

Received: 22.03.2012

Accepted: 29.03.2012

Published: 30.04.2012

Adherencja terapeutyczna pacjentów ze schorzeniami atopowymi leczonych loratadyną

The adherence in patients with atopic diseases treated with loratadine

Katedra i Zakład Ogólnej Biologii Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Wiczkowski

Adres do korespondencji: Katedra i Zakład Ogólnej Biologii Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. H. Jordana 19, 41-808 Zabrze

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Wstęp: Schorzenia atopowe to w większości przewlekłe zaburzenia rozwijające się na podłożu reakcji z nadwrażliwości. Loratadyna jest lekiem antyhistaminowym o właściwości zmniejszającej nasilenie stanu zapalnego i objawów alergii. Uzyskanie optymalnego efektu terapeutycznego wymaga współpracy pacjenta. Badanie zogniskowano na adherencji terapeutycznej pacjentów leczonych loratadyną. **Material i metody:** W grupie dorosłych pacjentów zażywających loratadynę zaleconą przez lekarza co najmniej jeden miesiąc przed włączeniem do badania przeprowadzono badanie ankietowe w ramach dwóch kolejnych rutynowych wizyt ambulatoryjnych. Zebrano dane dotyczące wskazania do włączenia loratadyny, schorzeń towarzyszących i przepisywanych z tego powodu leków, regularności zażywania loratadyny i prawdopodobnych przyczyn pomijania dawek, jak również oceny przebiegu klinicznego schorzenia atopowego dokonanej przez pacjenta i lekarza. **Wyniki:** U 36 960 dorosłych pacjentów ($41,38 \pm 15,05$ roku; 53,3% kobiet) leczonych przez lekarzy rodzinnych (58,76% lekarzy) i specjalistów loratadynę zlecono z powodu sezonowego alergicznego nieżyty nosa (44,82%), alergicznego nieżyty spojówek (25,25%), całorocznego alergicznego nieżyty nosa (16,37%) i pokrzywki (13,56%). Większość pacjentów twierdziła, że leczenie loratadyną nie powinno być przerywane, jednak regularne przyjmowanie leku realizowało jedynie około 40%. Nieregularne leczenie najczęściej dotyczyło pacjentów poniżej 30. roku życia (25,85% grupy badanej) i pacjentów ze schorzeniami towarzyszącymi (37,71% wszystkich uczestników). Dominującą przyczyną nieregularnego zażywania loratadyny były niedostatki organizacyjne, ustąpienie objawów i wiara, że oznacza to wyleczenie, oraz obawa przed wystąpieniem działań ubocznych leku. Na zakończenie pierwszej wizyty 97% pacjentów otrzymało dodatkowe informacje na temat chorób atopowych – podczas następnej odnotowano istotnie niższy odsetek niepowodzeń organizacyjnych w leczeniu. **Wnioski:** Adherencja terapeutyczna pacjentów leczonych loratadyną okazała się dalece niesatisfakcjonująca. Pacjenci ze schorzeniami atopowymi powinni otrzymywać więcej informacji na temat tych chorób oraz zasad leczenia.

Słowa kluczowe: sezonowy alergiczny nieżyt nosa, całoroczny alergiczny nieżyt nosa, alergiczny nieżyt spojówek, pokrzywka, współpraca z lekarzem

Summary

Introduction: Atopic diseases are mainly chronic disorders developing at the base of hypersensitivity reactions. Loratadine is an anti-histamine drug with potential of inflammation and allergy symptoms minimizing. Reaching the best treatment results needs patient's cooperation. The study was focused on loratadine treated patients' adherence. **Material and methods:** In adult patients taking loratadine according to doctor's recommendations minimum one month before enrolment the questionnaire survey was realized during two consecutive routine control visits in an outpatient clinic. The data of clinical indication for loratadine, other chronic diseases and prescribed medications, regularity of loratadine taking and the possible causes of doses omission as well as patient's and doctor's estimation of clinical course of atopic disease were collected. **Results:** In 36 960 adult patients (41.38 ± 15.05 years old; 53.3% of women) treated by general practitioners (58.76% of doctors) and specialists, loratadine was recommended because of seasonal allergic rhinitis

(44.82%), allergic conjunctivitis (25.25%), perennial allergic rhinitis (16.37%) and urticaria (13.56%). The majority of participants stated that loratadine treatment should not be ceased, but regular intake was realized only in about 40%. The irregular treatment was most frequent in patients beneath 30 years old (25.85% of study group) and in patients with concomitant diseases (37.71% of all participants). Predominant cause of irregular loratadine taking were organizational fails, symptoms relief and belief, that the disease is cured, and apprehension of drug side effects. In the end of the first visit 97% of patients were given additional information about atopic diseases and during the next one the percentage of organizational fails in treatment was significantly lower. **Conclusions:** Adherence of loratadine treated patients appeared far unsatisfied. Patients with atopic diseases should be offered more information about them and the rules of treatment.

Key words: seasonal allergic rhinitis, perennial allergic rhinitis, allergic conjunctivitis, urticaria, adherence

WPROWADZENIE

Atopię definiuje się jako stan zaburzonej odporności, w której limfocyty Th2 napędzają dziedziczną skłonność do nadprodukcji przeciwciał IgE dla pospolitych alergenów środowiskowych. Około 80% pacjentów z atopią ma dodatni wywiad rodzinny, ale nie jest to cecha bezwzględna, gdyż u bliźniąt monozygotycznych zgodność występuje tylko w 50%.

Choroby atopowe należą do zaburzeń powstałych na podłożu reakcji z nadwrażliwości typu I, w której obce białka – alergeny – łączą się ze specyficznymi przeciwciałami typu IgE, związanymi w tkankach na komórkach tucznych, we krwi natomiast – na granulocytach zasadochłonnych (bazofilach). Rozpoznanie antygeny przez przeciwciała czy receptory komórkowe może wygenerować przypadkowe uszkodzenie tkanek. Kluczową rolę odgrywają antygenowo swoiste IgE, które stanowią główną klasę przeciwciał zaangażowanych w uaktywnienie komórek tucznych i bazofilów. Przeciwciała związane są głównie na powierzchni tych komórek za pośrednictwem regionów Fc. Przyłączenie antygeny do tak ufixowanego przeciwciała wywołuje gwałtowną degranulację komórek tucznych z uwolnieniem preformowanych mediatorów, m.in. histaminy, heparyny, enzymów lizosomalnych i proteaz, oraz kilku cytokin chemotaktycznych. Inne natomiast mediatory wytwarzane są *de novo* i pochodzą z dwóch szlaków przemian kwasu arachidonowego, prowadzących do wytworzenia prostaglandyn i tromboksanu oraz leukotrienów⁽¹⁾.

