

# Nieszkodliwe schorzenie nerwusów czy śmiertelne niebezpieczeństwo? Ocena poziomu wiedzy mieszkańców Górnego Śląska na temat choroby wrzodowej

Harmless disease or deadly danger?  
– Assessment of Upper Silesia inhabitants'  
level of knowledge regarding peptic ulcers

Anna Jaźwiec, Marta Biernacka, Tomasz Jaźwiec, Mateusz Garus

## STRESZCZENIE

### WSTĘP

Choroba wrzodowa dotyka znacznej części społeczeństwa, a czynniki ryzyka oraz objawy schorzenia wydają się powszechnie znane. Wciąż zdarzają się jednak zgony spowodowane powikłaniami choroby u pacjentów, którzy nie zostali zdiagnozowani lub nie poddali się terapii. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy mieszkańców Śląska na temat tego schorzenia.

### MATERIAŁ I METODY

Przeprowadzono badanie ankietowe wśród 203 przypadkowo wybranych, pełnoletnich mieszkańców Śląska. Kwestionariusz oceniał ogólną wiedzę na temat choroby wrzodowej. Badano umiejętność dopasowania prawidłowej definicji, wskazania czynników predysponujących, bezpośrednich przyczyn powstawania oraz charakterystycznych objawów schorzenia. Ankietowani byli również prośeni o wskazanie sposobów diagnostyki i terapii.

### WYNIKI

Zaledwie 7,9% ankietowanych wskazało prawidłową definicję wrzodu trawiennego. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy między częstością udzielania prawidłowych odpowiedzi zależnie od płci, grupy wiekowej, wykształcenia lub miejsca zamieszkania. Co siódmy badany uznaje, że powikłania choroby wrzodowej nie mogą doprowadzić do śmierci. Zakażenie *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) jest uważane za czynnik patogenetyczny schorzenia przez 42,9% ankietowanych, częściej wymieniane są natomiast: przewlekły stres, dieta i nadużywanie alkoholu.

### WNIOSKI

Niewielki odsetek ankietowanych wskazuje prawidłową definicję wrzodu trawiennego. Mniej niż połowa respondentów dostrzeża bezpośredni wpływ zaka-

Koło Naukowe STN przy Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
Opiekun Koła Naukowego i opiekun pracy:  
dr n. med. Daniel Sabat  
Koło Naukowe STN przy Katedrze Chirurgii Ogólnej Wydziału Gastroenterologicznego w Bytomiu  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
Opiekun Koła Naukowego i opiekun pracy:  
dr n. med. Marek Rudzki

### ADRES DO KORESPONDENCJI:

Stud. Anna Jaźwiec  
Koło Naukowe STN przy Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
ul. 3 Maja 13/15  
41-800 Zabrze  
tel. +48 32 370 45 41, 607 718 117  
e-mail: annarepelewicz@gmail.com

Ann. Acad. Med. Siles. 2013, 67, 1, 13–22  
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny  
w Katowicach  
ISSN 0208-5607

żenia *H. pylori* na powstawanie wrzodów żołądka. Większość ankietowanych zdaje sobie sprawę z ryzyka, jakie niosą ze sobą powikłania choroby wrzodowej.

#### SŁOWA KLUCZOWE

choroba wrzodowa, wrzód trawienny, *Helicobacter pylori*

### ABSTRACT

#### INTRODUCTION

Peptic ulcers affect a large part of the general adult population. The associated risk factors and symptoms seem to be widely known. Nevertheless, deaths due to complications of undiagnosed or inappropriately treated peptic ulcers remain relatively frequent. The aim of this study was to assess the level of Upper Silesia inhabitants' knowledge of the disease.

#### MATERIAL AND METHODS

The survey was conducted among 203 randomly selected adult Upper Silesians. The questionnaire assessed the general knowledge about ulcers. The respondents were asked to indicate the definition, predisposing factors, direct causes and characteristic symptoms of the disease. They also had to choose the applicable diagnostic methods and therapies.

#### RESULTS

Only 7.9% of respondents defined peptic ulcers correctly. There were no statistically significant differences in the frequencies of correct answers between the group of sex, age, education level or place of living. Every seventh person claimed that the complications of peptic ulcers cannot lead to death. *Helicobacter pylori* infection was recognized as a main pathogenetic factor only by 42.9% of respondents. Instead, respondents chose inappropriate diet, chronic stress and alcohol abuse as the main causes of peptic ulcers.

#### CONCLUSIONS

Few respondents are able to identify the correct definition of a peptic ulcer. Less than half of the respondents recognize the direct contribution of *Helicobacter pylori* infection to gastric ulcer formation. The majority is aware of the risks posed by the complications of peptic ulcers.

#### KEY WORDS

peptic ulcer, gastric ulcers, *Helicobacter pylori*

### WSTĘP

Prawidłowa edukacja pacjenta w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów chorobowych, a także czynników predysponujących, zwiększa szansę, że w razie zachorowania zgłosi się on do lekarza, zanim rozwiną się u niego niebezpieczne dla życia powikłania.

Wrzód trawienny wydaje się jednym z najlepiej rozpoznawalnych społecznie schorzeń. Jego powszechne występowanie oraz stała obecność w mediach licznych kampanii reklamowych, promujących leki na

nadkwasotę, sprzyjają popularyzacji wiedzy na temat schorzenia. Równolegle jednak z rzetelną wiedzą medyczną rozprzestrzeniają się w społeczeństwie mity i zafałszowane dane na temat choroby. Wciąż dochodzi do rozwoju powikłań u chorych w wyniku braku diagnozy czy też prowadzenia samodzielnej, nieodpowiedniej terapii [1].

Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy ogólnej na temat choroby wrzodowej wśród przypadkowo wybranych osób, niezwiązanych zawodowo z medycyną. Oczekiwano odpowiedzi na pytanie, jak kształtuje się owa wiedza w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania ankietowanych.

