

Wpływ edukacji pacjentów z grzybicą na stosowanie się do zaleceń lekarskich

Przeł Dermatol 2012, 99, 259–260

Grzybice są uznane za jedne z częstszych chorób infekcyjnych [1, 2]. Szczególnie w ostatnich latach obserwuje się stały wzrost częstości występowania infekcji grzybiczych [3–10]. Rozwojowi zakażenia grzybiczego sprzyja wiele czynników predysponujących – środowiskowych, wrodzonych i nabytych [11–13]. Grzybice skóry oraz błon śluzowych stanowią ważny problem, nie tylko kliniczny, lecz także epidemiologiczny i terapeutyczny [14–16]. Przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia należy uwzględnić następujące czynniki: obraz kliniczny grzybicy, wiek pacjenta, ciążę, karmienie piersią, czynność metaboliczną wątroby, czynność wydzielniczą nerek, zaburzenia immunologiczne i hematologiczne, alkoholizm, inne choroby współistniejące oraz stosowane przez pacjenta leki [17]. Leczenie ogólne ma wiele przewag. Pacjentowi łatwiej jest połknąć lek niż smarować kremem zmienioną powierzchnię skóry (zwłaszcza gdy dotyczy to miejsc trudno dostępnych, w tym błon śluzowych, lub gdy zmiany zajmują dużą powierzchnię). Do leczenia grzybic stosuje się antybiotyki i chemioterapeutyki przeciwgrzybicze, wśród nich leki imidazolowe (azole, triazole) i allyloaminy. W grupie triazoli flukonazol znajduje zastosowanie w leczeniu wielu postaci grzybic skóry i błon śluzowych, najczęściej w dawce 50–100 mg raz dziennie przez 14 dni [14, 18, 19].

Warunkami skutecznej terapii przeciwgrzybiczej są: rozpoznanie mikologiczne przed rozpoczęciem leczenia, usunięcie czynników predysponujących do rozwoju zakażeń, odpowiednie dobranie leku, znajomość zasad prowadzenia terapii przez pacjenta oraz współpraca z pacjentem. Dokładna instrukcja dotycząca przebiegu leczenia i stosowania leków oraz przekonanie pacjenta o konieczności leczenia stanowią nieodzowny warunek sukcesu w terapii mikologicznej. Stosowanie preparatu kilka razy dziennie jest trudne, szczególnie dla pacjentów pracujących w systemie zmianowym oraz dojeżdżających do pracy. W takich przypadkach wygodniej jest zastosować lek raz dziennie. Trudno wyjaśnić przyczyny niestosowania się do zaleceń lekarskich. Może to być zaniepokojenie chorobą lub brakiem natychmiastowej poprawy po podjętym leczeniu, brak motywacji, zły

stosunek pacjenta do lekarza i choroby, a także warunki socjalne i cena leku. Dlatego duży wpływ na *compliance* (stosowanie się przez pacjenta do zaleceń lekarza) ma edukacja pacjenta w zakresie zrozumienia istoty choroby oraz zasad prowadzonego leczenia. Edukacja chorych stanowi istotny element terapii grzybic [20, 21].

Głównym celem badania obserwacyjnego z elementami edukacyjnymi było poznanie najczęściej stosowanych schematów leczenia flukonazolem w dawce 100 mg w terapii przeciwgrzybiczej. Miało ono także odpowiedzieć na pytanie, czy edukacja pacjentów na temat samej choroby i możliwości leczenia wpłynęła na *compliance* oraz poszerzenie wiedzy uczestników badania.

Badaniem objęto 15 360 pacjentów (mężczyzn i kobiet). Największą grupę stanowiły osoby z przedziału wiekowego 36–50 lat. Jest to grupa ludzi aktywnych zawodowo, w której ze względu na ilość zajęć trudno utrzymać *compliance* na odpowiednim poziomie.

Badanie realizowano podczas dwóch wizyt u lekarza dermatologa/wenerologa – pierwszej obowiązkowej, drugiej fakultatywnej. Zbieraniu danych obserwacyjnych towarzyszyła edukacja pacjentów.

Wskazaniami do zastosowania flukonazolu w dawce 100 mg były m.in.: łupież pstry (20,94%), grzybica stóp (15,42%), kandydoza narządów płciowych (15,06%), grzybica pachwin (13,79%), kandydoza błony śluzowej jamy ustnej (9,15%), grzybica skóry gładkiej (8,87%), grzybica owłosionej skóry głowy (3,32%). Najczęściej stosowano u pacjentów flukonazol 100 mg raz na dobę przez 14 dni (47,37%) oraz – chociaż dwukrotnie rzadziej – flukonazol 100 mg raz na dobę przez 7 dni (21,96%).

Przeprowadzone badanie uwidocznilo niski poziom wiedzy pacjentów na temat infekcji grzybiczych. Pogłębionej edukacji i kontroli *compliance* wymagał, zdaniem lekarzy, niemal co drugi pacjent uczestniczący w badaniu (46,40%). Na wizyty fakultatywne częściej byli kierowani pacjenci, którzy stosowali leki przeciwgrzybicze przed przystąpieniem do badania. Blisko 100% pacjentów kierowanych na wizyty dodatkowe pozytywnie oceniło informacje

uzyskane od lekarza oraz zawarte w poradniku, dotyczące infekcji grzybiczych – jako przydatne w procesie leczenia. Również blisko 100% pacjentów z tej grupy uznało, że udział w badaniu wpłynął na poszerzenie ich wiedzy na temat choroby.