Pomimo że reakcje przebiegające za pośrednictwem IgE są częściej kierowane przeciwko antygenom wnikałym przez powierzchnie nabłonków (antygeny wziewne lub pokarmowe), manifestacja objawów najczęściej dotyczy dróg oddechowych, przewodu pokarmowego i skóry. W obrębie górnych dróg oddechowych jest to związane ze świądem, kichaniem i wyciekaniem z nosa (pochodzenia neuronalnego), a także z zablokowaniem drożności nosa na podłożu naczyniowym. W miejscu ekspozycji na alergen w tkankach gromadzą się neutrofile i eozynofile. Do powstania objawów przyczyniają się mediatory uwalniane z eozynofilów oraz aktywowanych komórek nabłonkowych⁽²⁾.

Sezonowe zapalenie spojówek występuje dość często i dotyczy głównie dzieci oraz młodych dorosłych. Jest to łagodna choroba charakteryzująca się swędzeniem, zaczerwienieniem oraz łzawieniem oczu. Towarzyszą jej zwykle objawy dotyczące nosa, które podlegają takiej samej sezonowości występowania. Zaangażowane są antygenowo swoiste IgE. Chociaż IgE swoiste dla pyłków są odpowiedzialne za zapalenie spojówek związane z gorączką sienną, osoby nią dotknięte często reagują na dodatkowe antygeny. Cięższa postać utrzymująca się przez cały rok, z nasileniem w okresie wiosennym, jest przeważnie stanem samoograniczającym się (zazwyczaj trwa 3-5 lat). Cechą diagnostyczną jest tworzenie brodawek (tzw. „brukowanie”) na spojówce powieki górnej, które występuje na skutek obrzęku i przerostu tkanki podskórnej, skupiającej komórki plazmatyczne wydzielające IgA i IgE, komórki tuczne i eozynofile. Zjawisko to stanowi prawdopodobnie skutek reakcji natychmiastowych i późnej fazy⁽³⁾.

Alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa może być sezonowe lub całoroczne. Objawy – wyciek z nosa, kichanie oraz uczucie zatkania nosa – pojawiają się po ekspozycji na antygen. Pacjenci z objawami przewlekłymi rozwijają zapalenie zatok, surowicze zapalenie ucha środkowego oraz zapalenie spojówek, czasem tracą czucie smaku i węch⁽⁴⁾.

Pokrzywka jest objawem – odnosi się do przemijających epizodów występowania ograniczonych, obrzękniętych, rumieniowych, swędzących zmian o uniesionych brzegach. Jest efektem nagłego, miejscowego nagromadzenia płynu w skórze. Ostra pokrzywka jest krótkotrwała, a jej przyczyna w praktyce zostaje zidentyfikowana tylko w 50% przypadków. Epizody powodowane są zależną od IgE reakcją na antygeny zewnątrzpochodne, jak np. pokarmy, mogą być też związane ze spożyciem leków albo z ostrymi zakażeniami wirusowymi.

Przewlekła pokrzywka rozpoznawana jest wtedy, gdy rozsiane bąble pojawiają się codziennie lub prawie codziennie przez 6 tygodni. Objawy mogą być prowokowane przez bodźce fizyczne, takie jak zimno, ciepło, drapanie skóry, ekspozycja na słońce, wodę, wysiłek fizyczny czy emocje⁽⁵⁾.

HISTAMINA – MEDIATOR PROCESU ZAPALNEGO

Histaminę jako substancję chemiczną odkryto w 1907 roku. Wydaje się, iż jest najlepiej poznanym mediatorem procesu zapalnego w reakcji na czynnik alergizujący. Jako substancja biologicznie aktywna wywiera wpływ poprzez interakcję ze swoistymi receptorami (H1 do H4)⁽¹⁾. Leki antyhistaminowe, jako substancje zmniejszające stan zapalny w obrębie błony śluzowej nosa oraz ilość wydzieliny, stanowią jedną z najczęściej i najpowszechniej stosowanych grup leków w farmakoterapii takich chorób, jak alergiczny nieżyt nosa – sezonowy i całoroczny, alergiczny nieżyt spojówek, pokrzywka. Działanie tych leków prowadzi do zmniejszenia ilości produkowanych lokalnie cytokin prozapalnych, podobnych do wywołujących skurcz mięśni gładkich oskrzeli, obrzęk błony śluzowej i nadmierną sekrecję śluzu. Podkreśla się, że alergiczny nieżyt nosa jest czynnikiem ryzyka wystąpienia astmy oskrzelowej, co stanowi dodatkowy argument przemawiający za właściwym leczeniem tego schorzenia^(3,5). Tor oddychania przez usta skutkuje upośledzeniem oczyszczania wdychanego powietrza z cząstek alergenów oraz może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi infekcji wirusowych. Aktualnie wśród leków blokujących receptory H wyróżnia się (na podstawie ich właściwości lipofilnych) dwie podstawowe grupy: leki I generacji oraz nowe, II i III generacji. Loratadyna jest substancją czynną zaliczaną do leków II generacji⁽⁶⁾.

Zjawiskiem występującym powszechnie w leczeniu wielu schorzeń, szczególnie przewlekłych, jest nieprzestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarskich. Samowolne modyfikacje dotyczą dawki bądź częstości przyjmowania kolejnych dawek. Często spotykane jest podejście: „jak nie mam objawów, to po co brać leki”, które skut-

