

Pacjent podróżujący w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

prof. dr hab. med. Zbigniew Pawłowski

Uniwersytet Medyczny, Poznań

Medycyna po Dyplomie 2011(20); 6(183): 28-33

Wprowadzenie

Około 1/5 Polaków deklaruje chęć wyjazdu, najczęściej rekreacyjnego, poza granice kraju. Według danych Instytutu Turystyki w Warszawie z 2010 r.¹ za granicę wyjeżdża rocznie ponad 7 mln naszych obywateli, w tym około 10% do rejonów o innych warunkach klimatycznych i sanitarnych, zwanych umownie (aczkolwiek nie zawsze właściwie) tropikiem. Aby zapewnić bezpieczeństwo medyczne dla bardzo dużej liczby podróżujących z całego świata, powstała nowa dyscyplina – medycyna podróży. W Polsce stawia ona dopiero pierwsze kroki,² należy więc liczyć się z tym, że pacjent wracający z podróży w pierwszej kolejności może się zgłosić do gabinetu lekarza rodzinnego lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej innej specjalizacji. W artykule omówiono m.in., jak postępować z takim pacjentem, oraz przedstawiono algorytm decyzyjny.

Kompetencje

Od kilkudziesięciu lat w Polsce działają trzy referencyjne ośrodki kliniczne chorób tropikalnych: w Gdyni, Poznaniu i Warszawie (tab. 1), w których pracuje wyszkolona kadra medyczna. Ośrodki te mają wieloletnie doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorób egzotycznych, zapewniony dostęp do najnowszych technologii diagnostycznych i niezbędnych leków oraz liczne kontakty z zagranicznymi instytutami. W wystarczającym stopniu zabezpieczają one potrzeby krajowe związane z leczeniem pacjentów wymagających hospitalizacji, służą konsultacjami i są zaangażowane w szkolenia przed- i podyplomowe.

Od 2009 roku lekarze, którzy chcieliby się bliżej zająć opieką nad podróżującymi, mogą się ubiegać o certyfikat medycyny podróży (CTM – Certificate of Travel Medicine). Kadra lekarzy mających ten dokument tworzy się powoli. Ponieważ osoby ubiegające się o CTM muszą się wykazać odpowiednim zakresem wiedzy na temat medycyny podróży, przygotowanie do egzaminu (czy to indywidualne, czy na kursach doszkalających) ma w pewien sposób zrównoważyć braki nauczania przedpłomowego w zakresie chorób tropikalnych i uzupełnić niedostateczne szkolenie podyplomowe w tym zakresie.^{2,3}

Gabinety prywatne zajmujące się medycyną tropikalną reprezentują różny stopień kompetencji. Lekarze różnych specjalności, do których zgłaszają się pacjenci podróżujący, muszą umieć udzielić wstępnej pomocy medycznej oraz zróznicować chorobę rodzimą i egzotyczną, a jeśli rozpoznanie i leczenie takiego chorego przekracza ich kompetencje, powinni go skierować do ośrodka specjalistycznego.

Pacjent podróżujący

W przypadku wielu osób (np. marynarzy, dyplomatów, przedstawicieli służb mundurowych i sportowców) podróże stanowią nieodłączny element pracy. Opiekę medyczną zapewnia im instytucja, która wysyła je za granicę. Może się jednak zdarzyć, że taka osoba zachoruje z dala od ośrodka macierzystego. Wtedy zwykle po udzieleniu jej wstępnej pomocy medycznej na miejscu dalszą opiekę powierza się instytucji delegującej.