## MATERIAŁ I METODY

Przeprowadzono badanie ankietowe wśród 203 pełnoletnich mieszkańców Śląska, niezwiązanych zawodowo z medycyną. Ankiety przeprowadzane były metodą bezpośredniego kontaktu z przypadkowo wybranymi przechodniami na terenie Zabrze oraz Częstochowy. Respondenci byli proszeni o samodzielne wypełnienie kwestionariuszy na przygotowanym wcześniej stanowisku, bez posiłkowania się jakimikolwiek dodatkowymi źródłami informacji.

Na podstawie pytań zawartych w kwestionariuszu oceniano stan ogólnej wiedzy na temat choroby wrzodowej. Badano umiejętność dopasowania prawidłowej definicji, wskazania czynników predysponujących, bezpośrednich przyczyn powstawania oraz charakterystycznych objawów schorzenia. Ankietowani byli również proszeni o wskazanie specjalności lekarskiej zajmującej się leczeniem schorzenia, sposobów jego diagnostyki i terapii.

Uzyskane wyniki poddano analizie za pomocą programu STATISTICA. Do oceny istotności statystycznej różnic w odpowiedziach udzielanych przez przedstawicieli poszczególnych grup, wykorzystano test  $\chi^2$ .

Respondentów przyporządkowano do trzech grup wiekowych: 35 lat, 35–60 lat oraz > 60 lat.

Podział dotyczył również płci – kobiety/mężczyźni, miejsca zamieszkania – wieś/miasto, a także poziomu wykształcenia – < wyższe/wyższe.

## WYNIKI

Wśród ankietowanych 9% stanowiły osoby cierpiące na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy. Pierwszym zadaniem, o którego wykonanie proszeni byli respondenci, było wybranie spośród podanych opisów prawidłowej definicji wrzodu trawiennego. Prawidłowej odpowiedzi, tj. „ubytek błony śluzowej i głębszych warstw ściany żołądka”, udzieliło 7,9% ankietowanych.

Profile ankietowanych oraz ich odpowiedzi ilustrują ryciny 1–5.

Bezpośrednią przyczyną powstawania wrzodów trawiennych są: obecność *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) w błonie śluzowej żołądka, przewlekłe przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) oraz skłonności genetyczne. Istnieje również wiele czynników predysponujących do wystąpienia choroby, takich jak: nieprawidłowa dieta, stres, chemioterapia czy wiek pacjenta > 60 roku życia [2].

Pytanie wielokrotnego wyboru umożliwiło respondentom wyróżnienie czynników uznanych przez nich za bezpośrednią przyczynę wystąpienia choroby wrzodowej. Wymienione wcześniej trzy główne

czynniki, będące bezpośrednią przyczyną zachorowania, zostały zaznaczone równocześnie przez jedną osobę jedynie w 24 przypadkach. Wśród tych respondentów było 13 kobiet (13,5% wszystkich kobiet respondentek) i 11 mężczyzn (10,3% wszystkich ankietowanych mężczyzn).

Najczęściej zaznaczanymi czynnikami, a więc tymi, które zdaniem najliczniejszej grupy respondentów odpowiadają bezpośrednio za powstawanie wrzodów trawiennych, były: przewlekły stres, nieprawidłowa dieta oraz nadużywanie alkoholu. Wybór czynników przez ankietowanych ilustruje rycina 6.

Wśród respondentów, którzy uznali infekcję *H. pylori* za bezpośrednią przyczynę powstawania wrzodów trawiennych, wykazano istotną statystycznie różnicę w między osobami < 60 roku życia a przedstawicielami najstarszej grupy wiekowej: młodszy ankietowani częściej mieli świadomość wpływu wspomnianej bakterii na patogenezę choroby wrzodowej ( $p = 0,0285$ ). Pomiędzy przedstawicielami grup wiekowych I i II nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w częstości udzielania poprawnej odpowiedzi ( $p = 0,9923$ ).

Również przedstawiciele osób o wyższym wykształceniu częściej wybierali ten czynnik niż osoby o wykształceniu niższym ( $p = 0,0002$ ).

Wśród ankietowanych > 60 roku życia zaobserwowano większą skłonność do wskazywania nikotynizmu jako bezpośredniej przyczyny powstawania wrzodów trawiennych niż w najmłodszej grupie wiekowej ( $p = 0,0002$ ). Również częstość wybierania tego czynnika w grupie badanych > 60 roku życia była istotnie statystycznie wyższa niż w grupie II ( $p = 0,0277$ ).

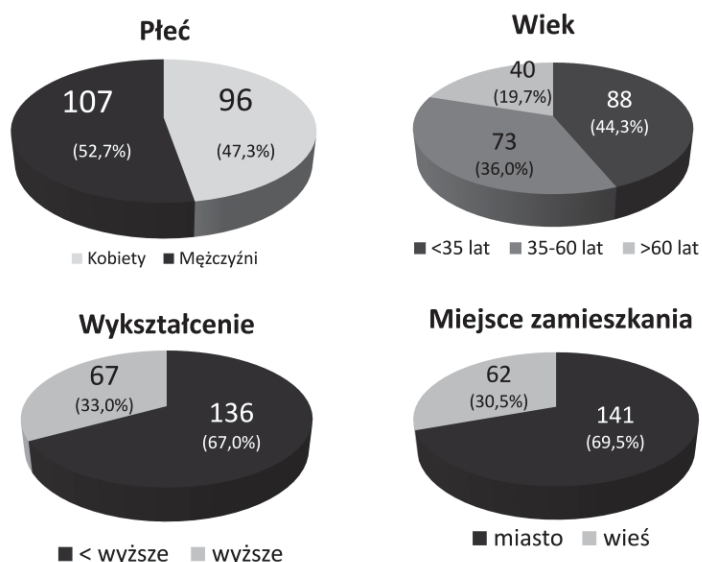
Analiza ankiet wykazała też, iż jedyna statystycznie istotna różnica w częstości zaznaczania odpowiedzi między kobietami i mężczyznami dotyczyła przewlekłego stresu. Mężczyźni zaznaczali ten czynnik statystycznie częściej ( $p = 0,027$ ).

