

Zagrożenia zdrowotne w turystyce

prof. dr hab. Tadeusz P. Żarski
Dr med.-wet. Kinga Majchrzak



Dlaczego ta tematyka jest realizowana na kierunku TiR

USTAWA z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (tekst jednolity) - aktualna 2013

Art.12, ust.1,. Organizator turystyki lub pośrednik turystyczny, który proponuje klientom imprezy turystyczne lub usługi turystyczne, udostępniając im odpowiednie informacje pisemne, a w szczególności broszury, foldery, katalogi, jest obowiązany wskazać w tych materiałach w sposób dokładny i zrozumiały:

pkt.10 ogólne informacje o obowiązujących przepisach paszportowych, wizowych i sanitarnych oraz o wymaganiach zdrowotnych dotyczących udziału w imprezie turystycznej

Art. 13 ust.1. Organizator turystyki lub pośrednik turystyczny jest obowiązany podać klientowi, przed zawarciem umowy:

- 1).ogólne informacje o obowiązujących przepisach paszportowych, wizowych i sanitarnych, w szczególności o terminach oczekiwania na wydanie paszportu i wizy oraz o wymaganiach zdrowotnych dotyczących udziału w imprezie turystycznej;**
 - 2) informację o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia od kosztów rezygnacji z udziału w imprezie turystycznej oraz o zakresie ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia.**
- 2. Organizator turystyki jest obowiązany poinformować klienta o szczególnych zagrożeniach życia i zdrowia na odwiedzanych obszarach oraz o możliwości ubezpieczenia z tym związanego. Dotyczy to także zagrożeń powstałych po zawarciu umowy.**



Dlatego też proponujemy następujące tematy prac dyplomowych

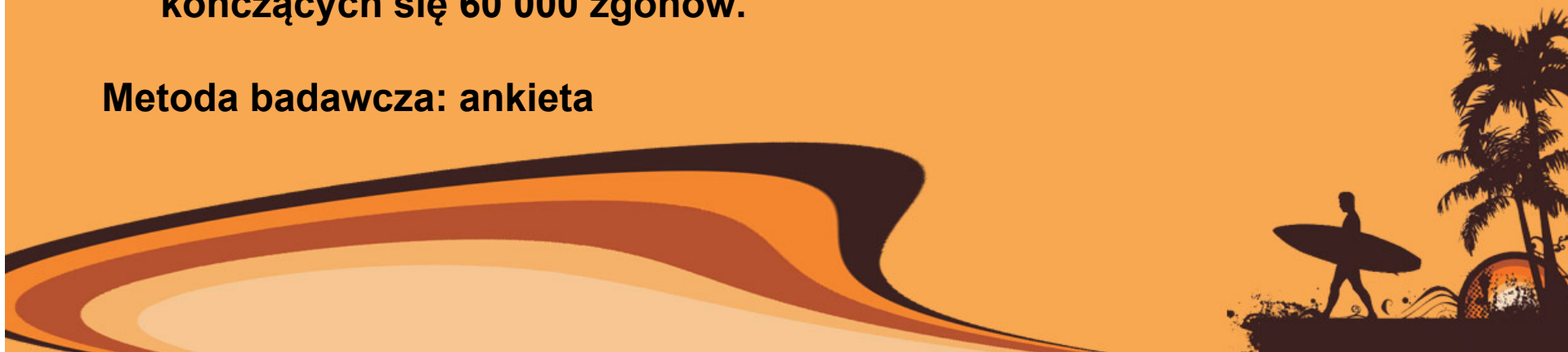
1. Występowanie zespołu klasy ekonomicznej (*economy class syndrome*, ECS) u osób odbywających podróże lotnicze i autobusowe.

Zespół Klasy Ekonomicznej związany jest z długimi podróżami, którym towarzyszy zatłoczenie, długotrwałe unieruchomienie, bądź ograniczona aktywność fizyczna podczas podróży powietrznej lub naziemnej.