Często można się spotkać z opinią, że każda osoba wracająca z tropiku powinna być badana. W związku z dużą liczbą osób podróżujących zbiorowo trudno ją jednak wprowadzić w życie. W większości są to osoby młode, zdrowe, które wyjeżdżają masowo w zorganizowanych grupach do ośrodków o względnie dobrych warunkach sanitarnych, często na zasadzie okazji typu last minute, dlatego rzadko przed wyjazdem udają się do poradni medycyny podróży. Za zabezpieczenie ich zdrowia w dużej mierze odpowiadają biura podróży. Osoby te rzadko zwracają się o pomoc do ośrodków opieki zdrowia po powrocie, niemniej powinny wiedzieć, gdzie się zgłosić w razie wystąpienia niepokojących objawów, które mogą mieć związek z przebyciem podróży (tab. 1.).⁴

Przeprowadzenie badania po powrocie z tropiku jest uzasadnione u pacjentów z chorobami układu krążenia, układu oddechowego, z cukrzycą, niedoborami immunologicznymi lub niestabilnością psychiczną. Badanie takie powinno być wykonane w tym samym ośrodku, którego lekarz wykluczał przeciwwskazania do wyjazdu. Należy pamiętać, że u tych pacjentów wcześniejsze choroby mogą się zaostrzyć w związku z dodatkowym wysiłkiem lub wrazeniami związanymi z podróżą, a niekoniecznie z powodu konkretnego egzotycznego czynnika etiologicznego. Z uwagi na znaczne ryzyko nabycia nietypowych chorób egzotycznych bada-

nie warto także przeprowadzić u osób podróżujących indywidualnie, z plecakiem, w niekiedy trudno dostępne rejony świata. Często są to bowiem osoby mało zdyscyplinowane, szukające mocnych wrażeń i nieprzywykłe do dbania o zdrowie. Jeżeli przed wyjazdem skorzystały one z konsultacji lekarskiej lub specjalistycznej, po powrocie badania powinny być przeprowadzone w tym samym ośrodku, a w uzasadnionych przypadkach osoby te należy kierować bezpośrednio do klinik referencyjnych (tab. 1). Osobną grupą osób, które powinny zostać przebadane, są te, które w tropikach przebywały ponad 3 miesiące, np. misjonarze i pracownicy służb mundurowych, oraz imigranci z krajów rozwijających się.⁵

W badaniach wykonywanych po powrocie szczególną uwagę zwraca się na możliwość wystąpienia malarii, gruźlicy, zakażenia HIV, schistosomozy, strongyloidozy, świerzbu i pełzakowicy.

Ryzyko związane z podróżą

Każda podróż wiąże się z pewnym ryzykiem powikłań. Przykładowo lot samolotem, zwłaszcza wielogodzinny, naraża podróżujących na komplikacje związane z zakrzepicą, a także sprzyja zakażeniu wirusami grypy i odry oraz prątkami gruźlicy. W czasie rekreacyjnych podróży statkami wielokrotnie zaś dochodzi do epidemii zakażeń pokarmowych.

W środowisku o odmiennych warunkach sanitarnych i epidemiologicznych podróżujący są narażeni nie tylko na lokalne patogenne czynniki zakaźne, ale również na czynniki niezakaźne, takie jak: zmiana diety, inny klimat, duże nasłonecznienie, znaczna wysokość, brak poczucia bezpieczeństwa osobistego oraz szok kulturowy i zetknięcie się z biedą. W tropiku zwiększone jest też niebezpieczeństwo zarażenia się chorobami występującymi również u nas (np. gruźlica, HIV, wirusowe zapalenia wątroby) lub nabycia zakażenia, którego występowanie w Polsce znacznie się zmniejszyło (m.in. odra, choroba Heinego-Medina, błonica czy dur brzuszny).