Najmłodsza grupa wiekowa zaznaczała istotnie częściej niż grupa środkowa takie czynniki, jak skłonności genetyczne ( $p = 0,0402$ ), alkoholizm ( $p = 0,0383$ ), częste picie kawy ( $p = 0,0459$ ) oraz przewlekłe stosowanie NLPZ ( $p = 0,0035$ ).

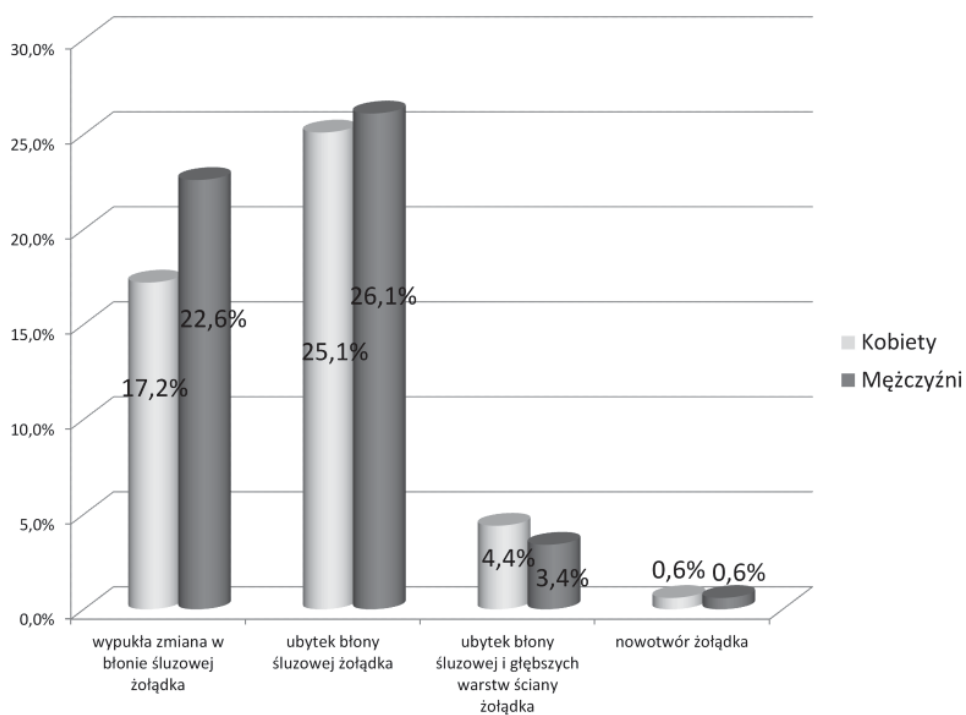
Świadomość możliwości wystąpienia u człowieka bezobjawowej choroby wrzodowej, miało 117 ankietowanych (57,6%), pozostali nie zgadzali się z tym twierdzeniem.

O tym, że specjalistą zajmującym się profesjonalnie omawianym schorzeniem jest gastrolog, wiedziało 96,6% ankietowanych, pozostali wskazali lekarza rodzinnego (3%) lub internistę (0,4%). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w częstości wybierania prawidłowej odpowiedzi między poszczególnymi grupami badanych.

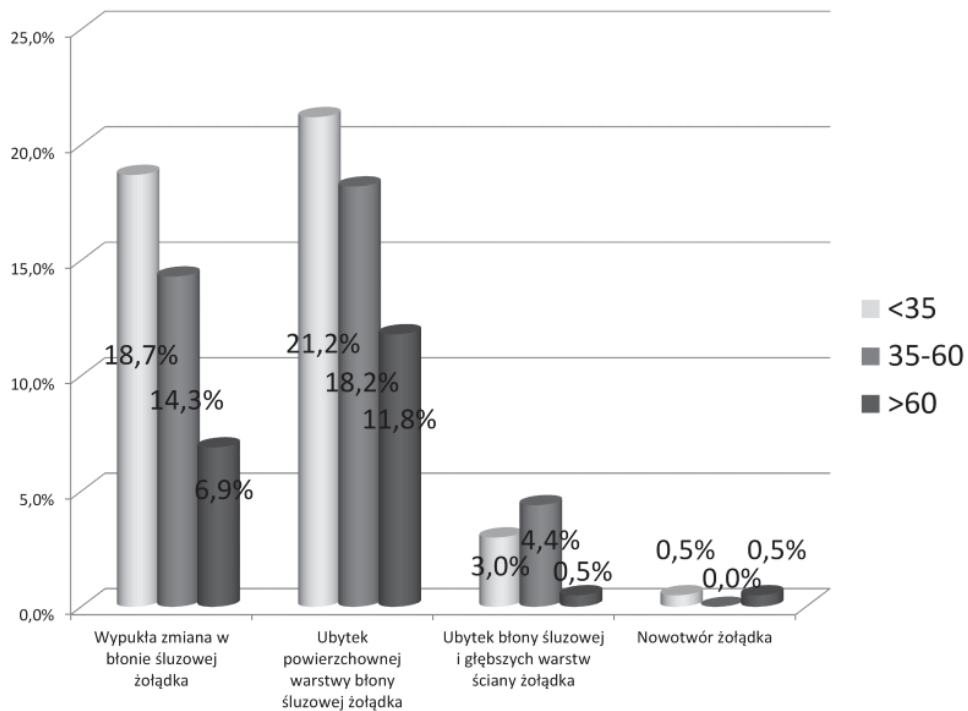
W kolejnym pytaniu ankietowani mieli za zadanie zaznaczyć metody wykrywania choroby wrzodowej, które – ich zdaniem – wykonuje się w celu postawienia diagnozy. Aż 192 respondentów jako metodę wy-