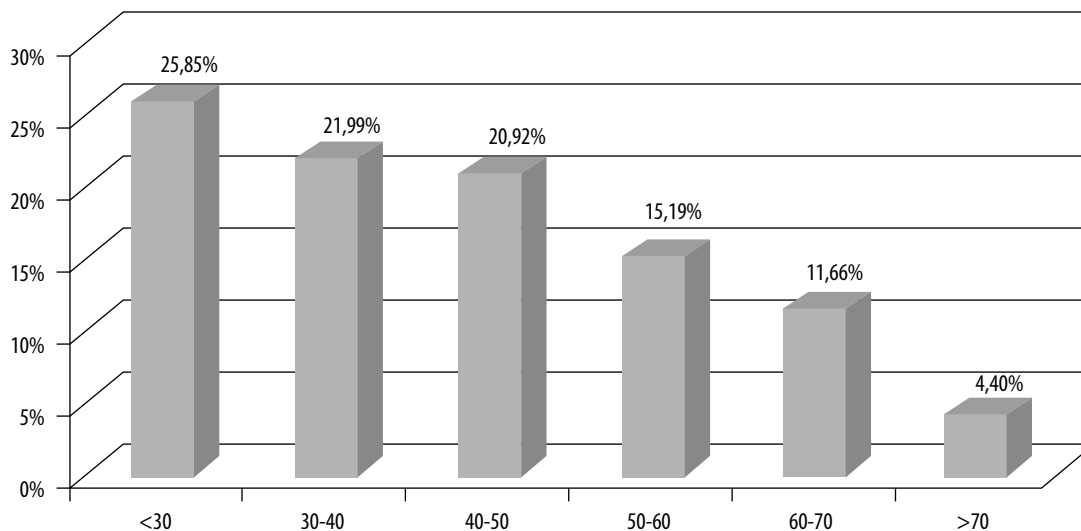
kuje przerwaniem terapii i w efekcie nawrotem dolegliwości i objawów. Zwrotnie pojawia się wniosek, że „lek nie działa”, bo objawy pojawiły się ponownie. Świadoma współpraca pacjenta w procesie leczenia i czynniki wpływające na jej zakłócenie są przedmiotem wielu badań i analiz^(7,8). Na pewno istotnym czynnikiem jest wiedza pacjenta o chorobie atopowej, jej stałym bądź nawracającym charakterze wynikającym z uwarunkowań patofizjologicznych i genetycznych, jak również poczucie skuteczności i celowości podejmowanych działań oraz właściwe nastawienie.

Przeprowadzone badanie miało na celu ocenę adherencji terapeutycznej pacjentów leczonych loratadyną oraz przyczyn, które wpływają na niestosowanie się chorych do zaleceń lekarza.

METODYKA

Badanie zostało zrealizowane przez 487 lekarzy, którzy prowadzili leczenie loratadyną dorosłych pacjentów, zgodnie ze zdefiniowanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego wskazaniami klinicznymi do jej stosowania, w ramach zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej (alergologicznej, dermatologicznej, laryngologicznej) opieki zdrowotnej. Kryterium włączenia zakładało, iż leczenie loratadyną prowadzone jest co najmniej od miesiąca przed włączeniem pacjenta do badania obserwacyjnego. Obserwację przeprowadzono w ramach dwóch kolejnych wizyt, wynikających w każdym przypadku z rutynowej praktyki, co pozwoliło objąć badaniem docelowo grupę 36 960 chorych.

Podczas pierwszej wizyty odnotowano dane demograficzne i rodzaj poradni (podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznej) prowadzącej leczenie pacjenta, dane na temat aktualnego schorzenia będącego powodem włączenia do leczenia loratadyną, fakt uprzed-

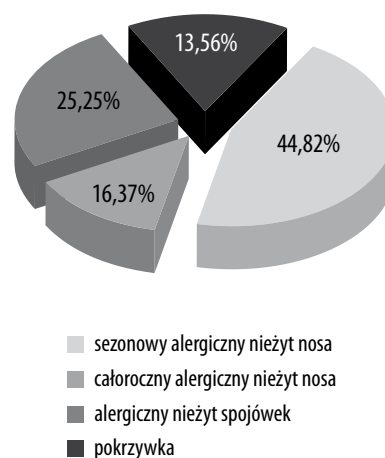


niego stosowania bądź nie innych leków o podobnym wskazaniu, jak również informacje o przewlekłych schorzeniach towarzyszących i stosowanych z tego powodu przez pacjenta leków (substancji czynnych). Ankieta zawierała pytania o to, czy pacjentowi zdarza się pomijać zleconą przez lekarza dawkę loratadyny, jeśli tak, to jakie czynniki na to wpływają, oraz jaka jest opinia pacjenta na temat wpływu ewentualnego pomijania dawki leku na przebieg leczenia. Podczas kolejnej wizyty, realizowanej w terminie wynikającym z potrzeb rutynowej kontroli u danego pacjenta, ocena zmian w zakresie dolegliwości związanych z leczonym przy pomocy loratadyny schorzeniem została dokonana zarówno przez pacjenta, jak i lekarza. Powtórzono pytania, czy zdarzało się pomijanie dawek loratadyny i jakie przyczyny na to wpłynęły, z uwzględnieniem ewentualnego wystąpienia ostrego zachorowania lub rozpoznania choroby przewlekłej, co mogło się wiązać z modyfikacją leczenia dokonaną zarówno przez lekarza leczącego nowe schorzenie, jak i samowolnie przez samego pacjenta. Wizytę kontrolną kończyły pytania o ocenę związku regularnego stosowania loratadyny ze zmianami w zakresie dolegliwości związanych z leczonym schorzeniem, dokonywaną zarówno przez pacjenta, jak i lekarza prowadzącego terapię. O ile w danym przypadku lekarz uznawał to za konieczne, przekazywano pacjentowi dodatkowe informacje na temat schorzeń atopowych i zasad ich leczenia.

Zebrane dane poddano analizie statystycznej, którą wykonano, korzystając z oprogramowania Statistica 9.0 PL. Dane o charakterze demograficznym przedstawiono w tabelach licznosci oraz na rysunkach. Do analizy pozostałych danych zastosowano tablice dwu- i wielodzielcze. Różnice statystyczne obliczono przy wykorzystaniu testu χ^2 . Jako znamienne przyjęto wartość $p < 0,05$.

WYNIKI I OMÓWIENIE

W badanej grupie dorosłych pacjentów ze schorzeniami atopowymi przeważały kobiety (53,3%). Średnia wieku wynosiła $41,38 \pm 15,05$ roku. Po wyszczególnieniu dziesięcioletnich przedziałów wiekowych okazało się, że największą grupę – 25,85% – stanowili chorzy poniżej 30. r.ż.; najstarsi pacjenci – powyżej 70. r.ż. – stanowili niecałe 5% badanej populacji (rys. 1).



Rys. 2. Rozpoznanie schorzeń atopowych w grupie pacjentów leczonych loratadyną

Pacjenci rekrutowali się z różnych obszarów urbanistycznych, ich poziom wykształcenia był zróżnicowany. Największą grupę stanowili mieszkańcy miast do 50 000 mieszkańców oraz wsi i małych miejscowości do 10 000 mieszkańców. Prawie 65% uczestników badania stanowiły osoby posiadające średnie lub wyższe wykształcenie, osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły 7% badanej grupy. Ponad połowę – 58,76% – analizowanej grupy chorych stanowili pacjenci lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 35,11% chorych było leczonych przez specjalistów alergologów. Pacjenci poradni laryngologicznych stanowili 5,6% grupy badanej, natomiast chorzy leczeni przez specjalistów dermatologów i okulistów tworzyli grupę poniżej 1% (odpowiednio: 0,4% i 0,13%).