Istnieje duża różnica między listą chorób, które występują u podróżujących w czasie pobytu za granicą, a tych obserwowanych po powrocie. W czasie pobytu dominują ostre biegunki, objawy nadmiernego nasłonecznienia lub choroba wysokościowa oraz reakcje alergiczne na ukłucia owadów i pewne składniki diety.⁶ Do najważniejszych i najczęstszych chorób obserwowanych po powrocie należą: gorączka, biegunki i zmiany skórne.⁴

Gorączki po powrocie z tropiku

Gorączka występująca u pacjenta po powrocie z tropiku tylko w około 50% przypadków ma związek z pobytem za granicą.⁷

Tabela 1. Kliniczne ośrodki referencyjne w zakresie medycyny tropikalnej w Polsce⁹

1. Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Katedry Medycyny Tropikalnej i Parazytologii MIMMiT GDU w Gdyni.
Kierownik: dr n. med. Wacław Leszek Nahorski, ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia, tel. 058 699 85 76 lub 699 85 80, fax 58 622 33 54, e-mail: Nahorski@amg.gda.pl
2. Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.
Kierownik prof. dr hab. med. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, tel. 061 869 13 60, 869 13 63, fax 061 869 16 99, e-mail: medtrop@ump.edu.pl, Paul@ump.edu.pl
3. Klinika Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, Wojewódzki Szpital Zakaźny.
Kierownik: p.o. prof. dr n. med. Maria Olszyńska-Krowicka, ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa, tel. 022 33 55 288, fax 022 63 10 534, e-mail: molszynska@zakazny.pl

Gorączki egzotyczne dzieli się na: ogólnoustrojowe (35%), związane z ostrą biegunką (15%), objawami ze strony układu oddechowego (14%) oraz z zakażeniami kontrolowanymi przez szczepienia (WZW, dur brzuszny). Gorączki ogólnoustrojowe występują w przebiegu malarii (21%), dengi (6%), riketsjozy (2%) oraz zakażenia wywołującego się z przewodu pokarmowego (2%).⁵

Nadal trudno określić tło etiologiczne około 22% przypadków gorączki. Sprawiają one duże problemy diagnostyczne, ponieważ nie poddają się próbom wykluczenia znanych patogenów. Przyjmuje się, że powodem gorączek o nieznanym podłożu mogą być trudne do rozpoznania zakażenia (30-40%), choroby nowotworowe (20-30%), choroby wielonarządowe, w tym kolagenozy, niektóre choroby autoimmunologiczne (10-15%) oraz inne, w tym granulatozy, a także gorączki polekowe i emocjonalne.

Pewnymi wskazówkami w rozpoznawaniu tła gorączki po pobyciu w tropiku są: jej przebieg i tor gorączkowy oraz objawy towarzyszące.⁸ Na przykład gwałtowny początek wysokiej gorączki charakteryzuje dengę, ciągły przebieg występuje w zapaleniu płuc lub mózgowia, w durach i riketsjozach, przerywany – w malarii (nie zawsze), nawracający – w gruźlicy, gorączkach powrotnych, ziarnicy Hodgkina i brucellozie.

Gorączka rzadko jest objawem występującym samoistnie. Gorączka z biegunką występuje w malarii (zwłaszcza u dzieci), durach, shigelozach, salmonellozach, wirusowych zapaleniach wątroby i powikłaniach pełzakowicy. Gorączka z hepatomegalią

lub splenomegalią towarzyszy malarii, leiszmaniozie trzewnej, pełzakowicy pozajelitowej, boreliozie i brucellozie. Gorączka z limfadenopatią występuje w przebiegu dengi, trypanosomoz, filarioz, zakażenia HIV, leiszmanioz oraz dżumy. Gorączka z objawami neurologicznymi występuje w malarii mózgowej, trypanosomozie afrykańskiej, w durach i zapaleniach opon mózgowych. Gorączka ze zmianami skórnymi jest charakterystyczna dla dengi i innych zakażeń arbowirusowych, durów i riketsjoz, wstępnej fazy schistosomoz i trypanosomoz afrykańskiej, leptospiroz, zakażenia HIV i kiły oraz niektórych robaczyc. Gorączka z wysoką neutrofiliią występuje w sepsie, ropniu pełzakowym wątroby, rumieniu guzowatym w trądzie i gorączkach powrotnych. Gorączki z neutropenią są charakterystyczne dla malarii, rozsianej gruźlicy, leiszmaniozy trzewnej i brucellozy.

