93,101].

Wykazano profil deficytów potwierdzających możliwość występowania dysfunkcji korowych i podkorowych oraz związek dysfunkcji poznawczych z niższym poziomem jakości życia chorych [94,96,102]. W 2005 roku postawiono hipotezę, iż natężenie zmęczenia i wiek (a nie subkliniczne funkcje poznawcze) mają wpływ na towarzyszące HCV obniżenie jakości życia, według tych badań leczenie zmęczenia stanie się wymogiem terapeutycznym [101].

5.2. Leczenie farmakologiczne w wirusowym zapaleniu wątroby typu C

Według Światowej Organizacji Zdrowia ok. 170 mln osób mogło ulec zakażeniu wirusem HCV, spośród nich u ok. 150 mln rozwinęło się, jako przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby. W Polsce zakażonych jest ok. 1,4%-2% populacji co daje liczbę ponad 600 tysięcy [106]. Według danych Państwowego Inspektoratu Sanitarnego rocznie ulega zakażeniu około 2000 Polaków [107-109]. Większość przypadków choroby przebiega przez wiele lat skrycie, a objawy występują dopiero w fazie marskości lub niewyrównanej funkcji wątroby. W przebiegu zapalenia przewlekłego odpowiedź immunologiczna jest słaba i skierowana tylko przeciwko wybranym antygenom stale obecnym i wykrywalnym, niewystarczająca zwykle do wyeliminowania zakażenia, tym samym do wyleczenia choroby, podtrzymuje cykl destrukcji i jest podstawą dla rozwoju włóknienia, marskości i HCC [110,111]. Ryzyko rozwoju marskości wątroby w ciągu 20 lat wynosi, wg różnych źródeł od 20-50%, a rozwoju HCC- ponad 3 % rocznie [112,113]. Sposób leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby. W Polsce około 80% chorych jest zakażonych trudnym do leczenia genotypem 1, głównie podtypem 1b [114].

Postępowanie terapeutyczne obejmuje następujące elementy: hospitalizację, odpoczynek, odpowiednią dietę, leki lub leczenie wspomagające, leczenie przyczynowe, leczenie przeciw włóknieniowe, leczenie antyproliferacyjne, leczenie powikłań, przeszczepienie wątroby. Celem leczenia przyczynowego zakażenia HCV jest spowolnienie, zahamowanie lub nawet regresja aktywności zapalno-martwiczej i włóknienia miększu wątroby poprzez uzyskanie trwałej supresji replikacji HCV [106]. Aktualnie podstawą terapii w leczeniu pacjentów w trakcie zapalenia wątroby, po spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych, jest stosowanie w terapii skojarzonej interferonów alfa (interferony alfa klasyczne: INF-alfa 2a,

INF-alfa 2b oraz interferony pegylowane Peg IFN-alfa: 2a- Pegasys, 2b-Peg Intron) z rybawiryną (RBV). Interferony pegylowane posiadają wydłużony czas półtrwania oraz obniżoną wrażliwość na enzymy proteolityczne, przez co umożliwiają rzadsze iniekcje leku [115,126].

W wybranych przypadkach stosuje się terapię trójlekową tj. pegylowanym interferonem, rybawiryną oraz inhibitorem proteazy (telaprawir, boceprevir) [106]. Interferony należą do cytokinin, a nazwa ich pochodzi od zdolności do utrudniania interferencji czyli replikacji wirusa [117,118]. Badania naukowe wykazały, że podczas leczenia jest indukowanych około 300 genów. Interferon z klinicznego punktu widzenia ma działanie przeciwwirusowe, przeciwnowotworowe (w tym hamuje nowotworzenie naczyń), posiada działanie antyproliferacyjne, immunomodulujące, nasila on też apoptozę [119]. Podstawowe znaczenie w działaniu przeciwwirusowym ma stymulacja wytwarzania białek o właściwościach przeciwwirusowych. Dochodzi do hamowania wiązania wirusa z komórką, nasilenia degradacji wirusowego mRNA, utrudnienia syntezy białek oraz tworzenia wirionów [120] [121]. Głównym celem leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby jest eradykacja zakażenia HCV, czego wyrazem w praktyce klinicznej jest uzyskanie tzw. trwałej odpowiedzi wirusologicznej SVR (ang.: sustained virologic response).

Leczenie przyczynowe jest często obarczone poważnymi objawami niepożądanymi, które dzielimy na ostre występujące bezpośrednio po podaniu interferonu i przewlekłe pojawiające się w trakcie i po zakończeniu terapii [122]. Do grupy pierwszej zaliczamy zespół grypopodobny, w grupie drugiej znajdują się powikłania hematologiczne związane z supresją szpiku (niedokrwistość, małopłytkowość, leukopenia), zaburzenia gastroenterologiczne, sercowo-naczyniowe, retinopatia, zaburzenia funkcji tarczycy, łysienie, zespoły neuropsychiatryczne (depresja, nerwowość, bezsenność, objawy neurovegetatywne, zaburzenia pamięci [106,107,122].

Pomimo obciążeń związanych z terapią przeciwwirusową jej konieczność jest uzasadniona. W przypadku tej choroby odsetek chorych, u których dochodzi do samoistnego wyleczenia jest niewielki, najniższy ze wszystkich postaci WZW. Przebieg choroby, chociaż wolny, nieuchronnie prowadzi do ciężkich powikłań, z marskością wątroby i HCC włącznie [123]. Skuteczność leczenia interferonem alfa i rybawiryną wynosi 37-42%, natomiast peg-interferonem z rybawiryną do 78% z wyjątkiem genotypu 1 gdzie sięga do 55% [75,107].

6. ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

6.1. Cel pracy i problemy badawcze

Odczucie poprawy pacjentów leczonych naturalnymi środkami, jakimi dysponuje lecznictwo uzdrowiskowe jest powodem, dla którego przewlekle chorzy w obecnych czasach coraz bardziej świadomie korzystają z leczenia uzdrowiskowego [17,30].

Teoria Hildebrandta między innymi, tłumaczy celowość i zasadność stosowania tej formy terapii w przewlekłych chorobach wątroby. Systematyczne zastosowanie u chorych z przewlekłym zapaleniem wątroby i skompensowaną marskością różnorodnych bodźców termicznych, chemicznych, kinetycznych, których źródłem są elementy uzdrowiskowe równoważnie skojarzone, usprawnia mechanizmy homeostazy, mobilizuje procesy samoobrony organizmu przed czynnikami chorobotwórczymi oraz pobudza procesy regeneracji chorego narządu [17,30].

Celem pracy jest kompleksowa ocena skuteczności leczenia balneologicznego pacjentów w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C.

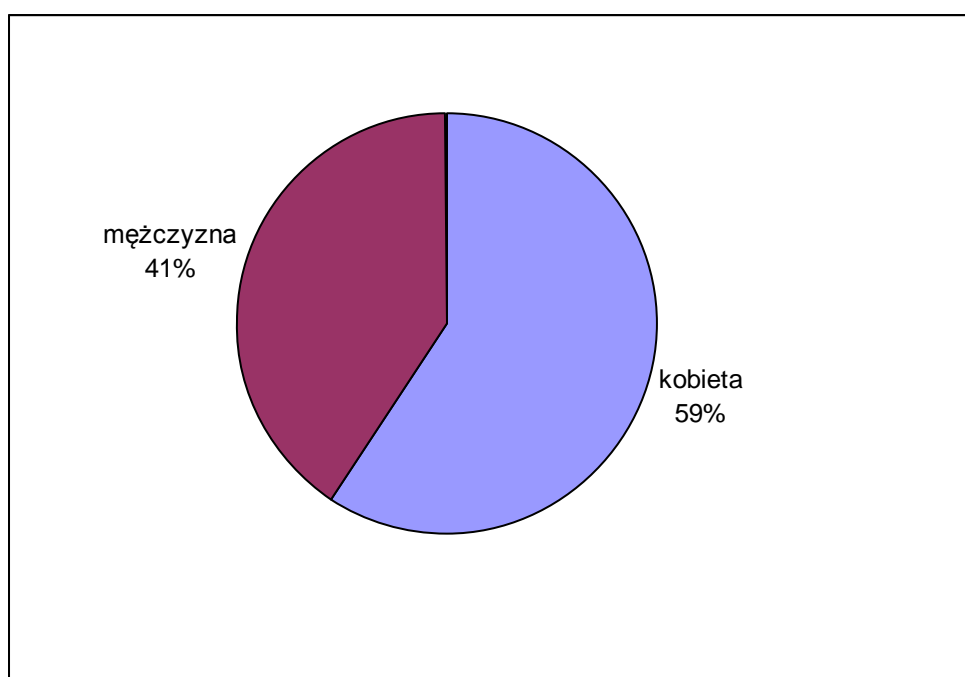
W ramach prowadzonej pracy postawiono następujące problemy badawcze:

- Czy leczenie uzdrowiskowe powoduje poprawę odczucia stanu zdrowia w opinii pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby?
- Jakie zabiegi balneologiczne mają korzystny wpływ na efekt rehabilitacji pacjentów w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C?
- Które z zabiegów mają największy wpływ na poprawę stanu zdrowia pacjentów oraz naukowe uzasadnienie do ich stosowania w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C?
- Jakie znaczenie dla odczucia poprawy stanu zdrowia rehabilitowanych w uzdrowisku mają niespecyficzne elementy kuracji uzdrowiskowej?
- Jaki jest wpływ leczenia uzdrowiskowego na poprawę parametrów laboratoryjnych pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby?

6.2. Metody zbierania danych i analizy

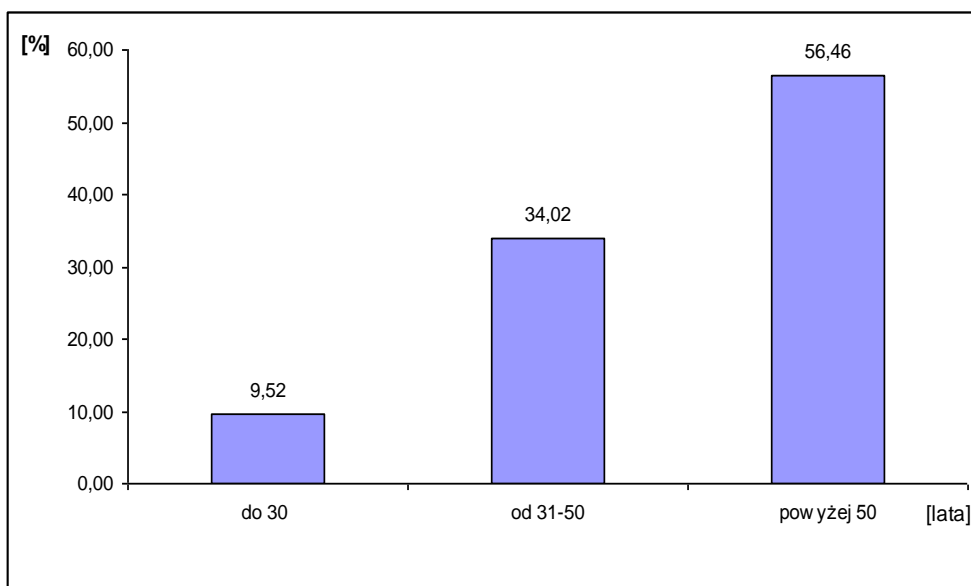
6.2.1. Miejsce badań i okres

Na przeprowadzenie badań do aktualnej pracy uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, numer: KBET/299/B/2044. Zaproszenie do udziału w badaniach skierowane było do osób dorosłych powyżej 18 roku życia, zamieszkałych w Polsce i będących pacjentami Szpitala Uzdrawiskowego Mieszko, Uzdrawiska Łądek – Długopole Zdrój S.A. 57-520 Długopole Zdrój. Badania prowadzono w latach 2006-2014. W badanej grupie 180 osób było 41% mężczyzn i 59% kobiet (Ryc. 1.).



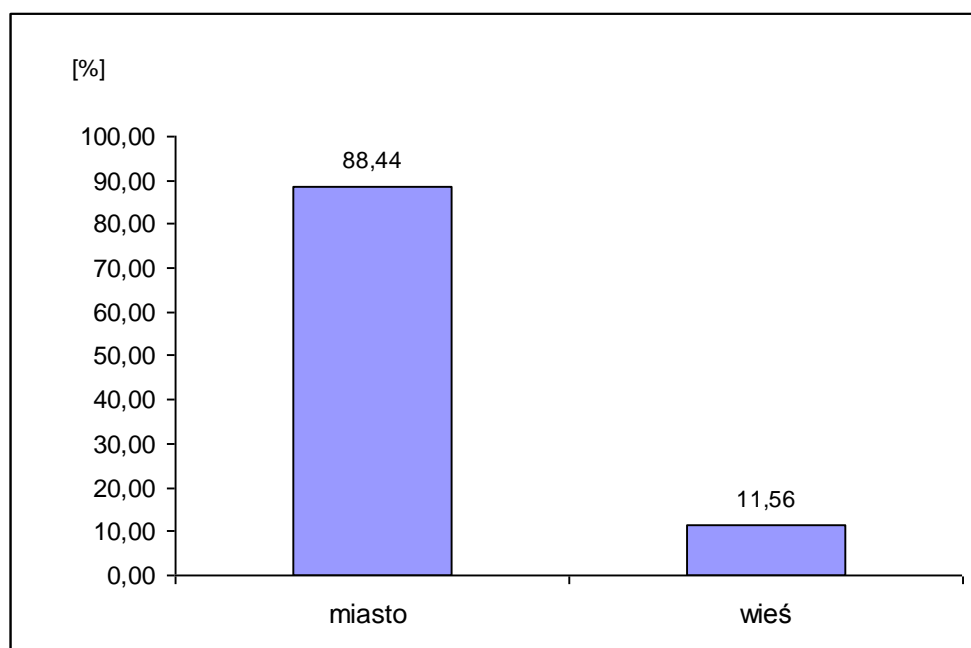
Ryc. 1. Podział badanych ze względu na płeć

Najliczniejszą grupę wiekową stanowili chorzy powyżej 50 roku życia (Ryc. 2.).



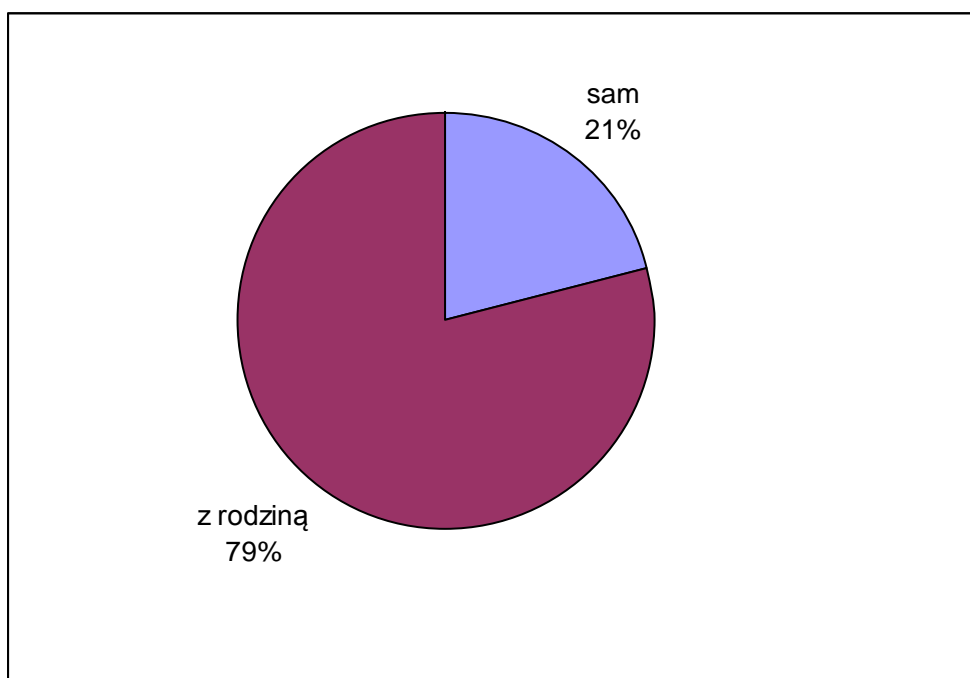
Ryc. 2. Grupy wiekowe badanych pacjentów

Większość pacjentów stanowiły osoby pochodzące z miasta (Ryc. 3.).



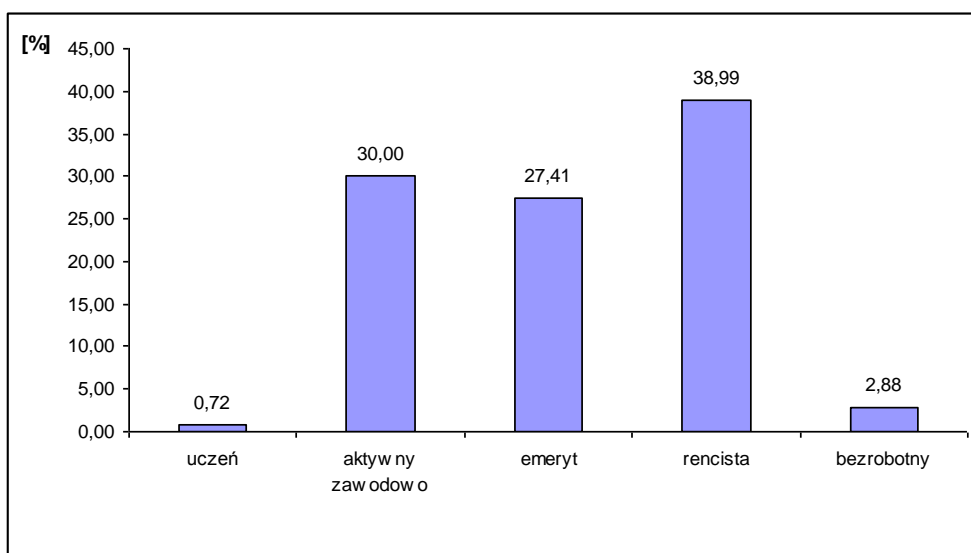
Ryc. 3. Podział badanych zależnie od miejsca zamieszkania

Okolo 79% badanych pozostawalo w relacjach rodzinnych (Ryc. 4.).



Ryc. 4. Podział badanych ze wzgledu na sytuacje rodzinna

Jedynie 30% badanych bylo aktywnych zawodowo, najliczniejsza grupe stanowili rencisci (Ryc. 5.).

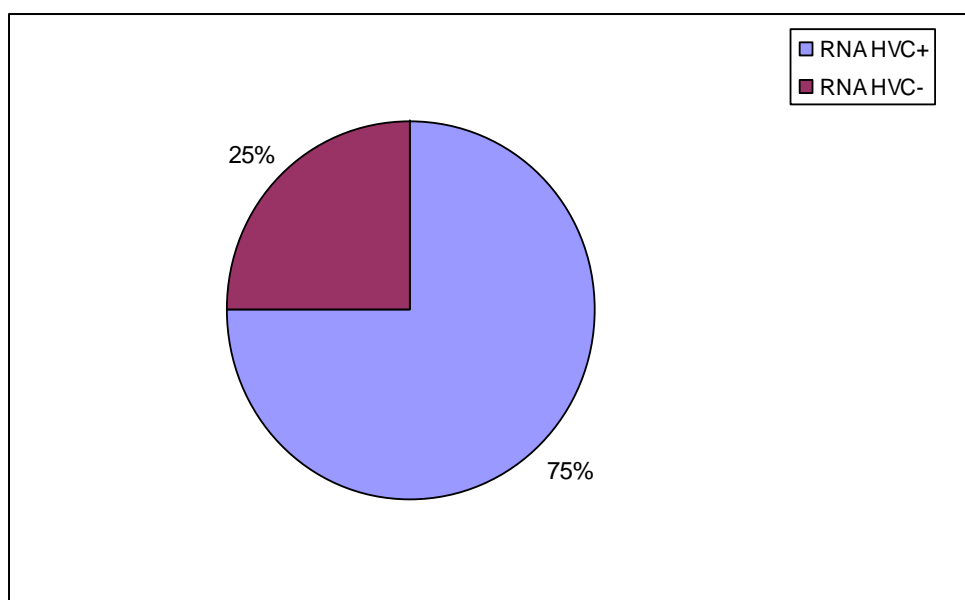


Ryc. 5. Podział badanych ze wzgledu na aktywność zawodowa

6.2.2. Materiał badawczy

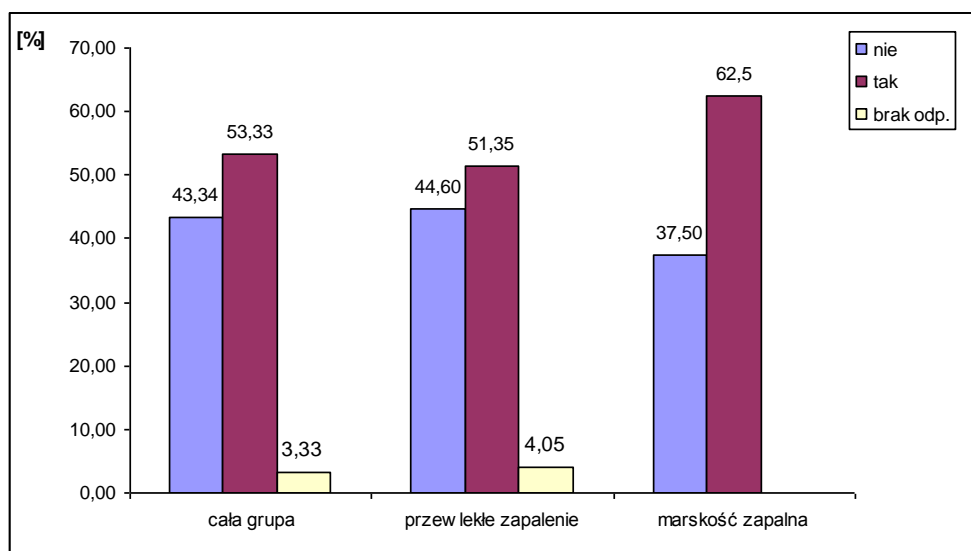
Badaniami objęto 180 pacjentów zakażonych wirusem HCV z rozpoznaniem potwierdzonym metodą serologiczną i molekularną, a także wynikami biopsji wątroby, która stanowiła podstawę wydzielenia grupy z marskością wątroby. Badaną grupę podzielono na pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby – 148 osób (82%) oraz marskością wątroby – 32 osoby (18%).

W badanej grupie 135 osób (75%) stanowili pacjenci RNA dodatni i 45 osób (25%) RNA ujemni (Ryc. 6.).

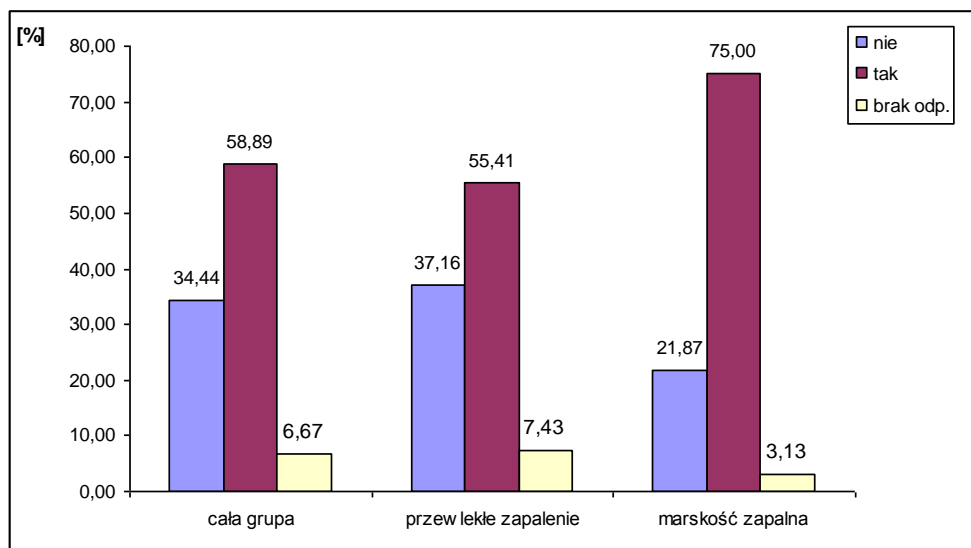


Ryc. 6. Procent pacjentów z RNA HVC+ i RNA HVC-

Wśród objętych badaniem kuracjuszy 102 osoby (56,7%) odbyły leczenie skojarzone interferonem pegylowanym z rybawiryną, 29 osób (16,1%) było leczonych interferonem klasycznym, a 20 osób (18,2%) leczono z zastosowaniem obydwu rodzajów interferonu, natomiast 59 pacjentów nie było leczonych przyczynowo żadnym z rodzajów interferonu (Ryc .7-8.).

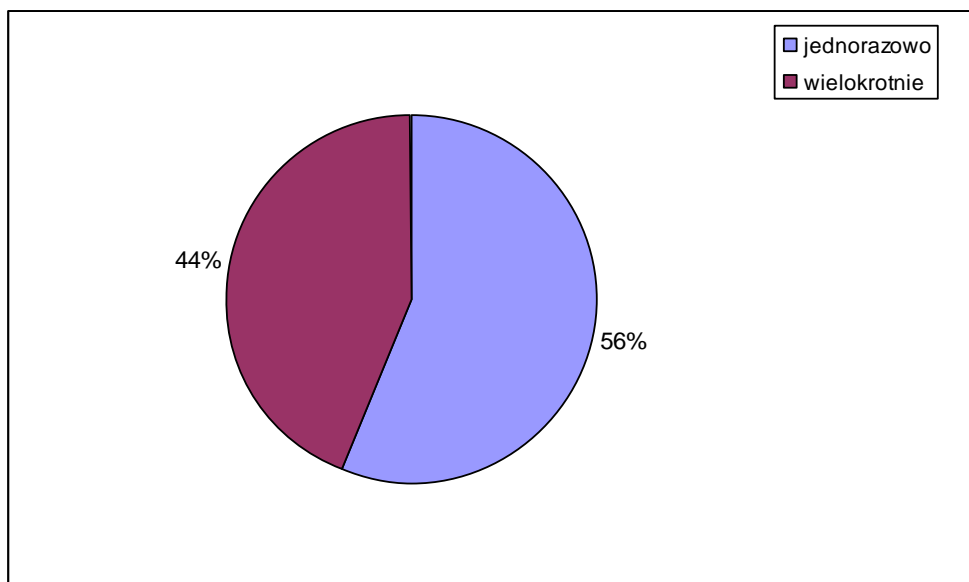


Ryc. 7. Procent pacjentów leczonych interferonem klasycznym w całej grupie badanych i w podziale na grupy kliniczne



Ryc. 8. Procent pacjentów leczonych interferonem pegylowanym z rybawiryną w całej grupie badanych i w podziale na grupy kliniczne

Kuracjuszy podzielono na grupę z jednorazowym pobylem w uzdrowisku liczącą 101 osób (56%) oraz grupę wielokrotnie leczonych 79 osób (44%) (Ryc. 9.). Ocenie podlegał stan psychofizyczny kuracjuszy kontrolowany w trakcie 21-dniowych turnusów szpitalnych.



Ryc. 9. Procent pacjentów przebywających w uzdrowisku jednokrotnie i wielokrotnie

6.2.3. Metody badawcze

Dla zrealizowania postawionego celu badawczego wszyscy objęci badaniem kuracjusze byli dwukrotnie badani fizykalnie (badanie lekarskie) przez lekarza specjalistę z zakresu balneologii i hepatologii, przed rozpoczęciem i na zakończenie kuracji uzdrowiskowej. W celu poprawy funkcji wątroby wykorzystano w odniesieniu do wszystkich pacjentów następujące metody:

- balneoterapię – leczenie wodami mineralnymi
- peloidoterapię – leczenie peloidami (borowiną)
- krenoterapię – kuracja pitna z wykorzystaniem leczniczych wód mineralnych
- klimatoterapię – leczenie czynnikami klimatycznymi i przyrodolecznymi
- hydroterapię – leczenie wodą
- termoterapię – leczenie energią ciepłą
- kinezyterapię – leczenie poprzez wykonywanie ćwiczeń fizycznych
- fizykoterapię – leczenie przy udziale pola magnetycznego

U wszystkich pacjentów w badanej grupie zastosowano, co drugi dzień: kąpiele kwasowęglowe w temperaturze 35 stopni o czasie trwania 20 minut, okłady z pasty

borowinowej na okolicę wątroby w temperaturze 38 stopni o grubości warstwy borowiny 1 cm przez 20 minut oraz pole magnetyczne o częstotliwości 50 Hz, indukcyjności 6 mT, impulsach sinusoidalnych, na okolicę jamy brzusznej. Zastosowano łącznie każdemu pacjentowi po 10 zabiegów w trakcie pobytu. Zalecono kurację pitną, leczniczą wodą mineralną „Renata”, w dawce trzy razy dziennie po 250 mL, pół godziny przed głównymi posiłkami. Szczególnej ocenie fizykalnej podlegała wątroba oraz śledziona, a ich wielkość oceniano w centymetrach, metodą palpacyjną w linii środkowo-obojęzycznej. Równocześnie dwukrotnie wykonano, u objętych badaniem kuracjuszy, standardowe badania laboratoryjne, w tym biochemiczne. Wszystkim wykonano: morfologię krwi oraz oznaczono poziom bilirubiny, aminotransferazy alaninowej, aminotransferazy asparaginianowej oraz γ -lutamylotranspeptydazy.

Charakterystyka chorych dokonana została w oparciu o dokumentację lekarską w tym: karty informacyjne ze wcześniejszych pobytów szpitalnych, formularze wniosków NFZ stanowiące podstawę skierowania na kurację, założone w uzdrowisku historie chorób i karty zlecenia zabiegów balneologiczno-fizykalnych.

Dla oceny subiektywnych efektów terapii uzdrowiskowej pacjentów, byli oni proszeni o wypełnienie ankiety (wzór w załączeniu) z uwzględnieniem najczęściej spotykanych w czasie wieloletniej praktyki problemów. W ankiecie ocenie podlegał poziom zadowolenia z leczenia przed pobytem w uzdrowisku i wpływ rehabilitacji uzdrowiskowej, a zwłaszcza terapii balneologiczno-fizykalnej. Ocena dokonywana była przez pacjentów za pomocą skali punktowej (0-5 punktów). Szczególnej analizie poddano ocenę przez kuracjuszy warunków wypoczynku, walorów klimatycznych miejscowości, wpływu zastosowanej diety, stopnia aktywności fizycznej oraz wielokrotności odbytych kuracji i porównanie jej z pobytem w innych miejscowościach uzdrowiskowych. Ankieta uwzględniała samoocenę stanu psychicznego badanych i jego zmianę pod wpływem leczenia uzdrowiskowego. Ankieta zawiera oprócz danych personalnych sześć głównych obszarów, w których pytania dotyczyły oceny pacjenta na temat:

- źródła zakażenia
- leczenia przed pobytem w uzdrowisku
- stanu pacjenta w momencie przyjazdu do uzdrowiska
- wpływu leczenia uzdrowiskowego
- efektów kuracji

- ankieta uwzględnia samoocenę stanu psychicznego badanych i jego zmianę pod wpływem leczenia uzdrowiskowego (załącznik strona 105)

6.2.4. Opracowanie statystyczne wyników

Do analizy statystycznej wyników cech mierzalnych zastosowano statystykę opisową zawierającą średnie arytmetyczne, wartości minimalne, maksymalne oraz odchylenie standardowe, medianę i kwartyle.

