

Janusz Indulski, Tadeusz Bogdanik

STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU ORGANIZACJI LECZENIA OSTRYCH ZATRUCÍ W POLSCE*

z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi - dyrektor: prof. dr hab. med. J. Indulski

W pracy omówiono aktualny stan organizacyjny lecznictwa ostrych zatrucí w Polsce. Przedstawiono problemy:

- specjalizacji z toksykologii klinicznej,
- narażenia personelu ośrodków ostrych zatrucí na zakażenie AIDS,
- współudziału psychiatrów, socjologów i rehabilitantów w przywracaniu do zdrowia pacjentów po przebytych ostrym zatruciu,
- ostrych zatrucí alkoholami i współpracy z izbami wytrzeźwień.

Praca przedstawia obecną organizację leczenia ostrych zatrucí w Polsce w 9 regionalnych ośrodkach ostrych zatrucí. Narastająca liczba ostrych zatrucí zmusza do utworzenia nowych ośrodków do specjalistycznego leczenia najcięższych zatrucí, podczas gdy wojewódzkie szpitale zespolone powinny leczyć lżejsze zatrucia, a szpitale ZOZ-owskie winny zająć się najlżejszymi. Osobno omówiono problem specjalizacji z toksykologii klinicznej, możliwość narażenia personelu ośrodków ostrych zatrucí na zakażenie AIDS i współudział psychiatrów, psychologów, socjologów i rehabilitantów, którzy powinni zająć się rehabilitacją psychiczną, socjalną i fizyczną pacjentów po przebytych ostrym zatruciu - szczególnie samobójczym. Przedstawiono także problem ostrych zatrucí alkoholami i współpracy z izbami wytrzeźwień.

W 1958 roku do pracującej już Kliniki Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy umiejscowionej w Szpitalu Miejskim im. Jonschera zaczęto przyjmować przypadki ostrych zatrucí zawodowych i pozazawodowych z całego ówczesnego województwa łódzkiego. Był to pierwszy ośrodek w Polsce centralizujący leczenie ostrych zatrucí pochodzących z określonego terenu.

Cała Klinika Chorób Zawodowych liczyła wówczas 30 łózek i dopiero w chwili przeniesienia IMP w roku 1962 do budynku przy ul. Teresy 8 Klinika została powiększona do 60 łózek. W okresie tym 13 łózek przeznaczono na leczenie ostrych zatrucí.

Liczba ostrych zatrucí stale narastała i fakt ten wymusił rozbudowę przeznaczonej na ten cel bazy łózkowej i utworzenie oddziału intensywnej terapii dla najciężej zatrutych, nieprzytomnych chorych.

Wykorzystując doświadczenie Kliniki IMP w dziedzinie ostrych zatrucí i uwzględniając ogólnoswiatową tendencję rozwoju toksykologii klinicznej, jako odrębnej specjalności lekarskiej oraz biorąc pod uwagę narastającą liczbę ostrych zatrucí, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołało w roku 1967, na wniosek dyrektora IMP prof. J. Nofe'a, Centralny Ośrodek Leczenia Ostrych Zatrucí i Dokumentacji Toksykologicznej w IMP w Łodzi. Na podstawie tej samej instrukcji nr 2/67 z dnia 30 stycznia 1967 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał poza ośrodkiem łódzkim osiem wojewódzkich, a właściwie regionalnych ośrodków toksykologicznych w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu, Gdyni (a później Gdańsku), Rzeszowie, Lublinie i Sosnowcu.

*Praca wykonana w ramach tematu CPBR 11.11.1.9. Optymalizacja organizacji rozpoznawania i leczenia ostrych zatrucí w Polsce. Kierownik tematu: prof. dr hab. med. Tadeusz Bogdanik.

Zgodnie z wymienioną instrukcją regionalne ośrodki toksykologiczne przesyłały roczne sprawozdania z działalności do Ośrodka w Łodzi.