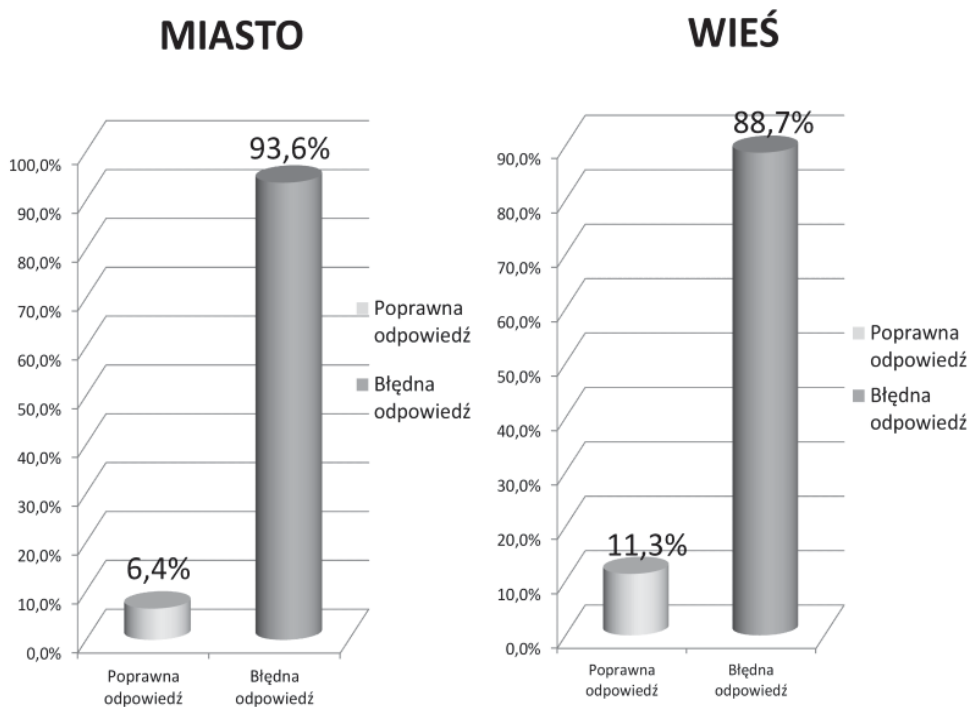
Ryc. 1. Profil ankietowanych – płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania.  
 Fig. 1. Characteristics of survey respondents – sex (female/male), age (< 35/35–60/> 60 years old), education level (< higher/higher), and place of living (city/countryside).



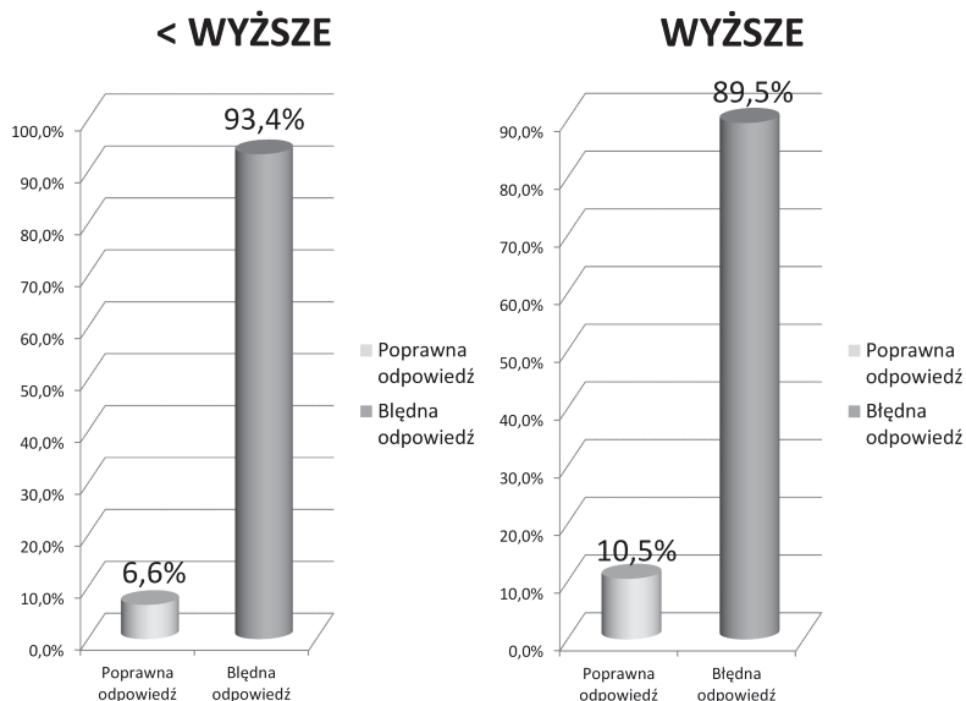
Ryc. 2. Wskazanie przez ankietowanych definicji wrzodu trawiennego – podział według płci. Brak istotnych statystycznie różnic między częstością wybierania odpowiedzi przez przedstawicieli obu płci ( $p = 0,7555$ ).  
 Fig. 2. Number of respondents choosing particular definition of peptic ulcer – breakdown by sex (female/male). Possible answers – convex change in gastric mucosa/loss of gastric mucosa/loss of mucosa and deeper layers of stomach wall/stomach cancer. There are no statistically significant differences in frequencies of given answers between representatives of both genders ( $p = 0,7555$ ).