Malaria – zagrożeniem życia

Po stwierdzeniu gorączki u pacjenta podróżującego, powracającego z terenów malarycznych, w pierwszej kolejności należy wykluczyć malarię! Malaria złośliwa wywołana przez *P. falciparum*, którą zbyt późno rozpoznano lub w ogóle nie rozpoznano, niejednokrotnie była w naszym kraju przyczyną zgonu i doprowadziła do kilku rozpraw sądowych o odszkodowanie. Polska od lat 60. XX w. jest wolna od rodzimej transmisji malarii (wyjąwszy sporadyczne przypadki przenoszenia jej od chorego poprzez skażoną krew), stąd prawie zawsze chorobę tę stwierdza się u osób podróżujących na tereny malaryczne (mapa).^{9,10}

Spośród 5 gatunków *Plasmodium* (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* i *P. knowlesi*) najgroźniejszy jest *P. falciparum*. Z uwagi na niewielką liczbę przypadków rozpoznanych do tej pory u ludzi kliniczny przebieg malarii wywołanej przez *P. knowlesi*, nabywanej na Półwyspie Malajskim, jest jeszcze mało znany. Okres wylegania malarii wynosi co najmniej 7 dni. Objawy pojawiają się najczęściej w ciągu dwóch tygodni, ale mogą wystąpić i kilka miesięcy po powrocie z terenów endemicznych.

Pasożyty malarii niszczą krwinki czerwone (również niezarażone przez pasożyta), powodując gorączkę, niedokrwistość, splenomegalię oraz znaczne obciążenie układu retikularno-histiocytarnego rozpadającymi się krwinkami i pochodzącym z nich pigmentem. W dalszym przebiegu choroby pojawiają się objawy ze strony wielu narządów (mózgowie, nerki) wynikające z niedotlenienia tkanek



Mapa. Rozprzestrzenienie geograficzne malarii na świecie (Światowa Organizacja Zdrowia, 2009)

i uszkodzenia śródbłonna. Z powodu małej odporności na zarażenie szczególnie wrażliwe na komplikacje z nim związane są dzieci do 5. r.ż., kobiety ciężarne i płody. W wyniku powtarzanych ekspozycji na zarażenie *Plasmodium* u osób żyjących na terenach malarycznych wykształca się pewien stopień odporności, ale wygasa ona w ciągu kilku lat, np. dzieje się tak u studentów afrykańskich odwiedzających swój kraj po kilku latach pobytu w Europie.

Malarię podejrzewa się w każdym przypadku gorączki występującej u chorego, który wrócił z terenów malarycznych – w razie zarażenia *P. falciparum* do 2 lat po powrocie z tropiku, a w razie *P. malariae* do kilkunastu lat i dłużej. Teoretycznie gorączka malaryczna ma przebieg przerywany (trzeciaczka, czwartaczka), ale w przypadku *P. falciparum* może mieć tor ciągły. Na przebieg gorączki wpływają: gatunek pasożyta, intensywność inwazji (parazytemia obejmująca ponad 5% krwinek jest objawem źle rokującym), stosowanie leków przeciwmalarycznych (prewencyjne lub lecznicze), przebyte epizody malarii oraz ogólna odporność i stan organizmu.¹⁰

Wśród ciężkich powikłań malarii wywołanej przez *P. falciparum* należy wymienić: śpiączkę, drgawki, obrzęk płuc, niewydolność krążenia, anurię, rozlane wybroczyny skórne, masywną hemoglobinurię, hipertermię lub hipotermię, głęboką niedokrwistość i kwasicę. W związku z tym, że malaria złośliwa jest chorobą wielonarządową, należy leczyć ją na oddziałach intensywnej terapii internistycznej. Postępowanie lecznicze wymaga dużego doświadczenia klinicznego i parazytologicznego, które w Polsce mają kliniki medycyny tropikalnej (tab. 1).