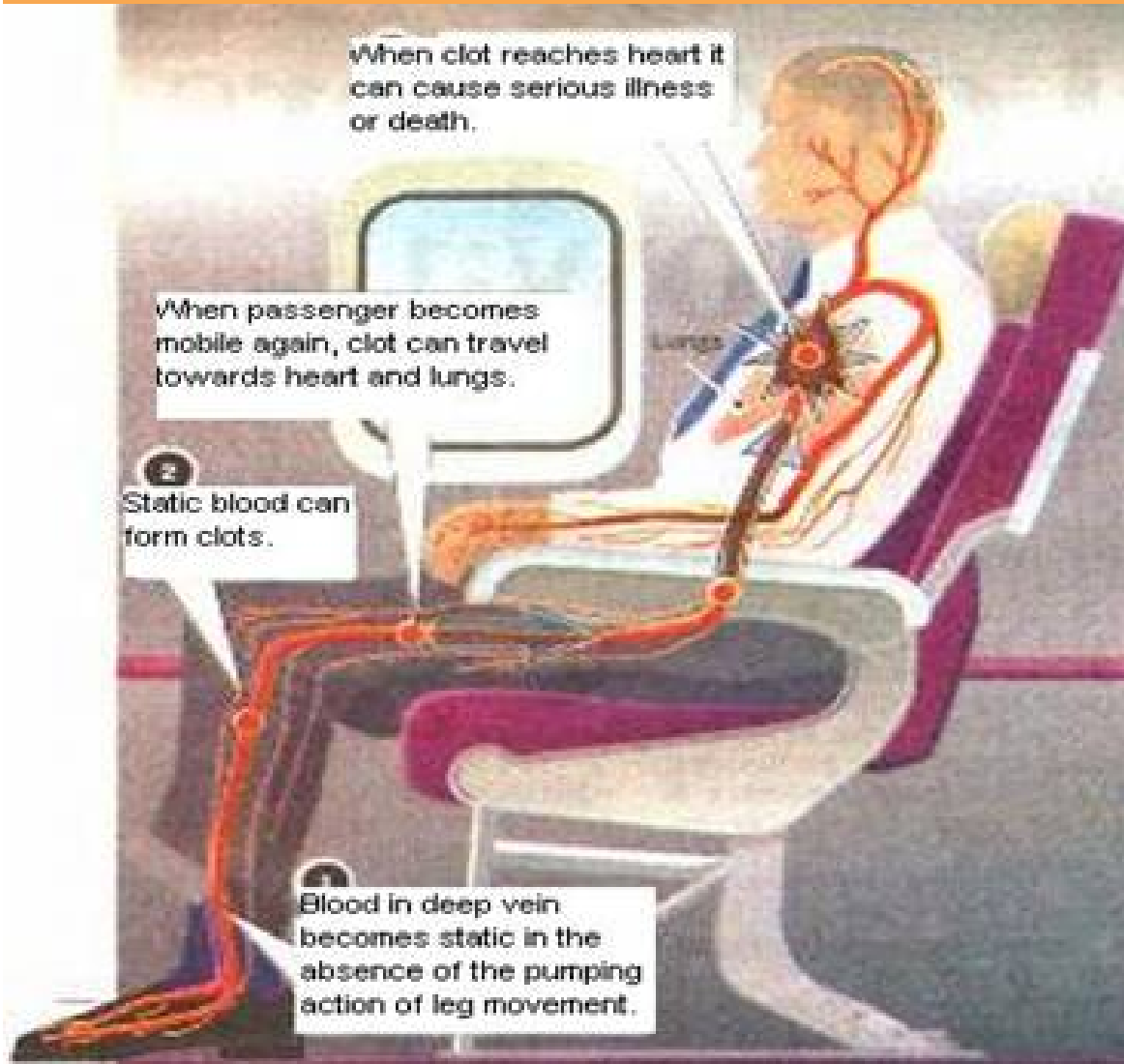
Przyczyną występujących objawów jest ucisk na tylne powierzchnie uda oraz dół podkolanowy, co powoduje zastój krwi żyłnej w kończynach dolnych. Utrudnia to powrót krwi do serca (niedokrwienie i wynikające z tego konsekwencje) a także może prowadzić do powstawania skrzepów krwi w żyłach i w efekcie do zatorowości płucnej i śmierci.

ECS doświadczył min. prezydent USA Richard Nixon w 1972 r. Rocznie w USA rejestruje się 600 000 przypadków zakrzepicy kończących się 60 000 zgonów.

Metoda badawcza: ankieta

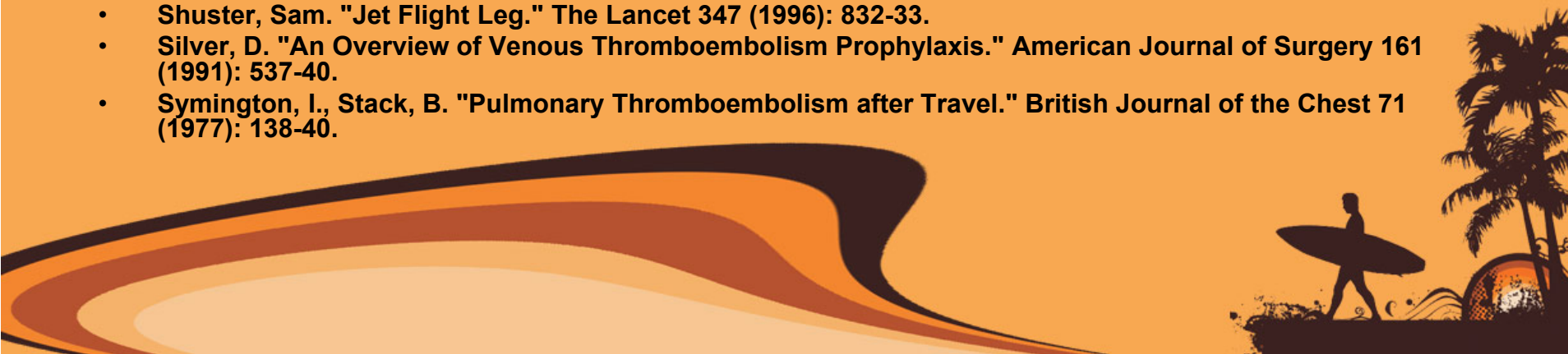


Zespół Klasy Ekonomicznej



Literatura związana z tematem:

- Arvidsson, B., et al. "Risk Factors for Venous Thromboembolism Following Prolonged Air Travel: A 'Prospective' Study." *Vascular Surgery* 1999: 537-44.
- Came, Barry. "Danger in Coach Class." *MacLean's* 6 Nov. 2000: 86-88.
- Cruickshank, M., et al. "Air Travel and Thrombotic Episodes." *The Lancet* 332 (1998): 497.
- Ferrari, E., et al. "Travel as a Risk for Venous Thromboembolic Disease." *Chest* 115 (1999): 440-44.
- Ferriman, Annabel. "Travelers Should be Warned of Thrombosis Risk." *British Medical Journal* 321 (2000): 1310.
- Geerts W,H, D. Bergqvist, GF. Pineo, JA. Heit i inni. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition).. „Chest”. 133 (6 Suppl), s. 381S-453S, Jun 2008.
- Kakkar, V. "Prevention of Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism." *American Journal of Cardiology* 65 (1990): 50C-54C.
- Landgraf H., et al. "Economy Class Syndrome: Rheology, Fluid Balance and Lower Leg Edema During a Simulated 12- Hour Long Distance Flight." *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 65 (1994): 930-35.
- Mercer, A., Brown, J. "Venous Thromboembolism Associated with Air Travel: A Report of 33 Patients." *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 69 (1998): 154-57.
- Mohler, Stanley R. "Blood Clotting Presents Serious Medical Problems for Passengers and Crews, Especially on Long Flights." *Flight Safety Foundation, Human Factors & Aviation Medicine* 44 (1997).
- Prandoni, P., et al. "The Long-Term Clinical Course of Acute Deep Venous Thrombosis." *Annals of Internal Medicine* 125 (July 1996): 1-7.
- Sahiar, F., Mohler, S. "Economy Class Syndrome." *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 65 (1994): 957-60.
- Shuster, Sam. "Jet Flight Leg." *The Lancet* 347 (1996): 832-33.
- Silver, D. "An Overview of Venous Thromboembolism Prophylaxis." *American Journal of Surgery* 161 (1991): 537-40.
- Symington, I., Stack, B. "Pulmonary Thromboembolism after Travel." *British Journal of the Chest* 71 (1977): 138-40.



2. Choroby importowane u osób powracających z podróży do krajów strefy tropikalnej i subtropikalnej.

- Podróżujący w odległe rejony świata, zwłaszcza do krajów tropikalnych, o niskim poziomie higieniczno-sanitarnym narażeni są na szeroką gamę patogenów wywołujących choroby, które nie występują na terenie Polski, tą grupę chorób nazywamy „importowanymi”
- W ostatnich latach obserwuje się znaczne nasilenie ruchu turystycznego. Globalizacja świata wiąże się między innymi z łatwością dotarcia do każdego, najbardziej odległego i dzikiego zakątka Ziemi. Niestety jest to również związane z możliwością importowania do kraju ojczystego tropikalnych zakażeń lub zarażeń, które nabywa się w egzotycznych krajach. Grupę szczególnego ryzyka stanowią ludzie aktywni, preferujący ekoturystykę, szerokie spektrum międzynarodowych podróżników, naukowców prowadzących obserwacje terenowe, myśliwych, członków ekip telewizyjnych, ale też misjonarzy, pracowników służb humanitarnych, czy żołnierzy stacjonujących w egzotycznych krajach.
- Zwiększyła się liczba osób udających się do stref malarycznych w celach turystycznych. Spowodowało to zwiększenie częstości przywlekania malarii do Polski, która od 1972 r. jest krajem wolnym od tej choroby.



**Rozpoznanie chorób egzotycznych importowanych do kraju
obejmuje przede wszystkim:**

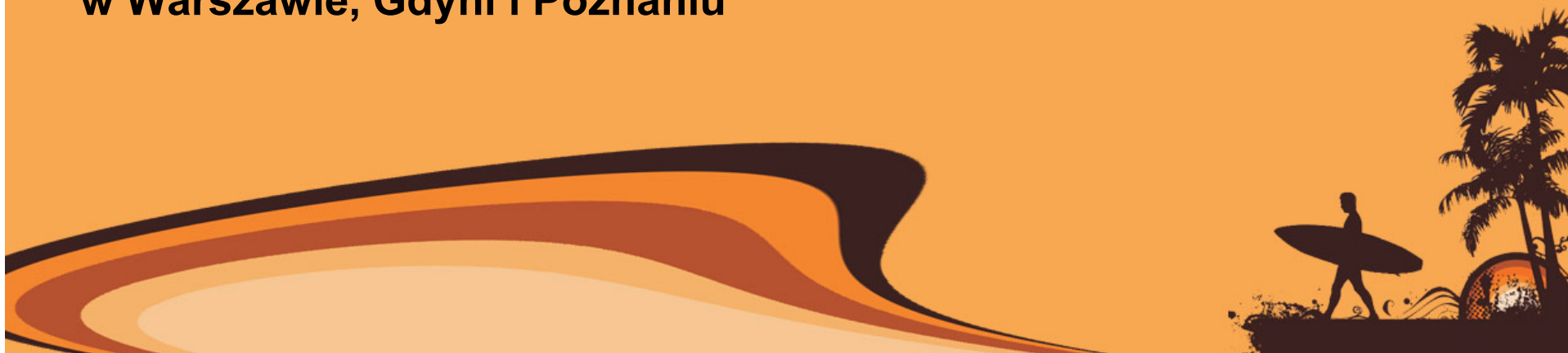
malarię (głównie *Plasmodium falciparum*)