Dane dotyczące działalności ośrodków ostrych zatruc z ostatnich 19 lat, uzyskane drogą sprawozdawczości rocznej wszystkich ośrodków zatruc w całej Polsce, zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Liczba pacjentów leczonych w ośrodkach toksykologicznych w Polsce
w latach 1968-1986

Rok	Pacjenci		Ogółem
	hospitalizowani	ambulatoryjni	
1968	2 518	1 556	4 074
1969	2 873	1 940	4 813
1970	2 946	2 971	5 917
1971	4 174	5 482	9 656
1972	3 821	6 893	10 714
1973	4 548	6 680	11 229
1974	4 654	8 193	12 847
1975	3 937	9 826	13 763
1976	4 490	7 649	12 139
1977	4 731	8 364	13 095
1978	4 338	8 363	12 701
1979	3 993	6 904	10 897
1980	4 270	7 571	11 841
1981	4 088	7 278	11 366
1982	4 722	9 577	14 299
1983	4 798	10 431	15 229
1984	4 241	9 743	13 984
1985	4 250	11 344	15 594
1986	4 391	9 503	13 897
Ogółem	77 803	140 268	217 985

Tabela 1 przedstawia liczby pacjentów leczonych w ośrodkach toksykologicznych w Polsce w okresie od 1968 do 1986 r. W osobnej kolumnie zestawiono liczby pacjentów hospitalizowanych z powodu ciężkich ostrych zatruc, wymagających wielodniowego leczenia szpitalnego i w następnej kolumnie liczby pacjentów obserwacyjnych, traktowanych ambulatoryjnie, którzy przebywali w ośrodku krócej niż 24 godziny, ale wymagali szczegółowego badania laboratoryjnego toksykologicznego moczu i krwi, często płukania żołądka i nieraz założenia dożylniej kroplówki. Stan lekkiego zatrucia tych pacjentów nie wymagał dłuższej hospitalizacji.

Z tabeli 1 wynika, że liczba ostrych zatruc szybko narastała w miarę organizacji scentralizowanych ośrodków leczenia ostrych zatruc. W 1968 r. hospitalizowano 2518 zatruc, a już w 1971 r. osiągnięto liczbę 4174 przypadków. Z tabeli 1 wynika, że już w 1971 r. przekroczone liczbę 4000 pacjentów rocznie, co stanowi górny pułap możliwości kadrowych, lokality i analityki toksykologicznej w ośrodkach ostrych zatruc. W dalszych latach liczba pacjentów hospitalizowanych we wszystkich ośrodkach w całej Polsce przekraczała 4000 przypadków rocznie z wyjątkiem roku 1975 i 1979 i nie przekraczała liczby 5000 pacjentów hospitalizowanych.

Jeszcze wyraźniej narastała liczba pacjentów z lżejszymi ostrymi zatruciami, którzy byli leczeni w trybie ambulatoryjnym, nie dłużej niż 24 godziny jako przypadki obserwacyjne. W roku 1968 we wszystkich Ośrodkach w całej Polsce było 1556 pacjentów, ale już w 1971 aż 5482 i w 1975 r. 9826



liczba ta została przekroczona tylko w roku 1983 i w 1985. Wskazuje to, że już w 1975 r. osiągnięto maksimum możliwości kadrowych, lokalowych i analitycznych w 9 ośrodkach ostrych zatruc w Polsce, a jednocześnie tabela wskazuje na stale narastającą liczbę ostrych zatruc, z których wiele musiało być leczonych w klinikach chorób wewnętrznych, w oddziałach intensywnej terapii ze względu na niemożliwość umieszczenia ich w ośrodkach wyspecjalizowanych.

Dane z tabeli 1 dotyczą tylko pacjentów dorosłych, powyżej 14 roku życia. Dzieci i młodsi pacjenci są leczeni w klinikach chorób dziecięcych i oddziałach chorób dziecięcych przy zasięganiu informacji toksykologicznej w sprawie rozpoznawania i leczenia, szczególnie w Klinice Ostrych Zatruc w Łodzi.