Malarię wykluczają negatywne wyniki badania rozmazów krwi i grubej kropli krwi w kierunku obecności *Plasmodium*. Wykonanie rozmazu krwi wymaga pewnej biegłości i doświadczenia, którego może brakować większości dzisiejszych laboratoriów. Trudności w znalezieniu *Plasmodium* oraz identyfikacji jego gatunku i intensywności inwazji mogą też wynikać z technicznie złego przygotowania preparatu do badania, małej liczby pasożytów we krwi obwodowej po chemioterapii prewencyjnej lub niedostatecznym uprzednim leczeniu. Badanie rozmazu należy wykonać w ciągu 2 godzin po zgłoszeniu się pacjenta na ostry dyżur i w razie wyniku negatywnego powtórzyć kilkakrotnie następnego dnia. W niektórych laboratoriach dostępne są immunochromatograficzne testy paskowe wykrywające antygeny *Plasmodium*. Ich zaletą jest prostota wykonania, a wadą – niemożność określenia intensywności inwazji, a często również gatunku pasożyta. Z tego powodu każdy dodatni wynik testu paskowego wymaga potwierdzenia rozmazem krwi.

W ochronie życia pacjenta zarażonego malarią dużą rolę odgrywa czas. Zmiany chorobowe w malarii złośliwej posuwają się szybko, stąd niekiedy kilkugodzinne opóźnienie w udzieleniu niezbędnej pomocy decyduje o przeżyciu.

Biegunki

Biegunki są najczęstszymi dolegliwościami występującymi w czasie pobytu w tropiku. Mogą one wynikać ze zmiany diety, z lokalnych zatruc (lekami i żywnością oraz napojami) i emocji związa-

Tabela 2. Czas wylegania zawleczonych chorób zakaźnych

Krótki czas wylegania (do 7 dni):

Shigellozy 1-4 dni
 Cholera 2-7 dni
 Żółta gorączka 3-6 dni
 Denga 5-8 dni
 Japońskie zapalenie mózgu 5-10 dni
 Gorączka chikungunya 3-12 dni

Dłuższy okres wylegania (ponad 7 dni):

Malaria *P. falciparum* 7 dni do 2 lat
 Dur brzuszny 7-21 dni
 Borelioza 4-15 dni
 Leptospirozy 7-15 dni
 Riketsjozy 7-15 dni
 Gorączki hemorragiczne 7-21 dni
 Wirusowe zapalenie wątroby typu A 15-41 dni
 Wirusowe zapalenie wątroby typu E 21-63 dni
 Wirusowe zapalenie wątroby typu B 45-120 dni
 Zakażenie HIV 5-45 dni
 Kiła 10-90 dni

nych z podróży, ale najczęściej mają tło zakaźne. Biegunki u osób podróżujących często mają podłoże bakteryjne (salmonellozy, shigellozy, wyjątkowo cholera), wirusowe (zakażenia rotawirusami, HIV, grypa, różyczka, WZW) lub pasożytnicze (strongyloidoza, giardioza, schistosomoza, włośnica). Istotne jest różnicowanie biegunek w zależności od obecności krwi w kale (pełzakowica, shigelloza). W pełzakowicy biegunka może być nieregularna, „chodząca”, a przy braku powikłań – bezgorączkowa.

Podobnie jak gorączka biegunki bywają zwykle jednym z objawów, często wstępnym, wielu innych chorób, np. WZW czy malarii.