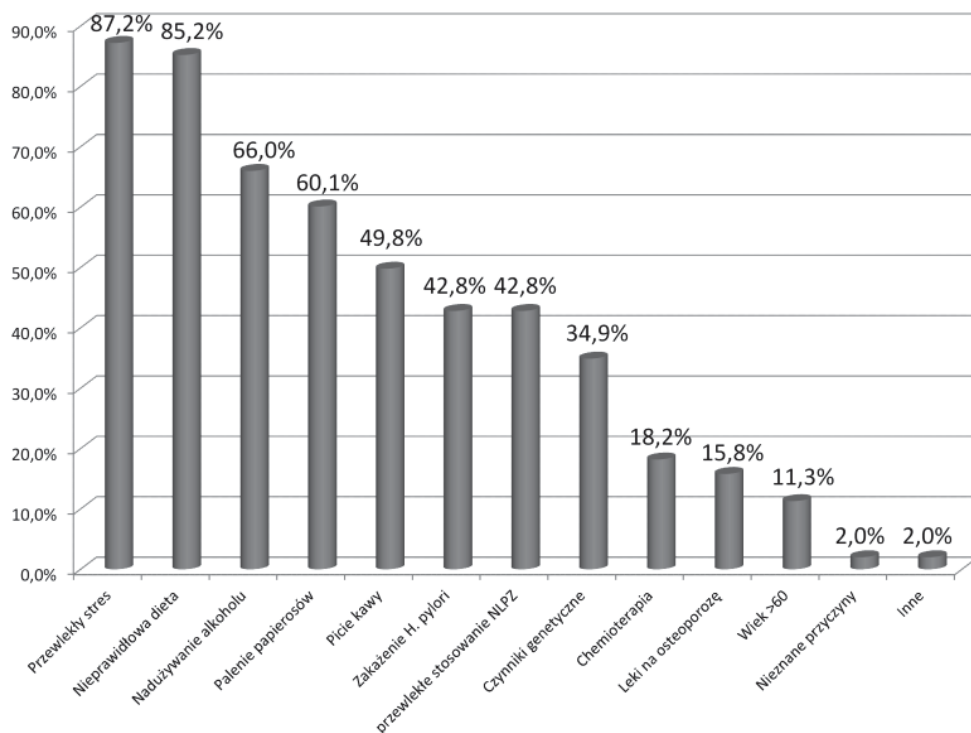
Ryc. 3. Wskazanie przez ankietowanych definicji wrzodu trawiennego – podział według grupy wiekowej. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między częstością wybierania odpowiedzi przez przedstawicieli poszczególnych grup wiekowych ( $p = 0,4058$ ).  
 Fig. 3. Number of respondents choosing particular definition of peptic ulcer – breakdown by age; there are no statistically significant differences ( $p = 0,4058$ ).



Ryc. 4. Procent poprawnych odpowiedzi na pytanie o definicję wrzodu trawiennego zależnie od miejsca zamieszkania; różnice w częstości udzielania poprawnej odpowiedzi nie są istotne statystycznie ( $p = 0,2320$ ).  
 Fig. 4. Percentage of respondents from city and countryside choosing correct definition of peptic ulcer (correct/wrong answer); no statistically significant differences ( $p = 0,2320$ ).



Ryc. 5. Procent poprawnych odpowiedzi na pytanie o definicję wrzodu trawiennego zależnie od wykształcenia; różnice w częstości udzielania poprawnej odpowiedzi nie są istotne statystycznie ( $p = 0,3409$ ).  
 Fig. 5. Percentage of respondents with < higher and higher education, choosing correct definition of peptic ulcer (correct/wrong answer); no statistically significant differences ( $p = 0,3409$ ).



Ryc. 6. Procent ankietowanych zaznaczających poszczególne czynniki, jako bezpośrednie przyczyny powstawania wrzodów trawiennych.  
 Fig. 6. Number of respondents indicating particular factors as direct causes of peptic ulcers. Possible answers – chronic stress/inappropriate diet/alcohol abuse/smoking/drinking coffee/H. pylori infection/chronic use of NSAIDs/genetic factors/chemotherapy/medicines for osteoporosis/age > 60/unknown causes/other.

krywania choroby wybrało badanie gastroscopowe, wielu zaznaczało równocześnie inne metody diagnostyczne. Ogółem 14 ankietowanych uważało, że chorobę wrzodową można zdiagnozować za pomocą badania krwi, zdaniem 15 – rolę tę pełni RTG klatki piersiowej, 4 zaznaczyło badanie płwociny, a 50 analizę wycinka błony śluzowej żołądka/dwunastnicy.

Na pytanie, czy uregulowanie diety oraz spożywanie przetworów mlecznych jest wystarczającą terapią w chorobie wrzodowej, przeważająca większość respondentów udzieliła odpowiedzi negatywnej, jednak 38 ankietowanych (20 kobiet, 18 mężczyzn) było przeciwnego zdania, twierdząc, iż modyfikacja diety jest terapią niewymagającą dodatkowych działań medycznych.

Wykazano, że mieszkańcy wsi istotnie statystycznie częściej niż mieszkańcy miasta ( $p = 0,0125$ ) wybierali modyfikację diety jako niezależną metodę terapii schorzenia. Zaobserwowano również różnicę w częstości zaznaczania tej odpowiedzi między osobami < 35 roku życia a starszymi grupami wiekowymi ( $p = 0,0067$ ). Najmłodszy respondenci rzadziej zgadzali się z możliwością leczenia schorzenia jedynie przez zmiany w sposobie żywienia.