Założono hipotezę H_0 : badana zmienna ma rozkład normalny. Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono testem Shapiro-Wilka, na podstawie otrzymanych wyników odrzucono hipotezę H_0 . Większość badanych zmiennych nie miała rozkładu normalnego. W związku z tym zastosowano nieparametryczny odpowiednik testu t-Studenta dla prób zależnych – test Wilcoxon par, którym porównano parametry na początku turnusu i na końcu. Sprawdzono testem t-Studenta dla prób zależnych- prawdopodobieństwa, które były podobnego rzędu.

Obliczenia wykonano przy pomocy pakietu Statistica12. Weryfikacja otrzymanych wyników została przeprowadzona przy poziomie istotności $\alpha = 0,05$.

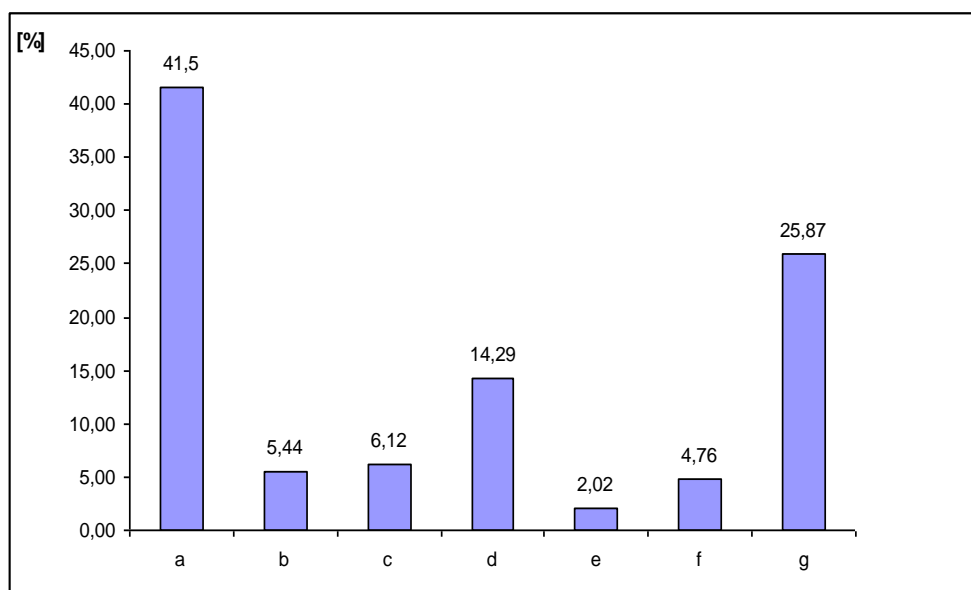
7. WYNIKI BADAŃ

7.1. Charakterystyka grupy

Skuteczność i bezpieczeństwo stosowanej w uzdrowisku terapii, w przebiegu przewlekłej wirusowej infekcji wątroby typu C, potwierdzają wyniki uzyskane przy pomocy przygotowanej ankiety, uwzględniającej różnorodne aspekty leczenia oraz ich wpływ na subiektywne odczucia rehabilitowanych pacjentów.

Na podstawie odpowiedzi badanych przeprowadzono ogólną analizę przebiegu procesu chorobowego oraz terapii przed rehabilitacją w uzdrowisku, w trakcie leczenia oraz spodziewane długotrwałe korzyści zdrowotne oparte na doświadczeniu własnym pacjentów (wielokrotni bywalcy).

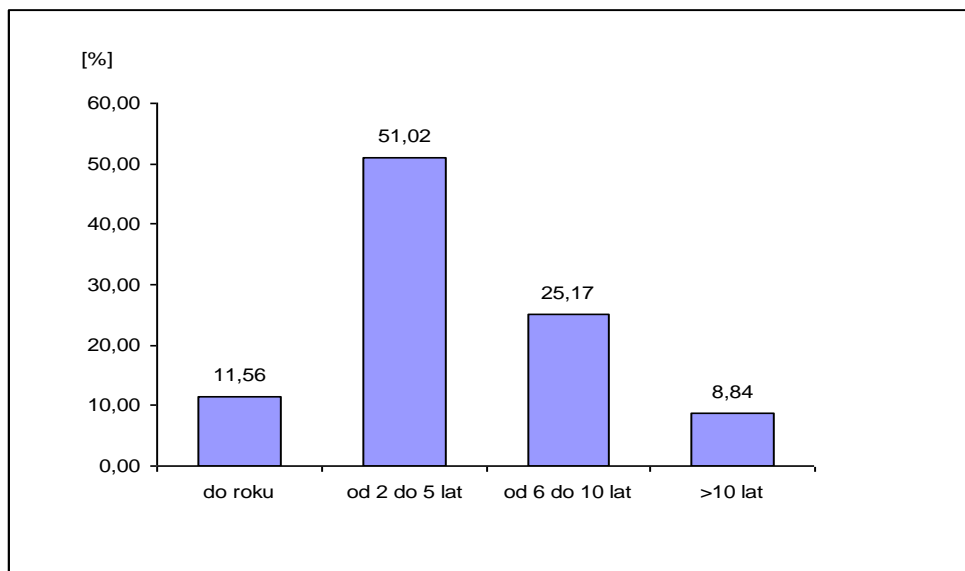
Sposób zakażenia chorych wirusem HCV wiąże się najczęściej z przebyłą hospitalizacją, znaczny odsetek pacjentów nie zna dróg infekcji (Ryc. 10.).



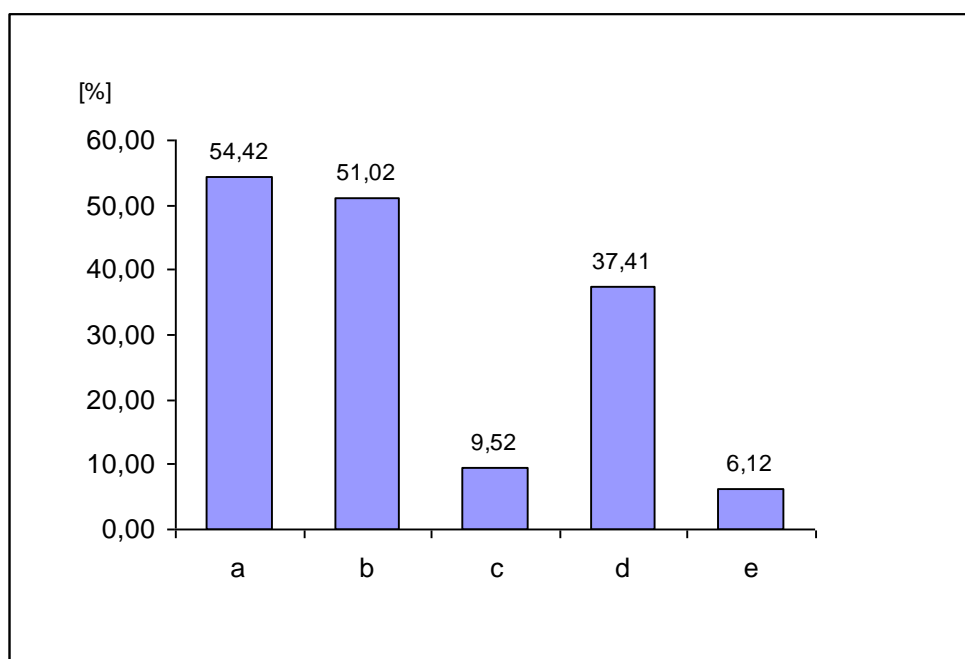
Ryc. 10. Sposoby zakażenia pacjentów wirusem HCV

- a – w trakcie hospitalizacji
- b – podczas iniekcji
- c – u stomatologa
- d – w wyniku przetaczania krwi
- e – drogą seksualną
- f – ekspozycja zawodowa
- g – nie wiem

Pośród badanych dominowali pacjenci z krótkim okresem leczenia (do 5 lat), a powodem przyjazdu do uzdrowiska było przekonanie o skuteczności tej formy terapii oraz świadomość choroby (Ryc. 11-12.).

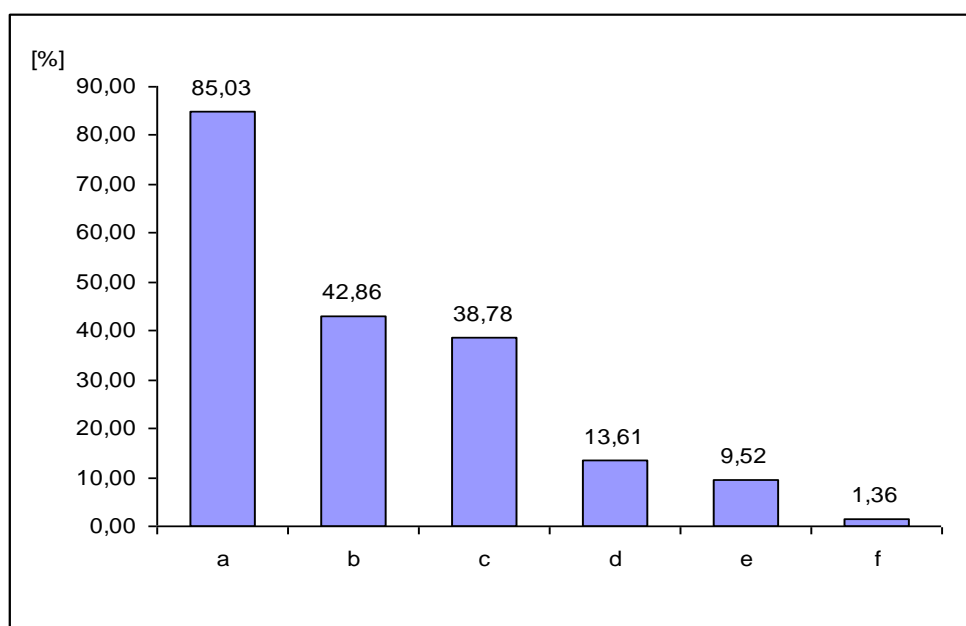


Ryc. 11. Okres leczenia badanych pacjentów



Ryc. 12. Powód przyjazdu do uzdrowiska
a – przekonanie o skuteczności leczenia
b – świadomość choroby
c – wniosek lekarza rodzinnego
d – wniosek lekarza klinicznego
e – zachęta innych chorych

Wiedzę edukacyjną na temat schorzenia chorzy uzyskali głównie od lekarza, z fachowych wydawnictw i rozmów z innymi chorymi (Ryc. 13.).



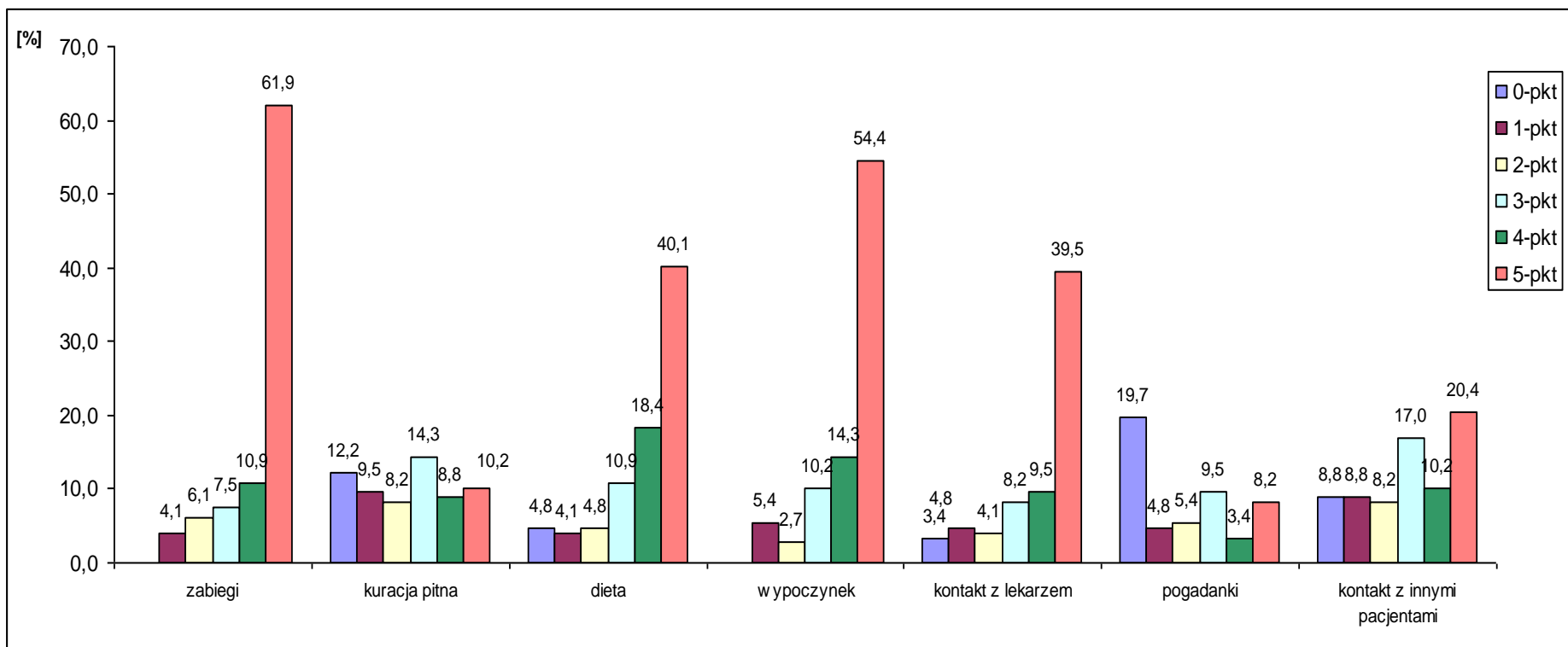
Ryc. 13. Sposoby zdobywania wiedzy o chorobie przez badanych pacjentów

- a – rozmowa z lekarzem
- b – wydawnictwa edukacyjne
- c – rozmowa z innymi chorymi
- d – pogadanki
- e – internet
- f – fundacje społeczne

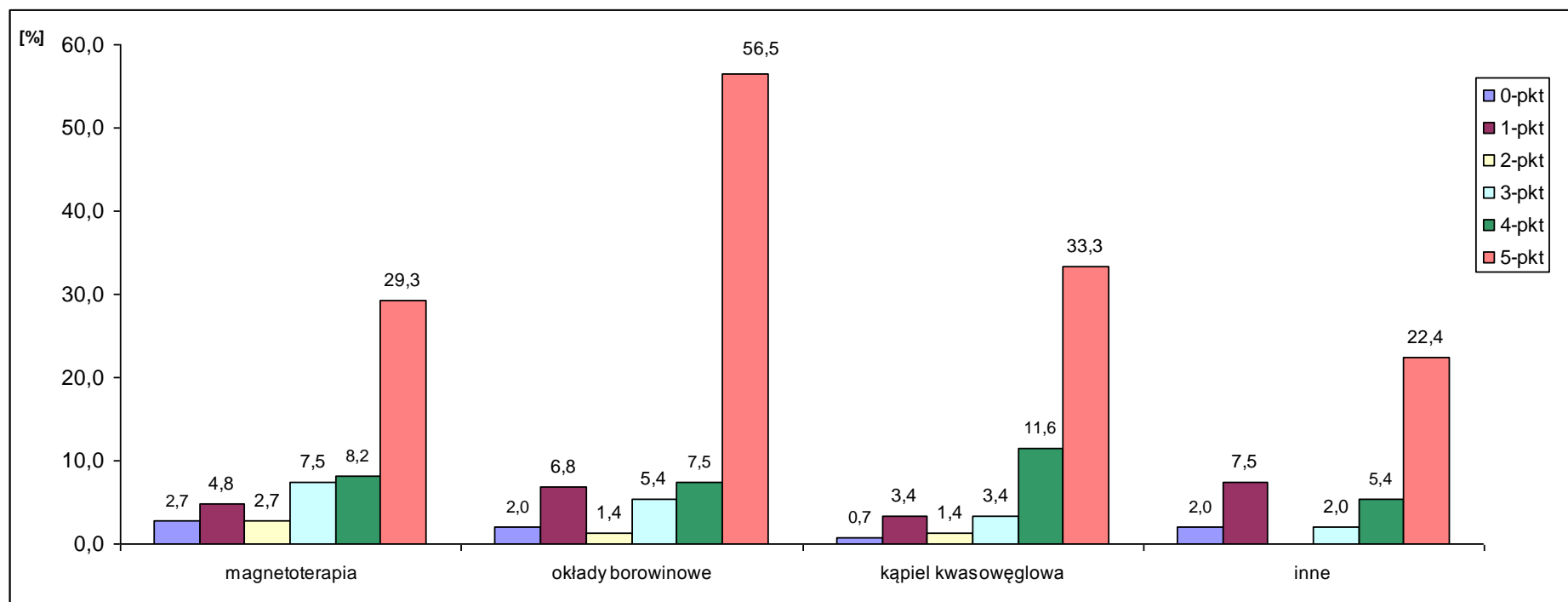
7.2. Wpływ leczenia uzdrowiskowego

W ocenie pacjentów wszystkie podstawowe elementy leczenia uzdrowiskowego, miały wpływ na efekt rehabilitacji. Zdecydowana większość badanych oceniła ten efekt pozytywnie. Zabiegi stosowane ze wskazań hepatologicznych (magnetoterapia i okłady borowinowe na okolicę wątroby oraz kąpiele kwasowęglowe) stanowiły w czasie kuracji połowę programu leczniczego ordynowanego pacjentom. Pozostałą część stanowiły zabiegi uzupełniające związane ze schorzeniami dodatkowymi. Za najkorzystniejsze dla poprawy stanu zdrowia, pacjenci uznali zabiegi ze wskazań hepatologicznych, w tym z przewagą zabiegów opartych na surowcach naturalnych.

W opinii pacjentów mniejsza była skuteczność zabiegów stosowanych z powodu schorzeń dodatkowych (Ryc. 14-15.).

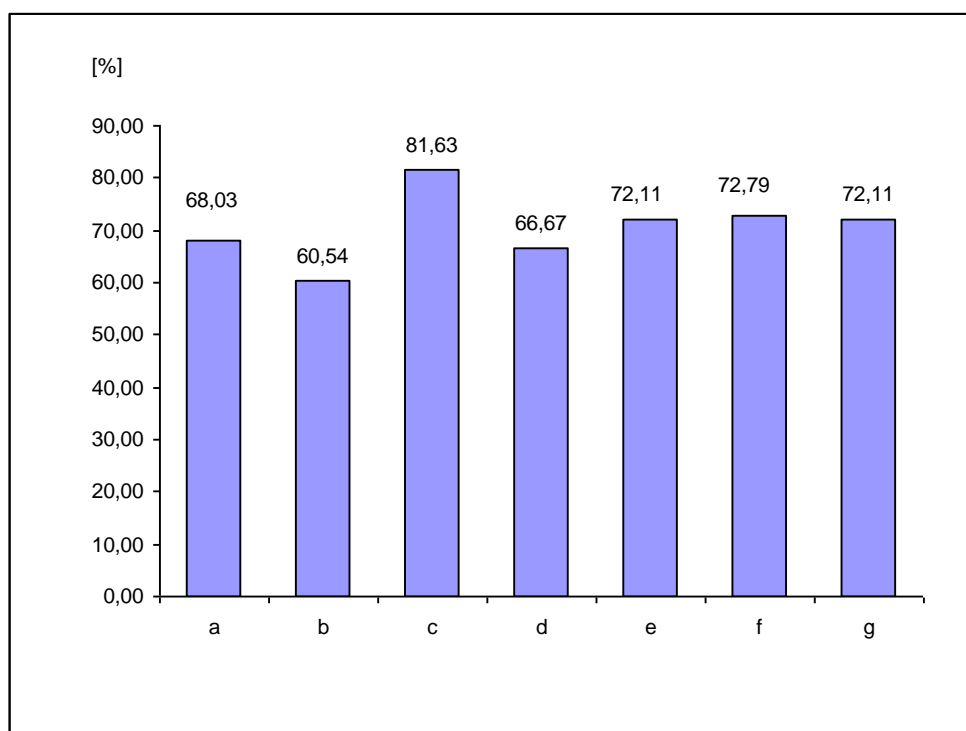


Ryc. 14. Ocena skuteczności działania wszystkich elementów leczenia uzdrowiskowego dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów



Ryc. 15. Ocena skuteczności działania zabiegów balneologiczno-fizykalnych dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów

W opinii badanych pozytywne efekty stosowanych zabiegów balneologiczno – fizykalnych w wysokim odsetku wpłynęły na zmniejszenie dolegliwości psychofizycznych pacjentów: złagodzeniu uległy dolegliwości bólowe w okolicy wątroby, poprawiły funkcje trawienne, ale przede wszystkim nastąpiło psychiczne uspokojenie i ogólne rozluźnienie (Ryc. 16.).

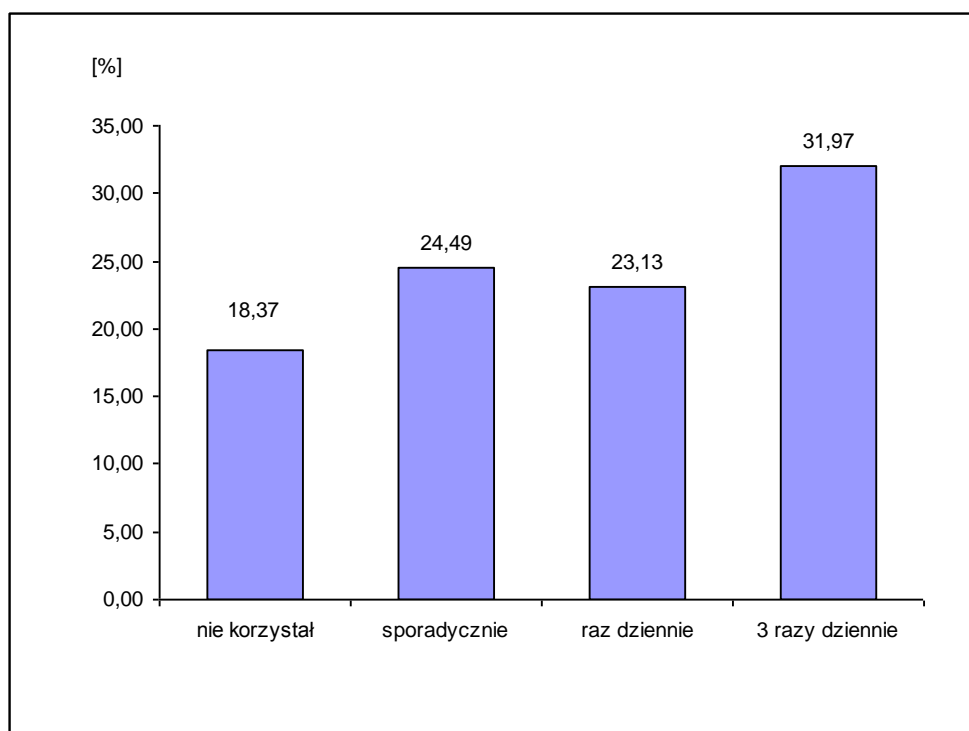


Ryc. 16. Ocena dokonana przez pacjentów wpływu zabiegów uzdrowiskowych na ich stan psychofizyczny

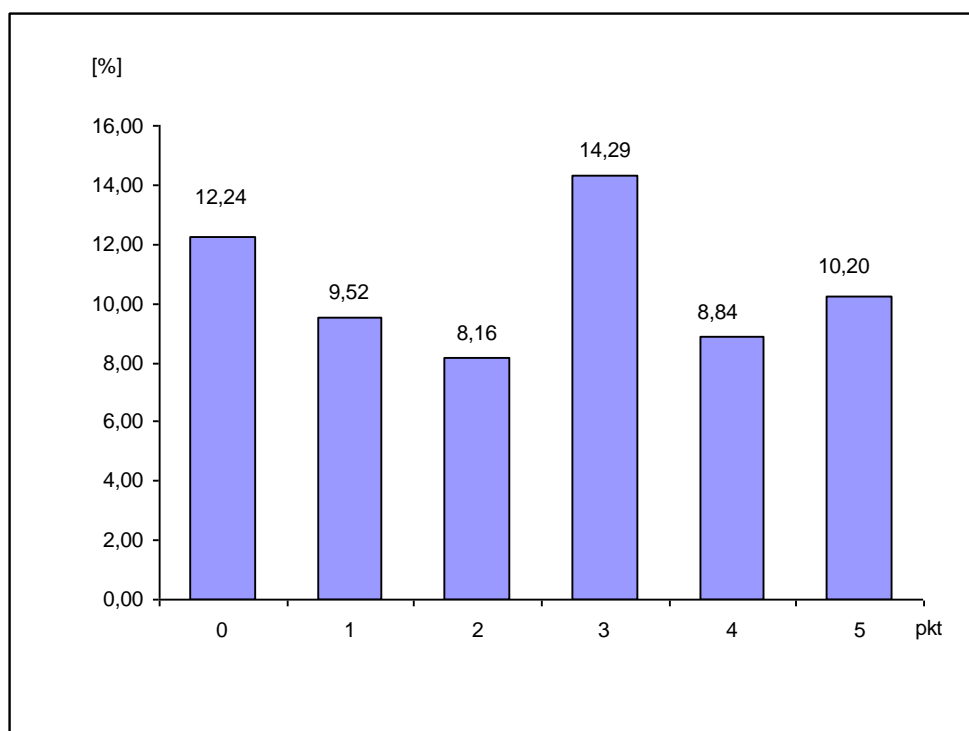
- a – 68,03% odczuło złagodzenie dolegliwości bólowych w okolicy wątroby
- b – 60,54% zaobserwowało uregulowanie trawienia
- c – 81,68% odczuło ogólne rozluźnienie
- d – 66, 67% miało uczucie wzrostu sił fizycznych
- e – 72,11% uzyskało poczucie psychicznego uspokojenia
- f – 72,79% miało poczucie pełnego wypoczynku

Kuracja pitna oparta na surowcu naturalnym – szczawie kwasowęglowej „Renata” stanowiła istotny element leczniczy. Była systematycznie stosowana przez ponad połowę badanych.

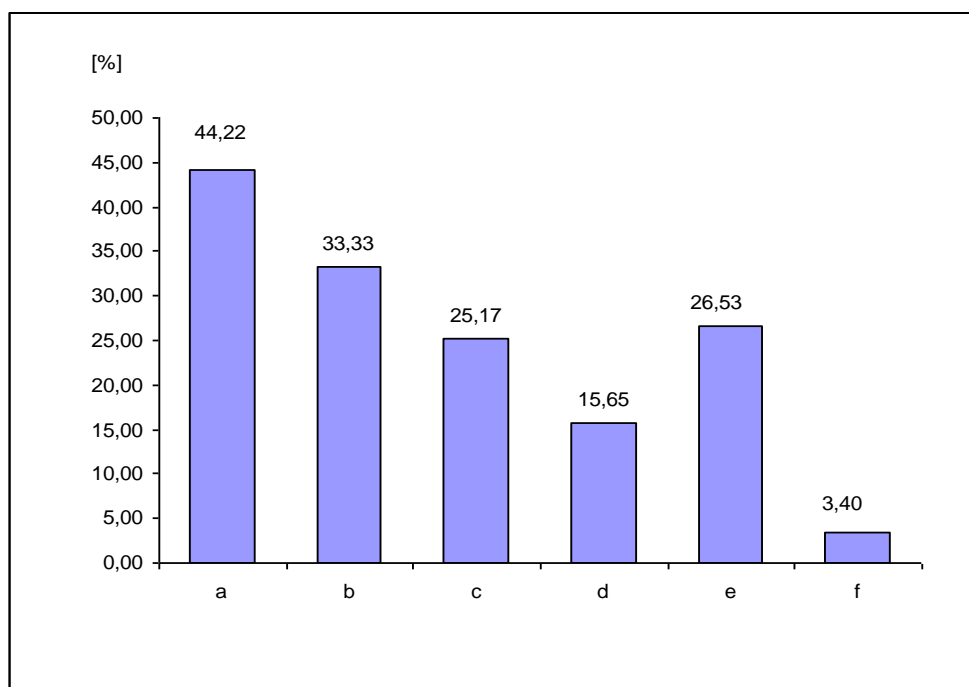
Efekty kuracji pitnej w opinii kuracjuszy były pozytywne. Pacjenci zaobserwowali korzystne działanie wody wspomagające trawienie oraz zwiększające diurezę. Objawy niekorzystne zgłaszali sporadycznie (Ryc. 17-19.).



Ryc. 17. Deklarowana przez pacjentów regularność korzystania z kuracji pitnej wodą Renata w uzdrowisku Długopole Zdrój



Ryc. 18. Ocena skuteczności kuracji pitnej szczawą kwasowęglową dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów



Ryc. 19. Efekty lecznicze kuracji pitnej w ocenie pacjentów

a – reguluje procesy trawienne

b – działa moczopędnie

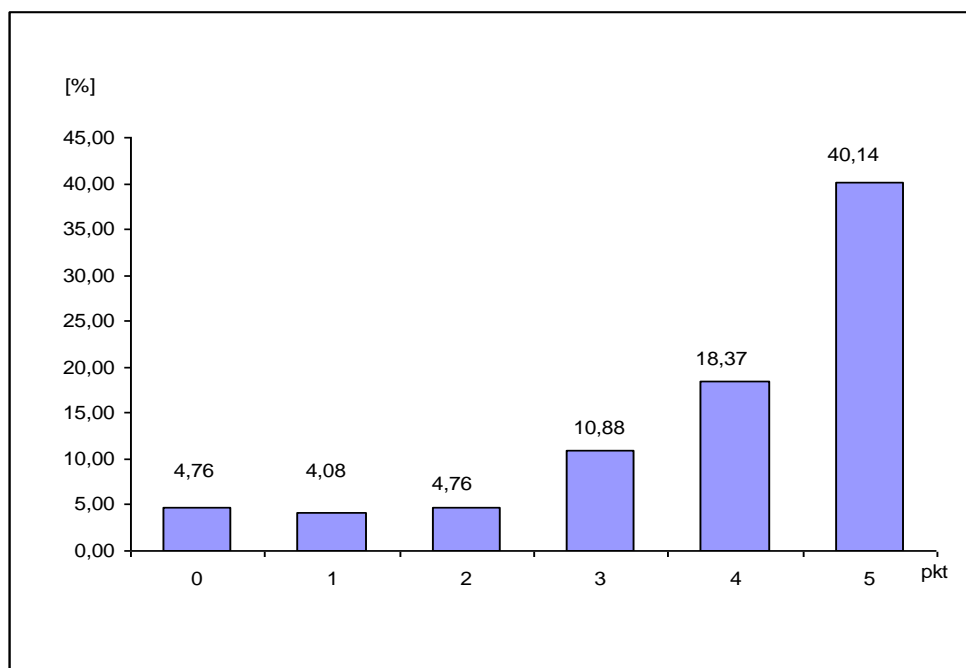
c – gasi pragnienie

d – zwiększa siły witalne

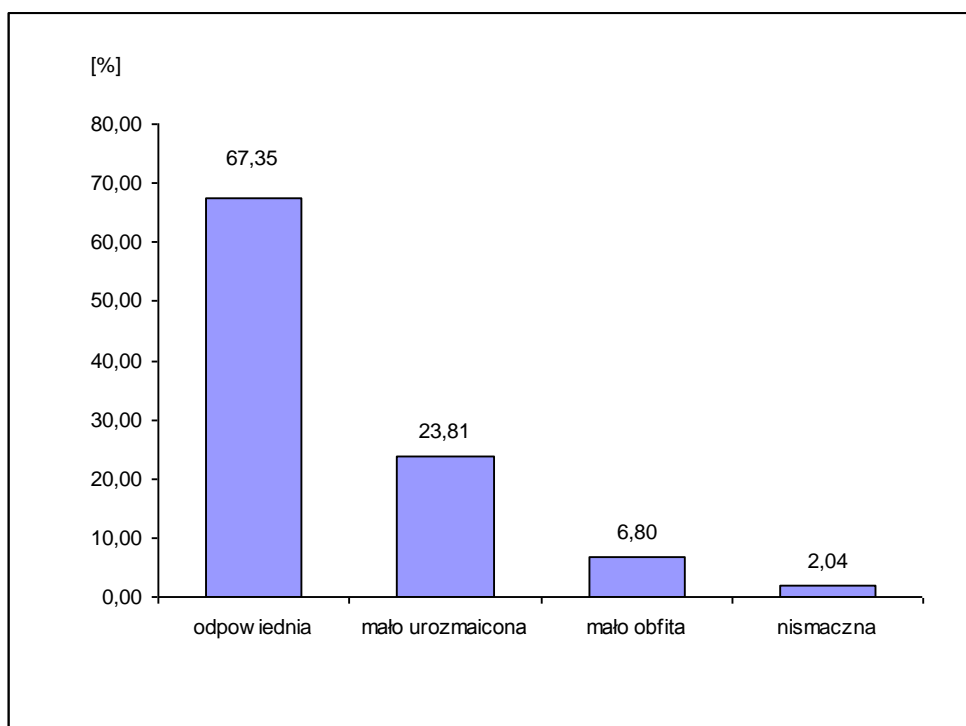
e – wzbudza apetyt

f – inne (w otwartej części pytania pacjenci odpowiedzieli cyt.: woda lecznicza posiada minerały i elektrolity, wywołuje odbicia, zaparcia, biegunki po spożyciu dużej ilości, ma smak rdzy, posiada za dużo żelaza, uspokaja)

Dieta wątrobowa w odczuciu pacjentów stanowiła ważny, element wspomagający terapię. Większość badanych określiła dietę, jako odpowiednią, dla części była mało urozmaicona (Ryc. 20-21.).