Wśród schorzeń atopowych leczonych loratadyną przeważał sezonowy alergiczny nieżyt nosa – 44,82%; drugim co do częstości był alergiczny nieżyt spojówek – 25,25%. Całoroczny alergiczny nieżyt nosa leczono loratadyną u 16,37% chorych, natomiast pokrzywkę – u 13,56% (rys. 2).

Ponad 50% pacjentów badanej grupy było leczonych loratadyną po raz kolejny, natomiast 30% pacjentów – po raz pierwszy. W obydwu podgrupach przeważali chorzy z rozpoznaniem sezonowego alergicznego nieżyty nosa. Ponad 10% chorych doświadczało dolegliwości przewlekłych, przy czym objawy występowały

Rozpoznanie/Częstość dolegliwości	Po raz pierwszy	Przewlekłe, zaostrenie	Kolejny raz	Przewlekłe, stałe nasilenie
Sezonowy alergiczny nieżyt nosa	18,86%	1,48%	23,89%	0,6%
Całoroczny alergiczny nieżyt nosa	4,36%	0,87%	10,34%	0,74%
Alergiczny nieżyt spojówek	0,54%	4,56%	11,54%	8,72%
Pokrzywka	6,91%	0,81%	5,3%	0,47%
OGÓŁEM	30,67%	7,72%	51,07%	10,54%

Tabela 1. Częstość występowania dolegliwości w zależności od rozpoznanej choroby atopowej w grupie chorych leczonych loratadyną

Schorzenie/lek (%)	Cetyryzyna 73,83%	Feksofenadyna 4,14%	Ketotifen 2,94%	Klemastyna 11,75%	Lewocetyryzyna 6,94%	Prometazyna 0,40%
Sezonowy alergiczny nieżył nosa	7,63	3,33	-	7,02	-	-
Całoroczny alergiczny nieżył nosa	64,97	56,67	33,33	56,14	89,74	100
Alergiczny nieżył spojówek	16,63	26,67	22,22	19,3	5,13	-
Pokrzywka	10,77	13,33	44,45	17,54	5,13	-

Tabela 2. Leki stosowane uprzednio w leczeniu pacjentów ze schorzeniami atopowymi (49,9% grupy badanej)

w stałym nasileniu – przeważali w tej grupie pacjenci z całorocznym alergicznym nieżytem nosa, pozostałe rozpoznania stanowiły ułamki procenta. Najmniejszą grupę stanowili chorzy z przewlekłymi dolegliwościami, które uległy zaostrzeniu w okresie włączenia do badania, najliczniej w tej grupie reprezentowani byli chorzy z całorocznym alergicznym nieżytem nosa (tabela 1). Okres leczenia loratadyną w chwili włączenia pacjentów do badania wynosił od 1 do ponad 3 miesięcy i zależał od rozpoznania. Pacjenci z sezonowym alergicznym nieżytem nosa w niemal 45% przypadków byli leczeni loratadyną w okresie od 4 do 6 tygodni, ale u prawie 20% z nich leczenie prowadzono już ponad 12 tygodni. W przypadku całorocznego alergicznego nieżyty nosa 1/3 badanych stosowała loratadynę przez 4-6 tygodni. Pacjenci z alergicznym nieżytem spojówek najczęściej byli leczeni loratadyną powyżej 12 tygodni (57,59%). Podobnie wśród chorych leczonych z powodu pokrzywki przeważali pacjenci leczeni powyżej 12 tygodni, niemniej ponad 30% stanowili chorzy leczeni od niespełna 6 tygodni. Prawie połowa chorych (49,9%) przed leczeniem loratadyną stosowała w terapii inne substancje czynne, głównie cetyryzynę – ponad 70%, rzadziej klemastynę – niespełna 12% badanych. W żadnym przypadku nie stosowano cypheptadyny, natomiast prometazynę w 0,4% przypadków stosowano jedynie u chorych z całorocznym alergicznym nieżytem nosa. Pacjenci z tym rozpoznaniem byli dominującą grupą w każdej podgrupie wydzielonej ze względu na stosowaną w przeszłości w leczeniu substancję czynną (tabela 2).

Oprócz schorzeń atopowych będących powodem stosowania loratadyny u 34,71% pacjentów rozpoznawano również inne schorzenia będące przyczyną przewlekłego stosowania leków. Prawie 1/3 pacjentów w badanej grupie stosowała dodatkowo jeden lek, 13,52% chorych zażywało dwa inne leki, niespełna 4% pacjentów – 3 leki. Stosowane leki należały do różnych grup terapeutycznych, odnotowano ponad 40 substancji czynnych.

Pacjentom grupy badanej podczas pierwszej wizyty zadano pytanie, czy zdarza się im pomijać dawki loratadyny zlecone w leczeniu, a jeśli tak, to jak często. Regularne stosowanie leku, bez pomijania dawek, deklarowało jedynie 38,04% pacjentów. W pozostałych przypadkach pomijanie kolejnych dawek zdarzało się z różną częstością i z różnie określanych przez pacjentów powodów (pacjent mógł wskazać więcej niż jed-

ną przyczynę). Zebrane informacje wyszczególniono w tabeli 3, zestawiając je z przedziałami wiekowymi pacjentów.

W każdym przypadku określonej częstości pomijania dawki loratadyny największy odsetek w grupie stanowiły osoby poniżej 30. roku życia. Pacjenci w wyższych przedziałach wiekowych wydają się bardziej zdyscyplinowani w zakresie regularnego stosowania leku. Przy rzadkich incydentach pomijania dawki loratadyny najczęstszą przyczyną był pośpiech i zapomnienie, nieco rzadziej pacjenci wskazywali na okresowy brak leku, co łącznie można potraktować jako kwestie organizacyjne. Przy pomijaniu dawki loratadyny 2-3 razy w miesiącu częstą przyczyną była trudność przyjmowania leku o stałej porze czy okresowy brak leku, ale z niemal równą częstością odnotowano odpowiedź na temat okresowego zmniejszenia/ustąpienia dolegliwości, co mogło być przez pacjentów interpretowane jako sygnał, że lek nie musi już być regularnie stosowany. Dla pacjentów pomijających kolejne dawki raz w tygodniu czy nawet częściej najważniejszą okazała się obawa przed wystąpieniem działań ubocznych związanych z długotrwałym stosowaniem tego samego leku. Przyczyna ta wydaje się istotna dla stałego odsetka pacjentów, niezależnie od częstości pomijania dawki. Konieczność równoczesnego stosowania innych leków i chęć zmniejszenia ogólnej ilości zażywanych tabletek poprzez – najprawdopodobniej między innymi – pomijanie dawek loratadyny podkreślał spory odsetek badanych, najczęściej z podgrupy przyznającej się do pomijania dawki loratadyny 2-3 razy w miesiącu; niemniej około 20% chorych rezygnowało z tego powodu z zażywania loratadyny nawet częściej niż raz w tygodniu. Wobec takich opinii zestawiono deklarowane przypadki pomijania dawek loratadyny oraz regularnego stosowania leku zgodnie z zaleceniami z odsetkami pacjentów leczonych tym lekiem z powodu poszczególnych schorzeń atopowych i z rozpoznanymi równocześnie schorzeniami dodatkowymi.