Farmakoterapia choroby wrzodowej składa się z podaży leków zobojętniających HCl, inhibitorów pompy

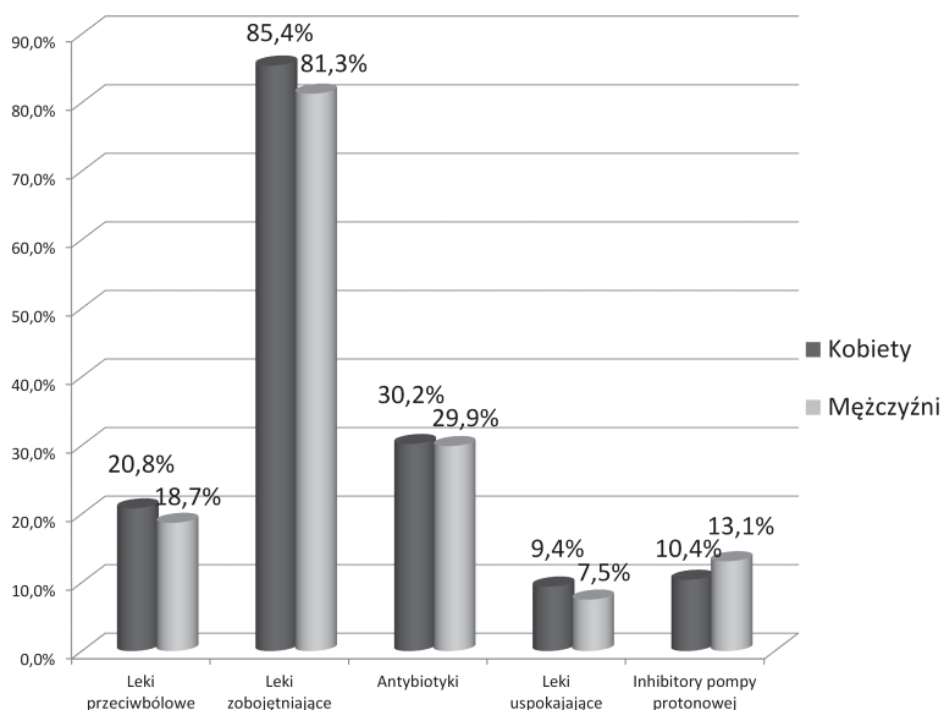
protonowej oraz eradykacji *H. pylori* (antybiotykoterapia). W pytaniu wielokrotnego wyboru 30,1% badanych wybrało jako terapię choroby wrzodowej antybiotyki. Odpowiedzi tej częściej udzielali przedstawiciele I grupy wiekowej niż pozostali respondenci ( $p = 0,0861$ ).

Profil odpowiedzi na pytanie o stosowane w chorobie leczenie zależnie od płci respondentów ilustruje rycina 7.

Ostryymi powikłaniami choroby wrzodowej są przede wszystkim krwotoki z przewodu pokarmowego oraz perforacja żołądka, natomiast do przewlekłych zaliczamy zwężenie drogi odpływu pokarmu z żołądka oraz (wg niektórych publikacji) zmiany nowotworowe w obrębie pierwotnych owrzodzeń [3].

Ankietowani proszeni o wskazanie powikłań choroby wrzodowej, najczęściej wymieniali krwotok (90,6%) oraz nowotwór (62,6%). Pozostałe powikłania – perforacja oraz zwężenie odźwiernika – uzyskały kolejno 44,3% oraz 14,3%. Zdaniem 15,3% ankietowanych, powikłaniem choroby wrzodowej może być również zanik zdolności trawienia.

Na pytanie, czy możliwy jest zgon chorego w wyniku rozwoju powikłań omawianego schorzenia, twierdząco odpowiedziało 84,7%, zaś 15,3% uznało, że zdarzenie takie nie może mieć miejsca.



Ryc. 7. Wybór leku niezbędnego w trakcie terapii choroby wrzodowej – podział według płci ankietowanych. Brak istotnych statystycznie różnic między częstością wybierania odpowiedzi przez przedstawicieli obu płci.

Fig. 7. Number of respondents choosing particular treatment for peptic ulcers – breakdown by sex (female/male). Possible answers – analgesics/antacids/antibiotics/sedatives/proton pump inhibitors. There are no statistically significant differences.



## DYSKUSJA

Według oficjalnych danych dotyczących choroby wrzodowej w Polsce, szacuje się, że dotyka ona 5–10% populacji dorosłej [2]. Wynik uzyskany w niniejszej pracy, odnoszący się do populacji Górnego Śląska, mieści się w zaznaczonych granicach i wynosi 9% dla ankietowanych w wieku 18–82 lat.

Owrzodzeniem żołądka lub dwunastnicy nazywa się utratę tkanki w ścianie danego odcinka przewodu pokarmowego, sięgającą błony mięśniowej. Zgodnie z wynikami ankiety, taką definicję wrzodu trawiennego znało niecałe 8% badanych. Przeważająca większość za prawidłową definicję wrzodu żołądka uznała „ubytek powierzchniowej warstwy błony śluzowej żołądka”, co było odpowiedzią niepoprawną. Zmiana taka bowiem nazywa się nadżerką, a choroba związana z jej występowaniem to nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka [4]. Najczęściej wybierana przez respondentów definicja jest jednak znacznie bliższa rzeczywistej definicji niż pozostałe błędne możliwości. Podkreśla również istotę schorzenia, którą stanowi niszczenie warstw ściany żołądka przez czynniki chemiczne [4].

Interesujący jest fakt, iż 40% ankietowanych uważało wrzód żołądka za wypukłą zmianę zlokalizowaną w błonie śluzowej żołądka.

Warto zwrócić uwagę, iż nie wykazano żadnych istotnych statystycznie różnic w częstości udzielania prawidłowej odpowiedzi na pytanie o definicję wrzodu trawiennego między poszczególnymi grupami. Można więc przypuszczać, że znajomość definicji wrzodu trawiennego nie różni się w zależności od płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia.

Analiza prac publikowanych w bazie MEDLINE w latach 1989–2004, przeprowadzona na Uniwersytecie w Atenach, dowiodła, iż zakażenie *H. pylori*, a także przyjmowanie NLPZ są niezależnymi czynnikami ryzyka powstawania wrzodów trawiennych. Łączna liczba 10 146 pacjentów objętych analizą pozwoliła stwierdzić również, że czynniki te działają synergistycznie w procesie tworzenia się owrzodzeń żołądka i dwunastnicy [5].