amebozę,

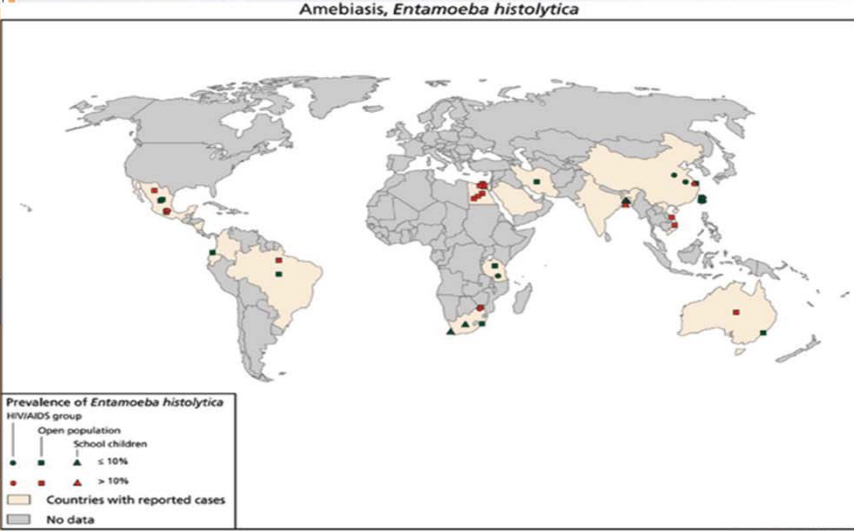
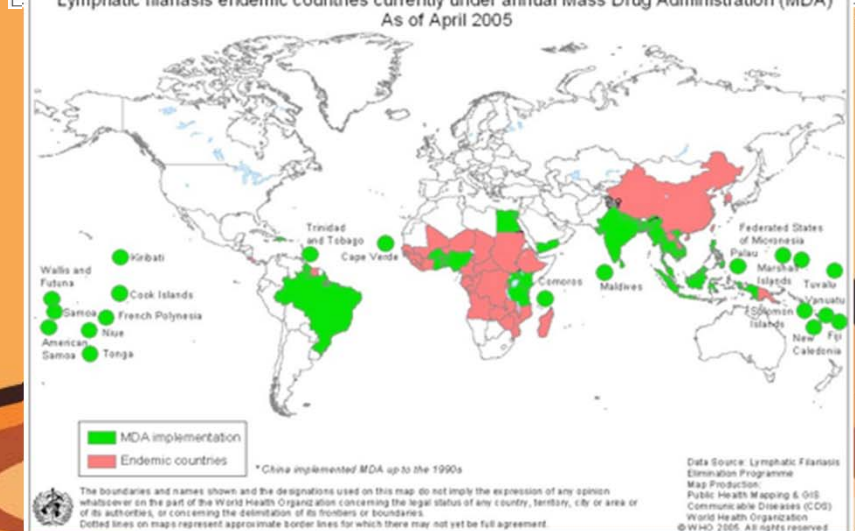
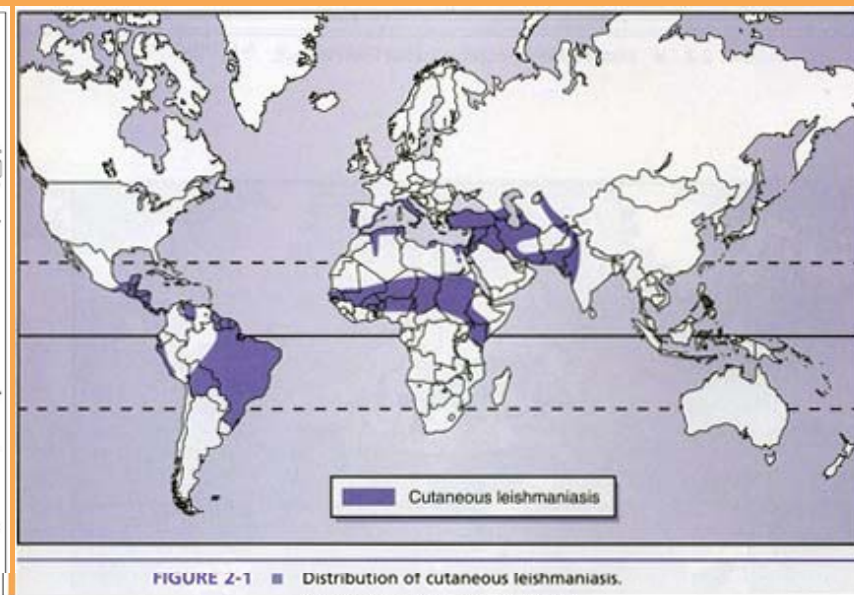
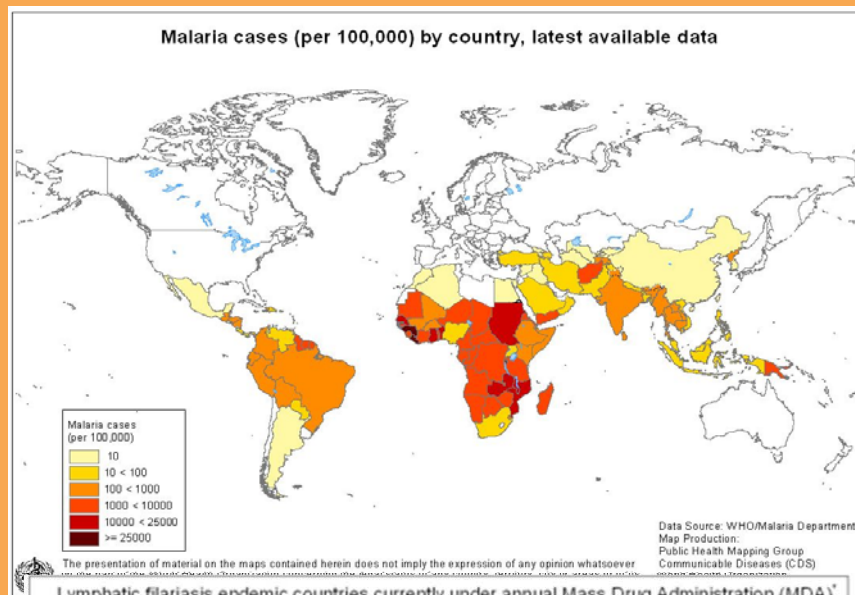
schistosomozę,