Zmiany skórne

Po powrocie z tropiku często występuje uogólniony świąd skóry. Może on być wynikiem świerzbu lub reakcji immunoalergicznego w odpowiedzi na wędrowną przywr albo nicieni i występować we wczesnym stadium żółtaczek wirusowych, dengi i trypanosomozy afrykańskiej oraz w nadwrażliwości na niektóre leki i alergeny. W tych przypadkach zmianom skórnym zwykle towarzyszą gorączka, bóle stawów i obrzęki. Skórne zmiany wężykowate są spowodowane zespołem larwy wędrującej skórnej, strongyloidozą, muszycą i loajozą. Zmiany guzkowate i wrzodziejące występują w leiszmaniozie skórnej, owrzodzeniach Buruli, muszycach, w zarażeniach wywołanych przez pchłę piaskową i w niektórych mykozach. Zmiany w pigmentacji skóry są typowe dla trądu i onchocerkozy.

Eozynofilia

Eozynofile są krwinkami występującymi głównie w tkankach. Ich obecność we krwi jest przejściowa, ale najłatwiejsza do uchwycenia (>400 krwinek kwasochłonnych/mm³). Eozynofilia występuje

u 5-10% pacjentów podróżujących. Zwykle nasuwa na myśl tło pasożytnicze, głównie robacz (włośnica, toksokaroza, schistosomoza, strongyloidoza, glistnica, filariozy, zespół larwy wędrującej skórnej), rzadziej związana jest z muszycą. W przypadku pacjenta podróżującego trzeba jednak pamiętać, że eozynofilia pojawia się też w chorobach alergicznych (astma), toksycznych (leki), hematologicznych (białaczki, ziarnica), w dermatozach (egzema, urticaria), w nowotworach (rak płuc, żołądka, nerek), sarkoidozie i w przebiegu takich chorób jak kolagenozy lub sklerodermie. Tło niektórych tzw. eozynofili tropikalnych niekiedy może być trudne do uchwycenia.

Inne rzadsze objawy

Adenopatie rejonu szyi są typowe dla trypanosomozy afrykańskiej i toksoplazmozy, rejonu zausznego – dla trypanosomozy amerykańskiej, pachwin – dla onchocerkozy, uogólnione – dla zakażenia HIV, filarioz i leiszmaniozy trzewnej. Adenopatie głębokie są zaś charakterystyczne dla histoplazmozy i kokcidiomykozy.

Splenomegalia występuje w malarii, leiszmaniozie trzewnej, wczesnych stadiach schistosomozy, ale też w gruźlicy, marskości wątroby i hemopatiach.

Hepatomegalia z wysoką leukocytozą towarzyszy pełzakowicy, bąblowicom, malarii, zaś wysoka eozynofilia toksokarozie, schistosomozom oraz zarażeniu przywrami wątrobowymi.

Zmiany płucne poza gruźlicą, AIDS, nowotworem płuca, zespołem Loefflera (glistnica, strongyloidoza, toksokaroza) mogą być objawem bąblowicy, ropnia pełzakowego, paragonimoz, histoplazmozy, aspergilozy i kryptokokoz.