Zdecydowana większość pacjentów obciążonych schorzeniami dodatkowymi pomija zalecane dawki loratadyny, w różnych proporcjach w zależności od lezonego schorzenia atopowego. W grupie pacjentów z rozpoznaniem F48 (inne zaburzenia nerwicowe) leczonych z powodu całorocznego alergicznego nieżyty nosa lub pokrzywki nie stwierdzono ani jednego przypadku regularnego stosowania loratadyny; podobnie jak w grupie

Częstość	A	B	C	D	E	F	Wiek	Odsetek
Rzadko (1 raz w miesiącu)	54,87%	37,97%	25,81%	46,27%	19,23%	20,41%	< 30	24,39%
							30-40	22,44%
							40-50	22,44%
							50-60	13,17%
							60-70	12,44%
							>70	5,12%
2-3 razy w miesiącu	28,09%	41,14%	40,32%	40,30%	36,54%	26,53%	< 30	23,26%
							30-40	16,94%
							40-50	19,6%
							50-60	17,94%
							60-70	13,95%
							>70	8,31%
1 raz w tygodniu	14,42%	19,62%	24,73%	10,45%	23,08%	26,53%	<30	34,32%
							30-40	15,38%
							40-50	17,75%
							50-60	11,24%
							60-70	17,75%
							>70	3,55%
Częściej niż 1 raz w tygodniu	2,62%	1,27%	9,14%	2,99%	21,15%	26,53%	<30	26,53%
							30-40	18,37%
							40-50	18,37%
							50-60	20,41%
							60-70	4,08%
							>70	12,24%

A – pośpiech i zapomnienie; B – trudność w przyjmowaniu leku o stałej porze; C – okresowe ustąpienie/zmniejszenie dolegliwości; D – okresowy brak leku; E – konieczność stosowania kilku leków równocześnie, chęć zmniejszenia liczby przyjmowanych tabletek; F – obawa przed działaniami ubocznymi przy długim stosowaniu tego samego leku.

Tabela 3. Częstość i przyczyny pomijania dawek loratadyny, deklarowane w trakcie pierwszej wizyty, w zestawieniu z wiekiem pacjentów

pacjentów z rozpoznaniem N40 (rozrost gruczołu krokowego). Około 90% pacjentów z niedoczynnością tarczycy (E03) i przewlekłą chorobą niedokrwinną serca również stosowało loratadynę nieregularnie, być może traktując problem choroby atopowej jako mniej istotny wobec już rozpoznanych problemów zdrowotnych. Pacjenci z rozpoznaniem K29 (przewlekłe zapalenie żołądka i dwunastnicy) pomijali dawki loratadyny w ponad 85% przypadków, wysoce prawdopodobne jest unikanie przez tych chorych stosowania leków doustnych, kiedy tylko uznają je za niekonieczne ze względu na niewielkie nasilenie dolegliwości. Wszyscy chorzy z rozpoznaniem wrzodem dwunastnicy (K26), którzy byli równocześnie leczeni z powodu całorocznego alergicznego nieżyty nosa, zgłosili pomijanie zaleconych dawek loratadyny. Podobnie wysoki odsetek (około 80%) pomijania dawek loratadyny stwierdzono w grupie chorych z dolegliwościami z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa (M47) oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (J44). Wyjątkową grupę stanowili chorzy z chorobą nadcisnieniową z zajęciem serca (I11), którzy w niemal 95% regularnie stosowali loratadynę.

Przeanalizowano następnie poglądy pacjentów na temat tego, czy leczenie loratadyną może być okresowo przerywane bez ujemnych skutków zdrowotnych, a jeśli

tak, to z jaką częstością. Odpowiedzi na tak zredagowane pytanie zestawiono ze schorzeniem, z powodu którego włączono leczenie loratadyną, i zebrano w tabeli 4. Uzyskane opinie w przeważającej mierze dokumentują przekonanie większości pacjentów o zasadności stałego stosowania loratadyny, o ile takie zalecenie zostało wydane, przy czym najczęściej takie przekonanie wyrażali pacjenci z sezonowym i całorocznym alergicznym nieżytem nosa. Zestawienie tych danych z wynikami zamieszczonymi w tabeli 3 sugeruje nieprzystawanie deklarowanych poglądów do praktyki dnia codziennego. Niemniej pacjenci z całorocznym alergicznym nieżytem nosa oraz alergicznym nieżytem spojówek, którzy powinni stosować lek przewlekłe, częściej wyrażają przekonanie, że można pominąć dawkę raz, a nawet 2-3 razy w miesiącu bez wyraźnych ujemnych skutków zdrowotnych.

Przeprowadzono również analizę częstości opinii wyrażanych przez pacjentów obciążonych schorzeniami dodatkowymi, a więc zmuszonych do równoczesnego stosowania innych leków. Zaskakujące okazało się przekonanie, deklarowane przez 20% chorych z atopowym zapaleniem skóry, że dawkę loratadyny można pominąć częściej niż raz w tygodniu – jest to wynik wyraźnie odznaczający się w całej analizowanej grupie

Opinia na temat leczenia		Sezonowy alergiczny nieżyt nosa	Całoroczny alergiczny nieżyt nosa	Alergiczny nieżyt spojówek	Pokrzywka
Leczenie nie powinno być przerywane	% schorzenia	83,96%	63,39%	55,7%	58,97%
	% całości	25,6%	32,37%	5,9%	4,62%
Można pominąć raz w miesiącu	% schorzenia	7,47%	22,83%	24,05%	17,95%
	% całości	2,28%	11,66%	2,55%	1,41%
Można pominąć 2-3 razy w miesiącu	% schorzenia	6,81%	10,76%	17,72%	19,66%
	% całości	2,08%	5,50%	1,88%	1,54%
Można pominąć średnio raz w tygodniu	% schorzenia	0,22%	1,05%	0,63%	3,42%
	% całości	0,07%	0,54%	0,07%	0,27%
Można pominąć częściej niż raz w tygodniu	% schorzenia	1,54%	1,97%	1,9%	0%
	% całości	0,47%	1,01%	0,2%	0%

Czcionką pobrubioną (bold) wyróżniono opinię powtarzającą się u >10% pacjentów z danym schorzeniem, czcionką pochylą (kursywa) – u >5% całej grupy badanej.