Wyniki badania wskazują, że prawidłowo przeprowadzona edukacja pacjentów na temat choroby i leczenia grzybic wpłynęła na zrozumienie przez nich istoty choroby i *compliance* jako *conditio sine qua non* powodzenia w terapii przeciwgrzybiczej. Warunkiem skutecznej i bezpiecznej terapii grzybic jest, obok właściwego rozpoznania mikologicznego i wdrożenia leczenia, właściwa edukacja pacjenta wpływająca na jego współpracę z lekarzem prowadzącym. Właściwa edukacja pacjenta oraz dbałość o przestrzeganie zaleconego leczenia wpływa na poprawę skuteczności terapii.

Piśmiennictwo

1. **Dziekan G., Olechowska M.:** Grzybice skóry – diagnostyka i leczenie pacjenta w poradni rejonowej. *Klin Pediatr* 2009, 5, 5060-5065.
2. **Grajewska A., Adamski W., Adamski Z.:** Grzybice u dzieci. *Dermatol Prakt* 2009, 2, 9-17.
3. **Adamski Z.:** Epidemiologiczno-kliniczne aspekty zakażeń grzybami. *Przegl Dermatol* 2006, 6, 789-797.
4. **Binder B., Lackner H.K., Poessl B.D., Propst E., Weger W., Smolle J. i inni:** Prevalence of tinea capitis in Southeastern Austria between 1985 and 2008: up-to-date picture of the current situation. *Mycoses* 2009, 54, 243-247.
5. **Salzman G.A., Pyszczyński D.R.:** Oropharyngeal candidiasis in patients treated with beclomethasone dipropionate delivered by metered-dose inhaler alone and with Aero-chamber. *J Allergy Clin Immunol* 1988, 81, 424-428.
6. **Lally A., Casabonne D., Imko-Walczyk B., Newton R., Wojnarowska F.:** Prevalence of benign cutaneous disease among Oxford renal transplant recipients. *J Eur Dermatol Venereol* 2011, 25, 462-470.
7. **Lubbe J.:** Secondary infections in patients with atopic dermatitis. *Am J Clin Dermatol* 2003, 4, 641-654.
8. **Poznańska-Kurowska K., Kaszuba A., Pastuszka M., Kaszuba A.:** Rola drobnoustrojów w etiopatogenezie atopowego zapalenia skóry. *Dermatol Prakt* 2010, 2, 37-46.
9. **Beikert F.C., Le M.T., Koeninger A. i inni:** Recurrent vulvovaginal candidiasis: focus on the vulva. *Mycoses* 2011, 54, 807-810.
10. **Luo D.Q., Yang W., Wu L.C., Liu J.H., Chen W.N.:** Interdigital ulcer: an unusual presentation of Candida infection. *Mycoses* 2011, 54, 780-784.
11. **Adamski Z., Hasse-Cieślińska M., Miroszewska-Sobańska T.:** Współczesne zagrożenia grzybicami skóry. *Przew Lek* 2003, 6, 9, 35-41.
12. **Hejniak B., Kaszuba A., Czarnecki M., Klimczak-Kapszewicz M., Sysa-Jędrzejowska A.:** Etiopatogeneza i klinika zakażeń grzybiczych skóry i jej przydatków. *Nowa Klinika* 1999, 6, 1151-1156.
13. **Jabłońska S., Majewski S.:** choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL, Warszawa 2008, 103-312.
14. **Maleszka R., Ratajczak-Stefańska V.:** Lecznictwo mikologiczne w ostatnim stuleciu. *Dermatol Prakt* 2009, 2, 30-37.
15. **Leksykon Dermatologiczny.** A. Kaszuba, Z. Adamski (red). t. I. Czelej, Lublin, 2011.
16. **Lebwohl M.G., Heymann W.R., Berth-Jones J., Coulson I.:** Leczenie chorób skóry. A. Kaszuby (red.). Wyd. I polskie, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2009.
17. **Współczesne leczenie wybranych chorób skóry.** A. Langnera, W. Stąpóra (red.). Wyd. I. Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa” Sp. z o.o., Warszawa, 1998.
18. **Baran E.:** Mikologia – co nowego? Wyd. I. Cornetis, Wrocław, 2008.
19. **Błaszczyk-Kostanecka M., Wolska H.:** Dermatologia w praktyce. PZWL, Warszawa 2005.
20. **Nowicki R.:** Rozpoznanie i leczenie powierzchniowych infekcji grzybiczych. *Dermatologia. Nowości.* GlaxoWellcome 1999, 1-5.
21. **Wolff K., Johnson R.A., Suurmond D.:** Cutaneous fungal infections. [w:] Fitzpatrick's color atlas. Synopsis of Clinical Dermatology. A. Seils, M.R. Englis (red.). Wyd. 5. McGraw-Hill, New York, 2005, 686-698.

dr n. med. Mirosława Kuchciak-Brancewicz
Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej
i Onkologicznej UM w Łodzi