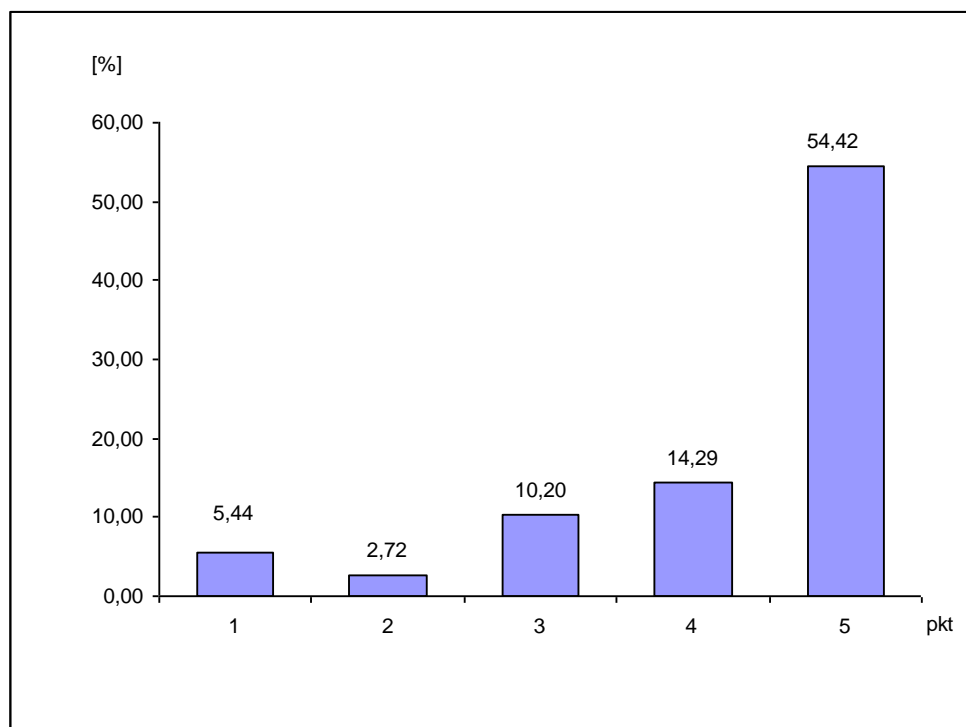


Ryc. 20. Ocena pozytywnej skuteczności diety wątrobowej stosowanej w trakcie kuracji dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów



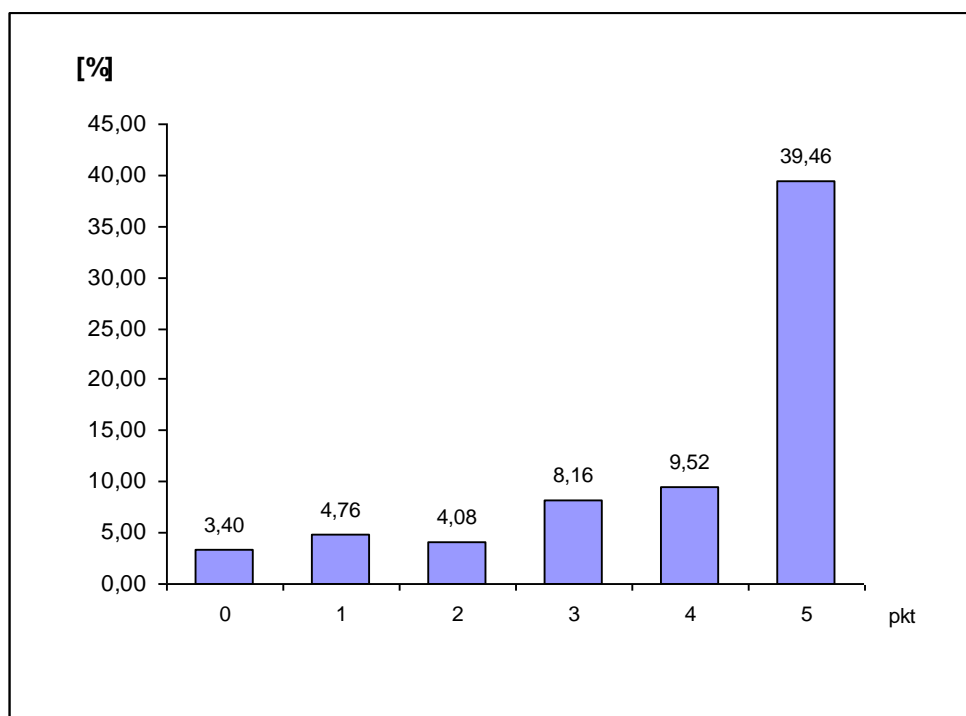
Ryc. 21. Ocena jakości dietetycznych posiłków spożywanych w trakcie kuracji dokonana przez pacjentów

Wypoczynek w trakcie kuracji stanowił wysoko oceniany element terapii niespecyficznej (Ryc. 22.).

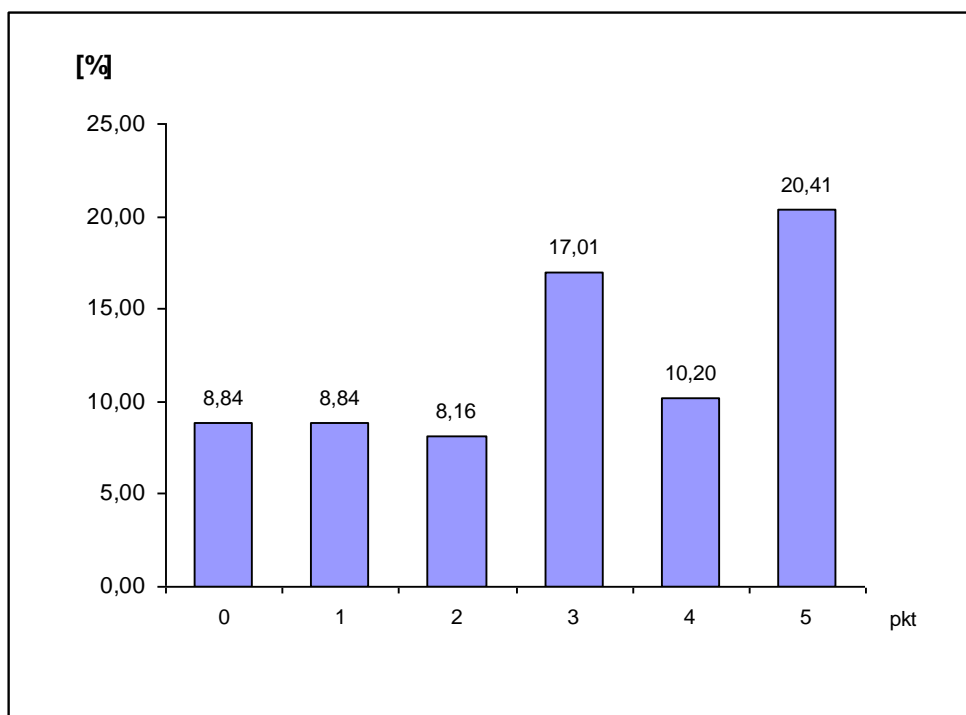


Ryc. 22. Znaczenie wypoczynku w warunkach uzdrowiskowych w ocenie pacjentów w skali od 0-5 punktów

Kontakt z lekarzem w warunkach uzdrowiskowych był doceniony przez badanych. Dla chorych istotna była możliwość wymiany doświadczeń z innymi chorymi leczonymi na tą samą jednostkę chorobową (Ryc. 23-24.).

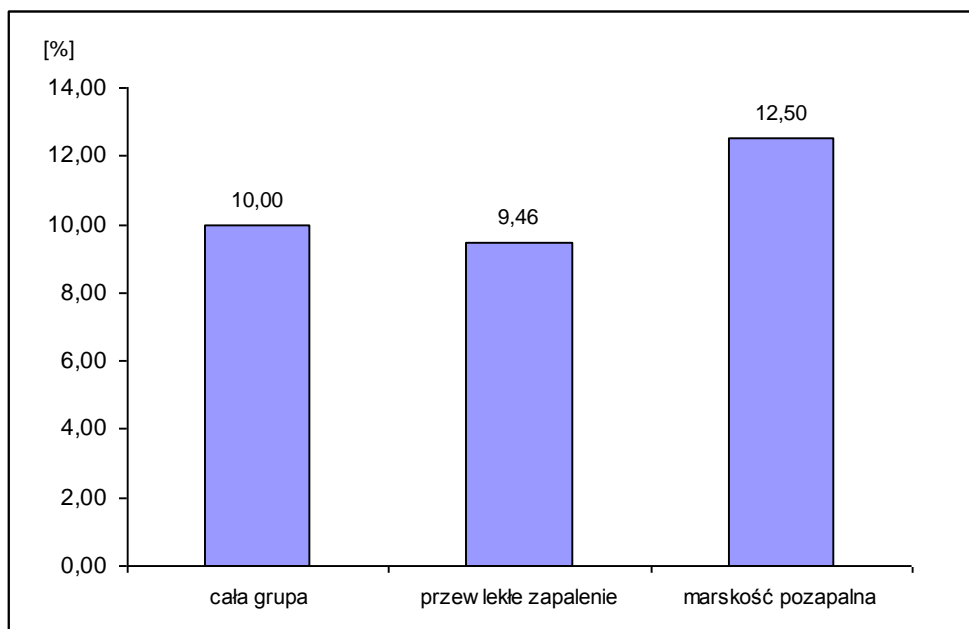


Ryc. 23. Ocena wpływu na przebieg kuracji bezpośredniego kontaktu z lekarzem w opinii pacjentów w skali od 0-5 punktów

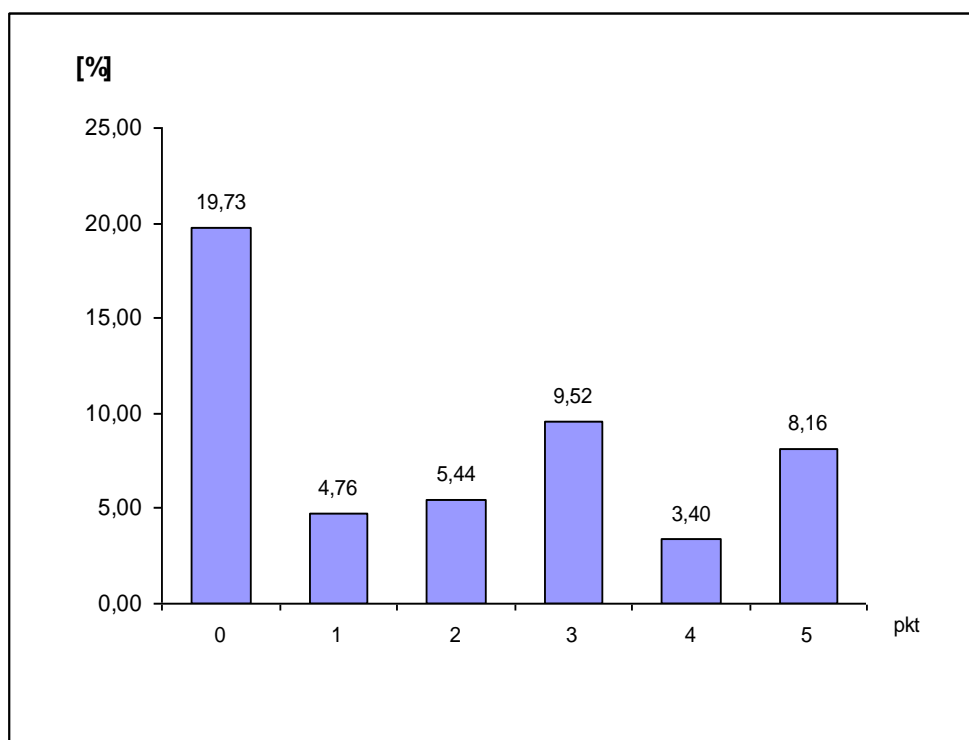


Ryc. 24. Pozytywne znaczenie kontaktu z innymi pacjentami ocenione przez pacjentów w skali 0-5 punktów

Przed zachorowaniem niewielki odsetek pacjentów posiadał wiedzę o tej jednostce chorobowej. Dla większości badanych możliwość uzupełnienia wiedzy na temat schorzenia i sposobów terapii, w trakcie pobytu w uzdrowisku, nie była zadowalająca (Ryc. 25-26.).

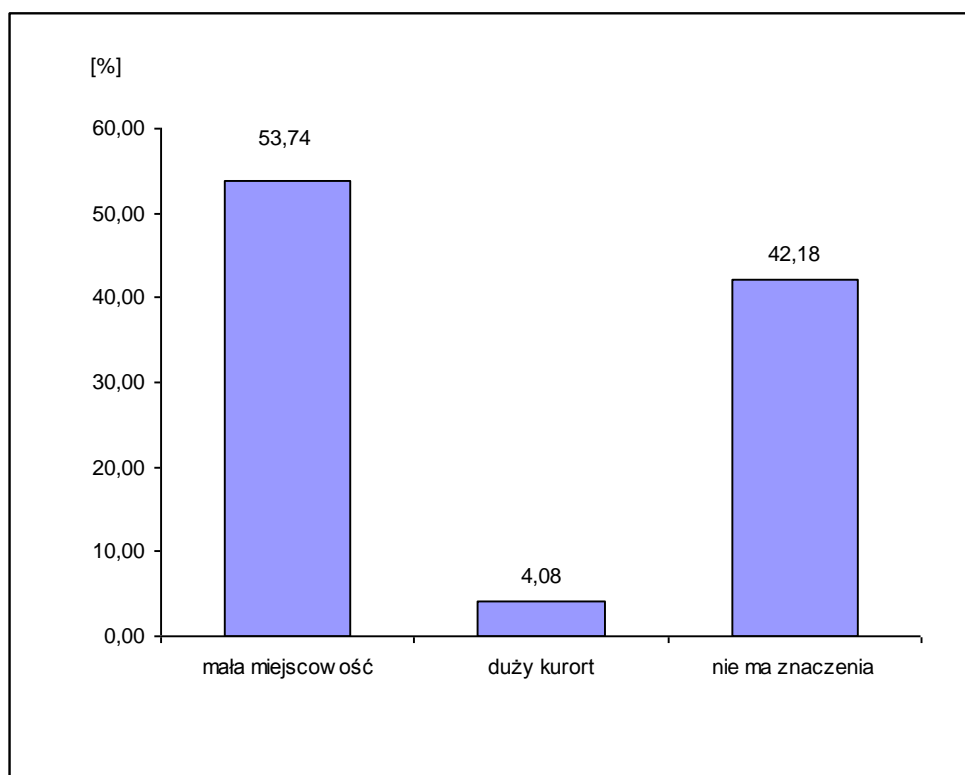


Ryc. 25. Pacjenci deklarujący posiadanie wiedzy o zapaleniu wątroby typu C przed zachorowaniem

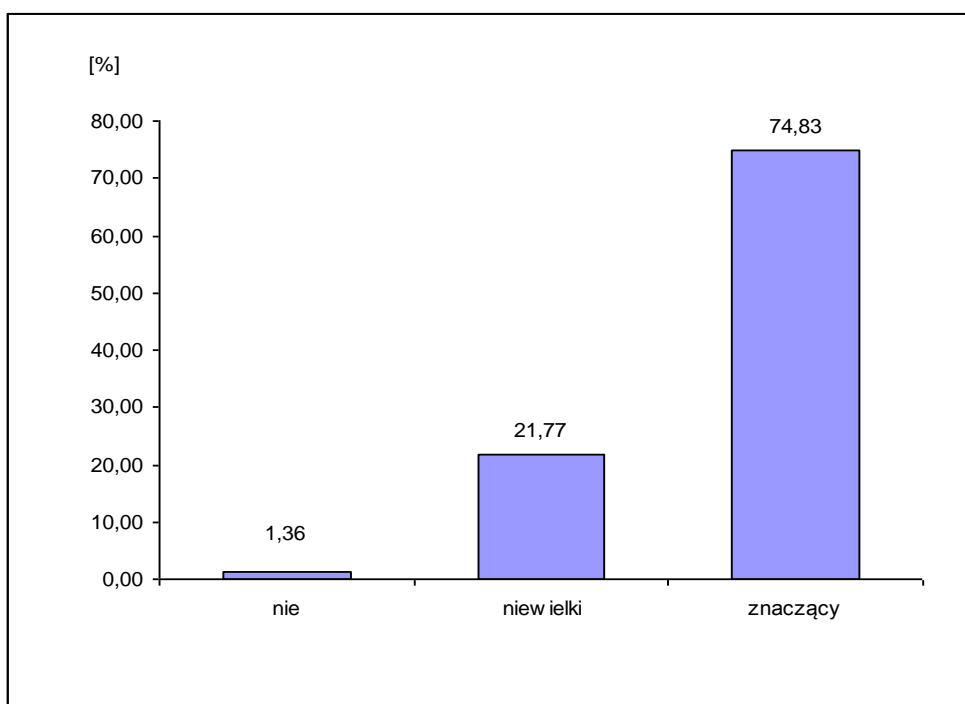


Ryc. 26. Znaczenie edukacji zdrowotnej w procesie rehabilitacji uzdrowiskowej w ocenie pacjentów w skali od 0-5 punktów

Wielkość miejscowości uzdrowskiej dla części badanych nie miała znaczenia, ponad połowa doceniła walory małej miejscowości. W odczuciu badanych walory klimatyczne miały istotny wpływ na proces zdrowienia (Ryc. 27-28.).

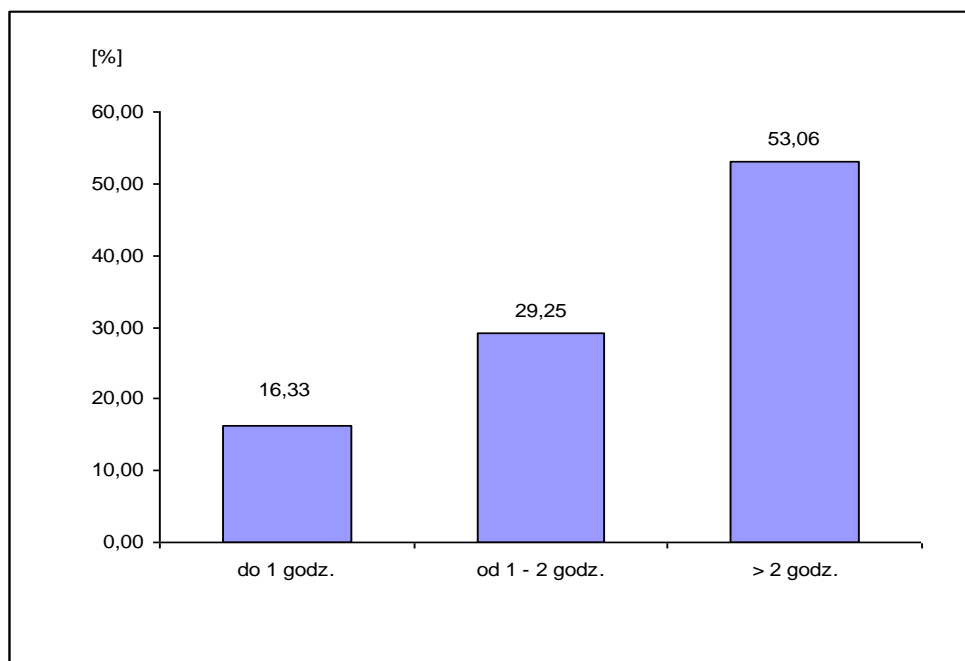


Ryc. 27. Wpływ wielkości miejscowości uzdrowskiej na komfort leczenia w odczuciu pacjentów

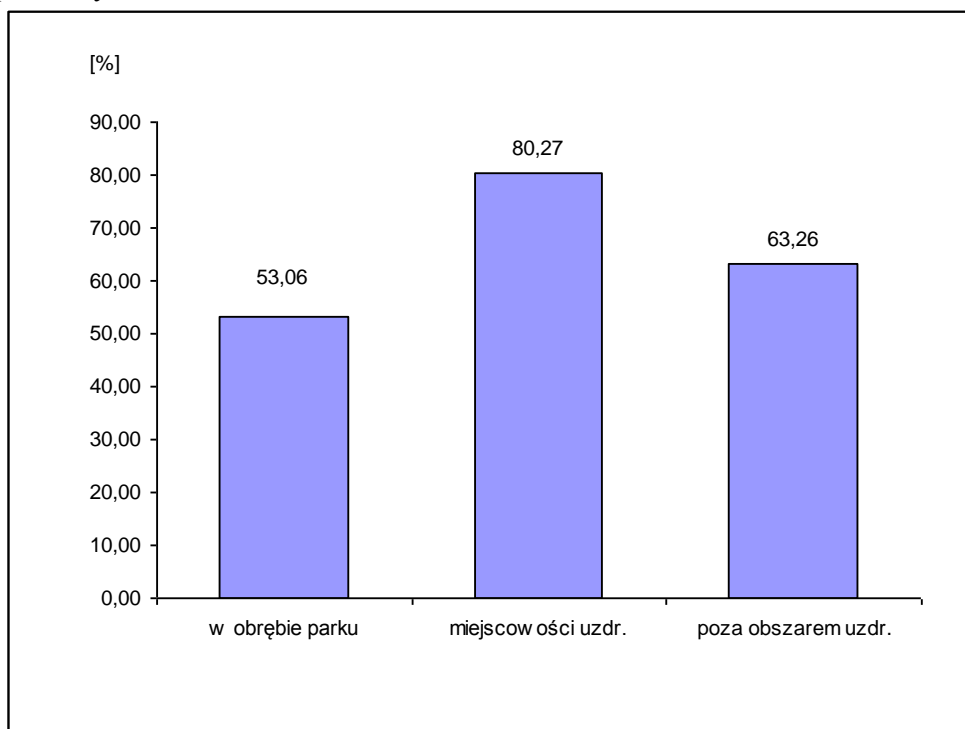


Ryc. 28. Ocena wpływu klimatu na stan zdrowia w trakcie kuracji dokonana przez pacjentów

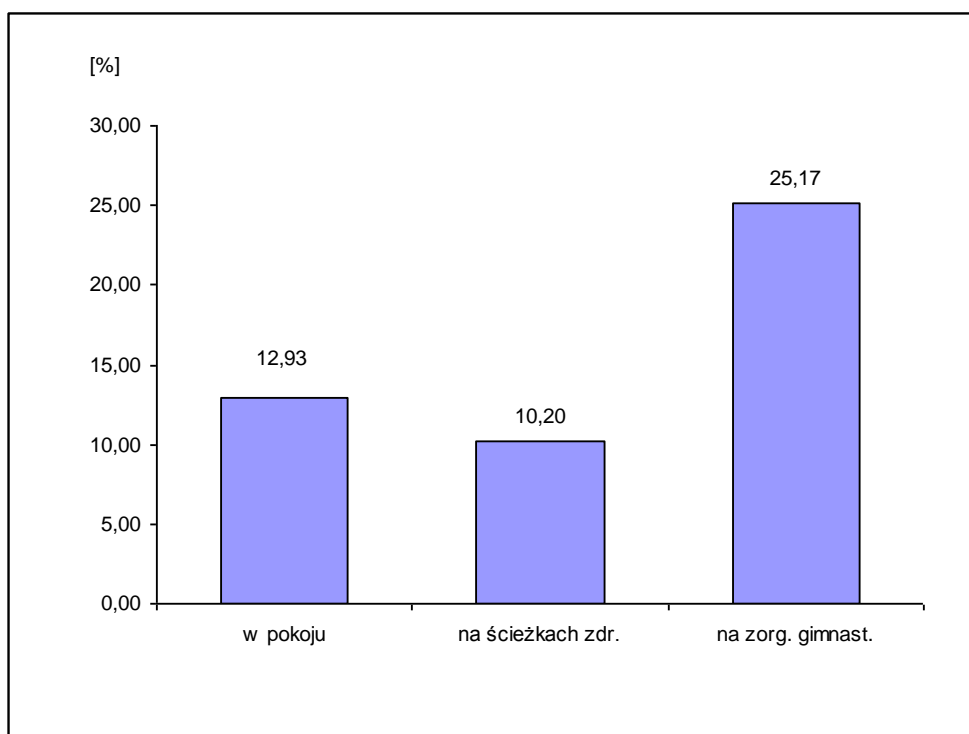
Obserwowano znaczne zwiększenie aktywności fizycznej pacjentów, zwłaszcza w formie długotrwałych spacerów (powyżej 2 godzin dziennie), odbywających się najczęściej na obszarze miejscowości uzdrowskiej. Mniej aktywnie angażowali się chorzy w wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych. Najczęściej wykonywali je na zorganizowanej gimnastyce z instruktorem (Ryc. 29-31.).



Ryc. 29. Deklarowana przez pacjentów aktywność fizyczna wyrażająca się czasem korzystania ze ścieżek spacerowych

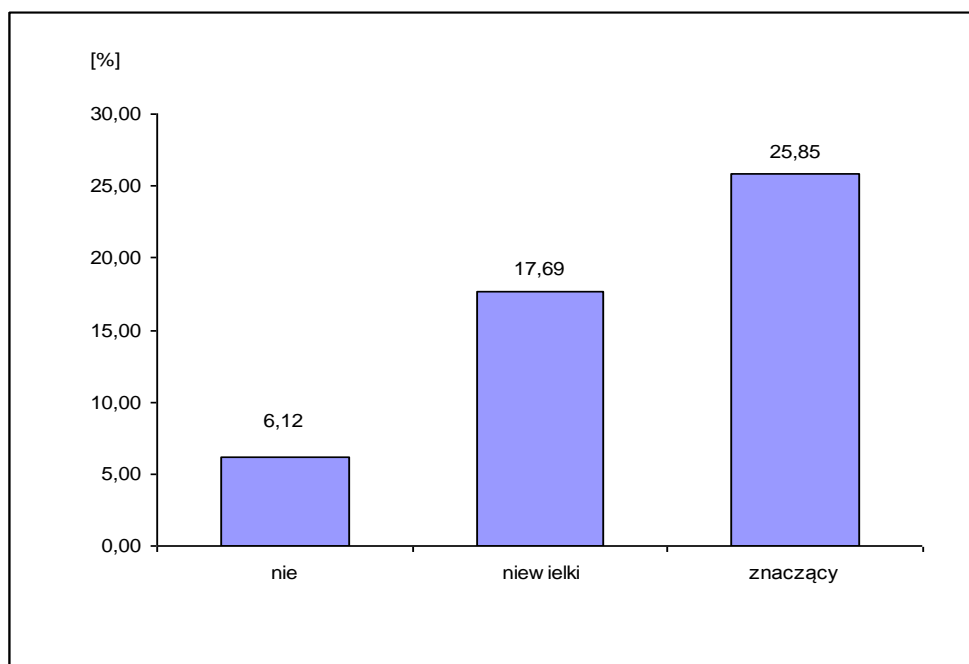


Ryc. 30. Deklarowana przez pacjentów aktywność fizyczna wyrażająca się dystansem terenów spacerowych

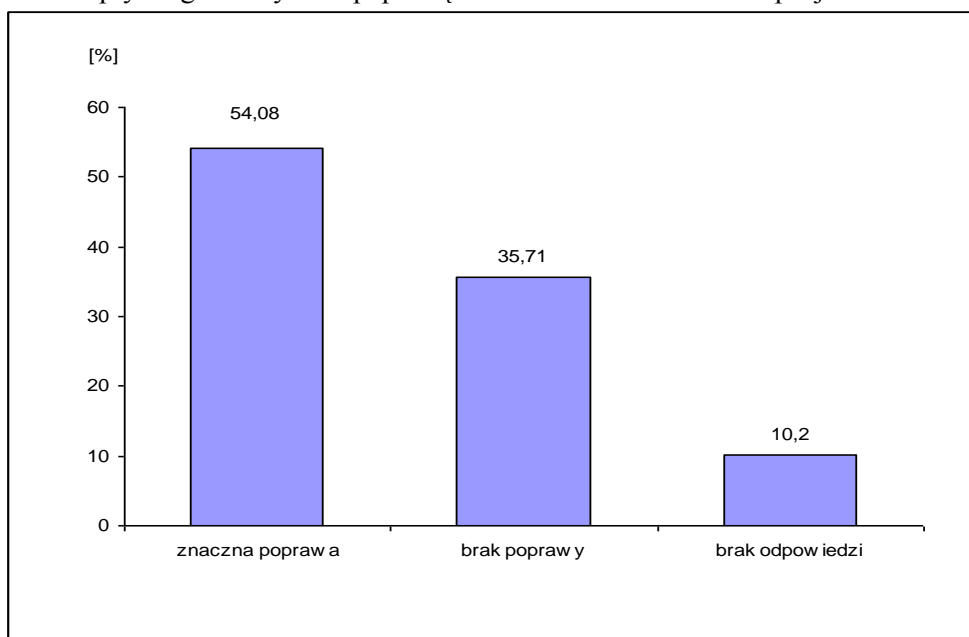


Ryc. 31. Miejsca wybierane przez pacjentów do wykonywania ćwiczeń gimnastycznych podczas pobytu w uzdrowisku

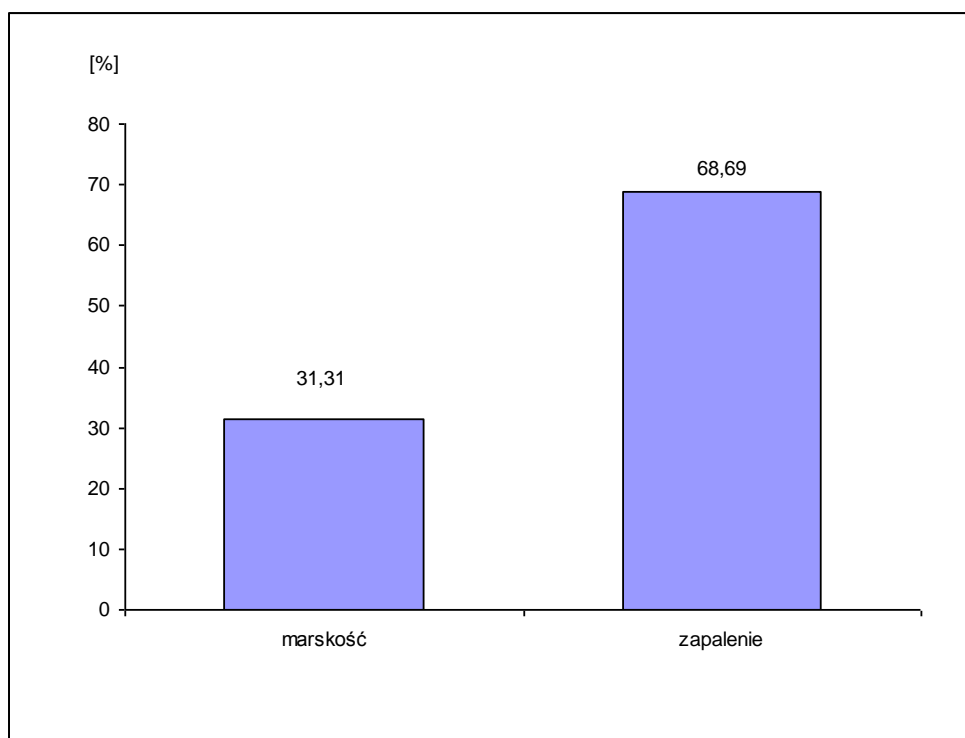
Dla badanych deklarujących aktywność fizyczną, ćwiczenia gimnastyczne znacząco wpływały na poprawę stanu zdrowia. Korzystny ich wpływ na stan zdrowia deklarowali w formie spacerów powyżej 2 godzin. Zaobserwowano, iż znacznie większe odczuwalne korzyści zdrowotne, po długotrwałych spacerach mieli chorzy z przewlekłym zapaleniem wątroby (Ryc. 32-34.).