Stopień centralizacji leczenia ostrych zatruc jest różny w poszczególnych ośrodkach toksykologicznych w Polsce, co przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Zestawienie kolejności ośrodków ostrych zatruc wg stopnia centralizacji leczenia ciężkich, hospitalizowanych zatruc z danego regionu

Ocena wg wskaźnika centralizacji = $\frac{\text{Liczba hospitalizowanych ostrych zatruc w ośrodku}}{\text{Liczba mieszkańców regionu}}$

Kolejność ośrodków od najwyższej do najniższej centralizacji	Liczba mieszkańców w regionie	Najwyższa liczba hospitalizowanych ostrych zatruc	Wskaźnik centralizacji leczenia ciężkich ostrych zatruc w %
Łódź	5 237 800	1 854	0,035
Wrocław	2 842 300	833	0,029
Kraków	4 482 700	1 007	0,022
Rzeszów	2 131 400	412	0,019
Lublin	2 730 600	402*	0,016
Poznań	4 741 300	612**	0,014
Warszawa	5 287 300	642	0,012
Sosnowiec	5 688 000	412	0,007
Gdańsk	3 460 900	158	0,005

Dane dotyczące liczby ludności z 1985 r. z Rocznika Statystycznego 1986 r., Głównego Urzędu Statystycznego

*Największa liczba hospitalizowanych w Lublinie pacjentów w 1969 r.

**Największa liczba hospitalizowanych w Poznaniu pacjentów w 1968 r.

W tabeli 2 zestawiono wskaźnik centralizacji leczenia ciężkich ostrych zatruc - wymagających hospitalizacji - obliczony dla poszczególnych ośrodków. Wskaźnik obliczono w ten sposób, że brano pod uwagę największą liczbę hospitalizowanych ostrych zatruc w poszczególnych ośrodkach w ostatnich dziesięciu latach i liczbę mieszkańców regionu obsługiwana przez dany ośrodek. W tabeli zestawiono ośrodki w kolejności od największej centralizacji do najmniejszej, w drugiej kolumnie zestawiono liczbę mieszkańców w danym regionie w 1985 r. i w następnej kolumnie najwyższą liczbę hospitalizowanych ostrych zatruc. W nielicznych wyjątkach zaznaczonych w tabeli uwzględniono liczbę hospitalizowanych z poprzedniego okresu, gdyż celem wskaźnika było wykazanie największej możliwości hospitalizacyjnej danego ośrodka w okresie od 1968 do 1986 r.

W ostatniej kolumnie przedstawiono wskaźnik centralizacji wyrażony w odsetkach. Określa on odsetek pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrych zatruc - w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców regionu.

Jak wynika z tabeli 2, najwyższy wskaźnik centralizacji ma Ośrodek w Łodzi, na drugim miejscu znajduje się ośrodek wrocławski, na trzecim krakowski. Te trzy ośrodki istotnie centralizują leczenie toksykologiczne w swoim regionie, przy czym ośrodek łódzki wykazuje największy stopień centralizacji.

Najniższy stopień centralizacji wykazuje ośrodek w Gdańsku, a nieco lepsza sytuacja jest w Sosnowcu i Warszawie. Ośrodki w Rzeszowie, Lublinie i Poznaniu wykazują średni stopień centralizacji leczenia ciężkich ostrych zatruc.

Tabela 3

Zestawienie kolejności ośrodków ostrych zatruc
wg stopnia centralizacji leczenia ciężkich i lekkich ostrych zatruc z danego regionu

Ocena wg wskaźnika centralizacji = $\frac{\text{liczba ciężkich i lekkich ostrych zatruc w ośrodkach}}{\text{liczba mieszkańców regionu}}$

Ośrodek Ostrych Zatruc	Liczba mieszkańców w regionie	Najwyższa liczba ostrych zatruc hospitalizowanych i leczonych do 24 h	Wskaźnik centralizacji w %
Wrocław	2 842 300	3 254	0,114
Łódź	5 237 800	4 933	0,094
Lublin	2 730 600	1 886	0,069
Kraków	4 482 700	2 601	0,058
Warszawa	5 287 300	2 701*	0,051
Rzeszów	2 131 400	806	0,037
Poznań	4 741 300	1 689	0,035
Gdańsk	3 460 900	475	0,013
Sosnowiec	5 688 000	458	0,008

Dane dotyczące liczby ludności z 1985 roku z Rocznika Statystycznego 1986 - Głównego Urzędu Statystycznego.