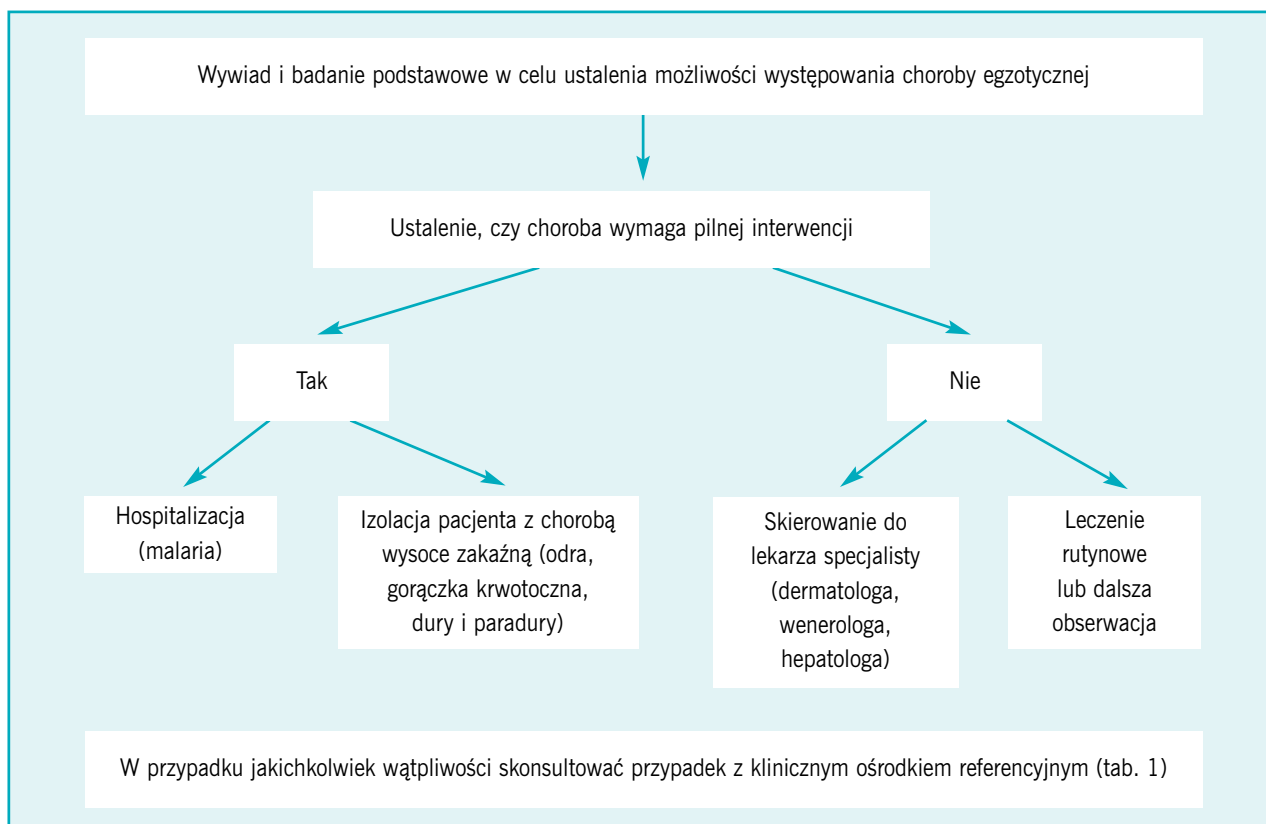
Zmiany ze strony narządu wzroku występują w toksoplazmozie, chorobie Chagasa, onchocerkoz, loajozie, wgrzycy i bąblowicy. Uszkodzenie rogówki może być spowodowane przez zarażenie pełzakami *Acanthamoeba*.

Objawy ze strony układu moczowego najczęściej występują w schistosomozie (*S. haematobium*), rzadziej w filariozie, kandydiozie i rzesistkowicy.

Należy też pamiętać, że pacjent podróżujący często naraża się na zakażenia przenoszone drogą płciową.

Standardowe badanie pacjenta podróżującego

Pacjent, który wrócił z podróży z objawami chorobowymi, powinien przejść podstawowe badanie lekarskie prowadzące do ustalenia głównych dolegliwości i zmian w dostępnych badaniu narządach. Należy też u niego wykonać niezbędne uzupełniające badania dodatkowe. W przypadku chorób zakaźnych przy ustalaniu rozpoznania należy wziąć pod uwagę okres wylegania (tab. 2) i uwzględnić czas, jaki minął od powrotu do kraju. Dzięki temu zmniejszy się liczba chorób, których występowanie u pacjenta trzeba rozważyć. Istotne jest też ustalenie miejsca pobytu.¹¹ Przykładowo w Afryce Subsaharyjskiej można się zarazić malarią wywołaną przez *P. falciparum* oraz schistosomozą, w Azji i Ameryce Łacińskiej (również w dużych miastach) można zachorować na dengę, natomiast dur brzuszny najczęściej nabywa się w Indiach i w innych krajach azjatyckich. W końcu istotne jest