Ryc. 32. Ocena wpływu gimnastyki na poprawę stanu zdrowia w odczuciu pacjentów

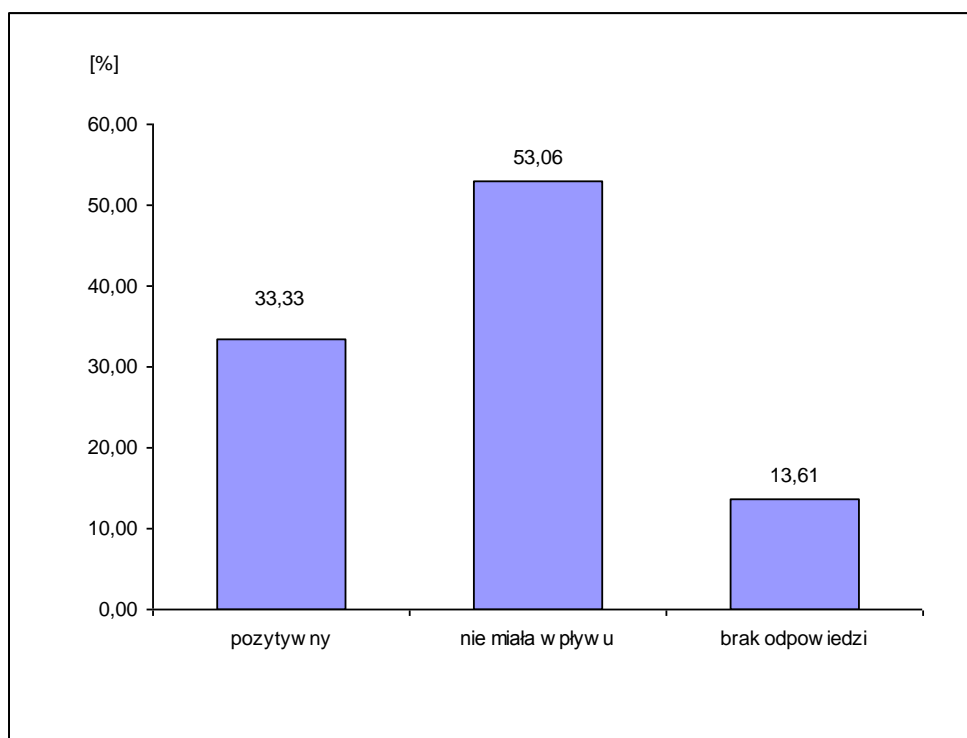


Ryc. 33. Ocena wpływu zwiększonej aktywności fizycznej pacjentów (powyżej 2 godzin) na efekt kuracji



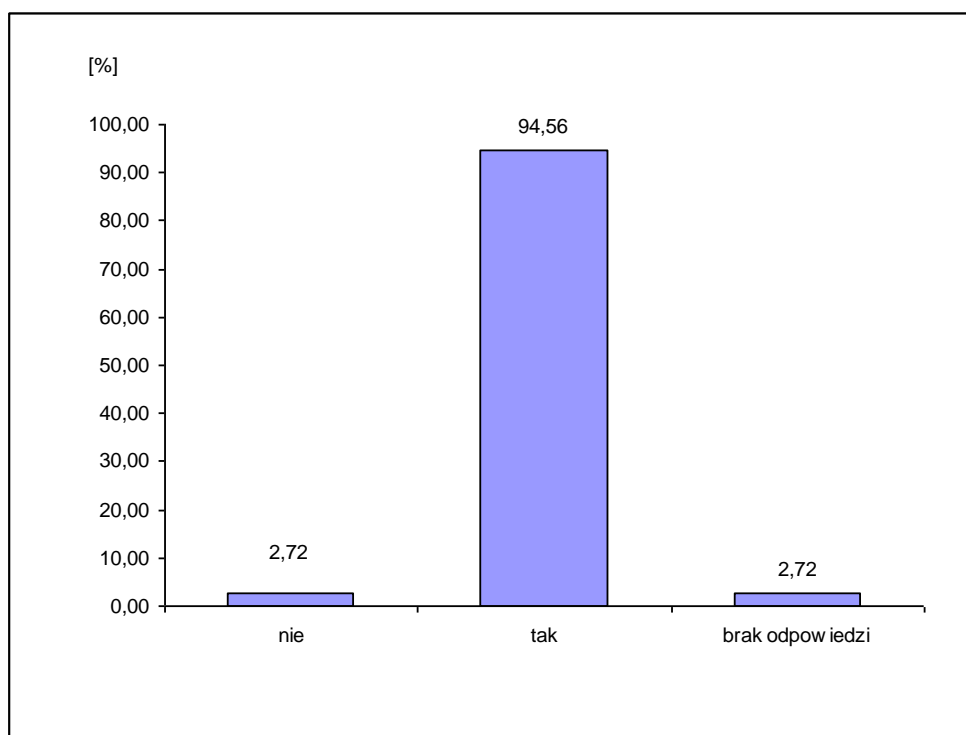
Ryc. 34. Ocena poprawy samopoczucia pacjentów deklarujących zwiększoną aktywność fizyczną (spacer powyżej 2 godzin) w podziale na jednostki kliniczne: marskość i przewlekle zapalenie wątroby

Znaczna część badanych była usatysfakcjonowana prowadzoną działalnością rozrywkową. Dla większości działalność rozrywkowa nie miała wpływu na proces zdrowienia (Ryc. 35.).

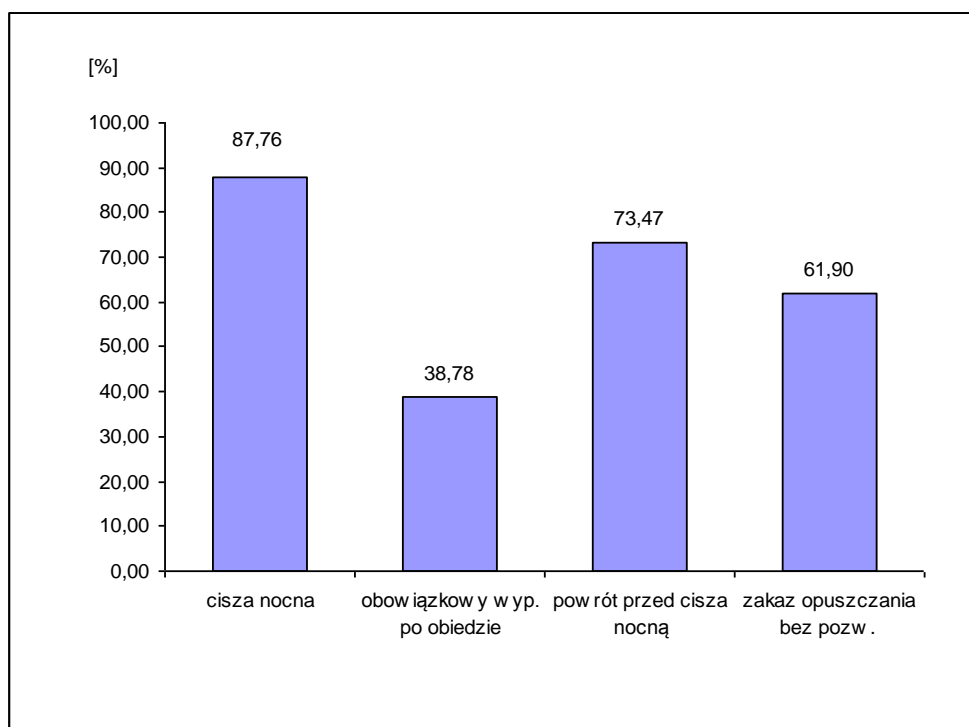


Ryc. 35. Wpływ działalności rozrywkowej na stan zdrowia w odczuciu pacjentów

Badani deklarowali przestrzeganie obowiązującego w uzdrowisku regulaminu. Elementy regulaminu regulujące właściwy wypoczynek były korzystnie ocenione (Ryc. 36-37.).

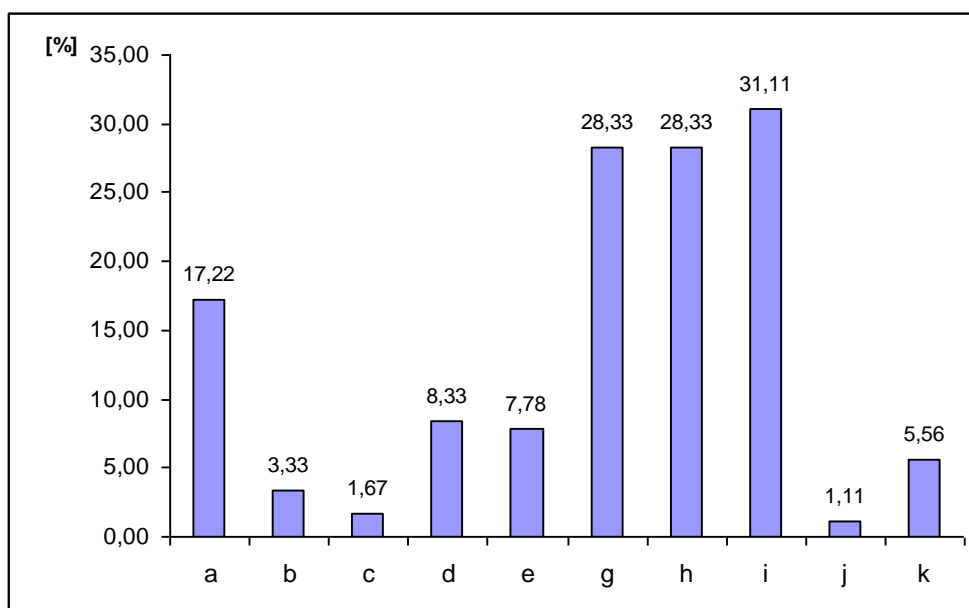


Ryc. 36. Deklarowane przez pacjentów przestrzeganie regulaminu uzdrowiska



Ryc. 37. Elementy regulaminu, które w opinii kuracjuszy pozytywnie wpływają na jakość wypoczynku

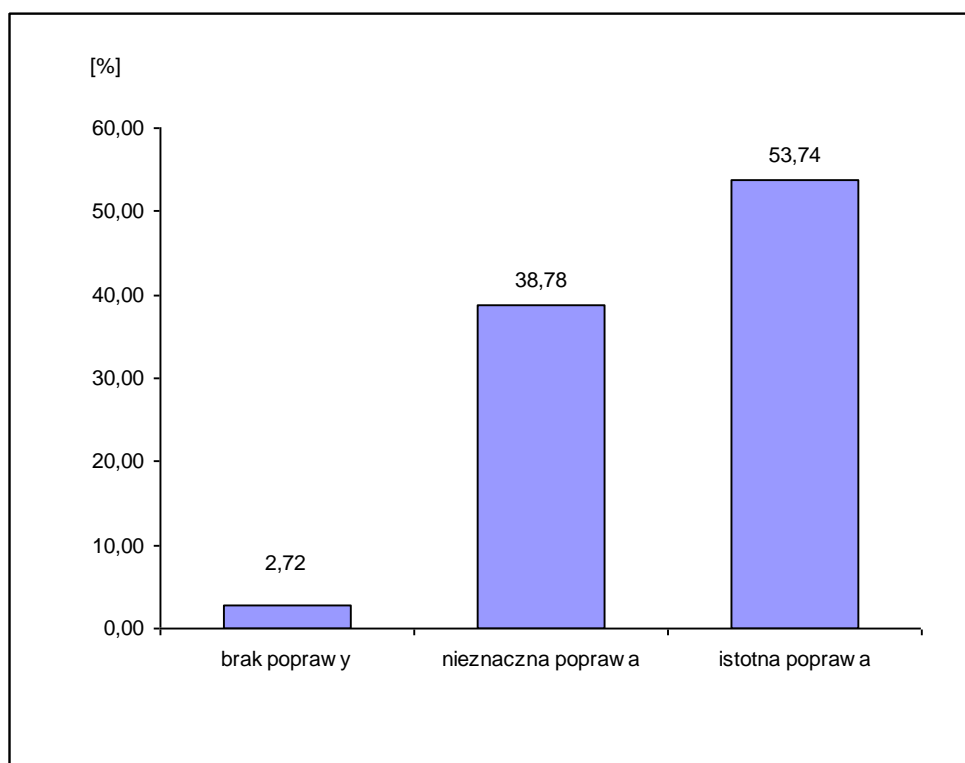
Negatywne elementy kuracji uzdrowskiej dotyczyły przede wszystkim warunków zakwaterowania oraz nieodpowiedniej pory roku (Ryc. 38.).



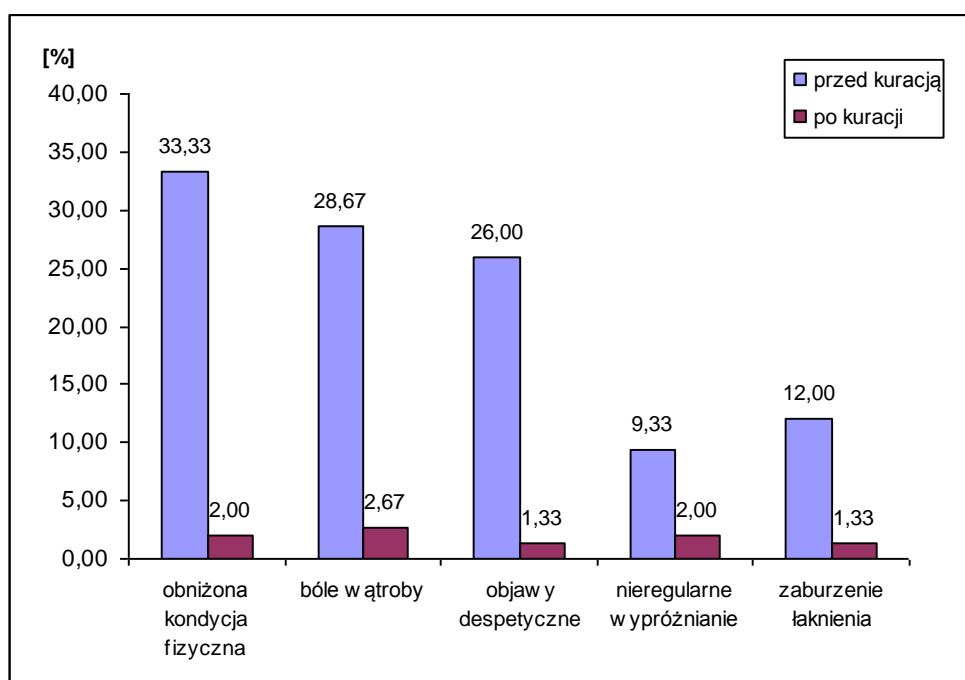
Ryc. 38. Negatywne elementy kuracji uzdrowiskowej w opinii pacjentów po odbytej kuracji

- a – współlokatorzy
- b – nadzór medyczny
- c – nieodpowiednie zabiegi
- d – rzadki kontakt z lekarzem
- e – nieodpowiednia dieta
- f – klimat
- g – pora roku
- h – pokoje wieloosobowe
- i – wspólne węzły sanitarne
- j – leki
- k- brak odpowiedzi

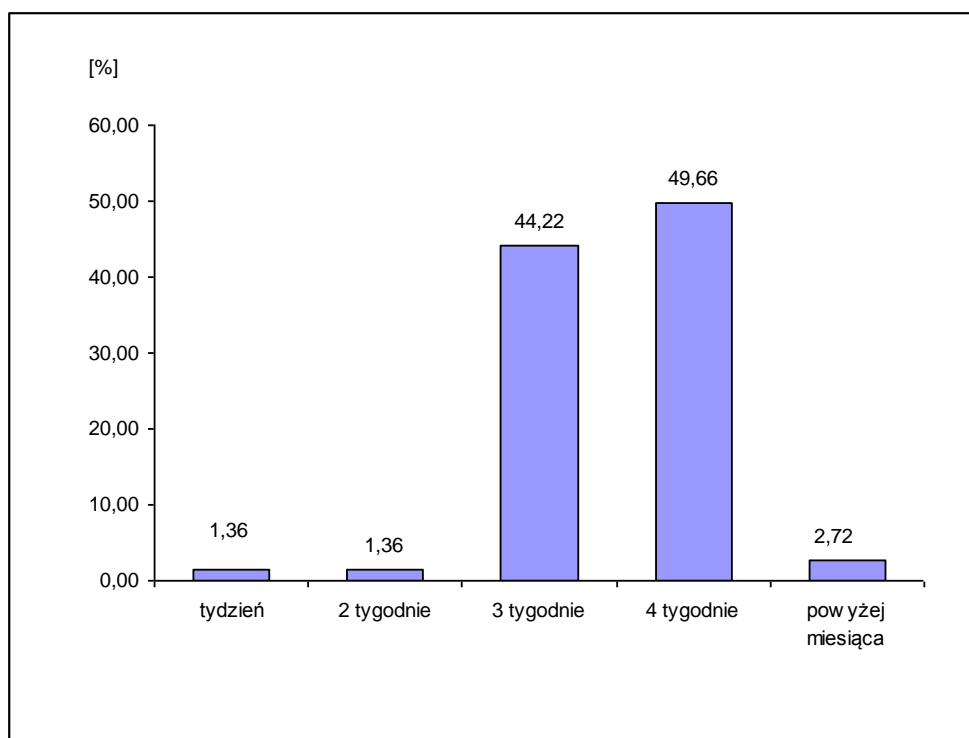
Istotną, subiektywną poprawę po leczeniu uzdrowiskowym odczuła ponad połowa badanych. Pacjenci deklarowali redukcję objawów klinicznych oraz poprawę kondycji fizycznej (dane uzyskane z bezpośredniego wywiadu lekarskiego). W ocenie pacjentów, którzy wcześniej korzystali z rehabilitacji na turnusach uzdrowiskowych, optymalna dla poprawy stanu zdrowia długość turnusu, powinna wynosić od 3-4 tygodni. Natomiast korzystna dla ich stanu zdrowia, dostępność leczenia uzdrowiskowego, powinna być jeden raz w roku, a nawet dwukrotnie w ciągu roku. W odczuciu większości pacjentów okres poprawy samopoczucia po leczeniu uzdrowiskowym wynosi od 3 do 6 miesięcy, a nawet do roku (Ryc. 39-43.).



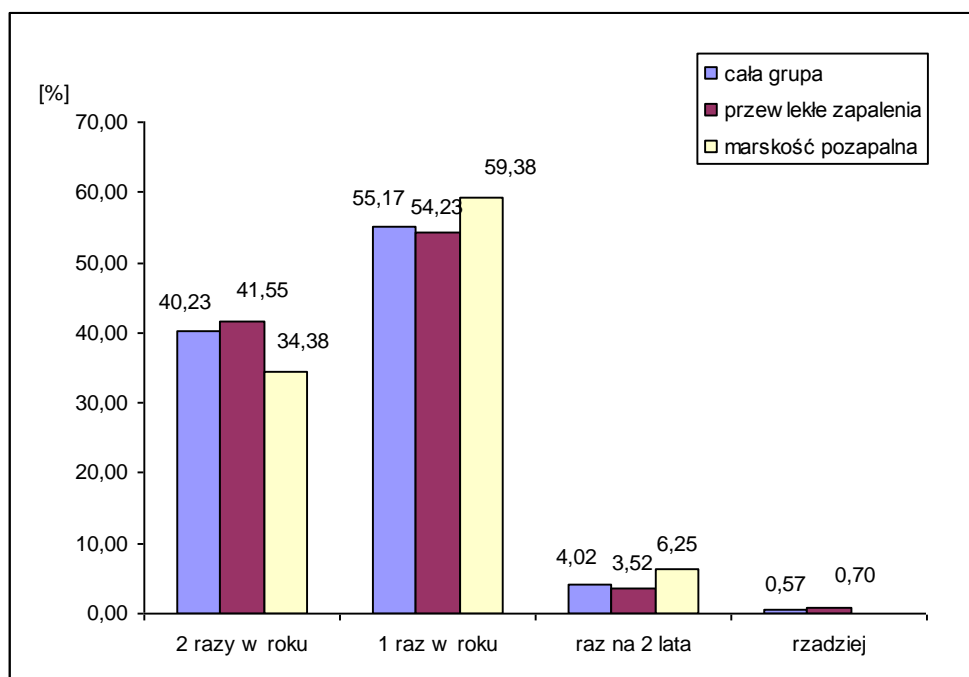
Ryc. 39. Subiektywna poprawa stanu zdrowia po odbytej kuracji uzdrowiskowej w odczuciu pacjentów



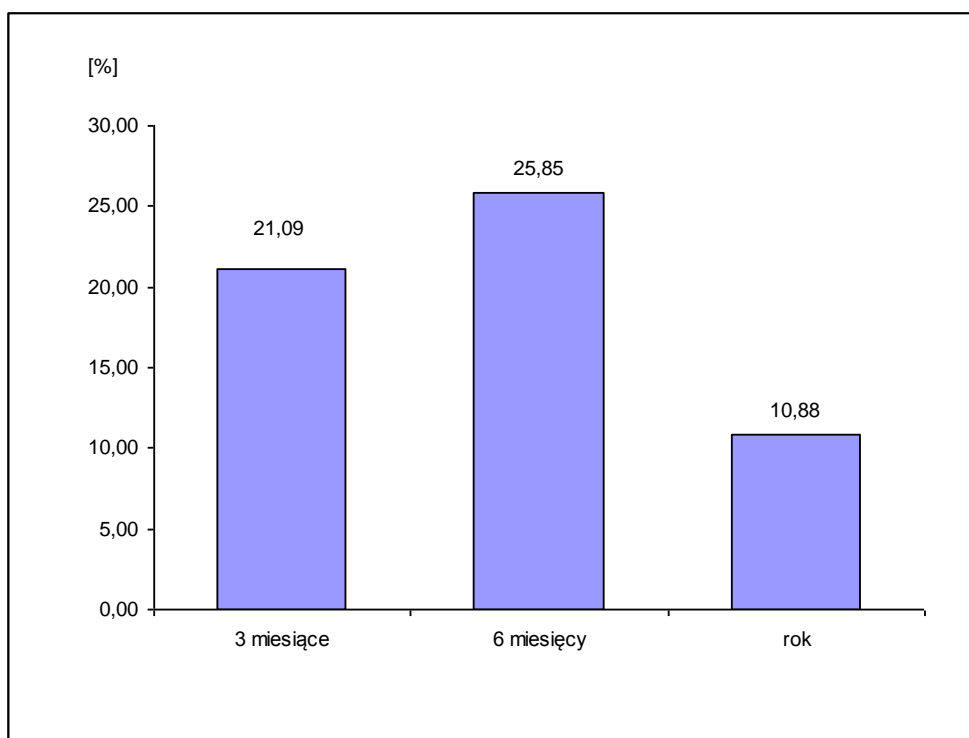
Ryc. 40. Deklarowane przez pacjentów objawy kliniczne występujące przed i utrzymujące się po zakończonej kuracji uzdrowiskowej (opracowano na podstawie wywiadu lekarskiego z pacjentem)



Ryc. 41. Optymalnie korzystna długość turnusu uzdrowskiego według opinii pacjentów

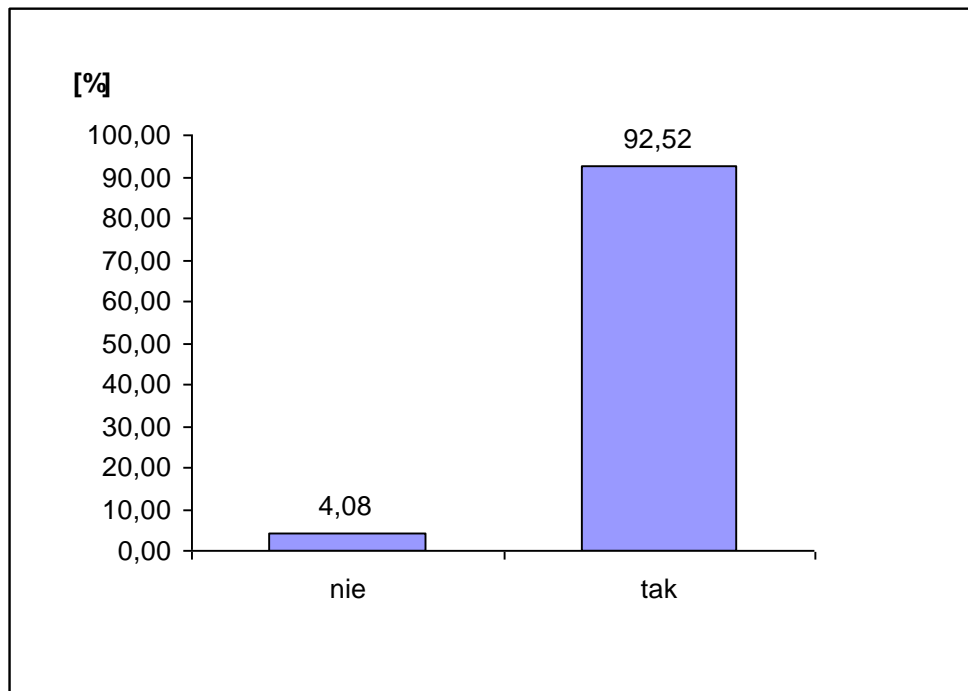


Ryc. 42. Opinia pacjentów na temat korzystnej dla ich stanu zdrowia częstotliwości leczenia uzdrowskiego w całej grupie badanych oraz w podziale na jednostki kliniczne: przewlekłe zapalenie i marskość wątroby

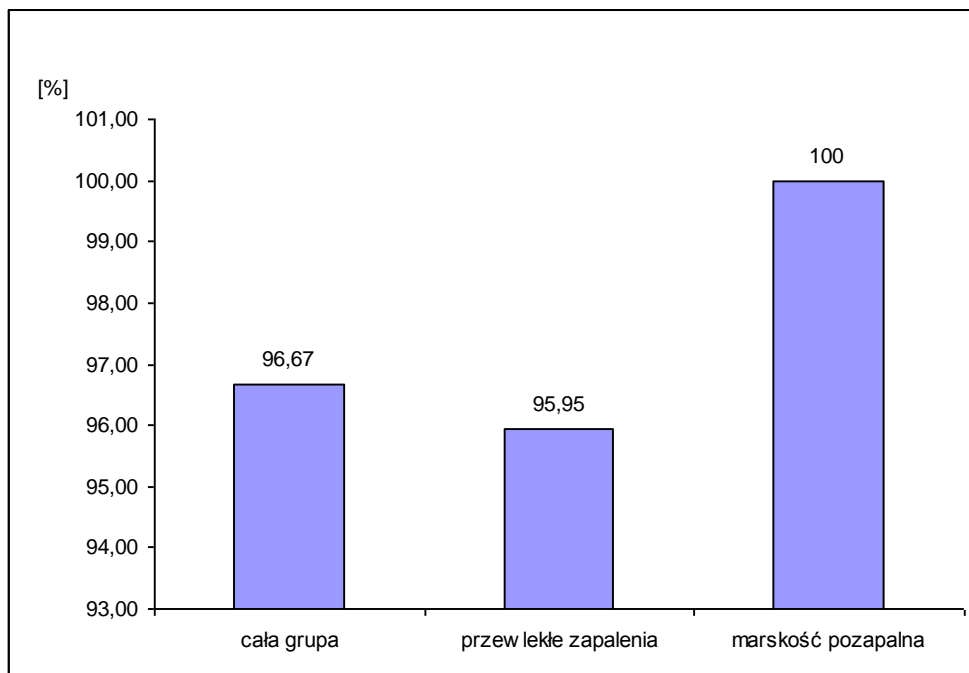


Ryc. 43. Czas utrzymywania się pozytywnych skutków zdrowotnych po odbytej kuracji deklarowany przez pacjentów

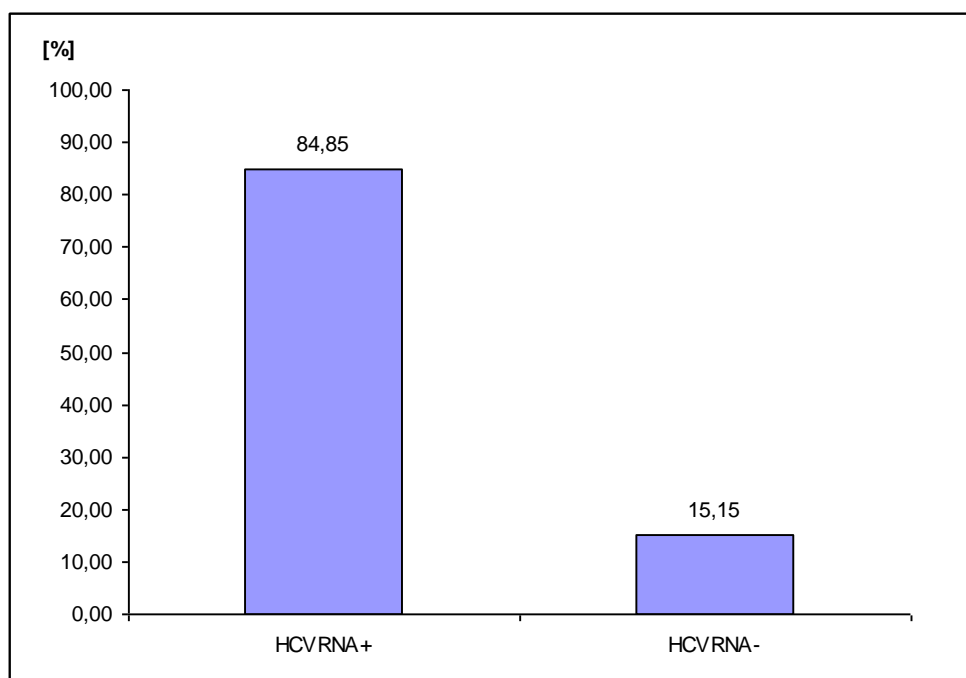
W badanej grupie 92,52% pacjentów deklarowało chęć ponownego pobytu w Długopolu. Szczególnie istotna wydaje się być opinia na temat leczenia uzdrowiskowego w Długopolu, uzyskana od chorych, którzy wielokrotnie korzystali z terapii w tym uzdrowisku. Wielokrotnie leczeni w uzdrowisku Długopole (powyżej 3 pobyty) deklarowali chęć odbycia ponownego leczenia w tej miejscowości, dotyczy to zwłaszcza chorych aktywnie replikujących wirusa typu C (Ryc. 44-46.).