*Największa liczba pacjentów w Warszawie w 1975 roku.

W tabeli 3 zestawiono wskaźniki centralizacji wszystkich ostrych zatruc wymagających zarówno hospitalizacji, jak i lekkich, wymagających krótkotrwałego leczenia ambulatoryjnego. Wskaźnik był obliczany podobnie jak dla pacjentów hospitalizowanych i analogicznie stanowi odsetek największej liczby pacjentów leczonych w ostatnich dziesięciu latach w stosunku do liczby ludności w danym regionie w 1985 r.

Na pierwszym miejscu jest ośrodek we Wrocławiu, który mając 3254 pacjentów w 1986 r. ma najwyższy wskaźnik centralizacji ostrych zatruc, a na drugim miejscu jest ośrodek w Łodzi i na trzecim w Lublinie.

Najniższy stopień centralizacji leczenia ostrych zatruc, zarówno lekkich jak i ciężkich, ma ośrodek w Sosnowcu, nieco lepszy wskaźnik ma ośrodek w Gdańsku i w Poznaniu oraz w Rzeszowie. Ośrodki w Krakowie i w Warszawie pod względem stopnia centralizacji ogółu ostrych zatruc znajdują się na miejscu czwartym i piątym.

Z tabeli 3 wyraźnie wynika, że zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 stycznia 1967 r. właściwą centralizację leczenia ostrych zatruc podjęły dwa ośrodki - w Łodzi i we Wrocławiu.

Ośrodki mające wysoko wyspecjalizowaną, doświadczoną kadrę, jak w Gdańsku i Sosnowcu, ze względu na ograniczenia lokalowe nie mogą scentralizować leczenia ostrych zatruc.

W tabeli 4 zestawiono dane dotyczące liczby ostrych zatruc w Polsce zebrane w poszczególnych Rocznikach Statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego. Źródłem są informacje z Ministerstwa



Zdrowia i Opieki Społecznej uzyskiwane na podstawie rejestrów ostrych zatruc prowadzonych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Jak wynika z tabeli liczba ostrych zatruc wyraźnie w Polsce narasta: w 1975 r. zanotowano 5514 ostrych zatruc i liczba ta niemal systematycznie narasta, w roku 1982 osiągnęła wielkość 13 348 i w następnych latach nie była niższa od 12 tysięcy. Dane uwidoczniło w tabeli od roku 1975, w którym informacje dotyczące zatruc związkami chemicznymi zostały uwzględnione w Roczniku Statystycznym Głównego Urzędu Statystycznego.

Tabela 4

Ostre zatrucia związkami chemicznymi w Polsce
w latach 1975-1985

Lata	W liczbach bezwzględnych	Na 100 tysięcy ludności	Liczba pacjentów hospitalizowanych w 9 ośrodkach ostrych zatruc	Odsetek pacjentów z ostrymi zatruciami leczonych w ośrodkach ostrych zatruc
1975	5 514	16,2	3 937	71,4
1976	9 118	26,5	4 490	49,2
1977	10 579	30,5	4 731	44,7
1978	10 195	29,1	4 338	42,6
1979	9 696	27,5	3 993	41,2
1980	10 740	30,2	4 270	39,8
1981	10 603	29,5	4 088	38,6
1982	13 348	36,8	4 722	35,4
1983	13 536	37,0	4 817	35,6
1984	12 351	33,5	4 241	34,3
1985	12 840	34,5	4 250	33,2

Dane wg Rocznika Statystycznego z 1986 r. Głównego Urzędu Statystycznego.

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (na podstawie rejestru chorób zakaźnych prowadzonego przez stacje sanitarno-epidemiologiczne).

Zestawienie uwzględnia zatrucia związkami chemicznymi z wyjątkiem zatruc pokarmowych.