Tabela 4. Opinie pacjentów ze schorzeniami atopowymi na temat możliwej częstości przerywania stosowania loratadyny bez ujemnych skutków zdrowotnych

chorych. Najwyższy odsetek (94,44%) pacjentów przekonanych, że dawki loratadyny nie mogą być pomijane, odnotowano w grupie chorych z rozpoznaniem choroby nadciśnieniowej z zajęciem serca (II1); w niniejszym badaniu okazuje się, iż jest to grupa chorych wysoce zdyscyplinowana, prezentująca wysoką zgodność deklarowanych poglądów z praktyczną ich realizacją.

Lekarz prowadzący leczenie pacjenta, zapoznając się z efektami stosowania zalecanej terapii oraz opinią pacjenta na temat dopuszczalności odstępstwa od zaleczonego schematu terapeutycznego, miał możliwość przekazania choremu dodatkowych informacji na temat jego schorzenia i podstaw terapii, gdyby uznał to za wskazane. Potrzebę taką zdefiniowano w 97,1% przypadków. Dodatkowych informacji udzielano niemal wszystkim pacjentom, niezależnie od rozpoznania choroby atopowej i deklarowanych przekonań na temat optymalnego stosowania loratadyny. W 100% takie informacje uznano za niezbędne dla chorych z pokrzywką.

Wizytę kontrolną realizowano zgodnie z terminem wynikającym z potrzeb klinicznych, stąd w poszczególnych przypadkach odstępstwa między wizytami były zróżnicowane. Nieco ponad połowa wizyt kontrolnych była realizowana w odstępach od 3 do 5 tygodni od wizy-

ty pierwszej, w ponad 75% dotyczyło to chorych przewlekle leczonych, u których doszło do zaostrzenia dolegliwości. Prawie jedna trzecia przypadków to wizyty w czasie krótszym niż 3 tygodnie, w tej grupie największy odsetek stanowili pacjenci, u których schorzenie atopowe rozpoznano po raz pierwszy.

Podczas wizyty kontrolnej pacjenci byli proszeni o subiektywną ocenę aktualnego nasilenia dolegliwości związanych ze schorzeniem atopowym. Oceny obiektywnej dokonywał lekarz prowadzący terapię loratadyną. Zestawienie ocen pacjentów i lekarzy przedstawiono w tabeli 5. W ogromnej większości przypadków odsetki ocen gradacji zmian dolegliwości w obrębie poszczególnych schorzeń były zbieżne, różnice na poziomie 2 punktów procentowych odnotowano jedynie w przypadku całorocznego alergicznego nieżytu nosa, gdzie więcej lekarzy niż pacjentów stwierdziło ustąpienie dolegliwości. Również tylko wśród tych pacjentów – u nieco więcej niż 0,2% chorych – stwierdzono nasilenie dolegliwości w czasie drugiej wizyty. W czasie wizyty kontrolnej wszyscy pacjenci odpowiadali ponownie na pytanie, czy zdarza im się pomijać dawki loratadyny, a jeśli tak, to z jaką częstością. Niepomijanie dawek leku w okresie od 1. wizyty zgłosi-

Dolegliwości:		Sezonowy alergiczny nieżyt nosa		Całoroczny alergiczny nieżyt nosa		Alergiczny nieżyt spojówek		Pokrzywka	
		P	L	P	L	P	L	P	L
ustąpiły	% schorzenia	38,18	40	35,79	37,83	17,8	16,1	27,59	28,74
	% całości	9,48	9,94	18,62	19,66	2,37	2,15	2,71	2,82
zmniejszyły się	% schorzenia	59,55	58,18	61,39	59,57	65,25	66,10	67,82	66,67
	% całości	14,79	14,46	31,94	30,96	8,69	8,81	6,66	6,55
nasiliły się	% schorzenia	-	-	0,22	0,22	-	-	-	-
	% całości	-	-	0,11	0,11	-	-	-	-
nie zmieniły się	% schorzenia	2,27	1,82	2,6	2,39	16,95	17,8	4,6	4,6
	% całości	0,56	0,45	1,35	1,24	2,26	2,37	0,45	0,45

P – oceny pacjenta; L – oceny lekarza.

Tabela 5. Oceny zmian w nasileniu dolegliwości w przebiegu leczenia loratadyną dokonane przez pacjentów i lekarzy prowadzących terapię

		1 raz w miesiącu		2-3 razy w miesiącu		1 raz w tygodniu		Częściej niż 1 raz w tygodniu	
Sezonowy alergiczny nieżyt nosa	w.1	8,07%	47,11%	4,53%	27,94%	2,73%	24,39%	0,47%	0%
	w.2	3,8%		1,27%		0,67%		0%	
Całoroczny alergiczny nieżyt nosa	w.1	14,13%	49,06%	10,27%	27,92%	6,4%	30,21%	1,67%	12%
	w.2	6,93%		2,87%		1,93%		0,2%	
Alergiczny nieżyt spojówek	w.1	2,6%	76,92%	2,8%	30,95%	1,47%	18,18%	0,53%	0%
	w.2	2%		0,87%		0,27%		0%	
Pokrzywka	w.1	2,33%	82,86%	2,4%	13,89%	0,67%	30,00%	0,6%	22,22%
	w.2	1,93%		0,33%		0,2%		0,13%	

w.1 – wizyta 1.; w.2 – wizyta 2.; czcionką pogrubioną (bold) wyróżniono odsetki dotyczące chorych udzielających podczas 2. wizyty takich samych odpowiedzi jak podczas 1., pozostałe wartości procentowe obrazują odsetki badanej populacji.

Tabela 6. Częstość pomijania dawek loratadyny przez chorych ze schorzeniami atopowymi deklarowana w czasie 2. wizyty zestawiona z odpowiedziami uzyskanymi podczas 1. wizyty

to 35,78% pacjentów. Uzyskane odpowiedzi potwierdzające fakt nieregularnego stosowania loratadyny (64,22% grupy badanej) pogrupowano w zależności od schorzenia i częstości pomijania dawki (tabela 6). Różnice pomiędzy kolejnymi wizytami były znamienne istotne ($p < 0,05$). Mimo że w każdej grupie badanych odnotowano istotnie mniejszy odsetek chorych pomijających dawki loratadyny z określoną częstością, część z nich nie zmieniła swoich poglądów i postępowania. Co istotne, w grupie chorych z pokrzywką duży odsetek osób deklarujących pomijanie dawek loratadyny raz w tygodniu bądź częściej nie zmienił swojego podejścia do leku podczas kolejnej wizyty. Wypada dodać, że w tej grupie chorych w każdym przypadku pacjenci otrzymali od lekarza dodatkowe informacje na temat swojej choroby i metod leczenia.