Ryc. 44. Deklaracja chęci ponownego leczenia w Uzdrowisku Długopolu wyrażona przez pacjentów po odbytej kuracji



Ryc. 45. Deklarowana przez pacjentów chęć ponownego leczenia w Długopolu w badanej grupie oraz w podziale na jednostki chorobowe: przewlekle zapalenie i marskość pozapalną



Ryc. 46. Deklaracja potrzeby ponownego leczenia w Uzdrawisku Długopole u wielokrotnych bywalców (powyżej 3 pobyków) w podziale na grupy: HCV RNA+ i HCV RNA-

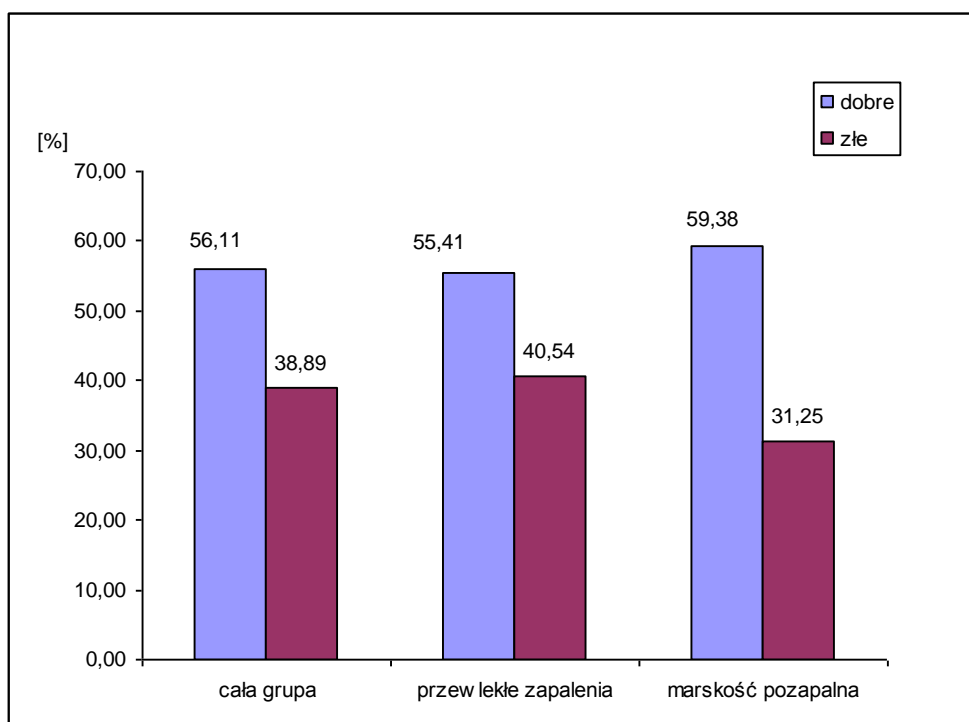
7.3. Ocena własna samopoczucia psychicznego badanych

Ocena samopoczucia psychicznego badanych w momencie przyjazdu do uzdrawiska oraz po leczeniu uzdrawiskowym, analiza przyczyn powodujących zmiany samopoczucia:

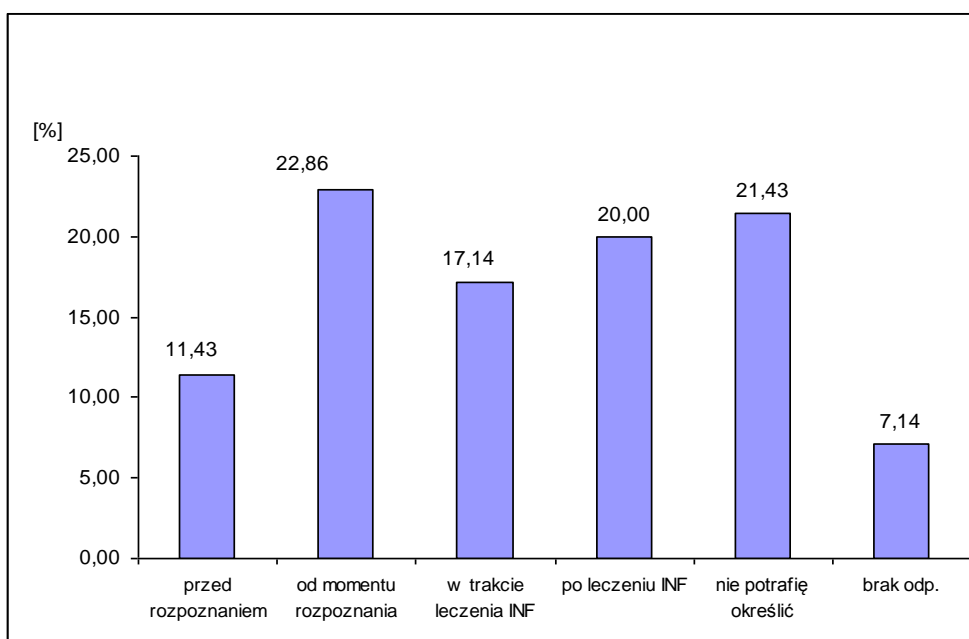
- wpływ leczenia przyczynowego
- wpływ leczenia uzdrawiskowego

Od 30-40% badanych zgłaszało złe samopoczucie w momencie przyjazdu do uzdrawiska. Przyczyny złego samopoczucia pacjentów najczęściej były związane z rozpoznaniem choroby. Świadomość choroby, trudności związane z jej leczeniem oraz możliwość zakażenia osób z otoczenia, wpływały negatywnie na samopoczucie badanych.

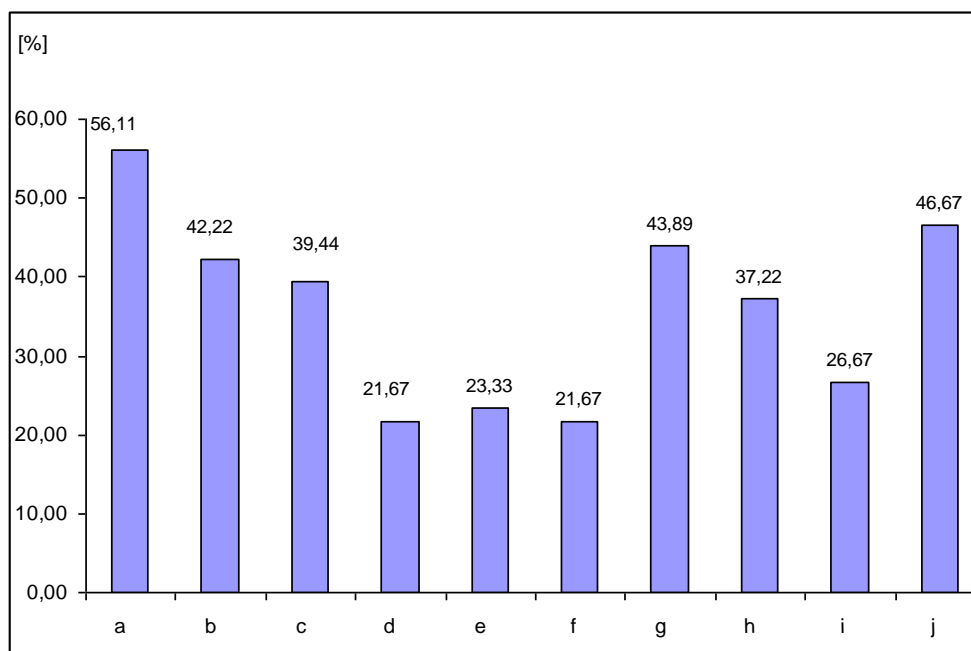
Choroba najczęściej generowała problemy w życiu rodzinnym i pracy zawodowej. Deklarowane złe samopoczucie trwało od 3-5 lat w grupie z przewlekłym zapaleniem oraz powyżej 5 lat w grupie z marskością. Pacjenci z rozpoznaną depresją wiązali złe samopoczucie psychiczne z chorobą, jej leczeniem oraz własną wrażliwością psychiczną (Ryc. 47-51.).



Ryc. 47. Samopoczucie pacjentów w momencie przyjazdu do uzdrowiska w całej grupie badanych oraz w podziale na jednostki kliniczne: przewlekłe zapalenie i marskość wątroby

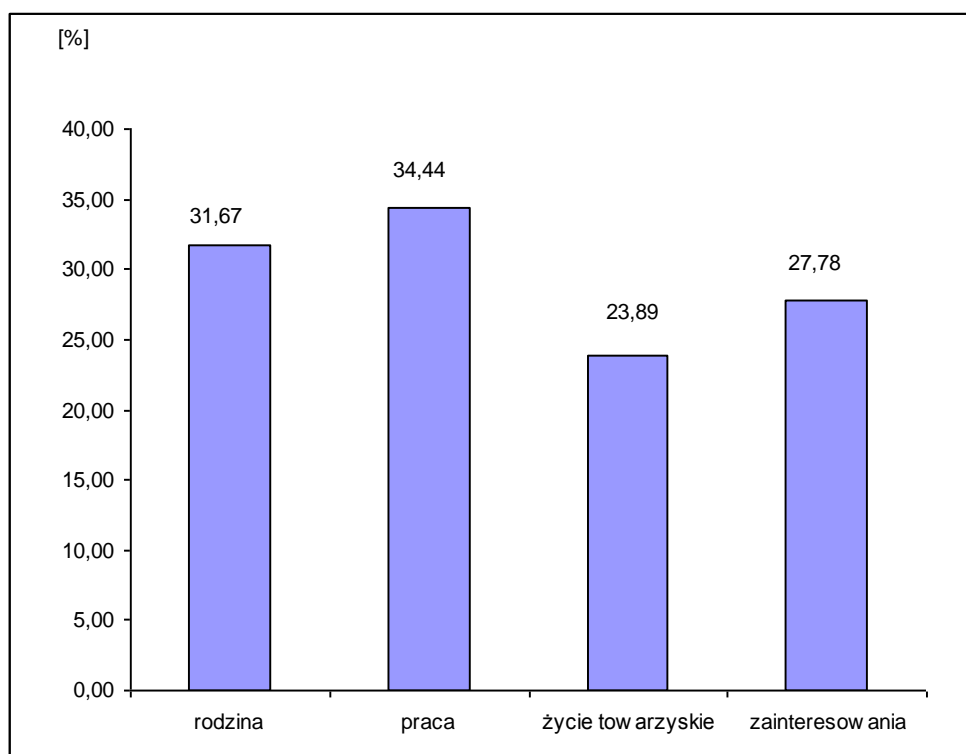


Ryc. 48. Przyczyny złego samopoczucia pacjentów przed przyjazdem do uzdrowiska w odczuciu własnym pacjentów

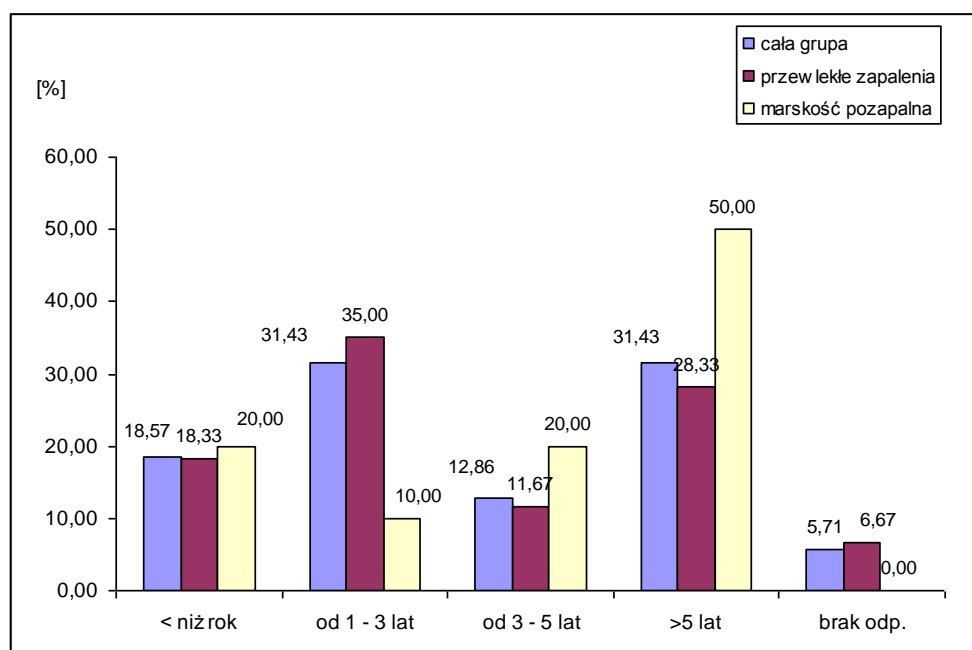


Ryc. 49. Czynniki wpływające negatywnie na samopoczucie pacjentów przed przyjazdem do uzdrowiska

- a – informacja o rozpoznaniu choroby
- b – trudności w leczeniu
- c – skutki uboczne leczenia
- d – obserwacja innych chorych
- e – koszty leczenia
- f – lęk przed nawrotem zakażenia
- g – lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia
- h – świadomość nosicielstwa
- i – obawa przed zakażeniem partnera
- j – obawa przed zakażeniem osób z otoczenia



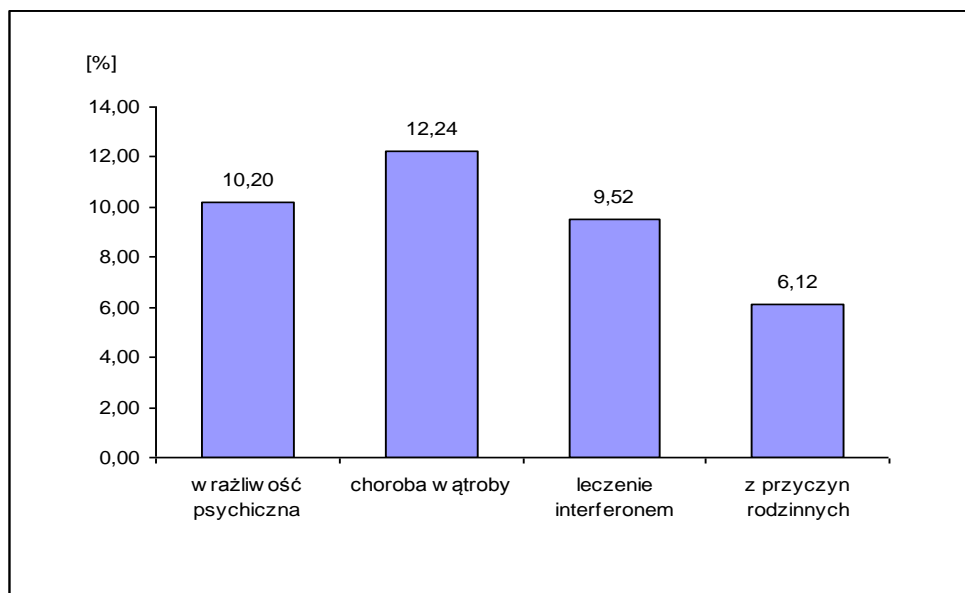
Ryc. 50. Problemy osobiste pacjentów związane z rozpoznaniem choroby



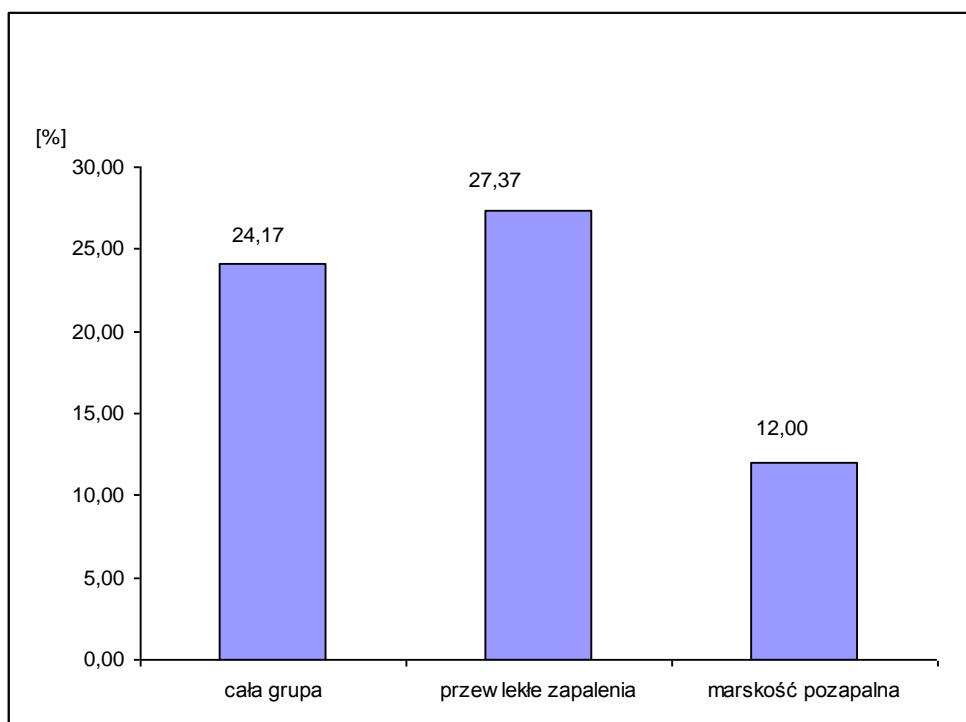
Ryc. 51. Czas trwania złego samopoczucia w całej grupie badanych oraz w podziale na jednostki chorobowe: przewlekłe zapalenie, marskość

W grupie chorych leczonych interferonem nasilenie objawów depresyjnych przeważało u chorych z przewlekłym zapaleniem. Zwiększone stosowanie używek w trakcie choroby było

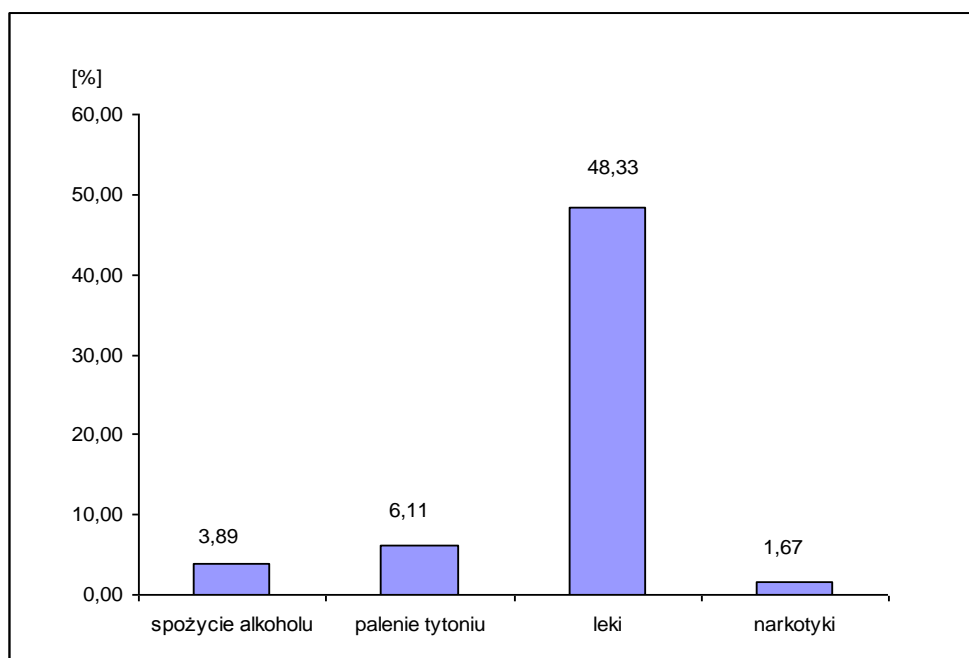
marginalne. Terapia farmakologiczna była wspierana przede wszystkim preparatami pochodzenia naturalnego (Ryc. 52-55.).



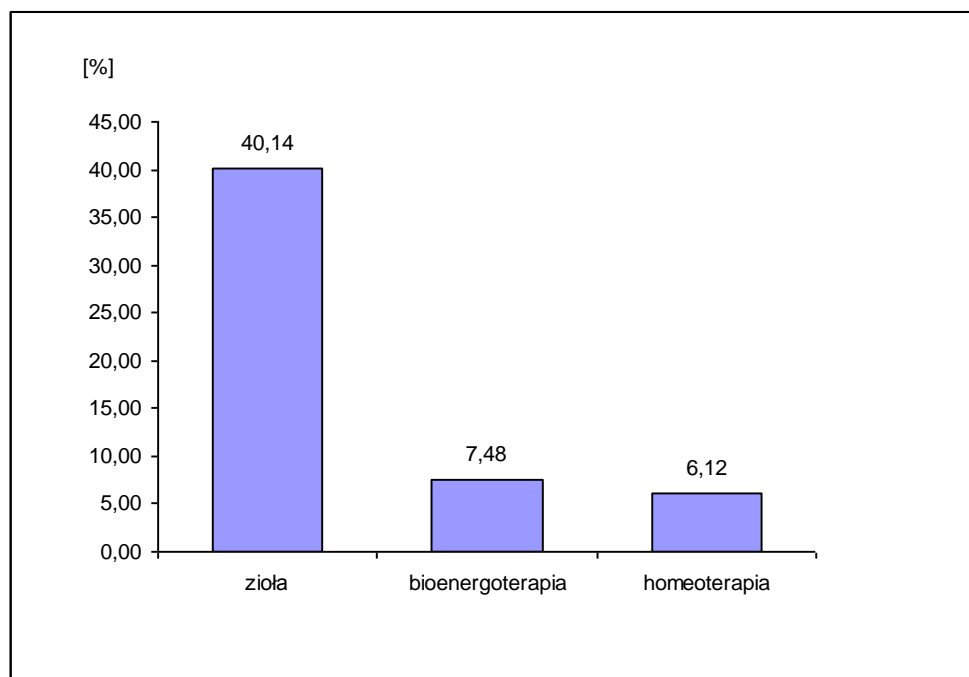
Ryc. 52. Przyczyny farmakologicznego leczenia przeciwdepresyjnego w grupie pacjentów deklarujących depresję



Ryc. 53. Pacjenci przyjmujący leki przeciwdepresyjne w grupie chorych leczonych interferonem

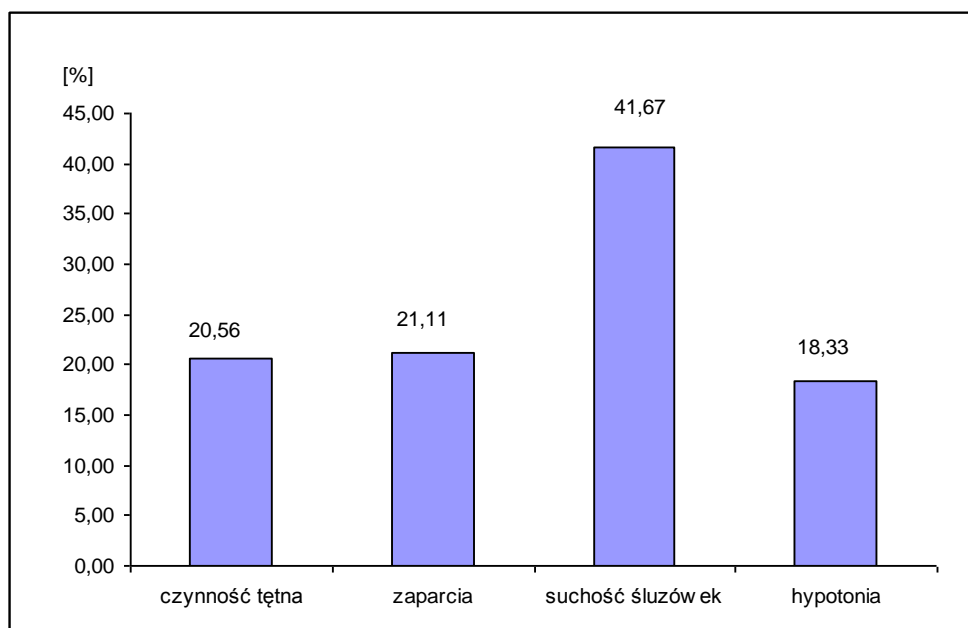


Ryc. 54. Stopień zwiększonego przyjmowania leków i stosowania używek, deklarowany przez badanych w trakcie choroby

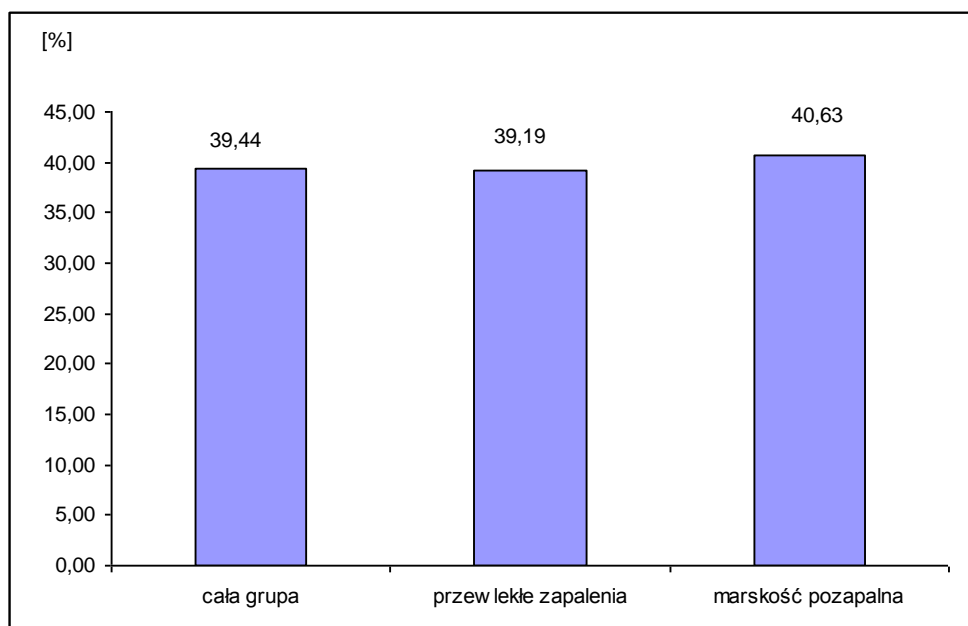


Ryc. 55. Terapie wspomagające farmakologiczne leczenie przeciwdepresyjne deklarowane przez pacjentów z depresją

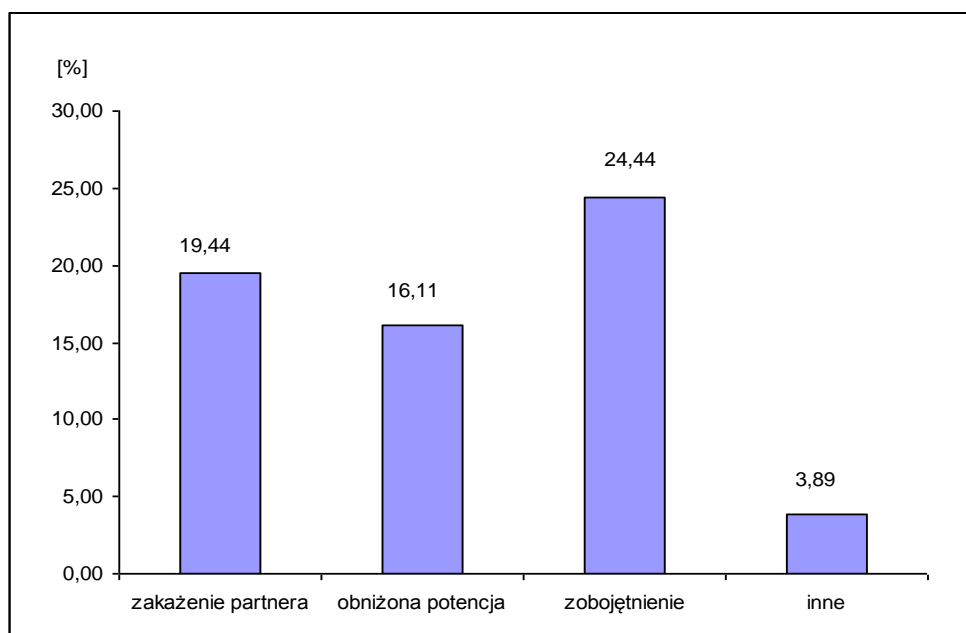
Współistniejące objawy fizyczne były charakterystyczne dla zespołu depresyjnego, dominowała też suchość śluzówek. Duży odsetek badanych, bez względu na rodzaj etapu schorzenia, deklarował zaburzenia seksualne. Częstą przyczyną zaburzeń seksualnych była obawa przed zakażeniem partnera i zubożnienie (Ryc. 56-58.).