Podobnie narastała liczba ostrych zatruc w przeliczeniu na 100 tys. ludności. W 1975 r. wynosiła 16,2, by osiągnąć w 1983 r. 37,0 i w następnych latach nie była niższa od 33 przypadków na 100 tys. ludności.

W tabeli uwidoczniło także liczbę przypadków ostrych zatruc hospitalizowanych w 9 regionalnych ośrodkach ostrych zatruc. Dane wyraźnie wskazują, że ośrodki ostrych zatruc osiągnęły górną granicę swoich możliwości lokalowych i kadrowych w 1977 r., kiedy hospitalizowano 4731 chorych i tylko w 1983 r. liczba ta była wyższa i osiągnęła 4817 pacjentów. Z tabeli wynika, że liczba ostrych zatruc systematycznie narastała, a możliwości ośrodków toksykologicznych w omawianym okresie nie powiększyły się. Uwidacznia to bardzo wyraźnie ostatnia kolumna w tabeli, zestawiająca odsetek pacjentów w Polsce hospitalizowanych w 9 ośrodkach ostrych zatruc. W 1975 r. istniała centralizacja ostrych zatruc, gdyż aż 71,4% pacjentów było hospitalizowanych w wyspecjalizowanych ośrodkach regionalnych. W następnych latach odsetek ten szybko zmalał poniżej 50% już w 1976 r. i następnie systematycznie obniżał się, by osiągnąć w 1985 r. tylko 33,2% pacjentów, którzy byli hospitalizowani w ośrodkach ostrych zatruc. Tabela wyraźnie uwidacznia, że w 1975 r. ponad 70% ostrych zatruc było hospitalizowanych w ośrodkach ostrych zatruc, a w 1985 r. tylko 33,2% czyli 1/3 ogółu pacjentów.

Ogólna liczba ostrych zatruc jest wyraźnie zaniżona, co wykazuje szczegółowa analiza zgłaszalności do stacji sanitarno-epidemiologicznych nakazana przez Instrukcję Ministra Zdrowia i Opieki

nr 7/73 z dnia 20 marca 1973 r. Przytoczone obecnie dane zostały wzięte z Rocznika Statystycznego Ochrony Zdrowia z 1985 r. Jest to ostatni dostępny rocznik zestawiający liczbę zarejestrowanych ostrych zatruć w poszczególnych województwach w 1983 r. Przykładowo w woj. legnickim zarejestrowano zaledwie 6 przypadków ostrych zatruć, a w pobliskim wałbrzyskim 739. Podobnie niskie liczby, zaledwie 6 ostrych zatruć, zanotowano w województwie chełmskim, 10 zatruć w województwie toruńskim, 11 w ciechanowskim, a w białostockim w tym samym roku 731 zatruć, nawet więcej niż w stołecznym województwie warszawskim, w którym zarejestrowano zaledwie 583 przypadki ostrych zatruć. W województwie koszalińskim rejestracja podaje zaledwie 26 przypadków, w pilskim 14 przypadków, w leszczyńskim 24, a w szczecińskim 1392. W województwie łomżyńskim nie zarejestrowano w 1983 r. ani jednego przypadku ostrego zatrucia.

Niedokładna rejestracja ostrych zatruć utrudnia ocenę ich centralizacji w poszczególnych ośrodkach, ale przytoczone dane z poszczególnych województw wskazują, że ogólna liczba zatruć jest znacznie większa, a w 9 ośrodkach toksykologicznych liczba hospitalizowanych pacjentów nie może już się zwiększyć ze względów lokalowych, kadrowych i możliwości analityki toksykologicznej.

W wyniku krajowej narady kierowników Ośrodków Ostrych Zatruć, która odbyła się w czerwcu 1983 r. w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, podjęto szereg wniosków, zgłoszonych do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, dotyczących utworzenia nowych ośrodków regionalnych (1). Ministerstwo Zdrowia zwróciło się w 1984 r. do poszczególnych lekarzy wojewódzkich o utworzenie ośrodków ostrych zatruć w Szczecinie, Bydgoszczy, Białymstoku, Bielsku-Białej, Częstochowie i także wystąpiono o utworzenie drugiego ośrodka ostrych zatruć w aglomeracji miejskiej łódzkiej.