Przeanalizowano również najczęstsze przyczyny pomijania kolejnych dawek loratadyny mające zdaniem pacjenta główny wpływ na brak systematyczności w przyjmowaniu leku. Dane uzyskane podczas 1. i 2. wizyty zestawiono w tabeli 7. Co znaczące, istotnie statystycznie zmniejszyły się wskaźniki przyczyn pomijania dawek leku związanych z organizacją terapii.

Na zakończenie wizyty kontrolnej zarówno pacjenci, jak i lekarze dokonywali oceny, czy ich zdaniem regu-

larne stosowanie loratadyny miało wpływ na zmiany w nasileniu dolegliwości powodowanych przez schorzenia atopowe w poszczególnych przypadkach. Lekarze prowadzący terapię wyrażali takie przekonanie w ponad 98% przypadków, najwyższy odsetek odnotowano w grupie lekarzy prowadzących leczenie sezonowego alergicznego nieżytku nosa. W przypadku każdego analizowanego schorzenia większość pacjentów (96,71% chorych z sezonowym alergicznym nieżytkiem nosa, ponad 97% z całorocznym alergicznym nieżytkiem nosa i alergicznym zapaleniem spojówek oraz ponad 99% z rozpoznaniem pokrzywki) wyrażała przekonanie o pozytywnym wpływie regularnego stosowania leku na nasilenie objawów choroby. Ponownie w części przypadków deklarowane przekonania okazały się nieprzystające do codziennego postępowania.

PODSUMOWANIE

Warunkiem powodzenia leczenia jest systematyczne stosowanie leku zgodnie ze wskazaniem lekarza, czyli adherencja. Bez stałej obecności cząsteczek leku w strukturach wrażliwych na jego oddziaływanie nie można liczyć na efekt terapeutyczny. Jednym z istotnych aspektów leczenia, szczególnie w przypadku schorzeń o charakterze przewle-

Przyczyna pomijania dawki loratadyny	Wizyta 1.	Wizyta 2.
Pośpiech i zapomnienie	37,24%	18,79%*
Trudność w przyjmowaniu leku o stałej porze	10,66%	3,13%*
Okresowe ustąpienie/zmniejszenie dolegliwości	12,46%	2,4%*
Okresowy brak leku	4,46%	1,2%*
Konieczność stosowania kilku leków równocześnie, chęć zmniejszenia ilości tabletek	3,46%	-
Obawy przed ewentualnymi działaniami ubocznymi przy długim stosowaniu tego samego leku	3,26%	-
Ostre zachorowanie i odstawienie loratadyny zalecone przez lekarza na czas innej terapii	-	0%
Ostre zachorowanie i przekonanie pacjenta, że na czas leczenia trzeba odstawić leki stosowane przewlekle	-	0,4%
Rozpoznanie choroby przewlekłej i zalecenie leczenia z wykluczeniem loratadyny	-	0%
Rozpoznanie choroby przewlekłej i przekonanie pacjenta, że lepiej będzie odstawić inne leki	-	0,27%

* Vs wizyta 1. dla $p < 0,05$.

Tabela 7. Przyczyny pomijania dawek loratadyny przez pacjentów ze schorzeniami atopowymi (zestawienie danych z wizyty 1. i 2.)

kłym lub nawracającym, jest stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich. Większość chorych ma problem z systematycznym przyjmowaniem ordynowanych preparatów. Od wielu lat podejmowane są próby naukowego opisu zjawiska i jego znaczenia dla skuteczności terapii⁽⁹⁾.

Zrealizowane badanie obserwacyjne objęło dorosłych pacjentów ze schorzeniami atopowymi leczonych loratadyną. Kryterium włączenia ograniczające grupę badaną do osób dorosłych pozwoliło na eliminację wpływu osób trzecich na analizowane zjawisko (np. wpływ rodziców/opiekunów w przypadku dzieci). Schorzenia atopowe należą do chorób o przewlekłym przebiegu, manifestujących się stałym występowaniem objawów bądź ich okresowymi nawrotami. Są to więc schorzenia, z którymi pacjenci muszą radzić sobie na co dzień. W pewnej liczbie przypadków są one konsekwencją atopii manifestującej się już w dzieciństwie – typowa jest kolejność i progresja objawów od alergii pokarmowej, atopowego zapalenia skóry po astmę oskrzelową i alergiczny nieżyt nosa (konceptcja marszu alergicznego). Wszystkie te przesłanki mogłyby sugerować, że pacjenci wiele wiedzą na temat swoich schorzeń, tym bardziej że wielokrotnie zalecano im regularne stosowanie leków. Teoretyczną słuszność takiego założenia potwierdza zestawienie opinii pacjentów deklarujących przekonanie, że regularne stosowanie leku ma wpływ na nasilenie dolegliwości powodowanych przez schorzenia atopowe.

W analizowanej grupie pacjentów ze schorzeniami atopowymi najczęściej, bo u niemal 45% chorych, rozpoznawaną jednostką chorobową był sezonowy alergiczny nieżyt nosa. Alergiczny nieżyt nosa to częsta choroba występująca w większości krajów świata, cierpi na nią około 500 mln ludzi. Wydaje się, iż jest to konsekwencja narastającej fali chorób atopowych. Zwiększa się również liczba zachorowań na alergiczny sezonowy nieżyt nosa, który coraz częściej obserwuje się w starszych grupach wiekowych. Bożek i wsp. zwracają uwagę na fakt występowania tego schorzenia u pacjentów po 65. r.ż.⁽⁴⁾ W grupie pacjentów objętych badaniem jedną czwartą stanowili dorośli chorzy poniżej 30. r.ż., niemniej w przedziale powyżej 60. r.ż. znalazło się ponad 16% badanych.