Ryc. 56. Zaburzenia fizyczne charakterystyczne dla depresji podawane w grupie wszystkich badanych pacjentów

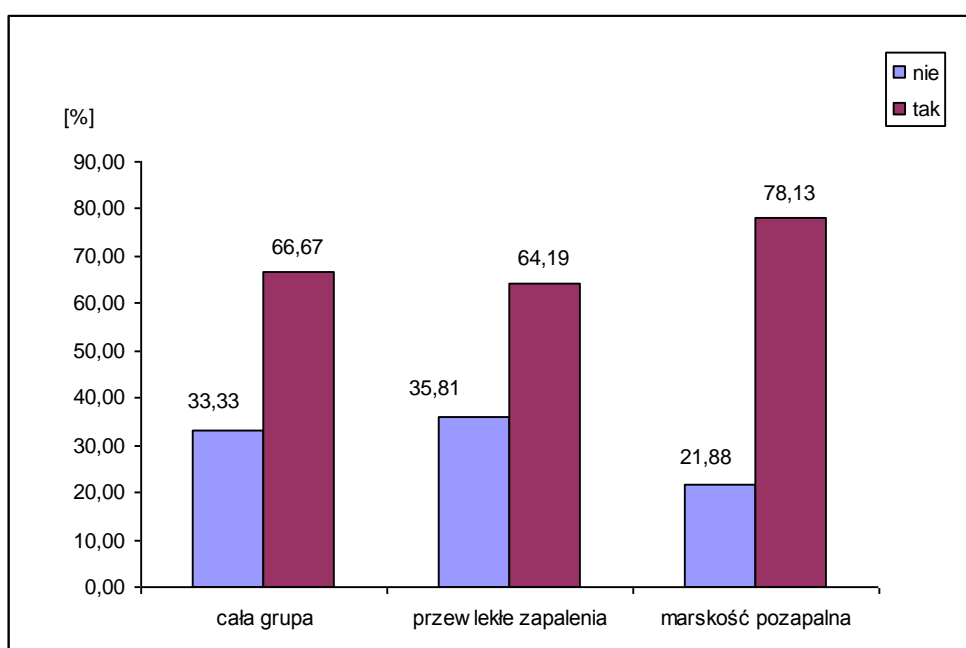


Ryc. 57. Zaburzenia seksualne zgłaszane przez badanych w całej grupie badanych oraz w podziale na przewlekłe zapalenie wątroby i marskość wątroby

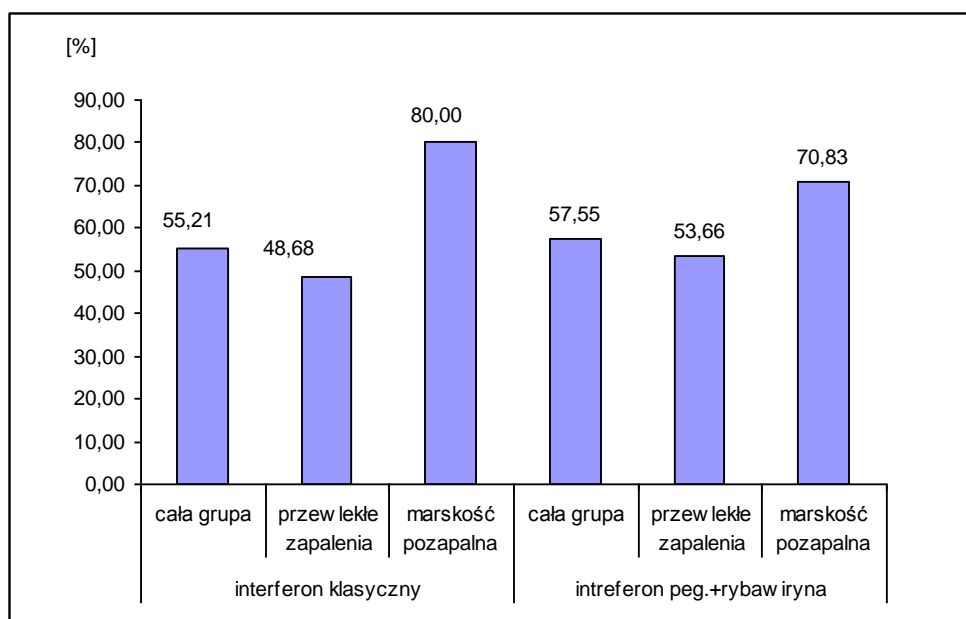


Ryc. 58. Przyczyny zaburzeń seksualnych w opinii badanych

Pacjenci z marskością pozapalną wątroby w większym odsetku byli leczeni obydwoma postaciami interferonów. Ocena samopoczucia pacjentów po leczeniu farmakologicznym przewlekłego zapalenia wątroby i marskości pozapalnej oraz po leczeniu uzdrowskim wykazała w samoocenie większe korzyści poprawy stanu zdrowia po leczeniu przyczynowym interferonem, odnieśli chorzy z marskością pozapalną (Ryc. 59-60.).

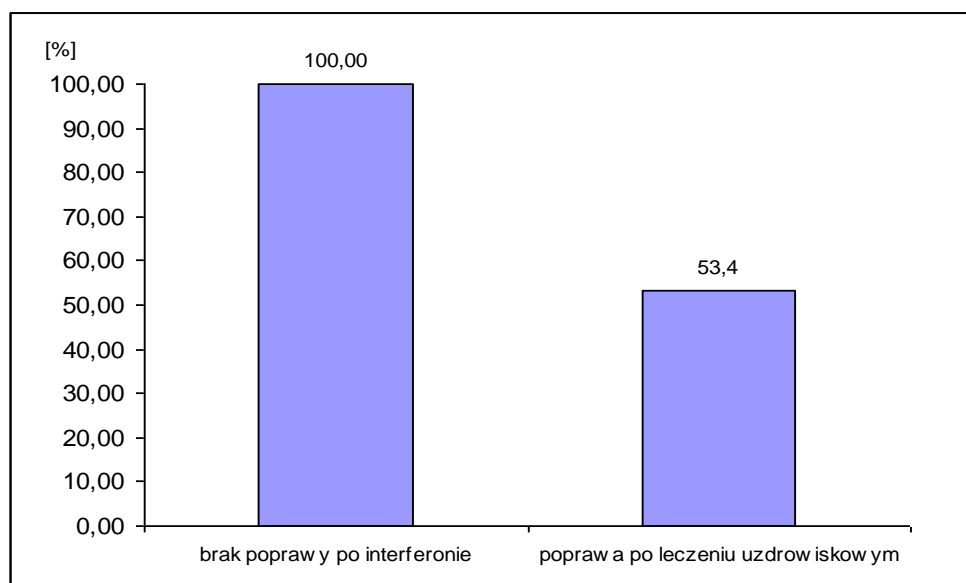


Ryc. 59. Deklarowana poprawa samopoczucia po leczeniu interferonem w całej grupie badanych oraz w podziale na grupy kliniczne



Ryc. 60. Deklarowana poprawa samopoczucia pacjentów w zależności od zastosowanego leczenia: interferon klasyczny, interferon pegylowany z rybawiryną w całej grupie badanych oraz w podziale na grupy kliniczne

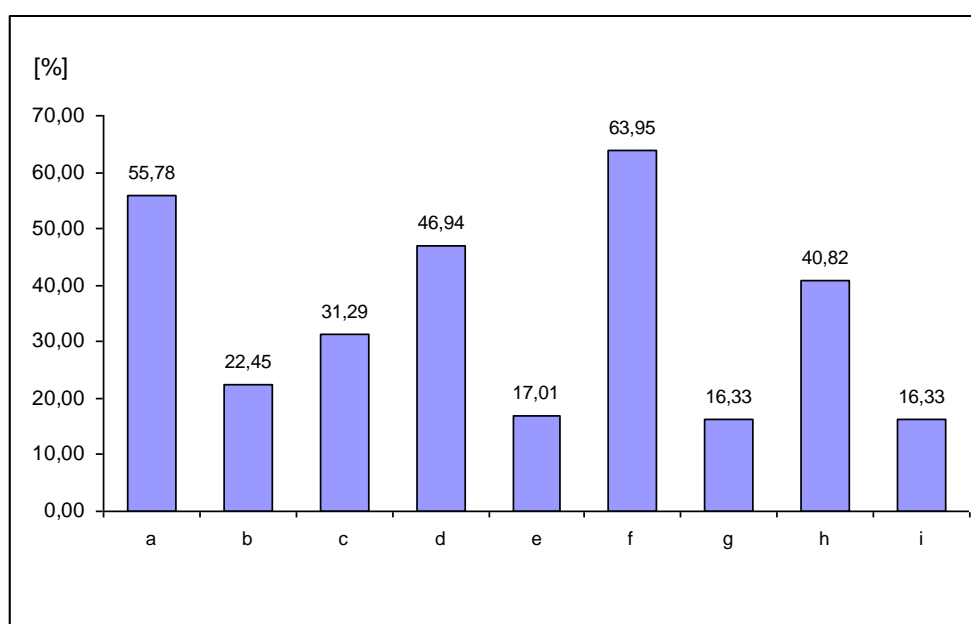
Analizując grupę pacjentów, którzy nie odnieśli korzystnej poprawy samopoczucia po leczeniu interferonem stwierdzono, iż ponad połowa badanych deklaruje poprawę samopoczucia po rehabilitacji w uzdrowisku (Ryc. 61.).



Ryc. 61. W grupie 103 osób, które nie deklarowały poprawy po leczeniu interferonem 55 osób stwierdziło poczucie znacznej poprawy po leczeniu uzdrowiskowym

Przeprowadzono porównanie wyników samooceny stanu pacjentów w momencie przyjazdu do uzdrowiska i po zakończonej kuracji, wykorzystując skalę ICD-10, celem obserwacji objawów zespołu depresyjnego współistniejącego z infekcją wirusem HCV.

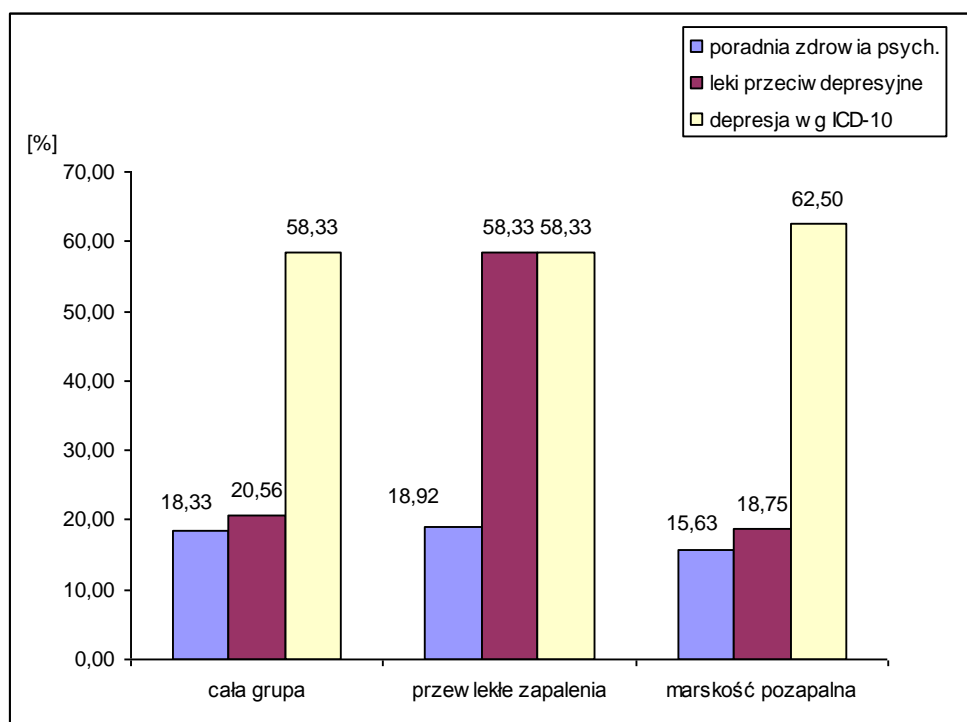
W odczuciach psychicznych chorych dominowały: brak radości życia, zaburzenia snu, uczucie zmęczenia i utrata energii, osłabienie pamięci i koncentracji (Ryc. 62.).



Ryc. 62. Samoocena stanu psychicznego pacjentów w momencie przyjazdu do uzdrowiska

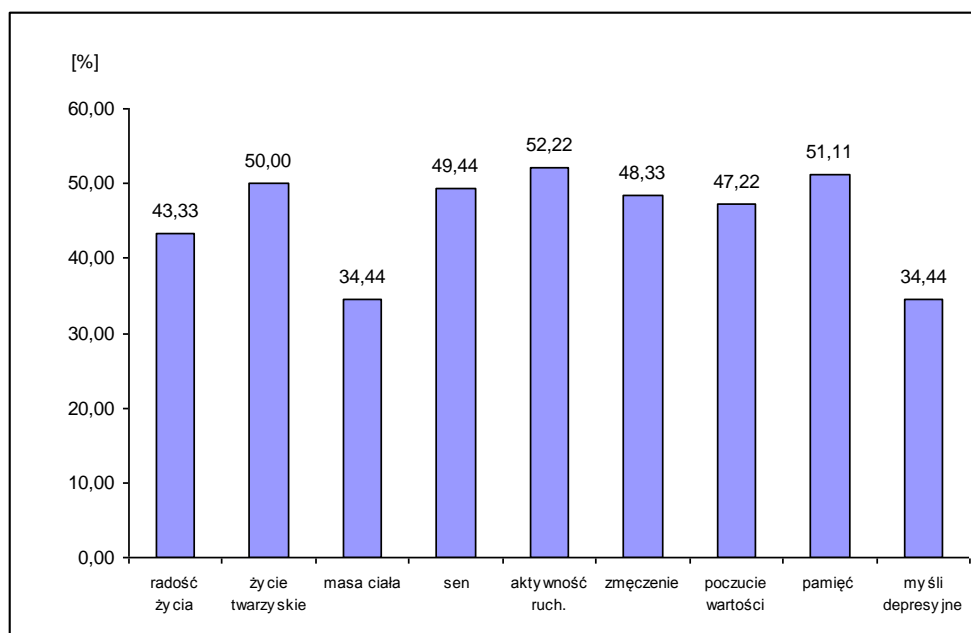
- a – brak radości życia
- b – utrata zainteresowania otoczeniem
- c – spadek masy ciała
- d – zaburzenia snu
- e – spowolnienie ruchów
- f – uczucie zmęczenia i utrata energii
- g – poczucie małej wartości
- h – osłabienie pamięci i koncentracji
- i – pojawienie się myśli o śmierci

Ze względu na złe samopoczucie wynikające z przebiegu choroby przewlekłej podział pacjentów na tych, którzy byli leczeni w poradni zdrowia psychicznego, deklarowali przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych oraz spełniali kryteria depresji według skali ICD – 10 przedstawia Ryc. 63.



Ryc. 63. Prezentacja graficzna pacjentów deklarujących złe samopoczucie w podziale na leczonych w poradni zdrowia psychicznego, deklarujących przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych oraz spełniających kryteria depresji według skali ICD – 10.

Po odbytej kuracji uzdrowiskowej pacjenci deklarowali poprawę w zakresie wszystkich objawów psychofizycznych ocenianych według skali ICD-10 (Ryc. 64.).



Ryc. 64. Samoocena poprawy w zakresie objawów psychofizycznych przeprowadzona z wykorzystaniem skali ICD 10 deklarowana przez pacjentów po odbytej kuracji uzdrowiskowej

W Tabeli 1 przedstawiono, jak po odbytej kuracji badani deklarują zwiększoną radość życia, wzrost zainteresowania życiem towarzyskim, poprawę łaknienia, regularność snu, zwiększoną aktywność ruchową oraz ustąpienie uczucia chronicznego zmęczenia, rośnie ich poczucie własnej wartości, poprawie ulega pamięć i koncentracja, zmniejszają się rozmyślania o śmierci.

Tabela 1. Deklarowana przez pacjentów zmiany w sferze psychofizycznej po odbytej kuracji uzdrowiskowej.

Parametr	Odpowiedzi pacjentów		
	Tak [%]	Nie [%]	Brak odpowiedzi [%]
Zwiększona aktywność ruchowa	68,03	29,93	2,04
Zwiększona radość życia	57,82	38,10	4,08
Odczucie ustąpienia zmęczenia	51,70	45,58	2,72
Zwiększone zainteresowanie otoczeniem	48,98	48,98	2,04
Poprawa łaknienia	46,94	50,34	3,40
Poczucie zwiększenia własnej wartości	46,94	48,98	4,08
Poprawa regularności snu	38,10	59,86	2,04

Parametr	Odpowiedzi pacjentów		
Zwiększenie zainteresowania życiem	38,10	55,10	6,80
Zmniejszenie lęku przed chorobą	38,10	59,86	2,04

N=180 osób

Po odbytej kuracji zdecydowanie zmniejsza się odczucie lęku przed chorobą i jej następstwami.

7.4. Badania statystyczne

Charakterystyka stanu 180 pacjentów obejmuje wyniki badań laboratoryjnych i wybrane parametry morfologii wątroby i śledziony w opracowaniu tabelarycznym, na początku i na końcu pobytu w uzdrowisku.

W trakcie badania lekarskiego oceniano palpacyjnie wielkość wątroby i śledziony (w centymetrach). Test kolejności par Wilcoxon wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy badaniem początkowym i końcowym, w wielkości wątroby na poziomie istotności $p=0,001$, analizowana była grupa 74 osób, które przyjechały do uzdrowiska z powiększoną wątrobą (Tabela 2.).

Tabela 2. Ocena wielkości wątroby na początku i pod koniec pobytu – test Wilcoxon kolejności par.

Wielkość wątroby	N Ważnych	Z	poziom p
początkowe - końcowe	74	4,78	<0,001

N– liczebność

Z – wartość testu Wilcoxon dla grup o liczebności $N>25$.

p – poziom istotności dla testu Wilcoxon.

Wielkość śledziony nie wykazała istotnych statystycznie różnic.

Charakterystyka stanu pacjentów wyniki badań laboratoryjnych w opracowaniu tabelarycznym obejmuje:

- w całej badanej grupie
- w grupie z przewlekłym zapaleniem wątroby
- w grupie z marskością wątroby
- w grupie pacjentów z RNA plus
- w grupie pacjentów z RNA minus

Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów w całej badanej grupie

W wyniku porównania badań laboratoryjnych na początku i na końcu turnusu, w całej badanej grupie, wszystkie parametry uległy poprawie (obniżeniu uległy średnie wartości bilirubiny, ALAT, AspAT, GGTP, wzrosły średnie wartości HGB, PLT, WBC), test kolejności par Wilcoxon wykazał istotne statystycznie różnice (Tabela 3.).

Tabela 3. Statystyki opisowe – badań biochemicznych całej badanej grupy.

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	RSD	p
Bilirubina1	180	0,93	0,80	0,18	3,60	0,60	1,16	0,48	0,001
bilirubina2	180	0,78	0,70	0,10	3,10	0,50	1,00	0,42	
ALAT1	180	72,15	60,85	4,90	259,00	30,80	94,60	52,57	0,001
ALAT2	180	65,31	54,00	6,00	239,00	28,00	91,50	46,66	
AspAT1	180	68,81	49,40	3,80	283,00	31,00	83,75	53,50	0,001
AspAT2	180	60,50	50,00	10,70	195,70	30,00	76,40	39,42	
GGTP1	180	60,84	44,75	7,00	246,00	23,70	83,65	49,65	0,01
GGTP2	180	56,48	42,60	9,00	188,00	26,65	80,00	40,10	
HGB1	180	13,06	13,10	8,00	17,20	11,90	14,00	1,68	0,001
HGB2	180	13,30	13,35	8,10	17,70	12,00	14,40	1,67	
PLT1	180	155,91	159,00	22,00	368,00	103,50	196,00	63,19	0,05
PLT2	180	158,73	156,00	12,80	401,00	115,00	202,00	63,72	
WBC1	180	5,43	5,15	1,80	12,60	4,30	6,60	1,97	0,01
WBC2	180	5,85	5,50	1,90	32,00	4,40	6,90	2,83	

1 – parametry wyników badań laboratoryjnych pacjentów na początku pobytu w uzdrowisku

2 – parametrów wyników badań laboratoryjnych pacjentów na końcu pobytu w uzdrowisku

N – liczebność grupy

Średnia – średnia arytmetyczna

Mediana – wartość środkowa

Min – wartość najmniejsza

Max – wartość największa

Dolny kwartył – wartość, od której 25% jednostek ma wartości nie większe

Górny kwartył – wartość, od której 75% jednostek ma wartości nie większe

RSD – odchylenie standardowe

p – poziom istotności dla testu kolejności par Wilcoxon

Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby

Analizując grupę pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w zakresie wszystkich badanych parametrów, które uległy poprawie (Tabela 4.).

Tabela 4. Statystyki opisowe – grupy pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	RSD	p
bilirubina.1	148	0,90	0,80	0,21	3,60	0,59	1,10	0,46	0,001
bilirubina.2	148	0,75	0,68	0,10	3,10	0,50	0,93	0,39	
ALAT1	148	72,28	60,95	4,90	259,00	29,95	96,50	51,84	0,001
ALAT2	148	64,17	53,25	6,00	225,00	26,95	91,40	45,24	
AspAT1	148	67,10	48,25	3,80	283,00	30,50	83,15	53,42	0,01
AspAT2	148	58,51	48,95	10,70	173,00	28,45	74,15	38,09	
GGTP1	148	59,87	41,85	7,00	246,00	23,00	81,50	50,85	0,001
GGTP2	148	55,03	40,10	9,44	188,00	24,50	78,00	40,19	
HGB1	148	12,99	13,00	8,00	17,20	11,75	14,00	1,71	0,01
HGB2	148	13,21	13,30	8,10	17,30	11,95	14,40	1,67	
PLT1	148	161,21	162,50	39,00	368,00	116,00	199,00	58,10	0,03
PLT2	148	164,36	165,50	12,80	401,00	123,00	204,50	59,10	
WBC1	148	5,27	5,10	2,00	11,80	4,30	6,30	1,72	0,001
WBC2	148	5,78	5,30	2,10	32,00	4,50	6,75	2,88	

1 – parametry wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na początku pobytu w uzdrowisku

2 – parametrów wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na końcu pobytu w uzdrowisku

N – liczebność grupy

Średnia – średnia arytmetyczna

Mediana – wartość środkowa

Min – wartość najmniejsza

Max – wartość największa

Dolny kwartył – wartość, od której 25% jednostek ma wartości nie większe

Górny kwartył – wartość, od której 75% jednostek ma wartości nie większe

RSD – odchylenie standardowe

p – poziom istotności dla testu kolejności par Wilcoxon

Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z marskością wątroby

W grupie chorych z marskością wątroby badane parametry uległy również korzystnej zmianie, lecz różnice istotne statystycznie wystąpiły w poziomie hemoglobiny. Zdeklarowany proces włóknienia wątroby odznacza się mniejszą labilnością wartości parametrów badań obrazujących patologię komórki wątrobowej i dróg żółciowych (Tabela 5).

Tabela 5. Statystyki opisowe – grupy pacjentów z marskością wątroby

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	RSD	p
bilirubina.1	32	1,04	0,99	0,18	2,74	0,65	1,30	0,56	0,07
bilirubina.2	32	0,93	0,87	0,20	2,61	0,60	1,20	0,51	
ALAT1	32	71,54	60,85	10,50	257,00	32,60	80,85	56,65	0,25
ALAT2	32	70,62	55,50	12,00	239,00	32,85	91,50	53,23	
AspAT1	32	76,74	66,85	14,30	221,00	34,20	104,50	53,97	0,05
AspAT2	32	69,72	57,10	17,00	195,70	32,90	93,50	44,59	
GGTP1	32	65,32	51,50	12,00	172,00	32,85	91,90	44,10	0,24
GGTP2	32	63,23	49,90	9,00	168,80	34,55	92,10	39,57	
HGB1	32	13,41	13,20	11,40	16,80	12,30	14,30	1,48	0,01
HGB2	32	13,72	13,80	11,20	17,70	12,55	14,40	1,60	
PLT1	32	131,38	111,00	22,00	335,00	72,00	173,50	79,34	0,98
PLT2	32	132,72	102,00	36,00	297,00	67,50	175,50	77,66	
WBC1	32	6,14	5,75	1,80	12,60	4,15	7,60	2,78	0,74
WBC2	32	6,17	6,25	1,90	11,80	3,87	7,55	2,60	

1 – parametry wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na początku pobytu w uzdrowisku

2 – parametrów wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na końcu pobytu w uzdrowisku

N – liczebność grupy

Średnia – średnia arytmetyczna

Mediana – wartość środkowa

Min – wartość najmniejsza

Max – wartość największa

Dolny kwartyl – wartość, od której 25% jednostek ma wartości nie większe

Górny kwartyl – wartość, od której 75% jednostek ma wartości nie większe

RSD – odchylenie standardowe

p – poziom istotności dla testu kolejności par Wilcozona

Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z RNA plus

Istotna dla otrzymanych wyników jest analiza badań laboratoryjnych pacjentów aktywnie replikujących wirusa typu C – HCV RNA plus. W tej grupie klinicznej również zauważono poprawę wszystkich badanych parametrów, różnice istotne statystycznie nie występują jedynie w zakresie WBC i PLT (choć zaznacza się zwiększenie wartości). Leczenie przeciwwirusowe interferonem, któremu w znacznym odsetku byli poddawani badani, w swoim działaniu ubocznym powoduje supresję właśnie tych elementów morfotycznych krwi (Tabela 6.).

Tabela 6. Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z HCV RNA plus

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	RSD	p
bilirubina1	135	0,97	0,81	0,18	3,60	0,61	1,21	0,51	0,001
bilirubina2	135	0,83	0,74	0,20	3,10	0,53	1,06	0,44	
ALAT1	135	80,85	69,00	4,90	259,00	37,70	104,00	52,98	0,001
ALAT2	135	72,89	61,10	7,70	239,00	35,00	98,00	46,63	
AspAT1	135	74,77	58,10	3,80	283,00	33,30	92,10	55,60	0,02
AspAT2	135	65,90	54,00	10,70	195,70	34,90	86,00	40,08	
GGTP1	135	65,18	50,00	11,00	246,00	28,40	88,20	51,92	0,01
GGTP2	135	60,05	49,00	11,00	188,00	30,00	83,00	39,82	
HGB1	135	13,03	13,00	8,00	17,20	11,90	14,00	1,70	0,01
HGB2	135	13,21	13,30	8,10	17,30	12,00	14,20	1,62	
PLT1	135	152,96	155,00	22,00	368,00	100,00	196,00	64,65	0,22
PLT2	135	153,16	156,00	12,80	401,00	108,00	199,00	63,16	
WBC1	135	5,53	5,20	1,80	12,60	4,34	6,90	2,00	0,06
WBC2	135	5,92	5,50	1,90	32,00	4,20	7,00	3,10	

1 – parametry wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na początku pobytu w uzdrowisku

2 – parametrów wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na końcu pobytu w uzdrowisku

N – liczebność grupy

Średnia – średnia arytmetyczna

Mediana – wartość środkowa

Min – wartość najmniejsza

Max – wartość największa

Dolny kwartyl – wartość, od której 25% jednostek ma wartości nie większe

Górny kwartyl – wartość, od której 75% jednostek ma wartości nie większe

RSD – odchylenie standardowe

p – poziom istotności dla testu kolejności par Wilcozona

Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z RNA minus

W tej grupie klinicznej również zauważono poprawę we wszystkich elementach badań laboratoryjnych, różnice istotne statystyczne występują w oznaczanych parametrach, z wyłączeniem GGTP i PLT (Tabela 7.).

Tabela 7. Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z HCV RNA minus

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	RSD	p
bilirubina.1	45	0,79	0,70	0,28	1,69	0,50	1,08	0,36	0,01
bilirubina.2	45	0,63	0,60	0,10	1,40	0,40	0,72	0,31	
ALAT1	45	46,03	29,00	9,00	188,00	20,50	60,20	42,01	0,02
ALAT2	45	42,57	27,00	6,00	166,00	18,00	49,00	39,14	
AspAt1	45	50,95	35,00	12,90	206,00	24,70	61,00	42,34	0,02
AspAt2	45	44,30	32,30	12,00	145,80	22,00	55,90	32,73	
GGTP1	45	47,80	27,80	7,00	160,00	21,00	60,00	39,84	0,12
GGTP2	45	45,80	36,00	9,00	168,80	19,00	57,00	39,46	
HGB1	45	13,17	13,30	9,50	16,80	11,90	14,10	1,63	0,001
HGB2	45	13,57	13,80	10,10	17,70	12,00	14,70	1,81	
PLT1	45	164,73	162,00	60,00	335,00	126,00	203,00	58,42	0,07
PLT2	45	175,47	158,00	58,00	347,00	138,00	217,00	63,14	
WBC1	45	5,11	5,10	2,20	11,90	4,00	6,10	1,85	0,001
WBC2	45	5,64	5,50	2,30	11,70	4,50	6,80	1,78	

1 – parametry wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na początku pobytu w uzdrowisku

2 – parametrów wyników badań laboratoryjnych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby na końcu pobytu w uzdrowisku

N – liczebność grupy

Średnia – średnia arytmetyczna

Mediana – wartość środkowa

Min – wartość najmniejsza

Max – wartość największa

Dolny kwartyl – wartość, od której 25% jednostek ma wartości nie większe

Górny kwartyl – wartość, od której 75% jednostek ma wartości nie większe

RSD – odchylenie standardowe

p – poziom istotności dla testu kolejności par Wilcozona

8. DYSKUSJA

Poprawa stanu zdrowia pacjentów po leczeniu uzdrowiskowym w Długopolu i uzyskane wyniki w trakcie przeprowadzonego badania znajdują odzwierciedlenie w licznych publikacjach naukowych. Jakość życia jest zjawiskiem wielowymiarowym na ocenę, którego składają się liczne elementy, obejmujące różne sfery życia człowieka: jego biologiczność, psychikę, duchowość, ale również wpływy społeczne i środowiskowe. Wszystko to składa się na opinię człowieka chorego, z tego powodu aby osiągnąć skuteczną pomoc w chorobie przewlekłej konieczne jest wypracowanie efektywnej metody, na przykład wymiernej i standardowej oceny za pomocą kwestionariuszy jakości. Nie istnieje jednak idealna metoda badawcza, ponieważ sposób badań należy dobierać do konkretnej sytuacji klinicznej [84,124]. Ocena relacji społecznych i środowiskowych pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C była podejmowana również przez innych badaczy. Zbadano 168 osób będących pacjentami Poradni Hepatologicznej w Szczecinie, w tym 77 chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby oraz 91 osób zdrowych. Różnice istotne statystycznie stwierdzono tylko w odniesieniu do poziomu zadowolenia z warunków socjalnych oraz dostępności opieki medycznej. Wykazano, że poważnym elementem obniżającym samopoczucie pacjentów są problemy w kontaktach ze służbą zdrowia, w tym między innymi dostępność do specjalistów, badań i leczenia [90]. W przeprowadzonych badaniach nie brano pod uwagę płci pacjenta, natomiast ocena jej wpływu na postrzeganie jakości życia przez pacjentów zakażonych wirusem HCV była analizowana w wielu innych badaniach [125]. Badania przeprowadzone przez Fontana [103] wykazały istotny wpływ płci na emocjonalne i społeczne funkcjonowanie. Chorzy zakażeni HCV wykazywali odchylenia we wszystkich badanych obszarach, ale najczęściej obserwowanymi zaburzeniami były: depresja, lęk uogólniony, somatyzacja, psychotyczność i natręctwa. Chorzy przewlekłe zakażeni HCV uzyskują we wszystkich skalach gorsze wyniki w porównaniu z populacją ogólną lub chorymi na przewlekłe WZW B [104,105]. W pracach wykazano wpływ płci na ogólną percepcję zdrowia oraz funkcjonowanie społeczne, natomiast brak wpływu na stan emocjonalny.