Ponadto w następnych latach zaproponowano utworzenie ośrodka ostrych zatruć w Opolu.

Utworzenie nowych ośrodków ostrych zatruć ułatwiłoby wprowadzenie bardziej racjonalnej rejonyzacji umożliwiającej szybsze, właściwe i efektywne specjalistyczne postępowanie w odpowiednio wyposażonym ośrodku ostrych zatruć, zapewniającym szybszą diagnostykę i skuteczne leczenie.

Utworzenie nowych ośrodków toksykologicznych w związku z narastającą liczbą ostrych zatruć jest nakazem chwili, a odpowiednia kadra medyczna mogłaby być przeszkolona głównie w ośrodku łódzkim i krakowskim, a niezbędna dla prawidłowej pracy klinicznej kadra analityki toksykologicznej mogłaby być przeszkolona w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej w Łodzi dla zapewnienia ujednolicenia metod badań toksykologicznych.

Należy zwrócić szczególną uwagę na organizację leczenia lżejszych ostrych zatruć.

Narastająca liczba ostrych zatruć i konieczność zapewnienia szybkiej pierwszej pomocy zmusza do zajmowania się ostrymi zatruciami lekarzy internistów, pediatrów, anestezjologów obsługujących oddziały intensywnej terapii i lekarzy przemysłowych. Pierwszą pomoc w zakresie lżejszych ostrych zatruć u chorych przytomnych powinny zapewnić szpitale ZOZ-owskie. U chorych przytomnych, w zatruciach doustnych, w tych szpitalach powinno być wykonane płukanie żołądka - poza zatruciami substancjami żrącymi - z następowym podaniem węgla aktywowanego. Szpitale te także powinny się zająć chorymi z zatruciami wziewnymi i w przypadku skażenia skóry i oczu.

Cięższe ostre zatrucia powinny być leczone w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, w którym należałoby w przyszłości zatrudnić przynajmniej jednego lekarza ze specjalnością toksykologii klinicznej. W szpitalu tym powinna być udzielana pierwsza pomoc podobnie jak w szpitalu ZOZ-owskim z tym, że cięższe przypadki powinny być leczone na Oddziale Intensywnego Nadzoru, gdzie w razie potrzeby istniałaby możliwość wykonania hemodializy w ostrych zatruciach barbituranami, salicylanami, alkoholem metylovym lub glikolem etylenowym. W celu rozpoznawania tych zatruć laboratorium szpitala powinno zapewnić możliwość ilościowego oznaczania tych trucizn we krwi i zapewnić wykonywanie, co 6 godzin w czasie hemodializy, kontrolnych pomiarów dla określenia skuteczności eliminacji i długości czasu trwania hemodializy.

Cięższe i najcięższe przypadki ostrych zatruć u pacjentów głęboko nieprzytomnych powinny być leczone w specjalistycznych ośrodkach ostrych zatruć, zwłaszcza w wypadku zatruć trudnych diagno-



stycznie, wymagających wnikliwej analityki toksykologicznej i specjalistycznego leczenia w postaci hemoperfuzji lub plazmaferazy.

W ciągu 2 lat z każdego województwa przynajmniej jeden lekarz internista czy anestezjolog lub lekarz przemysłowy powinien odbyć 2-tygodniowy kurs z zakresu ostrych zatruć w Klinice Ostrych Zatruć w Łodzi dla zapoznania się z problematyką diagnostyki i leczenia ostrych zatruć.

Dużego poparcia wymaga specjalizowanie się lekarzy w zakresie toksykologii klinicznej potrzebnej zarówno ze względu na narastającą liczbę ostrych zatruć obecnie - podczas pokoju. Specjalizacja ta może okazać się konieczna w czasie wojny. Specjalizację tę powinni posiadać przede wszystkim lekarze zatrudnieni w ośrodkach ostrych zatruć i każdy ośrodek powinien mieć co najmniej dwóch specjalistów z zakresu toksykologii klinicznej.