filariozę.

**Metoda badań: studia literaturowe, dane epidemiologiczne PZH,
zbieranie informacji w Klinikach Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych
w Warszawie, Gdyni i Poznaniu**



Rozmieszczenie chorób mogących zagrażać turystom



Wybrane pozycje piśmiennictwa:

- 1. Zuckerman JN. Recent developments: travel medicine. BMJ 2002;325:260-4..
- 2. Marzec-Bogusławska A. Zanim wybierzesz się w podróż... pomyśl o zdrowiu. Wyd Poznańskie.Poznań; 2001;4-10..
- 3. Prokopowicz D. Jak zmniejszyć ryzyko podróży. Przewodnik lekarza 2001;6:12-5.
- 4. Kołodyński J, Malinowska A. Wpływ zmian klimatycznych na choroby zakaźne. Wiad Parazytol 2002;48:29-37.
- 5. Shephard RJ. Wysilek po upale - podwójne obciążenie układu odpornościowego. Medycyna po dyplomie 2002;11:169-74.
- 6. Magdzik W. Szczepienia w podróżach międzynarodowych. Materiały Konferencji Medycyna podróży, Białystok, 1-2 grudnia 2000,35-8.
- 7. Shlim DR, Sotomon T. Japanase encephalitis vaccine for travelers: exploring the limits of risk. Clin Infect Dis 2002;35:183-8.
- 8. Chen LH, Wilson ME. Recent advances and new challenges in travel medicine. Int Marit Health 2001;52:9-18.
- 9. Choroby importowane z krajów o odmiennych warunkach sanitarno-epidemiologicznych Wiadomooci Parazytologiczne 2007, 53 (suplement), 168



3. Świadomość pracowników biur podróży odnośnie do ryzyka problemów zdrowotnych występujących w krajach docelowych

- W zależności od celu podróży, podróżujący mogą być narażeni na wiele chorób zakaźnych; ekspozycja zależy od obecności czynników zakaźnych na obszarze, który odwiedzają. Ryzyko zakażenia różni się w zależności od celu podróży, standardu zakwaterowania, higieny i warunków sanitarnych, a także zachowania podróżnego.
- Zgodnie z ustawą o usługach turystycznych „Organizator turystyki jest obowiązany poinformować klienta o szczególnych zagrożeniach życia i zdrowia na odwiedzanych obszarach oraz o możliwości ubezpieczenia z tym związanego”.
- Celem badań jest stwierdzenie na ile te zalecenia są realizowane przez biura podróży i jaką wiedzę w tym zakresie posiadają pracownicy tych instytucji.
- Badania obejmować będą anonimowe wywiady (ankiety) w biurach podróży.