W badaniach udowodniono, że problemy natury społecznej są czynnikiem w znacznym stopniu obniżającym, jakość życia kobiet z HCV. Wyniki badania pacjentów przeprowadzone w Brazylii pokazały, że kobiety bardziej niż mężczyźni cierpią z powodu społecznej stygmatyzacji zakażeniem wirusem typu C. Inne obserwacje grup pacjentów wykazały znacząco więcej dysfunkcji zainfekowanych mężczyzn, a tym samym niższą satysfakcję seksualną [91].

Zasadność podjętych badań nad wpływem leczenia uzdrowiskowego na samopoczucie psychiczne pacjentów potwierdzają prace na temat wpływu wirusa HCV na funkcjonowanie mózgu. Po raz pierwszy hipotezę dotyczącą tego problemu wysunięto w 1998 roku, po tym jak zauważono u chorych z zakażeniem HCV częste i istotne skargi na zmęczenie i pogarszające się samopoczucie psychiczne, a nawet pojawiające się stany depresyjne. Wysunięto hipotezę, że tkanka mózgowa może być miejscem replikacji HCV (stwierdzenie materiału genetycznego wirusa w tkance mózgowej, odkrycie mózgowo swoistych pseudo szczepów, wykazanie replikacji HCV w komórkach astrogleju, stwierdzenie zmian metabolicznych w jądrach podstawy mózgu – porównywalne z wpływem HIV). Wyniki badań nad neurotropizmem wirusa wyjaśniają złożoną symptomatologię schorzenia, pozwalają zrozumieć nieustanne zmęczenie chorych, ogólne gorsze samopoczucie, napięcie emocjonalne, poczucie dolegliwości natury fizycznej i w efekcie ogólną dysfunkcję [91-93].

Wiele osób z PZW C zgłasza objawy, wskazujące na dysfunkcje poznawcze. Najczęściej jest to trudne do zdefiniowania poczucie intelektualnego spowolnienia procesów myślowych, a z tego powodu problemów z koncentracją i pamięcią terażniejszą, trudnościami w równoległym wykonywaniu kilku czynności, problemów z kojarzeniem, zmęczeniem psychicznym, a podsumowując ma to związek z niższym poziomem jakości życia u chorych z PZW C. W badaniach neuropsychologicznych obserwuje się przede wszystkim zaburzenia uwagi, zaburzenia szybkości przetwarzania informacji, zaburzenia funkcji wzrokowo – przestrzennych i werbalnej pamięci operacyjnej, zaburzenia funkcji wykonawczych, pamięci i uczenia. Profil tych deficytów wskazuje możliwość występowania dysfunkcji korowych i podkorowych [93-98]. W badaniach neurofizjologicznych u chorych z PZW C stwierdzono zwolnienie przewodnictwa w mózgu oraz wydłużenie latencji załamka P300 wywołanych potencjałów. Zmiany te korelowały z obecnością zaburzeń funkcji poznawczych, których nie wykazano w porównaniu z normami opracowanymi dla populacji ogólnej Hiszpanii (być może jest to związane z przyjętą metodyką i nie reprezentatywną, dobrze funkcjonującą społecznie grupą krwiodawców) [95,96]. W badaniach nie wykazano związku występowania i nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych z nasileniem procesów zapalnych i włóknieniem w wątrobie u pacjentów [94]. U chorych z zaawansowanym włóknieniem wątroby obserwowano natomiast nasilenie depresji [103] oraz dysfunkcje uwagi złożonej [96]. Należy podkreślić, że wiele objawów natury psychofizycznej w przebiegu przewlekłego zapalenia wątroby typu C ma podłoże psychogenne, wypływa z lęku przed konsekwencjami zakażenia i pojawia się często po postawieniu przypadkowo mylnej diagnozy. Badanie Kenny-Walsh (1999) wśród zakażonych kobiet wykazało, że nie ma istotnych różnic w zgłaszanych

dolegliwościach pomiędzy kobietami, które w toku badań okazały się HCV-RNA(-), czyli samoistnie wyzdrowiały z zakażenia, a kobietami HCV-RNA(+) [104]. Wessely i Pariente (2000) po analizie dostępnej literatury medycznej wykluczyli związek pomiędzy niepowikłanym zakażeniem HCV, a zmęczeniem czy objawami depresji [105]. Zależność ta występowała u pacjentów świadomych zakażenia, w przypadku zaawansowanej choroby wątroby, leczonych przez specjalistów w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności.

W 2005 roku Austriacy sprawdzili hipotezę, iż natężenie zmęczenia i wiek (a nie subkliniczne funkcje poznawcze) mają wpływ na towarzyszące HCV obniżenie jakości życia. Według tych badań leczenie zmęczenia stanie się wymogiem terapeutycznym [4]. Pobyt w uzdrowisku wpłynął korzystnie na poprawę wyników badań laboratoryjnych w grupie pacjentów z patologią wątroby. Uzyskane wyniki statystyczne, dotyczące wartości badań laboratoryjnych, jednoznacznie potwierdzają korzystny wpływ zastosowanych procedur leczniczych na regenerację uszkodzonej procesem chorobowym wątroby oraz dowodzą, iż zastosowana terapia nie ma niekorzystnego wpływu na zaostrzenie procesu chorobowego, u chorych aktywnie zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C. Skuteczne efekty w terapii obciążających chorych dysfunkcji psychosomatycznych może przynieść przedstawione i udowodnione w tej pracy leczenie uzdrowiskowe.

9. PODSUMOWANIE

Przewlekłe zapalenie wątroby oraz aktywne zakażenie wirusem typu C jest stanem klinicznym odznaczającym się labilnością enzymatyczną oraz jak wykazano pozytywną wrażliwością na bodźce uzdrowiskowe. W ocenie skuteczności leczniczej zabiegów balneologicznych przez pacjentów wszystkie podstawowe elementy leczenia uzdrowiskowego, miały wpływ na efekt rehabilitacji.

- Według subiektywnej oceny kuracjuszy skuteczność terapii uzdrowiskowej była uwarunkowana przede wszystkim działaniem zabiegów balneologiczno-fizykalnych, ponad 60% badanych przyznało im najwyższą 5 punktową ocenę (w skali od 1 do 5).
- Pacjenci wysoko ocenili skuteczność zabiegów uzdrowiskowych zastosowanych ze wskazań hepatologicznych (5 punktów). Należy podkreślić, że zabiegi te stanowiły połowę programu leczniczego, kolejną połowę stanowiły zabiegi związane ze schorzeniami dodatkowymi. Według subiektywnej oceny kuracjuszy, ale wskazującej na potrzebę ordynowania dla poprawy stanu zdrowia pacjenci uznali zabiegi regenerujące wątrobę. Zdecydowana większość badanych oceniła pozytywnie efekt zabiegów opartych na surowcach naturalnych i przyznało im maksymalną ilość punktów.
- Kuracjusze docenili korzystny wpływ klimatu, wypoczynku i reżimu sanatoryjnego oraz walorów małej miejscowości. Zwiększyła się aktywność fizyczna pacjentów. Chorzy z przewlekłym zapaleniem wątroby zwiększyli intensywność wysiłku, a chorzy z marskością wydłużyli jego czas.
- W trakcie kuracji obserwuje się jedynie marginalny nawrót do nałogów i przyzwyczajzeń. Nastąpiła wyraźna edukacja pacjentów co do profilaktyki i zachowań poprawiających jakość życia po przebytych zapaleniu wątroby. Obserwowano pozytywny wpływ kuracji pitnej i leczenia dietetycznego.
- W obydwu postaciach klinicznych nastąpiła znaczna poprawa psycho-fizyczna (według ICD-10). Większość badanych z obydwoma postaciami klinicznymi choroby odczuła poprawę nastroju i własnej wartości. Uczucie redukcji zmęczenia dotyczyło większej grupy pacjentów z zapaleniem wątroby niż pacjentów z marskością wątroby.
- Prawie wszyscy kuracjusze wysoko oceniając skuteczność leczenia w Długopolu zadeklarowali chęć kontynuowania ponownej kuracji w tym uzdrowisku. W wyniku oceny fizykalnej wątroby i śledziony uzyskano istotne statystycznie wyniki, co do korzystnej zmiany wielkości wątroby pomiędzy badaniem początkowym a końcowym. Wielkość śledziony na początku i pod koniec pobytu nie wykazała istotnych statystycznie

różnic. W badaniu porównawczym grupy pacjentów, którzy nie uzyskali poprawy samopoczucia po leczeniu przyczynowym, większość odczuła poprawę po leczeniu uzdrowiskowym.

- Dokonano porównawczego zestawienia wyników badań laboratoryjnych testem Wilcoxon'a: osób z przewlekłym zapaleniem z osobami z marskością wątroby, osób z RNA plus z osobami z RNA minus oraz porównano wyniki badań laboratoryjnych na początku turnusu z badaniami wykonanymi pod koniec turnusu w grupie osób z przewlekłym zapaleniem i z marskością wątroby i we wszystkich przypadkach stwierdzono poprawę większości oznaczanych parametrów.
- Oceniając badania laboratoryjne, w grupie pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C, na początku i pod koniec pobytu w uzdrowisku (bilirubinę, ALAT, AspAT, GGTP, WBC, HGB, PLT), zauważono poprawę we wszystkich elementach badań laboratoryjnych w odniesieniu do wszystkich oznaczonych parametrów. W grupie z marskością pozapalną typu C istotne statystycznie różnice dotyczyły badania początkowego i końcowego hemoglobiny. Pobyt w uzdrowisku miał pozytywny wpływ na poprawę wyników badań laboratoryjnych osób z zapaleniem wątroby oraz z dodatnim wynikiem RNA.

Konkludując można stwierdzić, że leczenie uzdrowiskowe wpływa pozytywnie na skuteczność leczenia przewlekłych chorób wątroby. Pacjenci oceniając skuteczność leczniczą zabiegów balneologicznych potwierdzili, że wszystkie podstawowe elementy leczenia uzdrowiskowego miały wpływ na efekt rehabilitacji. Zdecydowana większość badanych oceniła ten efekt jako pozytywny.

Porównanie stanu wiedzy z tym, co nowego wykazano w pracy pozwala stwierdzić:

Co wiadomo na temat badanego problemu	Co nowego wnosi doktorat
Brakowało informacji na temat wpływu rehabilitacji uzdrowiskowej na poprawę stanu zdrowia pacjentów w przebiegu przewlekłych infekcyjnych chorób wątroby. W uzdrowisku Długopole nie prowadzono prac badawczych.	W wyniku wieloletnich doświadczeń stwierdzono poprawę kliniczną pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby w tym aktywnie replikujących wirusa HCV oraz w stadium skompensowanej marskości wątroby. W oparciu analizę badań naukowych dotyczących leczenia uzdrowiskowego tej jednostki chorobowej oraz doświadczeń własnych, przedstawiono

	i udokumentowano sposób postępowania rehabilitacyjnego w uzdrowisku, który wyraźnie poprawia stan pacjentów w przebiegu przewlekłych chorób wątroby
Stosuje się różnorodne metody farmakologiczne w leczeniu przewlekłego zapalenia wątroby	Ocenie poddane zostały zabiegi rehabilitacyjne – ich skuteczność w poszczególnych fazach choroby.
W leczeniu stosowano diatermie krótkofalową, dietę i wypoczynek	Opracowano zestaw zabiegów balneologiczno-fizykalnych w oparciu o mechanizm ich działania, uwzględniając patomechanizm schorzenia oraz obserwowane korzyści kliniczne. Jako zalecenie wprowadzono: okłady borowinowe, kąpiele kwasowęglowe, pole magnetyczne
Niejednokrotnie wspomina się o wpływie wieku, płci, diety, aktywności fizycznej na jakość życia pacjentów	Skuteczność leczenia w całej grupie badawczej oraz w grupach klinicznych została oceniona analizą statystyczną badań laboratoryjnych oraz ankietami.

10. WNIOSKI

- Leczenie uzdrowiskowe powoduje poprawę odczucia stanu zdrowia pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby.
- Za najbardziej skuteczne spośród zabiegów balneologicznych w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjenci wskazali te z wykorzystaniem surowców naturalnych, a najwyższą ocenę przyznali: okładom borowinowym i kąpielom kwasowęglowym.
- Największy wpływ na poprawę stanu zdrowia pacjentów w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C mają zabiegi fizykoterapeutyczne i magnetoterapia.
- Dla odczucia poprawy stanu zdrowia rehabilitowanych w uzdrowisku spośród niespecyficznych elementów kuracji uzdrowiskowej badani wysoko ocenili: leczenie dietetyczne; kontakt z lekarzem oraz kontakt z innymi pacjentami.
- Porównanie wyników badań w całej grupie badanych na początku pobytu w sanatorium z otrzymanymi pod koniec leczenia uzdrowiskowego wykazało poprawę oznaczanych parametrów laboratoryjnych.

11. PIŚMIENNICTWO

- [1] Ponikowska I.: Medycyna uzdrowiskowa – istota, rola, kierunki działania. Uzdrowiska Polskie- Informator. Izba Gospodarcza Uzdrowiska Polskie: Warszawa, 1999.
- [2] Wojtaszek T.: Historia uzdrowisk krakowskich, Krakow. Stud. Małopol. 2001; 5, 41-46.
- [3] Ponikowska J., Walczak-Sielicka J., Latour T., Łankajtys T.: Medycyna uzdrowiskowa w zarysie. Wyd. WATEXT'S, Warszawa, 1995.
- [4] Brzeziński T., Brzeziński W., Drygas A.: Historia medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014.
- [5] Juszczak J.: Wirusowe zapalenia wątroby. PZWL, Warszawa 1999, s. 15-28.
- [6] Rybeczka-Gacek A., Muszyńska B., Piwkowski J.: Naturalne – uzdrowiskowe metody leczenia chorób wątroby. Farm. Pol. 2015, 71, 219-226.
- [7] Rybeczka-Gacek A., Piwkowski J., Muszyńska B.: Ocena obiektywnego i subiektywnego wpływu leczenia uzdrowiskowego na przebieg wirusowego zapalenia wątroby typu C. Acta Balneol. 2015, 139, 34-39
- [8] Knapik Z., Lubczyńska-Kowalska A.: O chorobach wątroby i dróg żółciowych PZWL Warszawa, 1991.
- [9] Hoszowska-Owczarska A., Małek D.: Stosowanie zawiązków borowinowych na okolicę wątroby u chorych po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby. Balneol. Pol. 1957; 7, 96-98.
- [10] Boroń P., Rzewnicki I., Dybczyńska J., Bobrowska E., Kaczmarska A., Pawińska T., Szpakowicz T.: Dynamika antygenemii HBs w systemie kliniczno-sanatoryjnego leczenia chorych z wirusowym zapaleniem wątroby typu B w uzdrowisku Długopole Zdrój. Oświata Zdrowotna. Biuletyn Metodyczno-Informacyjny. Wydanie Specjalne WSSE, Wrocław 1981; 37, 298-301.
- [11] Grzymisławski m., Gawęcki J. Żywnienie człowieka zdrowego i chorego tom 2 PWN, Warszawa 2010.
- [12] Hryniewiecki L., Straburzyński G., Owczarek L., Trojak M.: Wpływ leczenia uzdrowiskowego w Polanicy na przebieg przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby. Balneol. Pol. 1980/1981; 26, 1-4, 43-45.
- [13] Andrzejewski J., Kossmann S.: Zmiany niektórych czynności wątroby w czasie leczenia uzdrowiskowego w Szczawnie Zdroju pracowników huty metali nieżelaznych. Balneol. Pol. 1984/1985; 28, 1-2, 43-46.
- [14] Kasprzak W., Hryniewiecki L.: Osiągnięcia polskiej fizjoterapii uzdrowiskowej w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, 1992; 36, 1, 71-76.
- [15] Hasik J., Gawlak E., Dul B.: Leczenie przewlekłego zapalenia i marskości wątroby w warunkach uzdrowiskowych. Balneol. Pol. 1975; 25, 1-2, 7-13.
- [16] Kochański J.W.: Balneologia i hydroterapia. Wyd. AWF Wrocław, Wrocław 2002.
- [17] Ponikowska I., Ferson D.: Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Medi Press, Warszawa 2009.
- [18] Belec C., Tkaczyk F.: Wpływ kurcji pitnej wodą ze źródła „Jana” na poziom cholesterolu. Wiad. Uzdrow.1960; 4, 168-169.
- [19] Drobnik M.: Ocena właściwości farmakodynamicznych średniozmineralizowanej wody

- alkalicznej przeznaczonej do dystrybucji jako butelkowana naturalna woda mineralna Roczn. PZH. 2000,51,4,379-384.
- [20] Huczyński J., Niemiec E., Dembowski T.: Wpływ wód mineralnych na parametry hematologiczne krwi. *Przegląd Lekarski* 1967; 23, 320-323..
- [21] Banaszekiewicz W., Straburzyński G.: Wpływ niektórych szczaw alkalicznych oraz ich składników jonowych na motorykę jelita cienkiego w warunkach doświadczalnych. *Probl. Uzdrow.* 1979; 11, 145, 41-49.
- [22] Banaszekiewicz W., Straburzyński G.: Badania porównawcze działania żółciopędnego niektórych wód leczniczych w warunkach doświadczalnych. *Balneol. Pol.* 1980/1981; 26, 1-4, 87-91.
- [23] Ponikowska I., Straburzyński G.: Zmiany odczynowości ustrojowej chorych w przebiegu leczenia uzdrowiskowego. *Balneol. Pol.* 1989; 31, 1-4, 39-49.
- [24] Dobrzyński J.: Rola czynników kulturalno-oświatowych w lecznictwie uzdrowiskowym. *Balneol. Pol.* 1978; 14, 268-269.
- [25] Łazowski J.: Salutogeneza i inne koncepcje radzenia sobie ze stresem. *Balneol. Pol.* 1999; 41, 3-4, 66-71.
- [26] Łazowski J.: Kształcenie w zakresie medycyny holistycznej – godnej człowieka. W: *Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia.* K. Imieliński (red.), Wyd. Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1994, s. 267-274.
- [27] Ponikowska I., Ossowski R.: Psychoterapia w medycynie uzdrowiskowej. *Balneol. Pol.* 2008; 50, 4, 289-293.
- [28] Gutenbrunner C., Hildebrandt G.: *Handbuch der Heilwasser Trinkkuren. Theorie und Praxis.* Sonntag Verlag, Stuttgart, 1994.
- [29] Ponikowska I. (red.): *Współczesna medycyna uzdrowiskowa w zarysie.* WATEX S, Warszawa, 1995.
- [30] Ponikowska I.: *Lecznictwo uzdrowiskowe.* Oficyna Wyd. Branta, Bydgoszcz 1996.
- [31] Frankowska-Uruska M., Halawa B.: Wstępne badania nad wpływem stosowania zabiegów balneologicznych i fizykoterapeutycznych na czynność gruczołów wewnętrznego wydzielania. *Balneol. Pol.* 1976; 21, 3-4, 231-234..
- [32] Helbin J., Kolarzyk E.: Czynniki fizykalne wykorzystywane w metodach lecznictwa uzdrowiskowego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2006; 87(3): 166-171.
- [33] Ponikowska I., Straburzyński G.: Wstępne badania przydatności wybranych testów skórnych do oceny reaktywności organizmu na bodźce fizjoterapeutyczne. *Balneol. Pol.* 1989; 31, 1-4, 39-45.
- [34] Ponikowska I.: *Kompedium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego.* Wyd. Adam Marszałek, Warszawa, 2004.
- [35] Ponikowska I.: *Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych,* Oficyna Wydawnicza BRANTA, Bydgoszcz 1996.
- [36] Ponikowska I., Kalmus P., Chojnowski J.: Wpływ kąpiei kwasowęglowych na dobowy profil ciśnienia u chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Balneol. Pol.* 1997; 39, 3-4, 146-154.
- [37] Drobnik J., Malcewicz M., Józefowski P., Kurpas D., Steciwko A.: Health resort medicine – contemporary resort health care in Poland. *Family Med. & Prim. Care Rev.* 2011, 13, 1, 103–108
- [38] Straburzyński G., Straburzyńska-Lupa A.: *Medycyna fizykalna.* PZWL, Warszawa 2003.

- [39] Wójcik P., Tomczak H.: Ocena wpływu sztucznych kąpiei kwasowęglowych na układ krążenia. *Acta Balneol.* 2010, 52, 10–15.
- [40] Belec C., Łazowski J.: Współczesne poglądy na kąpiele kwasowęglowe w świetle własnych badań. *Balneol. Pol* 1970; 15, 3-4, 321-324.
- [41] Kochański W.J.: Kompendium balneoterapii. Wyższa Szkoła Fizjoterapii, Wrocław 2000.
- [42] Ponikowska I., Zieliński Z., Straburzyński G., Sadowska M., Wolska I., Owczarek L., Burkacka-Łaukajtys E.: Kliniczne i metaboliczne skutki stosowania pasty borowinowej u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Balneol. Pol.* 1980/1981; 26, 1-4, 67-78.
- [43] Szweykowska A., Szweykowski J.: Botanika. Systematyka. T. 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- [44] Kucharski M., Szymak M.: Złóża torfów leczniczych (borowina) w Polsce. MZiOS, B.P. Balneoprojekt, Warszawa 1993.
- [45] Kucharski M.: Złóża borowiny udokumentowane w kategorii „B” i uznane za lecznicze. *Balneol. Pol.* 1995; 37, 1, 90-94.
- [46] Otto B, Różewicki S.: Zawartość niektórych hormonów w borowinie ze złóża w Kamieniu Pomorskim. *Balneol. Pol.* 1990/1991; 32-33, 1-4, 97-101.
- [47] Jankowiak J., Kalinowski M., Majewski Cz., Nowacka A., Kubiak E., Górniok A., Jankowiak J.: Badania autograficzne metodą filmu zdzieranego zjawisk radioaktywności w tkankach świnek morskich kąpanych w borowinie zawierającej siarczek sodu (Na 235S) znakowany radioaktywną siarką 35 S. *Balneol. Pol.* 1971; 16, 1-2.
- [48] Goecke C., Riede N.: Biologische wirkungen von moorinhaltsstoffen, HUK 1993; 45, 115-116.
- [49] Drobnik M.: Biologiczne oddziaływanie kwasów huminowych i fulwonowych zawartych w preparatach borowinowych – funkcją stężenia czy postaci? *Balneol. Pol.* 1995; 37, 3-4, 79-83.
- [50] Kochański W.: Lecznictwo Uzdrowiskowe. Wydawnictwo Wyższa Szkoła Fizjoterapii, Wrocław 2008.
- [51] Sieroń A., Cieślak G., Adamek M.: Magnetoterapia i laseroterapia. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1994.
- [52] Drzazga Z., Sieroń A., Liszka G., Wójcik J.: Pole magnetyczne stosowane w magnetoterapii. *Balneol. Pol.* 1997; 39, 3-4, 79-94.
- [53] Ciejka E., Gorąca A., Kowacka B., Skibska B.: Charakterystyka własności fizycznych pola magnetycznego niskiej częstotliwości w biologicznym oddziaływaniu na organizmy żywe. *Balneol. Pol.* 2006; 48, 2, 82-85.
- [54] Winklerowa J., Welon K., Pawlak H.: Praktyczny poradnik fizjoterapii. Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej, Oddział Warszawski, 1986; 5-6, 223-224.
- [55] Bauer A., Wiecheć M.: Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych. Markmed Rehabilitacja S.C., Ostrowiec Świętokrzyski 2005, 179-183.
- [56] Mika T. Fizykoterapia. PZWL, Warszawa 2006.
- [57] Jankowiak J.: O kuracjach pitnych. *Wiadomości Uzdrowiskowe* 1960; 1, 27-32.
- [58] Kochański J.W.: Kuracja pitna mineralnymi wodami wodorowęglanowymi (szczawy i wody kwasowęglowe). *Balneol. Pol.* 2000; 42, 1-2, 74-85.

- [59] Jarocka A.: Analizy fizykochemiczne wód leczniczych, wód stołowych, borowin wykonane w 1975. *Wiad. Uzdrow.* 1976; 9/12, 3-6.
- [60] Salomon A., Regulska-Iłow B.: Polskie butelkowane wody mineralne i lecznicze – charakterystyka i zastosowanie. *Bromat. Chem. Toksykol.* 2013, 1, 53 – 65.
- [61] Szczeklik A., Rozwadowski B., Kotłęk-Kaczór E.: Zachowanie niektórych wskaźników krwi w przewlekłych chorobach wątroby i dróg żółciowych podczas leczenia uzdrowskiego w Polanicy. *Balneol. Pol.* 1975; 20, 1-2, 109-120.
- [62] Kozłowska-Szczęśna T, Błażejczyk K, Krawczyk B.: *Bioklimatologia Człowieka*, IG i PZ, Warszawa 1997.
- [63] Falkiewicz A., Starzewska M. (red.): *Uzdrowiska Dolnośląskie i ich okolice: balneologia – historia – przyroda – sztuka*. Ossolineum, Wrocław, 1975, 125-135.
- [64] Tyczka S.: Problemy funkcjonalnego kształtowania i ochrony środowiska przyrodniczego polskich uzdrowisk. *Balneol. Pol.* 1994; 37, 2, 83-95.
- [65] Matuszewski J.: Mechanizm działania czynników zdrojowych Polanicy Zdrój na ustrój ludzki. *Balneol. Pol.* 1988; 150-154.
- [66] Tyczka S.: Ekologiczne uwarunkowanie zdrowia i choroby. *Probl. Uzdrow.* 1990, 1-2, 117-149.
- [67] Ferencik M, Ferenciková J, Kolesár J.: Vplyv fyzikálnych faktorov prostredia na imunitné mechanizmy. In: *Imunita a životní prostředí. Sborník referátů, 5. Kongres československých imunologů*, Plzeň, 5.-9.7.1988; s. 89-96.
- [68] Kujawa H., Piszczorowicz M., Straburzyński G.: Immunologiczne aspekty fizjoterapii i uzdrowskiego leczenia chorób wewnętrznych. *Balneol. Pol.* 1987, 1-4, 13-25.
- [69] Ponikowska I., Marciniak K., Graczykowska-Koczorowska A.: Znaczenie terenoterapii i innych form aktywności fizycznej w leczeniu otyłości w warunkach uzdrowskowych. *Balneol. Pol.* 1989; 31, 1-4, 51-60.
- [70] Piszczorowicz M., Kujawa H., Drygas J., Konys J., Mackiewicz U.: Ocena wyników subterenoterapii u chorych na infekcyjną postać astmy oskrzelowej. 1980/1981; 26, 1-4, 93-107.
- [71] Ratusiński S.: Sprawność fizyczna kuracjuszy leczonych sanatoryjnie w Dusznikach Zdroju. *Balneol. Pol.* 1977; 22, 1-2, 31-34.
- [72] Grochowska E., Jarzyna R.: Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych – kluczowa rola kinazy białkowej aktywowanej przez AMP (AMPK) *Postepy Hig. Med. Dosw.* 2014; 68: 1114-1128.
- [73] Keating S., Hackett D., Parker H.M., O'Connor H.T., Gerofi J.A., Sainsbury A., Baker M.K., Chuter V.H., Caterson I.D., George J., Johnson N.A.: Effect of aerobic exercise training dose on liver fat and visceral adiposity. *J. Hepatology.* 2015; 63, 1, 174-182.
- [74] Shephard R., Johnson N.: Effects of physical activity upon the liver. *Eur. J. Appl. Physiol.* 2015; 115, 1, 1-46.
- [75] Lake-Bakaar G.: Current and future therapy for chronic hepatitis C virus liver disease. *Curr. Drug Targets Infect. Disord.* 2003; 3, 3, 247-253.
- [76] Petersen A.M., Pedersen B.K.: The role of IL-6 in mediating the anti-inflammatory effects of exercise. *J. Physiol. Pharmacol.* 2006; 57, suppl. 10, 43-51.
- [77] Grochowska E., Jarzyna R.: Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych – kluczowa rola kinazy białkowej aktywowanej przez AMP (AMPK). *Postepy Hig. Med. Dosw.* 2014; 68, 1114-1128.