Połowa badanych pacjentów (51,07%) była już kolejny raz leczona z powodu schorzenia atopowego, prawie połowa przed leczeniem loratadyną stosowała inne leki rekomendowane w tych schorzeniach. Niezależnie od rozpoznanego schorzenia atopowego większość pacjentów wyrażała opinię, że leczenie loratadyną nie powinno być przerywane. Pogląd taki prezentowało ponad 86% chorych z sezonowym alergicznym nieżytem nosa. Tymczasem wśród chorych z pozostałymi analizowanymi schorzeniami w sporym odsetku (18-24%) pojawiały się opinie, że lek można pominąć średnio raz w miesiącu, a nawet 2-3 razy w miesiącu (10-20%). Regularne stosowanie loratadyny deklarowało podczas 1. wizyty niespełna 40% chorych. Niezależnie od przyczyny pomijania dawki leku największy odsetek wskazań dotyczył

osób poniżej 30. r.ż. W całej grupie badanej u prawie 35% rozpoznano schorzenia towarzyszące, z powodu których pacjenci również stosowali leki w sposób przewlekły. W zestawieniu współistnienia choroby atopowej ze schorzeniami towarzyszącymi i zjawiskiem pomijania dawek bądź regularnego stosowania loratadyny warto podkreślić wynik w podgrupie chorych z astmą oskrzelową – pogląd, że nie należy przerywać leczenia, podzielało tylko 57% pacjentów, natomiast do pomijania dawek leku w praktyce przyznało się niemal 75% chorych. Chorzy z towarzyszącym atopowym zapaleniem skóry w 20% (!) przypadków wyrażali przekonanie, że loratadynę można pominąć nawet częściej niż raz w tygodniu. Istnieje powszechne przekonanie, że badania oparte na gromadzeniu danych na podstawie ankiet zawyżają rzeczywistą wielkość adherencji terapeutycznej. Przy takim założeniu wyniki uzyskane podczas 1. wizyty wydają się jeszcze bardziej niepokojące.

Pytania o regularne stosowanie loratadyny oraz poglądy pacjentów na ten temat były zapewne istotnym czynnikiem mobilizującym lekarza prowadzącego do przekazania pacjentom (można domniemywać, że w wielu przypadkach po raz kolejny) dodatkowych informacji na temat lezonego schorzenia i zasad prowadzenia optymalnej terapii – potrzebę taką stwierdzano w ponad 97% przypadków. Efektem było odnotowane w czasie 2. wizyty znamienne obniżenie odsetka częstości pomijania dawek loratadyny i liczby pacjentów wyrażających pogląd, że pomijanie dawki leku z różną częstością jest dopuszczalne. Znacząco zmniejszyły się również odsetki wskazań przyczyn organizacyjnych jako głównego powodu nieregularnego stosowania leku. Z drugiej strony podczas 2. wizyty odnotowano dane świadczące o tym, że część pacjentów nie zmieniła swojego podejścia do leczenia loratadyną.

Powyższe obserwacje sugerują, że niezależnie od wieku pacjenta, schorzenia podstawowego i chorób towarzyszących istotne dla poprawy adherencji terapeutycznej wśród pacjentów ze schorzeniami atopowymi leczonych loratadyną wydaje się podkreślanie podczas każdej wizyty konieczności regularnego stosowania leku i jego związku z nasileniem dolegliwości⁽¹⁰⁾. *Repetitio mater studiorum est?...*

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Samoliński B., Senatorski G.: Anafilaksja i alergia. W: Chapel H., Haeney M., Misbah S. i wsp. (red. wyd. pol.): Immunologia kliniczna. Czelej, Lublin 2009; 85-102.
2. Bodtger U., Poulsen L.K., Linneberg A.: Rhinitis symptoms and IgE sensitization as risk factors for development of later allergic rhinitis in adults. *Allergy* 2006; 61: 712-716.
3. Duczmal E., Bręborowicz A., Duczmal T.: Marsz alergiczny w okresie dzieciństwa. *Post. Dermatol. Alergol.* 2010; 27: 231-237.
4. Bożek A., Filipowska-Grońska A., Weryńska-Kalemba M., Jarzab J.: Pomiar tlenku azotu u pacjentów z aler-

- gicznym sezonowym nieżytem nosa w różnych grupach wiekowych. *Post. Dermatol. Alergol.* 2010; 27: 96-100.
5. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. i wsp.; World Health Organization; GA(2)LEN; AllerGen: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008; 63 suppl. 86: 8-160.
 6. Podlewski J.K., Chwalibogowska-Podlewska A.: Loratadine. W: *Leki współczesnej terapii*. Wydanie XIX, *Medical Tribune Polska*, 2009: 463.
 7. Kardas P.: Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyną nieskuteczności terapii. *Pol. Merkur. Lekarski* 2003; 9: 732-735.
 8. Morisky D.E., Green L.W., Levine M.: Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care* 1986; 24: 67-74.
 9. Splawiński J., Cessak G.: Systematyczne stosowanie leku – najważniejszy element terapii. *Medycyna po Dyplomie* 2008; 3 suppl.: 4-7.
 10. Haynes R.B., McDonald H.P., Garg A.X.: Helping patients follow prescribed treatment. *Clinical applications. JAMA* 2002; 288: 2880-2883.



Sekcja Dermatologiczna PTA wraz z Kliniką Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed zapraszają lekarzy zainteresowanych problematyką dermatoz alergicznych, a zwłaszcza: alergologów, dermatologów, pediatrów i lekarzy rodzinnych do udziału w

9. Akademii Dermatologii i Alergologii

k która odbędzie się w dniach 7-10.02.2013 r. w Słupsku i w Ustce.

Tematy przewodnie 9. ADA:

- Diagnostyka i terapia chorób alergicznych
- Dermatozy alergiczne w pediatrii, okulistyce, ginekologii i geriatrici
- Atopowe zapalenie skóry
- Wyprysk kontaktowy
- Pokrzywki
- Obrzęk naczynioruchowy
- Astma
- Co nowego w dermatologii klinicznej?
- Pierwotne chłoniaki skóry
- Trądzik
- Zakażenia skóry i ich rola w chorobach alergicznych
- Skuteczne leczenie grzybic przewlekłych
- Łuszczyca jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia?
- Choroby paznokci
- Zdrowe starzenie
- Sucha skóra
- Zmiany barwnikowe
- Jakość życia
- Ciekawe przypadki kliniczne

Patronat: Rektor GUMed, Rektor UM w Łodzi, Rektor UM we Wrocławiu, Prezydent PTA, Krajowi Konsultanci ds. Alergologii i Dermatologii, Prezydent Słupska, Burmistrz Ustki, Starosta Słupski

Organizatorzy: Sekcja Dermatologiczna Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego: prof. Roman Nowicki, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel.: 58 349 25 90 (bezp.), 58 349 25 86 (faks i sekretariat), e-mail: rnowicki@gumed.gda.pl

Biuro Konferencji: OWK JANTAR, ul. Wczasowa 14, 76-270 Ustka, tel. kom.: 505 760 129, tel.: 59 814 40 93, faks 59 814 42 87, e-mail: jantar@ta.pl

Informacje: www.ekonferencje.pl/9ADA