4. Choroby odkleszczowe jako zagrożenie dla turystów na terenach niezurbanizowanych

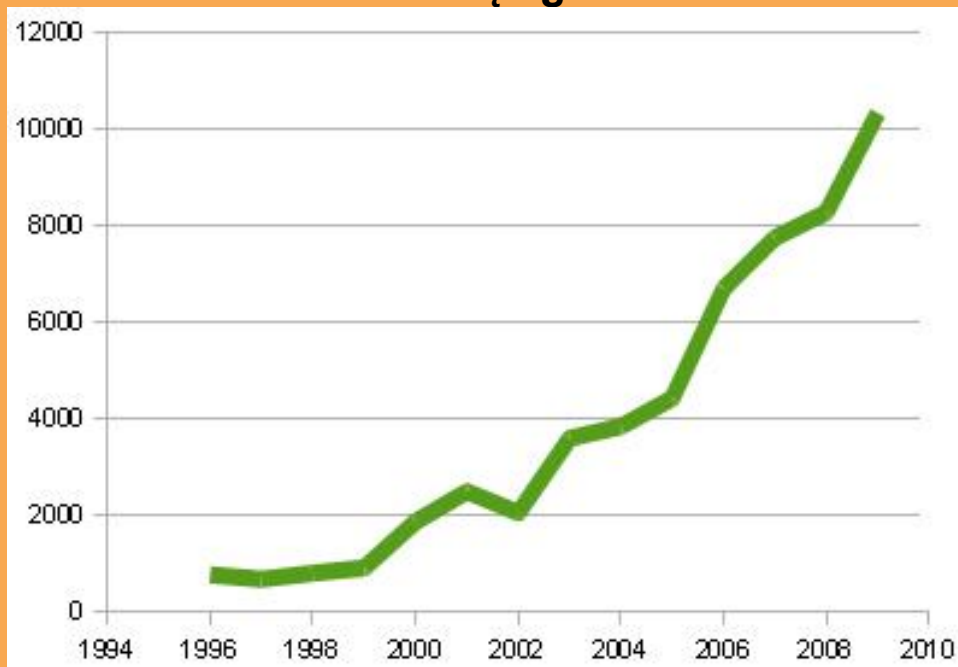
- Choroby odkleszczowe stanowią istotny problem z punktu widzenia epidemiologii i zdrowia publicznego. Zauważalny staje się fakt zwiększania przypadków osób dotkniętych tymi chorobami,
- Stwierdzono, iż kleszcze są wektorami bakterii, wirusów i pasożytów. Stąd zjawisko istnienia wielu chorób odkleszczowych takich jak: borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu (kzm), tularemia, babeszjoza (piroplazmoza) itp.

Borelioza zajmuje drugie miejsce wśród zachorowań na infekcje odzwierzęce (pierwsze zajmuje salmonelloza)



**Jeśli choroby „nie występują” na jakimś obszarze, to znaczy, że
brak tam prawidłowej diagnostyki. Nie ma terenów bezpiecznych,
wolnych od zarażonych kleszczy
CAŁY OBSZAR POLSKI TO TEREN ENDEMICZNY!**

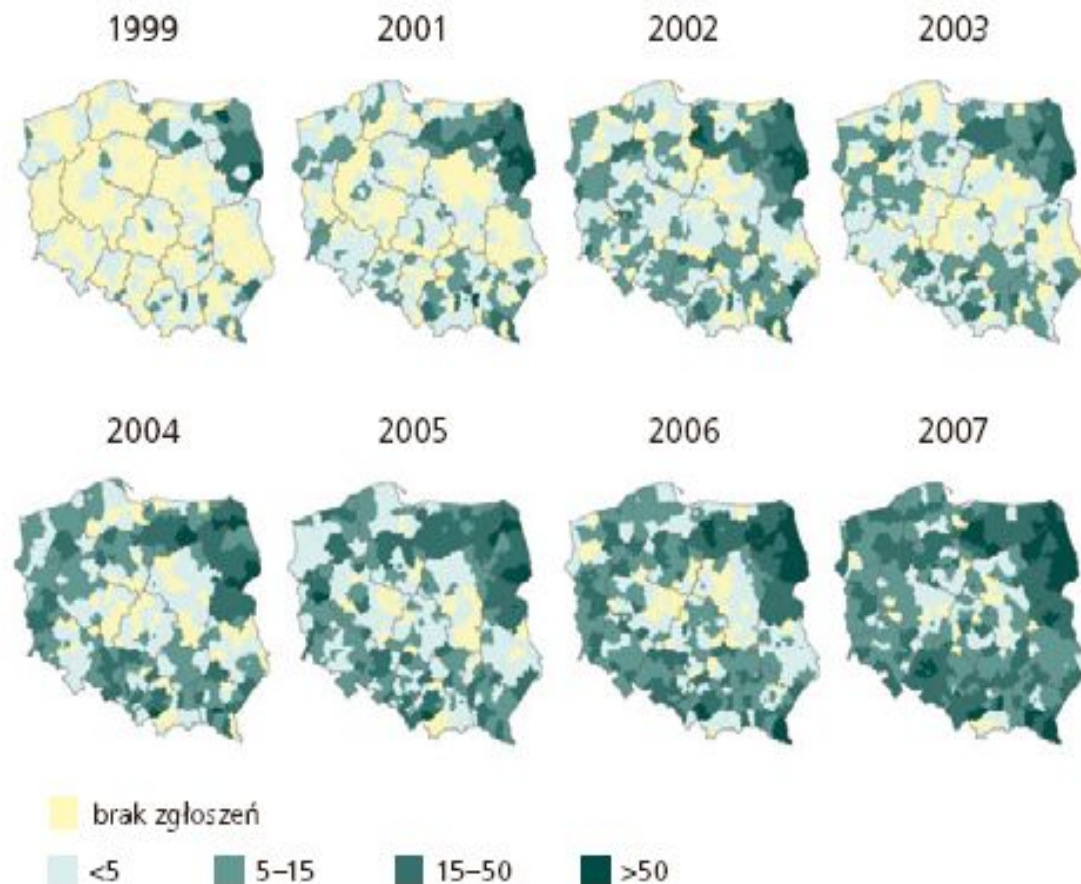
Zachorowania na boreliozę zgłoszone w latach 1996-2009