- [78] Hen K., Bogdański P., Pupek-Musialik D.: Wpływ regularnej aktywności fizycznej na aktywność aminotransferazy alaninowej i aminotransferazy asparaginianowej u otyłych kobiet z zespołem metabolicznym. *Prz. Kardiometabol.* 2009; 4, 1, 11-17.
- [79] Szulc A.: Żywnienie w chorobach wątroby. Cz. 1-3. 2014. [dok. elektr.: dietetycy.org.pl. data dost. 12.03.2016]
- [80] Hryniewiecki L.: Żywnienie w chorobach wątroby. W: Hasik J., Gawęcki J. (red.): Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 197-212.
- [81] Wieczorek-Chełmińska Z.: Żywnienie w chorobach wątroby, dróg żółciowych i trzustki. PZWL, Warszawa 2009.
- [82] Zembroń-Łacny A., Kasperska A.: Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. [dok. elektr.: www.awf-gorzów.edu.pl. Data dost. 12.03.2016]
- [83] Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa, 2016.
- [84] Derbis R., Bańka A.: Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność. Poznań: Stowarzyszenie Psychologa 1998.
- [85] Pawłowski T., Małyszczak K., Ingłot M., Czarnecki M., Rymer W., Kiejna A.: Objawy depresyjne u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2006; 15, 2, 67-70.
- [86] Ormel J., Rosmalen J., Farmer A.: Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004; 39, 11, 906-912.
- [87] Kendler K.S., Kuhn J., Prescott C.A.: The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161, 4, 631-636.
- [88] Hariri A.R., Mattay V.S., Tessitore A., Kolachana B., Fera F., Goldman D., Weinberger D.R.: Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science* 2002; 297, 5580, 400-403.
- [89] Krajden M., Kuo M., Zagorski B., Alvarez M., Yu A., Krahn M.: Health care costs associated with hepatitis C: a longitudinal cohort study. *Can. J. Gastroenterol.* 2010; 24, 12, 717-726.
- [90] Grochans E., Sychta D., Szkup M., Starczewska M.: Ocena relacji społecznych i środowiskowych pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91, 1, 131-136.
- [91] Danoff A.L., Khan O., Wan D.W., Bini E.J.: Sexual dysfunction is highly prevalent among men with chronic hepatitis C virus infection and negatively impacts health-related quality of life. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101, 6, 1235-1243.
- [92] Wawrzynowicz-Syczewska M.: Przewlekłe zakażenie HCV - choroba ciała czy choroba duszy? *Prz. Epidemiol.* 2005; 59, 2, 611-619.
- [93] Forton D.M., Karayiannis P., Mahmud N., Taylor-Robinson S.D., Thomas H.C.: Identification of unique hepatitis C virus quasispecies in the central nervous system and comparative analysis of internal translational efficiency of brain, liver, and serum variants. *J. Virol.* 2004; 78, 10, 5170-5183.
- [94] Perry W., Hilsabeck R.C., Hassanein T.I.: Cognitive dysfunction in chronic hepatitis C: a review. *Dig. Dis. Sci.* 2008; 53, 2, 307-321.
- [95] Cordoba J., Flavia M., Jacas C., Sauleda S., Esteban J.I., Vargas V., Esteban R.,

- Guardia J.: Quality of life and cognitive function in hepatitis C at different stages of liver disease. *J. Hepatol.* 2003; 39, 2, 231-239.
- [96] Hilsabeck R.C., Perry W., Hassanein T.I.: Neuropsychological impairment in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology.* 2002; 35, 2, 440-446
- [97] Karaivazoglou K., Assimakopoulos K., Thomopoulos K., Theocharis G., Messinis L., Sakellaropoulos G., Chryssoula Labropoulou-Karatza C.: Neuropsychological function in Greek patients with chronic hepatitis C. *Liver Int.* 2007; 27, 6, 798–805.
- [98] Kramer L., Bauer E., Funk G., Hofer H., Jessner W., Steindl-Munda P., Wrba F., Madl C., Gangl A., Ferenci P.: Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection. *J. Hepatol.* 2002; 37, 3, 349-354.
- [99] Foster G.R., Goldin R.D., Thomas H.C.: Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology.* 1998; 27, 1, 209-212.
- [100] Radkowski M., Wilkinson J., Nowicki M., Adair D., Vargas H., Ingui C., Rakela J., Laskus T.: Search for hepatitis C virus negative-strand RNA sequences and analysis of viral sequences in the central nervous system: evidence of replication. *J. Virol.* 2002; 76, 2, 600-608.
- [101] Hilsabeck R.C., Hassanein T.I., Perry W.: Biopsychosocial predictors of fatigue in chronic hepatitis C. *J. Psychosom. Res.* 2005; 58, 2, 173-178.
- [102] Drózdź W., Halota W., Palewicz E., Kozielowicz D., Dybowska D., Borkowska A.: Zaburzenia funkcji poznawczych u chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. *Neuropsychiatr. Neuropsychol.* 2008; 3, 3-4, 126-132.
- [103] Fontana R.J., Hussain K.B., Schwartz S.M., Moyer C.A., Su G.L., Lok A.S.: Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy. *J. Hepatol.* 2002; 36, 3, 401-407.
- [104] Kenny-Walsh E.: Clinical outcomes after hepatitis C infection from contaminated anti-D immune globulin. Irish Hepatology Research Group. *N. Engl. J. Med.* 1999; 340, 16, 1228-1233.
- [105] Wessely S., Pariente C.: Fatigue, depression and chronic hepatitis C infection. *Psychol. Med.* 2002; 32, 1, 1-10.
- [106] Simon K. (red.): Zakaźne choroby wątroby i dróg żółciowych. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2011.
- [107] Juszczak J.: Hepatitis C. *Vadamecum diagnostyki i leczenia przeciwwirusowego.* Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2003.
- [108] McHutchison J.G., Bacon B.R.: Chronic hepatitis C: an age wave of disease burden. *Am. J. Manag. Care.* 2005; 11, 10 suppl., S286-295.
- [109] Shepard C.W., Finelli L., Alter M.J.: Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect. Dis.* 2005; 5, 9, 558-567.
- [110] Juszczak J.: *Wirusowe zapalenia wątroby.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, s. 222-226.
- [111] Czepiel J., Biesiada G., Mach T.: Wirusowe zapalenie wątroby typu C. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2008; 118, 12, 734-740.
- [112] Herrine S.K., Rossi S., Navarro V.J.: Management of patients with chronic hepatitis C infection. *Clin. Exp. Med.* 2006; 6, 1, 20-26.
- [113] Sterling R.K., Bralow S.: Extrahepatic manifestations of hepatitis C virus. *Curr. Gastroenterol. Rap.* 2006; 8, 1, 53-59.

- [114] Bellentani S., Miglioli L., Bedogni G., Groce L.S., Tiribelli C.: Epidemiology of hepatitis C virus infection. *Minerva Gastroenterol. Dietol.* 2005; 51, 1, 15-29.
- [115] Obłończyk Ł., Siekierska-Hellmann M., Sworczak K.: Powikłania leczenia interferonem alfa wirusowego zapalenia wątroby typu C ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń funkcji tarczycy. *Postępy Hig Med. Dosw.* 2008; 62, 309-321.
- [116] Weigand K., Stremmel W., Encke J.: Treatment of hepatitis C virus infection. *World J. Gastroenterol.* 2007; 13, 13, 1897-1905.
- [117] Isaacs A., Lindenmann J.: Virus interference I. The interferon. *Proc. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 1957; 147, 258-267.
- [118] Isaacs A., Lindenmann J., Valentine R.C.: Virus interference II. Some properties of interferon. *Proc. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 1957; 147, 927, 268-273.
- [119] Vannucchi S., Chiantore M.V., Mangino G., Percario Z.A., Affabris E., Fiorucci G., Romeo G.: Perspectives in biomolecular therapeutic intervention in cancer: from the early to the new strategies with type I interferons. *Curr. Med. Chem.* 2007; 14, 6, 667-679.
- [120] Parmar S., Platanias L.C.: Interferons mechanisms of action and clinical applications. *Curr. Opin. Oncol.* 2003; 15, 6, 431-439.
- [121] Samuel C.E.: Antiviral actions of interferons. *Clin. Microbiol. Rev.* 2001; 14, 4, 778-809.
- [122] Sleijfer S., Bannink M., Van Gool A.R., Kruit W.H., Stoter G.: Side effects of interferon-alpha therapy. *Pharm. World Sci.* 2005; 27, 6, 423-431.
- [123] Koike K., Moriya., Kimura S.: Role of hepatitis C virus in the development of hepatocellular carcinoma: transgenic approach to viral hepatocarcinogenesis. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2002; 17, 4, 394-400.
- [124] Hsu C.P., Krajden M., Yoshida M.E.: Does cirrhosis affect quality of life in hepatitis C virus – infected patients? *Liver International* 2009; 29, 449-458.
- [125] Younossi Z.M., Boparai N., McCormick M., Price L.L., Guyatt G.: Assessment of utilities and health related – quality of life in patients with chronic liver diseases. *Am. J. Gastroenterol.* 2001; 96; 579-83.

12. SPIS RYCIN I TABEL

SPIS RYCIN

Ryc. 1. Podział badanych ze względu na płeć	36
Ryc. 2. Grupy wiekowe badanych pacjentów	37
Ryc. 3. Podział badanych zależnie od miejsca zamieszkania	37
Ryc. 4. Podział badanych ze względu na sytuację rodzinną	38
Ryc. 5. Podział badanych ze względu na aktywność zawodową	38
Ryc. 6. Procent pacjentów z RNA HVC+ i RNA HVC-	39
Ryc. 7. Procent pacjentów leczonych interferonem klasycznym w całej grupie badanych i w podziale na grupy kliniczne.....	40
Ryc. 8. Procent pacjentów leczonych interferonem pegylowanym z rybawiryną w całej grupie badanych i w podziale na grupy kliniczne	40
Ryc. 9. Procent pacjentów przebywających w uzdrowisku jednokrotnie i wielokrotnie	41
Ryc. 10. Sposoby zakażenia pacjentów wirusem HCV	44
Ryc. 11. Okres leczenia badanych pacjentów	45
Ryc. 12. Powód przyjazdu do uzdrowiska	45
Ryc. 13. Sposoby zdobywania wiedzy o chorobie przez badanych pacjentów.....	46
Ryc. 14. Ocena skuteczności działania wszystkich elementów leczenia uzdrowiskowego dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów	47
Ryc. 15. Ocena skuteczności działania zabiegów balneologiczno-fizykalnych dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów	48
Ryc. 16. Ocena dokonana przez pacjentów wpływu zabiegów uzdrowiskowych na ich stan psychofizyczny	49
Ryc. 17. Deklarowana przez pacjentów regularność korzystania z kuracji pitnej wodą Renata w uzdrowisku Długopole Zdrój.....	50
Ryc. 18. Ocena skuteczności kuracji pitnej szczawą kwasowęglową dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów	50
Ryc. 19. Efekty lecznicze kuracji pitnej w ocenie pacjentów	51
Ryc. 20. Ocena pozytywnej skuteczności diety wątrobowej stosowanej w trakcie kuracji dokonana przez pacjentów w skali od 0-5 punktów	52
Ryc. 21. Ocena jakości dietetycznych posiłków spożywanych w trakcie kuracji dokonana przez pacjentów	52
Ryc. 22. Znaczenie wypoczynku w warunkach uzdrowiskowych w ocenie pacjentów w skali od 0-5 punktów	53
Ryc. 23. Ocena wpływu na przebieg kuracji bezpośredniego kontaktu z lekarzem w opinii pacjentów w skali od 0-5 punktów	54
Ryc. 24. Pozytywne znaczenie kontaktu z innymi pacjentami ocenione przez pacjentów w skali 0-5 punktów.....	54
Ryc. 25. Pacjenci deklarujący posiadanie wiedzy o zapaleniu wątroby typu C przed zachorowaniem	55
Ryc. 26. Znaczenie edukacji zdrowotnej w procesie rehabilitacji uzdrowiskowej w ocenie pacjentów w skali od 0-5 punktów	55
Ryc. 27. Wpływ wielkości miejscowości uzdrowiskowej na komfort leczenia w odczuciu pacjentów.....	56
Ryc. 28. Ocena wpływu klimatu na stan zdrowia w trakcie kuracji dokonana przez pacjentów	56
Ryc. 29. Deklarowana przez pacjentów aktywność fizyczna wyrażająca się czasem korzystania ze ścieżek spacerowych.....	57

Ryc. 30. Deklarowana przez pacjentów aktywność fizyczna wyrażająca się dystansem terenów spacerowych.....	57
Ryc. 31. Miejsca wybierane przez pacjentów do wykonywania ćwiczeń gimnastycznych podczas pobytu w uzdrowisku.....	58
Ryc. 32. Ocena wpływu gimnastyki na poprawę stanu zdrowia w odczuciu pacjentów.....	59
Ryc. 33. Ocena wpływu zwiększonej aktywności fizycznej pacjentów (powyżej 2 godzin) na efekt kuracji.....	59
Ryc. 34. Ocena poprawy samopoczucia pacjentów deklarujących zwiększoną aktywność fizyczną (spacer powyżej 2 godzin) w podziale na jednostki kliniczne: marskość i przewlekłe zapalenie wątroby.....	60
Ryc. 35. Wpływ działalności rozrywkowej na stan zdrowia w odczuciu pacjentów.....	61
Ryc. 36. Deklarowane przez pacjentów przestrzeganie regulaminu uzdrowiska.....	61
Ryc. 37. Elementy regulaminu, które w opinii kuracjuszy pozytywnie wpływają na jakość wypoczynku.....	62
Ryc. 38. Negatywne elementy kuracji uzdrowiskowej w opinii pacjentów po odbytej kuracji.....	63
Ryc. 39. Subiektywna poprawa stanu zdrowia po odbytej kuracji uzdrowiskowej w odczuciu pacjentów.....	64
Ryc. 40. Deklarowane przez pacjentów objawy kliniczne występujące przed i utrzymujące się po zakończonej kuracji uzdrowiskowej (opracowano na podstawie wywiadu lekarskiego z pacjentem).....	64
Ryc. 41. Optymalnie korzystna długość turnusu uzdrowiskowego według opinii pacjentów.....	65
Ryc. 42. Opinia pacjentów na temat korzystnej dla ich stanu zdrowia częstotliwości leczenia uzdrowiskowego w całej grupie badanych oraz w podziale na jednostki kliniczne: przewlekłe zapalenie i marskość wątroby.....	65
Ryc. 43. Czas utrzymywania się pozytywnych skutków zdrowotnych po odbytej kuracji deklarowany przez pacjentów.....	66
Ryc. 44. Deklaracja chęci ponownego leczenia w Uzdrowisku Długopole wyrażona przez pacjentów po odbytej kuracji.....	67
Ryc. 45. Deklarowana przez pacjentów chęć ponownego leczenia w Długopole Zdroju w badanej grupie oraz w podziale na jednostki chorobowe: przewlekłe zapalenie i marskość pozapalną.....	67
Ryc. 46. Deklaracja potrzeby ponownego leczenia w Uzdrowisku Długopole u wielokrotnych bywalców (powyżej 3 pobytów) w podziale na grupy: HCVRNA+ i HCVRNA-.....	68
Ryc. 47. Samopoczucie pacjentów w momencie przyjazdu do uzdrowiska w całej grupie badanych oraz w podziale na jednostki kliniczne: przewlekłe zapalenie i marskość wątroby.....	69
Ryc. 48. Przyczyny złego samopoczucia pacjentów przed przyjazdem do uzdrowiska w odczuciu własnym pacjentów.....	69
Ryc. 49. Czynniki wpływające negatywnie na samopoczucie pacjentów przed przyjazdem do uzdrowiska.....	70
Ryc. 50. Problemy osobiste pacjentów związane z rozpoznaniem choroby.....	71
Ryc. 51. Czas trwania złego samopoczucia w całej grupie badanych oraz w podziale na jednostki chorobowe: przewlekłe zapalenie, marskość.....	71
Ryc. 52. Przyczyny farmakologicznego leczenia przeciwdepresyjnego w grupie pacjentów deklarujących depresję.....	72
Ryc. 53. Pacjenci przyjmujący leki przeciwdepresyjne w grupie chorych leczonych interferonem.....	72
Ryc. 54. Stopień zwiększonego przyjmowania leków i stosowania używek, deklarowany przez badanych w trakcie choroby.....	73

Ryc. 55. Terapie wspomagające farmakologiczne leczenie przeciwdepresyjne deklarowane przez pacjentów z depresją.....	73
Ryc. 56. Zaburzenia fizyczne charakterystyczne dla depresji podawane w grupie wszystkich badanych pacjentów.....	74
Ryc. 57. Zaburzenia seksualne zgłaszane przez badanych w całej grupie badanych oraz w podziale na przewlekłe zapalenie wątroby i marskość wątroby.....	74
Ryc. 58. Przyczyny zaburzeń seksualnych w opinii badanych.....	75
Ryc. 59. Deklarowana poprawa samopoczucia po leczeniu interferonem w całej grupie badanych oraz w podziale na grupy kliniczne.....	75
Ryc. 60. Deklarowana poprawa samopoczucia pacjentów w zależności od zastosowanego leczenia: interferon klasyczny, interferon pegylowany z rybawiryną w całej grupie badanych oraz w podziale na grupy kliniczne.....	76
Ryc. 61. W grupie 103 osób, które nie deklarowały poprawy po leczeniu interferonem 55 osób stwierdziło poczucie znacznej poprawy po leczeniu uzdrowiskowym.....	76
Ryc. 62. Samoocena stanu psychicznego pacjentów w momencie przyjazdu do uzdrowiska.....	77
Ryc. 63. Prezentacja graficzna pacjentów deklarujących złe samopoczucie w podziale na leczonych w poradni zdrowia psychicznego, deklarujących przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych oraz spełniających kryteria depresji według skali ICD – 10.	78
Ryc. 64. Samoocena poprawy w zakresie objawów psychofizycznych przeprowadzona z wykorzystaniem skali ICD 10 deklarowana przez pacjentów po odbytej kuracji uzdrowiskowej.....	79

SPIS TABEL

Tabela 1. Deklarowana przez pacjentów zmiany w sferze psychofizycznej po odbytej kuracji uzdrowiskowej.....	79
Tabela 2. Ocena wielkości wątroby na początku i pod koniec pobytu – test Wilcoxon na kolejności par.....	81
Tabela 3. Statystyki opisowe – badań biochemicznych całej badanej grupy.....	82
Tabela 4. Statystyki opisowe – grupy pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby.....	83
Tabela 5. Statystyki opisowe – grupy pacjentów z marskością wątroby.....	84
Tabela 6. Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z HCV RNA plus	85
Tabela 7. Charakterystyka badań laboratoryjnych pacjentów z HCV RNA minus	86

13. ZAŁĄCZNIK – ANKIETA

Szanowni Państwo,

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udział w badaniu poprzez dokładne wypełnienie poniższego kwestionariusza ankiety, który dotyczy oceny obiektywnego i subiektywnego wpływu leczenia uzdrowiskowego na przebieg wirusowego zapalenia wątroby typu C. Udział w badaniu jest całkowicie **dobrowolny i anonimowy**, a wyniki uzyskane z ankiety będą wykorzystane jedynie zbiorczo na potrzeby pracy powstającej na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJ CM. W każdej chwili może Pan/Pani zrezygnować z udziału w badaniu. Odpowiedzi na pytania w ankiecie należy udzielić zaznaczając ją lub słownie napisać. Dziękuję za poświęcony czas oraz szczerą odpowiedź.

I. DANE PERSONALNE

1. Data wypełniania ankiety.....
2. Twój wiek (podkreśl): a) do 30 lat b) 31-50 c) powyżej 50
3. Mieszkam w: a) miasto b) wieś
4. Wykształcenie: a) podstawowe b) zawodowe c) średnie d) wyższe
5. Aktywność zawodowa: a) uczeń b) pracownik d) emeryt d) rencista
e) bezrobotny
6. Płeć: a) kobieta b) mężczyzna
7. Sytuacja rodzinna: a) mieszkam sam b) mieszkam z rodziną
8. Czy pracujesz (pracowałeś) w Służbie Zdrowia? a) tak b) nie
9. Czy byłeś dawcą krwi? a) tak b) nie

II. POBYTY W UZDROWISKU:

10. Który raz jesteś w Uzdrowisku?.....
11. Ile czasu minęło od ostatniego pobytu w Uzdrowisku?.....
12. Czy chciałbyś ponownie leczyć się w tutejszym Uzdrowisku? a) tak b) nie
13. Jeśli tak, to jak często ? a) 2 x w roku b) 1 x w roku c) 1 x na dwa lata d) rzadziej
14. Twój przyjazd do uzdrowiska jest wynikiem:
a) przekonania o skuteczności leczenia uzdrowiskowego

- b) świadomości choroby
 - c) na wniosek lekarza rodzinnego
 - d) na wniosek lekarza klinicznego
 - e) w wyniku zachęty innych chorych
15. Czy leczyłeś się w innych uzdrowiskach? a) tak b) nie
16. Jeśli tak, ile razy?
17. Czy profil leczniczy tych uzdrowisk dotyczył chorób wątroby? a) tak b) nie
18. Jeśli nie – to, jaki to był profil?.....

III. ŹRÓDŁA ZAKAŻENIA W ODCZUCIU PACJENTA

19. Od kiedy wiesz o swojej chorobie (podaj w latach)?
20. Jakie były okoliczności Twojego zakażenia?
- a) w wyniku leczenia szpitalnego
 - b) podczas wykonywania iniekcji
 - c) podczas leczenia stomatologicznego
 - d) podczas przetaczania krwi
 - e) podczas dożylnego zażywania narkotyków
 - f) w wyniku ekspozycji zawodowej
 - g) nie jestem w stanie odpowiedzieć
 - h) inne okoliczności
21. Czy przed rozpoznaniem choroby posiadałeś informacje na temat WZW typu C?
- a) tak b) nie
22. Czy masz stałego partnera seksualnego?: a) tak b) nie
23. Czy ktoś z najbliższej Twojej rodziny jest zakażony wirusem typu C?
- a) tak b) nie
24. W jaki sposób uzyskałeś informację o zakażeniu wirusem typu C?
- a) od lekarza rodzinnego
 - b) w efekcie badań szpitalnych lub klinicznych
 - c) w wyniku badań stacji krwiodawstwa
 - d) w wyniku zawodowych badań profilaktycznych
 - e) inne
25. Czy informacja o zakażeniu była uzupełniona podstawową wiedzą o chorobie?
- a) tak b) nie

26. Jeśli tak to czy była dla Ciebie wystarczająca?

- a) tak b) nie

IV. LECZENIE PRZED POBYTEM W UZDROWISKU

27. Z jakiego powodu jesteś leczony w uzdrowisku?

- a) przebyte ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C
b) przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu C
c) marskość wątroby
d) inne schorzenia:.....

28. Co było podstawą zakwalifikowania Ciebie do leczenia?

- a) dodatni wynik HCV RNA
b) zmiany w komórkach wątroby (wyniki biopsji)
c) podwyższenie wartości enzymów wątrobowych.

29. Gdzie rozpocząłeś leczenie? a) w poradni ogólnej b) w poradni chorób wątroby c) w szpitalu d) w klinice

30. Czy rozpocząłeś leczenie przeciwwirusowe (interferonem) natychmiast po uzyskaniu informacji o zachorowaniu? a) tak b) nie

31. Jeśli nie, to z jakim opóźnieniem?: a) poniżej roku b) od 1-2 lat c) 3-5 lat d) powyżej 5 lat

32. Jak długo się leczysz? a) od roku b) od 2-5 lat c) 3-5 lat d) powyżej 5 lat

33. Czy byłeś leczony interferonem klasycznym? a) tak b) nie

34. Jeśli tak, to czy to leczenie poprawiło Twoje zdrowie? a) tak b) nie

35. Czy byłeś leczony interferonem pegylowanym z rybawiryną? a) tak b) nie

36. Jeśli tak, to czy leczenie poprawiło Twoje zdrowie? a) tak b) nie

37. Czy byłeś leczony w Poradni Zdrowia Psychicznego? a) tak b) nie

38. Czy przyjmowałeś leki przeciwdepresyjne? a) tak b) nie

39. Przyjmowanie przez Ciebie leków przeciwdepresyjnych było spowodowane:

- a) wrodzoną wrażliwością psychiczną
b) chorobą wątroby
c) leczeniem przeciwwirusowym interferonem
d) sytuacją rodzinną związaną z zakażeniem

40. Czy chciałbyś skorzystać z pomocy psychologicznej: a) tak b) nie

41. Czy leczenie wspomagasz innymi metodami? a) zioła b) akupunktura
c) bioenergoterapia d) homeopatia e) inne

.....

42. Wiedzę o swojej chorobie czerpiesz:

a) bezpośrednia rozmowa z lekarzem

b) wydawnictwa edukacyjne

c) rozmowa z innymi chorymi

d) pogadanki, wykłady zdrowotne

e) internet

f) inne.....

43. Czy chciałbyś pogłębić swoją wiedzę o chorobie? a) tak b) nie

44. W jaki sposób?: a) lektura b) rozmowa z lekarzem c) metody audiowizualne d) inne

V. STAN PACJENTA W MOMENCIE PRZYJAZDU DO UZDROWISKA

45. Określ swoje samopoczucie w momencie przyjazdu do uzdrowiska: a) dobre b) złe

46. Jeśli złe to od kiedy:

a) przed rozpoznaniem choroby

b) od momentu rozpoznania choroby

c) pogorszenie nastąpiło w trakcie leczenia interferonem

d) pogorszenie nastąpiło po leczeniu interferonem

e) nie potrafię określić od kiedy

47. Jak długo trwa złe samopoczucie? a) do roku b) 1-3 lat c) 3-5 lat d) powyżej 5 lat

48. Które z niżej wymienionych czynników miały najistotniejszy wpływ na Twoje samopoczucie?

a) szok związany z rozpoznaniem choroby

b) trudność w podjęciu leczenia i niepewność jego wyników

c) długotrwałe leczenie i przykre objawy uboczne

d) brak możliwości leczenia

e) obserwacja innych ciężko chorych

f) koszty finansowe związane z leczeniem

g) lek przed nawrotem choroby

h) lęk przed pogorszeniem

i) świadomość nosicielstwa wirusa

- j) potencjalne zagrożenie dla partnera seksualnego
- k) obawa przed zakażeniem najbliższego otoczenia.

49. Zaznacz objawy chorobowe, które utrzymywały się u Ciebie dłużej niż dwa tygodnie:

- a) stan przygnębienia, smutku, braku radości życia
- b) utrata zainteresowania otoczeniem
- c) widoczny spadek lub wzrost masy ciała
- d) zaburzenia snu
- e) spowolnienie ruchów
- f) uczucie zmęczenia i utrata energii
- g) poczucie małej wartości lub poczucie winy
- h) osłabienie pamięci i koncentracji
- i) pojawienie się myśli o śmierci i samobójstwie

50. Czy towarzyszy Ci lęk o swoją przyszłość i zdrowie? a) tak b) nie

51. Czy wystąpiły zaburzenia natury seksualnej? a) tak b) nie

52. Jeśli tak, to czy powodem jest:

- a) lęk przed zakażeniem współpartnera
- b) obniżona sprawność seksualna
- c) zniechęcenie, zubożenie
- d) inne

53. Czy występowały u Ciebie zaburzenia natury fizycznej?

- a) zaburzenia częstości tętna
- b) uporczywe zaparcia
- c) suchość w jamie ustnej
- d) spadek ciśnienia krwi

54. Czy w czasie choroby uległo u Ciebie zwiększeniu?

- a) spożycie alkoholu: a) tak b) nie
- b) palenie tytoniu: a) tak b) nie
- c) przyjmowanie leków: a) tak b) nie

55. Czy sięgnąłeś po narkotyki? a) tak b) nie

56. Czy Twoja choroba spowodowała problemy: a) w rodzinie b) w pracy c) w życiu towarzyskim d) zainteresowaniach osobistych

VI. WPŁYW LECZENIA UZDROWISKOWEGO

57. Czy po przebytej kuracji zwiększyła się radość życia? a) tak b) nie

58. Czy zwiększyło się Twoje zainteresowanie kontaktami towarzyskimi?: a) tak b) nie
59. Czy uregulował się Twój apetyt? a) tak b) nie
60. Czy polepszyła się regularność snu? a) tak b) nie
61. Czy zwiększyła się Twoja aktywność ruchowa?: a) tak b) nie
62. Czy ustąpiło uczucie zmęczenia? a) tak b) nie
63. Czy zwiększyło się poczucie własnej wartości? a) tak b) nie
64. Czy nastąpiła poprawa pamięci i koncentracji? a) tak b) nie
65. Czy zmniejszyło się rozmyślanie o śmierci, a zwiększyło zainteresowanie życiem? a) tak
b) nie
66. Czy zmniejszył się Twój lęk przed chorobą? a) tak b) nie
67. Największy wpływ na poprawę Twojego stanu zdrowia miały (ocień w skali 0-5):
- a) zabiegi.....
- b) kuracja pitna.....
- c) dieta.....
- d) wypoczynek.....
- e) kontakt z lekarzem.....
- f) pogadanki.....
- g) kontakt z innymi pacjentami.....
68. Który z zabiegów wpływał w największym stopniu na poprawę Twojego zdrowia? (ocień w skali 1-5)
- a) magnetoterapia
- b) okład borowinowy
- c) kąpiel kwasowęglowa
- d) inny.....
69. Efektem uzdrowiskowych zabiegów jest:
- a) złagodzenie bólu okolicy wątroby: a) tak b) nie
- b) uregulowanie trawienia: a) tak b) nie
- c) ogólne rozluźnienie: a) tak b) nie
- d) uczucie wzrostu sił fizycznych: a) tak b) nie
- e) poczucie psychicznego uspokojenia: a) tak b) nie
- f) poczucie pełnego wypoczynku: a) tak b) nie
- g) odczucie poprawy stanu zdrowia: a) tak b) nie
70. Czy korzystałeś z kuracji wodą pitną leczniczą? a) tak – regularnie b) sporadycznie
c) nie

71. Woda lecznicza w Twojej opinii: a) reguluje procesy trawienne b) działa moczopędnie
c) gasi pragnienie d) zwiększa siły witalne e) wzbudza apetyt f) inne

.....

72. Czy zastosowana w uzdrowisku dieta była?

a) odpowiednia b) mało urozmaicona c) mało obfita d) niesmaczna

73. Czy miejscowy klimat miał wpływ na poprawę Twojego stanu zdrowia:

a) nie miał b) w niewielkim stopniu c) znaczący

74. Czy korzystałeś ze ścieżek spacerowych? a) tak b) nie

75. Jeśli korzystałeś to ile godzin dziennie? a) 1 godz. b) 1-2 godz. c) powyżej 2 godz.

76. Gdzie odbywałeś spacer?

a) w obrębie parku zdrojowego

b) w miejscowości uzdrowskiej

c) poza obszarem uzdrowiska

77. Odbyte spacer? miały wpływ na Twój stan zdrowia:

a) nie miały b) niewielki c) znaczący

78. Czy wykonywałeś ćwiczenia gimnastyczne:

a) tak b) nie

79. Jeśli tak, to gdzie:

a) w pokoju b) na ścieżkach zdrowia c) w trakcie grupowej gimnastyki

80. Gimnastyka miała wpływ na Twój stan zdrowia:

a) nie miała b) niewielki c) znaczący

81. Czy podczas kuracji spożywałeś alkohol?

a) tak b) nie

82. Jeśli spożywałeś to jak często?

a) sporadycznie b) częściej niż w domu

83. Jeśli spożywałeś alkohol to:

a) w małej ilości b) upijałem się

84. Czy pobyt w uzdrowisku spowodował (dla palaczy tytoniu)?

a) porzucenie palenia b) nie miał wpływu na palenie c) ograniczenie palenia d) zwiększenie palenia

VII. EFEKTY KURACJI

85. Jak oceniasz uzyskany u Ciebie efekt leczniczy po odbytej kuracji?

a) brak poprawy b) pogorszenie c) nieznaczna poprawa d) istotna poprawa

86. Jak długo utrzymuje się w Twoim odczuciu poprawa stanu zdrowia po kuracji?
 a) 3 miesiące b) 6 miesięcy c) rok d) 2 lata e) powyżej 2 lat
87. Jak długo według Ciebie powinien trwać turnus w uzdrowisku?
 a) tydzień b) 2 tygodnie c) 3 tygodnie d) 4 tygodnie e) dłużej.....
88. Czy wielkość i atrakcyjność miejscowości uzdrowskiej ma znaczenie?
 a) lepiej leczyć się i wypoczywać w małej miejscowości
 b) lepiej leczyć się i wypoczywać w dużym kurorcie
 c) wielkość uzdrowiska nie ma znaczenia
89. Czy regulamin pobytu w uzdrowisku powinien dotyczyć?
 a) obowiązkowej ciszy nocnej: a) tak b) nie
 b) obowiązku wypoczynku po obiedzie: a) tak b) nie
 c) obowiązku powrotu do pokoju przed ciszą nocną: a) tak b) nie
 d) zakazu opuszczania uzdrowiska bez zezwolenia: a) tak b) nie
90. Czy regulamin był zachowywany przez Ciebie?: a) tak b) nie
91. Który z obowiązków był dla Ciebie najtrudniejszy do zachowania?.....
92. Co wpłynęło negatywnie na efekt leczniczy podczas odbytej kuracji?
 a) współlokatorzy b) brak pełnego nadzoru personelu medycznego
 c) źle dobrane do Twoich schorzeń zabiegi d) zbyt mały kontakt z lekarzem
 e) źle dobrana dieta f) klimat g) nieodpowiednia pora roku h) pokoje wieloosobowe
 i) wspólne węzły sanitarne j) leki farmakologiczne k) inne:.....
93. Czy działalność rozrywkowa w uzdrowisku była?
 a) dobra b) mała c) bez znaczenia
94. Czy brałeś aktywny udział w życiu rozrywkowym uzdrowiska?
 a) tak b) nie
95. Czy miało to wpływ na Twój stan zdrowia?
 a) pomagało w leczeniu b) pogorszyło jego efekt c) nie miało wpływu
96. Czy chciałbyś skorzystać z leczenia w innym uzdrowisku?
 a) tak b) nie
97. Jeśli tak, to w jakim?.....
98. Czy Twoim zdaniem działalność fundacji społecznych zajmujących się walką z chorobami zakaźnymi jest potrzebna?
 a) tak b) nie