Ze względu na to, że dotąd specjalizację w zakresie toksykologii klinicznej ma w Polsce zaledwie 6 lekarzy i brak jest chętnych do tej ciężkiej i niebezpiecznej specjalności narażającej na zetknięcie z marginesem społecznym, należy umożliwić rozpoczynanie i dokonanie specjalizacji z toksykologii klinicznej po uzyskaniu I° z chorób wewnętrznych, pediatrii, anestezjologii i medycyny przemysłowej. Jest to konieczne, gdyż lekarze posiadający II° specjalizacji z tych dziedzin zazwyczaj odchodzą z ośrodków ostrych zatruć do spokojniejszych specjalizacji (2).

Ze względu na bardzo ciężką i obciążającą psychicznie pracę w ośrodkach ostrych zatruć należy zwiększyć preferencje płacowe dla lekarzy, pielęgniarek i salowych, tak jak dla ośrodków intensywnego nadzoru. Pacjenci bywają agresywni i niebezpieczni, zwłaszcza w stanie upojenia alkoholowego. Również narkomani, lekomani i samobójcy w okresie depresji, chorzy psychicznie w stanach zaawansowanych psychoz stanowią zagrożenie dla personelu ośrodków toksykologicznych. Wszystkie ośrodki narzekają na bardzo dużą rotację personelu pielęgniarzkiego i salowych, a także na odchodzenie lekarzy do innych, spokojniejszych specjalności. Ze względu na bardzo wyczerpujące dyżury, powinny one być wynagradzane tak jak dyżury w Pogotowiu Ratunkowym.

Ze względu na to, że w ośrodkach ostrych zatruć leczeni są narkomani, lekomani, pacjenci w stanie upojenia alkoholowego i pacjenci z marginesu społecznego, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki i salowe są potencjalnie zagrożeni na zakażenie AIDS. Podobnie zagrożeni są analitycy pracujący w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej stykający się z moczem i krwią pacjenta. Z tego powodu ze względów profilaktycznych konieczne byłoby wyposażenie lekarzy, pielęgniarek i pracowników Zakładów Diagnostyki Laboratoryjnej w cienkie rękawiczki gumowe, a salowe w grube rękawiczki gumowe.

Należy zwrócić szczególną uwagę na zaopatrzenie ośrodków toksykologicznych w aparaturę niezbędną do obsługi ciężko zatrutych, a zwłaszcza nieprzytomnych pacjentów, gdyż jest ona w dramatycznie złym stanie. Większość monitorów i respiratorów pracuje ponad 15 lat od momentu utworzenia ośrodków ostrych zatruć. Obecnie sprzęt ten jest zawodny i ulega częstym awariom. Wojewódzcy specjaliści do spraw anestezjologii powinni brać pod uwagę gwałtownie narastające potrzeby sal intensywnego nadzoru w ośrodkach toksykologicznych.

Dla prawidłowej pracy Ośrodki Ostrych Zatruć powinny zatrudniać psychiatrę, psychologa i socjologa ze względu na dużą liczbę ponad 60% pacjentów, którzy ostro zatruli się w zamiarach samobójczych, a także ze względu na dużą liczbę alkoholików i narkomanów oraz zatrudnić rehabilitanta szczególnie dla pacjentów długo nieprzytomnych. Rehabilitanci, psychiatry, psycholodzy i socjolodzy powinni zająć się rozpoczęciem rehabilitacji fizycznej, psychicznej i socjalnej pacjentów po przebyciu ostrego zatrucia, co ma szczególne znaczenie w zatruciach samobójczych, dla zapobiegania następnym próbom usiłowania samobójstwa.

Izby wytrzeźwień powinny rozszerzyć swoje możliwości diagnostyczne i w wypadku podejrzenia o zatrucie alkoholem metylowym lub glikolem etylenowym nie przysyłać pacjenta do ośrodka ostrych zatruć, ale tylko próbkę krwi bez niepotrzebnego narażenia na transport, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym. Po stwierdzeniu obecności metanolu lub glikolu etylenowego pacjent powinien być przesłany z izby wytrzeźwień do ośrodka ostrych zatruć w celu dalszego leczenia.