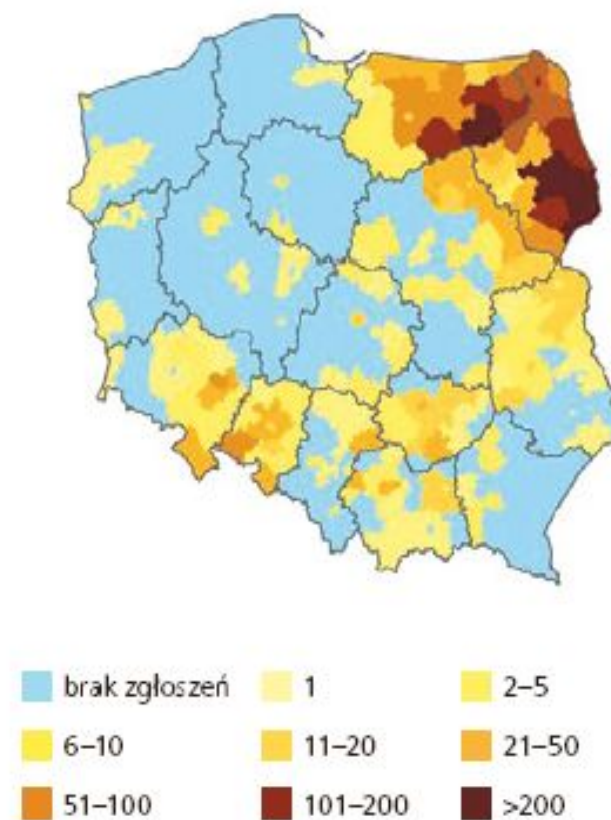
**Choroba może się ujawnić od razu po ukąszeniu przez kleszcza,
a także po wielu tygodniach, miesiącach i latach**



Liczba zachorowań na boreliozę w powiatach w latach 1999–2007



Skumulowana liczba zachorowań na KZM w powiatach w latach 1994–2008



źródło: Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Kleszcze przebywają na polanach, łąkach, w parkach, przy ścieżkach leśnych. Wszędzie tam, gdzie mogą przebywać ich ofiary. Żerują głównie do wysokości ok. 1 metra. Wyczuwają zmianę temperatury otoczenia, dwutlenek węgla, amoniak, składniki potu, zmianę nasłonecznienia.

Są bardzo dobrze wyposażone do łowów i cierpliwe – w oczekiwaniu na posilek potrafią spędzić nawet kilka lat. Mają specjalne „haczyki” które utrudniają pozbycie się pasożyta.

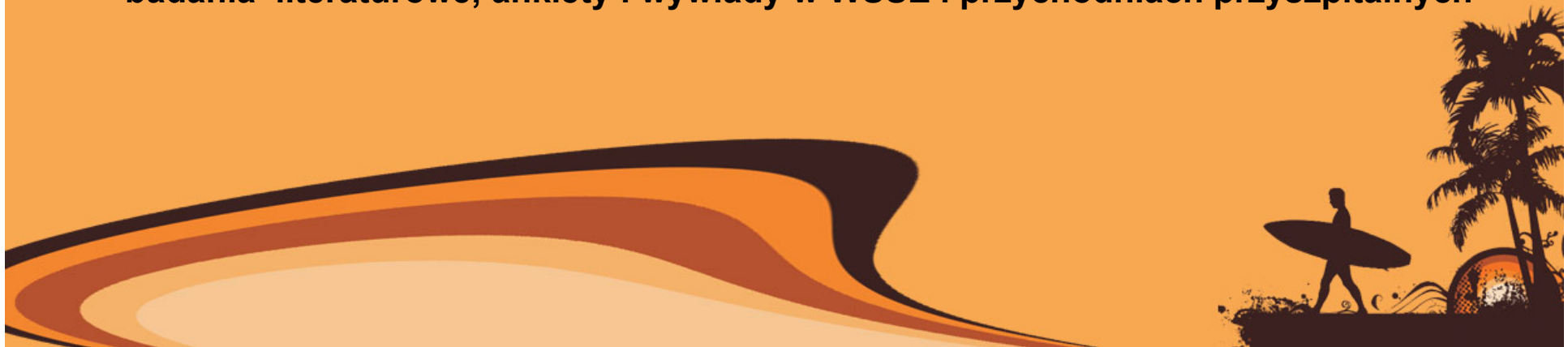
Borelioza może się ujawnić od razu po ukąszeniu przez kleszcza, a także po wielu tygodniach, miesiącach i latach.