□ Rycina. Algorytm postępowania w przypadku pacjenta, który wrócił z „tropiku”

ustalenie możliwości ekspozycji: schistosomoza występuje u osób kąpiących się w zbiornikach słodkowodnych; niektóre zakażenia są krwiopochodne i wiążą się z przetaczaniem krwi, stosowaniem narkotyków dożylnie, robieniem tatuażu; spożywanie owoców morza, sushi, niebadanego mięsa i niekontrolowanego mleka może powodować określone zakażenia bakteryjne lub zarażenie pasożytami; picie wody niebutelkowanej, z niepewnego źródła czy używanie kostek lodu może powodować zakażenia jelitowe.

Do niepokojących objawów u pacjenta powracającego z tropiku należą: ciężki ogólny stan, wysoka gorączka, biegunka, osutka, zmiany krwotoczne, znaczna niedokrwistość, zaburzenia świadomości i ostra niewydolność oddechowa.

Lekarz podstawowej opieki medycznej niekiedy jako pierwszy ze środowiska medycznego ma kontakt z chorobami wysoce zakaźnymi objętymi międzynarodowymi przepisami.^{12,13} Stąd na wszystkich szczeblach opieki medycznej niezbędna jest ich znajomość.

Piśmiennictwo:

1. www.intur.com.pl. [dostęp 21.05.2011]
2. Pawłowski Z. Nowe wyzwanie – medycyna podróży. Medycyna po Dyplomie, Zeszyt Edukacyjny „Algorytmy postępowania w chorobach wewnętrznych” 2010;5(34):12-17.
3. Kozarsky P. The body of knowledge for the practice of travel medicine – 2006. J Travel Med 2006;13(5):251-254.
4. Hill DR, et al. The practice of travel medicine: guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2006;43:1499-1539.
5. Schwartz E (red.). Tropical diseases in travellers. Wiley-Blackwell, Chichester, 2009:361-369.
6. Rack J, et al. Risk and spectrum of diseases in travelers to popular tourist destinations. J Travel Med 2005;12:248-253.
7. Wilson ME, et al. Fever in returned travelers; results from the GeoSentinel Surveillance Network. Clin Inf Dis 2007;44:1560-1568.

Ostateczna decyzja

Wywiad i badanie podstawowe pozwalają ustalić, czy u danego pacjenta istnieje możliwość wystąpienia choroby egzotycznej. Kolejne pytanie, na które trzeba odpowiedzieć, to czy podejrzewana choroba egzotyczna wymaga pilnej decyzji odnośnie do natychmiastowej hospitalizacji (malaria) lub izolacji pacjenta z wysoce zakaźnymi infekcjami (m.in. gorączka krwotoczna, odra, dury, paradury). O ile sprawa nie jest pilna, to charakter dolegliwości może wymagać skierowania chorego do specjalisty (dermatologa, wenerologa, hepatologa) lub też pozwala poprzestać na leczeniu rutynowym albo dalszej obserwacji (ryc.). W przypadku jakiegokolwiek wątpliwości należy skonsultować przypadek z klinicznym ośrodkiem referencyjnym (tab. 1).

© 2011 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

8. Pawłowski Z i Stefaniak J. Parazytologia kliniczna w ujęciu wielodyscyplinarnym. PZWL, Warszawa, 2004.
9. Knap J, Myjak P. Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś. α-medica Press, Białsko-Biała, 2009.
10. Stefaniak J, Paul M. Malaria ciągłym wyzwaniem dla medycyny podróży XXI wieku. Medycyna po Dyplomie, Zeszyt Edukacyjny „Algorytmy postępowania w chorobach wewnętrznych” 2010;5(34):27-33.
11. Freedman DO, et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. NEJM 2006;354:119-130.
12. Wilder-Smith A, Schwartz E, Shaw M (red.). Travel Medicine. Tales Behind the Science. Elsevier. Amsterdam 2007:7-12.
13. World Health Organization. International travel and health. WHO, Geneva 2010.