Lekarze pracujący w izbach wytrzeźwień zbyt pochopnie kierują pacjentów do ośrodka ostrych zatruc w przypadkach głębokiego upojenia alkoholowego, gdyż osoby te powinny pozostawać pod opieką służby zdrowia w Izbach Wytrzeźwień, a do ośrodków ostrych zatruc powinni być przewożeni tylko pacjenci z zaburzeniami krążenia lub oddechu.

W wypadku ostrego zatrucia alkoholem etylowym, alkoholem metylowym lub glikolem etylenowym pacjent powinien być zobowiązany do pełnej odpłatności za cały czas hospitalizacji przekraczającej 24 godziny, niezależnie czy był leczony w ośrodku toksykologicznym lub innym zakładzie służby zdrowia. Obecnie panuje paradoksalna sytuacja, że lekko zatruty alkoholem jest przewożony do izby wytrzeźwień i tam musi w br. płacić 72 000 zł za pobyt, a ciężko zatruci, wymagający długotrwałej kosztownej hospitalizacji nie pokrywają nawet w minimalnym stopniu kosztów leczenia. Należałoby zapewnić możliwość minimum socjalnego dla rodzin alkoholików.

Narastająca liczba ostrych zatruc wymaga zwiększenia liczby godzin ćwiczeń z zakresu Kliniki Ostrych Zatruc dla studentów Akademii Medycznych, najlepiej na V lub VI roku Wydziału Lekarskiego. Należałoby szczególnie zwrócić uwagę na pierwszą pomoc w ostrych zatruciach, gdyż lepiej przygotowani absolwenci mogą zapewnić skuteczniejszą pomoc pacjentom z ostrymi zatruciami.

PISMIENICTWO

1. Tadeusz Bogdanik: Problemy organizacyjne ośrodków ostrych zatruc w Polsce - wyniki działalności. Zabezpieczenie kadrowe i techniczne. Zesz Metod-Org IMP Łódź 1984, 2-3, 99.
2. Tadeusz Bogdanik: Stan obecny i perspektywy rozwoju lecznictwa toksykologicznego w Polsce. Stud Mat Monogr IMP Łódź 1988, 31, 1-100

J. Indulski, T. Bogdanik

PRESENT STATE AND PERSPECTIVES OF PUBLIC HEALTH RESPONSE TO ACUTE POISONINGS

Summary

The paper discusses current organization of public health response to acute poisonings in 9 regional toxicological centres. Increasing number of acute poisonings makes it necessary to establish new toxicological centres to provide specialist treatment for the most severe cases. Regional general hospitals could handle less severe poisoning whereas the light ones should be referred to hospitals within health care complexes. The paper also covers such issues on speciality training in clinical toxicology; risk of AIDS in the personnel of toxicological centres, contribution of psychiatrists, psychologists, sociologists and rehabilitation specialists in overall treatment of patients after acute poisonings, particularly self-poisonings. Moreover, the problem of acute alcohol poisoning and the related collaboration between toxicological centres and Detention Houses (where drunk people are detained until sober) was also raised.



Я.Индульски, Т.Богданик

Настоящее положение и перспективы развития организации
лечения острых отравлений в Польше

Резюме

Работа представляет настоящую организацию лечения острых отравлений в Польше в 9 региональных центрах острых отравлений. Возрастающее число острых отравлений заставляет создавать новые центры острых отравлений для специализированного лечения наиболее тяжёлых отравлений, зато воеводские объединённые больницы должны лечить более лёгкие отравления, для больниц объединений медицинского обслуживания оставляя наиболее лёгкие случаи отравлений. Отдельно обсуждена проблема специализации по клинической токсичности, возможность инфекции СПИД среди персонала центров острых отравлений и соучастие психиатров, психологов, социологов и специалистов по восстановительному лечению, которые должны заняться психической, социальной и физической реадaptацией пациентов после перенесённого острого отравления, особенно самоубийственного. Представлена также проблема острых отравлений спиртами и вопрос сотрудничества с вытрезвителями.