Według respondentów ankiety przeprowadzonej w niniejszej pracy, zakażenie *H. pylori* oraz przewlekłe stosowanie NLPZ znalazły się ex aequo dopiero na 6 miejscu wśród czynników bezpośrednio wpływających na powstawanie wrzodów żołądka i dwunastnicy. Wyprzedziły je: przewlekły stres, nieprawidłowa dieta, nadużywanie alkoholu, a także palenie papierosów i picie kawy. Profil odpowiedzi udzielanych na pytanie odnoszące się do etiologii choroby wrzodowej zwraca uwagę na zróżnicowanie poziomu wiedzy pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi. W tym kontekście warto przywołać historyczne losy procesu poznawania etiologii oraz patogenezy scho-

żenia. Grupa ankietowanych powyżej 60 roku życia to przedstawiciele grupy społecznej (niezwiązanej zawodowo z medycyną), którzy edukację dotyczącą zdrowia człowieka ukończyli przed 1969 r. W tym okresie popularne było wciąż twierdzenie Karola Schwartza *no acid, no ulcer*, a powstawanie choroby wrzodowej łączono przede wszystkim z nadmiernym wydzielaniem kwasu żołądkowego. Terapia ograniczała się głównie do leków neutralizujących. Przełomowe odkrycie wpływu zakażenia *H. pylori* na powstawanie wrzodów trawiennych w latach osiemdziesiątych XX wieku spowodowało radykalną zmianę w sposobie myślenia dotyczącym możliwych sposobów terapii. Pojawiły się propozycje stosowania antybiotykoterapii w celu usunięcia szkodliwej bakterii [6]. Przedstawiciele grupy wiekowej 36–60 ukończyli swą edukację dotyczącą zdrowia człowieka między 1970 a 1995 r., czyli częściowo w czasie, gdy udział *H. pylori* w patogenie schorzenia był już znany. Najmłodsza grupa wiekowa ankietowanych ukończyła edukację zdrowotną między 1996 a 2011 r., gdy udział *H. pylori* w patogenie choroby wrzodowej był już udowodniony wieloletnimi badaniami i popularyzowany w podręcznikach do nauki biologii. Ustanowione zostały również schematy leczenia zakażenia oparte na wielolekowej terapii przeciwbakteryjnej [7].

Przytoczone tu uwarunkowania historyczne znalazły odzwierciedlenie w wynikach niniejszej ankiety. Nie odnotowano wprawdzie istotnej statystycznie różnicy w częstości wybierania *H. pylori* jako bezpośredniej przyczyny powstawania wrzodów trawiennych pomiędzy grupami wiekowymi I i II, jednak wykazano, iż przedstawiciele obu tych grup istotnie statystycznie częściej wybierali *H. pylori* jako czynnik etiologiczny choroby wrzodowej niż ankietowani powyżej 60 roku życia.

Badanie ankietowe przeprowadzone w 1997 r. w USA, ukazało, że mimo społecznych kampanii informacyjnych jedynie 27% obywateli miało świadomość związku zakażenia *H. pylori* i powstawania wrzodów trawiennych [8]. W niniejszej ankiecie odsetek wszystkich respondentów świadomych istnienia takiego związku wyniósł 42,9%.

W ciągu lat pojawiało się wiele różnorodnych hipotez odnoszących się do wpływu diety na rozwój choroby [6]. Aż 85,2% ankietowanych wybrało spośród podanych czynników nieuregulowaną dietę, jako bezpośrednią przyczynę powstawania wrzodów żołądka.

Zgodnie z prospektywnym badaniem związku choroby wrzodowej z paleniem tytoniu, dietą, oraz przyjmowaniem alkoholu, opublikowanym przez naukowców z Honolulu, obserwuje się pewne zależności między rodzajem i sposobem przyjmowania pokarmu a pojawieniem się wrzodu trawiennego. Według omawianej pracy, ryzyko pojawienia się wrzodów żołądka było powiązane z używaniem soli kuchennej, natomiast wrzody dwunastnicy pojawiały się częściej u osób



jedzących pieczywo rzadziej niż dwa razy dziennie. Naukowcy nie odnotowali jakiegokolwiek wpływu ochronnego mleka na błonę śluzową przewodu pokarmowego [9], jednak najnowsze doniesienia wskazują, że przetwory mleczne, takie jak jogurt zawierający szczep *Lactobacillus Gasperii*, mogą pozytywnie wpływać na proces gojenia się owrzodzeń trawiennych, a więc mieć istotny wpływ na leczenie choroby [10]. Również dieta bogata w błonnik oraz witaminę A zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę wrzodową, natomiast spożywanie alkoholu, kofeiny, dużych ilości białka i tłuszczu zwierzęcego zwiększa to ryzyko [11].

Mimo kolejnych doniesień, terapia choroby wrzodowej wciąż oparta jest na przyjmowaniu leków chemicznych. Regulacja diety jest uważana za działanie dodatkowe, które może pozytywnie wpłynąć na proces leczenia. Tymczasem niemal co piąty ankietowany w niniejszym badaniu stwierdził, iż modyfikacja diety i spożywanie przetworów mlecznych w chorobie wrzodowej jest terapią niewymagającą jakichkolwiek dodatkowych działań medycznych. Częściej odpowiadali w ten sposób mieszkańcy wsi niż mieszkańcy miasta oraz osoby powyżej 35 roku życia.

Wrzód trawienny jest schorzeniem, które nie zawsze objawia się bólem lub innymi dolegliwościami. Zdara się, że pacjent przez długi czas nie odczuwa symptomów choroby, a pierwszym widocznym objawem staje się dopiero zagrażające życiu powikłanie. Szczególnie narażeni na taki przebieg choroby są ludzie starsi, przyjmujący NLPZ [3]. Naukowcy z wydziału medycyny rodzinnej Szpitala w Kaohsiung na Tajwanie określili częstość występowania asymptomatycznego wrzodu trawiennego w społeczeństwie tajwańskim. Wnioski z pracy wskazują, iż na wrzód ten może cierpieć nawet 9,4% osób, nieprezentujących objawów klinicznych [12].

Niepokojący jest fakt, iż w niniejszej pracy aż 42,4% ankietowanych nie uznaje możliwości wystąpienia takiej odmiany choroby wrzodowej.

Leczenie schorzenia, prócz eradykacji patogennej bakterii, opiera się głównie na terapii inhibitorem pompy protonowej (IPP). Stosowane są również leki zobojętniające kwas żołądkowy. Ankietowani z najwyższą częstotliwością zaznaczali leki zobojętniające kwas żołądkowy, natomiast IPP zaznaczyło jedynie 11,8% badanych. Niepokojący wydaje się fakt, iż niemal co piąty respondent leczyłby chorobę wrzodową lekami przeciwbólowymi, a przecież leki te

należą do głównych, bezpośrednich czynników etiologicznych choroby wrzodowej [5].

Aż 84,7% ankietowanych wie, że powikłania choroby wrzodowej mogą prowadzić do śmierci, wciąż jednak niewiele osób ma świadomość niebezpieczeństwa zagrażającego chorym na wrzód trawienny. Koniecznością wydaje się prowadzenie akcji uświadamiających społeczeństwo w celu zapobiegania rozwojowi śmiertelnych powikłań choroby wrzodowej, wynikających z niewiedzy oraz braku odpowiedniej diagnostyki i leczenia.

## WNIOSKI

1. Umiejętność wybrania prawidłowej definicji wrzodu trawiennego spośród podanych propozycji jest u badanych mieszkańców Górnego Śląska niska i nie różni się istotnie w poszczególnych grupach, co może świadczyć o konieczności wprowadzania akcji informacyjnych we wszystkich środowiskach społecznych.
2. W społeczeństwie wciąż funkcjonuje wiele mitów dotyczących omawianego schorzenia. Wybór nieprawidłowej diety, przewlekłego stresu oraz nadużywania alkoholu, jako głównych, bezpośrednich przyczyn powstawania choroby wrzodowej świadczą o braku dostępu do rzetelnych informacji dotyczących schorzenia.
3. Osoby < 60 roku życia, kształtujące swoje pojęcie o świecie i zjawiskach przyrodniczych w czasie, gdy wiedza dotycząca choroby wrzodowej stała się głębsza i łatwiej dostępna, mają większą świadomość udziału zakażenia *H. pylori* w patogenie schorzenia.
4. Osoby o wyższym wykształceniu częściej mają świadomość wpływu patogenu na genezę choroby.
5. Nie istnieją statystycznie znamienne różnice w zakresie poziomu wiedzy na temat choroby wrzodowej pomiędzy mężczyznami i kobietami.
6. Osoby < 35 roku życia wykazują najwyższą świadomość dotyczącą konieczności stosowania terapii chemicznej w chorobie wrzodowej. Osoby starsze częściej skłaniają się ku możliwości prowadzenia leczenia jedynie poprzez modyfikację diety.
7. Częstość występowania choroby wrzodowej w populacji Górnego Śląska mieści się w granicach średniej krajowej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Repelewicz A., Biernacka M. Analiza kliniczno-morfologiczna zgonów z powodu krwotoków z owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. The 6<sup>th</sup> International Scientific Conference of Medical Students and Young Doctors, ABSTRACT BOOK, Students' Scientific Society of the Medical University of Silesia 2011, 154.

2. Bartnik W. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. W: A. Szczeklik, Choroby wewnętrzne, Stan wiedzy na rok 2010, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 839-844.

3. De Beaux A.C. Choroby żołądka i dwunastnicy. W: O.J. Garden, Chirurgia, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, 257.

4. Tytgat G.N. Etiopathogenetic principles and peptic ulcer disease classification. *Dig. Dis.* 2011; 29: 454–458.
5. Papatheodoridis G.V., Sougioultzis S., Archimandritis A.J. Effects of *Helicobacter pylori* and nonsteroidal anti-inflammatory drugs on peptic ulcer disease: a systematic review. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2006; 4: 130–142.
6. Kidd M., Modlin I.M. A century of *Helicobacter pylori*: paradigms lost-paradigms regained. *Digestion* 1988; 59(1): 1–15.
7. Rimbara E., Fischbach L.A., Graham D.Y. Optimal therapy for *Helicobacter pylori* infections. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2011; 8: 79–88.
8. Knowledge about causes of peptic ulcer disease – United States, March–April 1997. Centers for Disease Control and Prevention. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 1997; 46(42): 985–987.
9. Kato I., Nomura A.M., Stemmermann G.N., Chyou P.H. A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol, and diet. *Am. J. Epidemiol.* 1992; 135: 521–530.
10. Uchida M., Shimizu K., Kurakazu K. Yogurt containing *Lactobacillus gasseri* OLL 2716 (LG21 yogurt) accelerated the healing of acetic acid-induced gastric ulcer in rats. *Biosci. Biotechnol. Biochem.* 2010; 74(9): 1891–1894.
11. Ryan-Harshman M., Aldoori W. How diet and lifestyle affect duodenal ulcers. Review of the evidence. *Can. Fam. Physician* 2004; 50: 727–732.
12. Wang F.W., Tu M.S., Mar G.Y. i wsp. Prevalence and risk factors of asymptomatic peptic ulcer disease in Taiwan. *World. J. Gastroenterol.* 2011; 17(9): 1199–1203.
13. Ramakrishnan K., Salinas R.C. Peptic ulcer disease. *Am. Fam. Physician* 2007; 76: 1005–1012.