Amerykańskie CDC (odpowiednik polskiego PZH) oficjalnie przyznaje, że ilość rzeczywistych zachorowań na boreliozę - chorobę z Lyme jest prawdopodobnie około dziesięciokrotnie wyższa niż liczby obecne w oficjalnych statystykach

Nie inaczej sprawa ma się w innych krajach, w tym w Polsce. 9-10 tys. nowych przypadków rocznie, które widzimy w statystykach PZH to jedynie czubek góry lodowej. Rzeczywistych zachorowań jest wielokrotnie więcej. Jeśli przemnożyć tę liczbę przez kilkuletni średni okres trwania choroby, uzyskamy chorobowość rzędu kilkuset tysięcy rocznie - i to jest prawdziwa skala problemu w naszym kraju.

Metoda badań :

badania literaturowe, ankiety i wywiady w WSSE i przychodniach przyszpitalnych



**Rumień występuje czasem również u osób,
które nie zauważyły ukąszenia przez kleszcza**

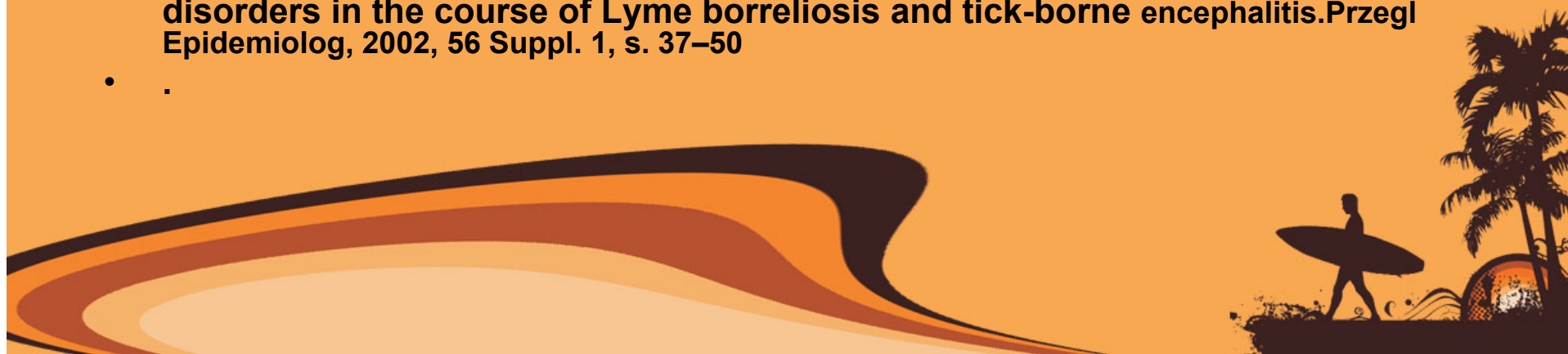


polecam stronę :<http://www.borelioza.org/index.html>



Literatura

- Chmielewski T, Tylewska-Wierzbanowska S: Występowanie przeciwciał swoistych dla *Borrelia burgdorferi* u ludzi zdrowych na terenie Polski. Przegl. Epidemiol, 2002, 56, s. 33–38..
- *Borrelia burgdorferi* u dzieci — doświadczenia własne. Przegl. Epidemiol, 2001, 55, s. 511–515.
- Fallon BA, Vaccaro B, Romano M, Clemente MD: Lyme borreliosis: Neuropsychiatric aspects and neuropathology. Psychiatric Annals, 2006, 36, s. 120–128.
- Grzesik P, Oczko-Grzesik B, Kępa L: Objawy kardiologiczne w przebiegu boreliozy z Lyme. Przegl Epidemiol, 2004, 58, s. 589–596
- Halperin JJ, Krupp LB, Golightly MG, Volkman DJ: Lyme borreliosis associated encephalopathy. Neurology 1990;40, s. 1340–1343.
- Hengge UR, Tannapfel A, Tying SK i in.: Lyme borreliosis. Lancet Infect Dis, 2003, 3, s. 489.
- Hercegovca J: Lyme borreliosis. Int. J. Dermatol, 2001, 40, s.547.
- Hermanowska-Szapkowicz T, Zajkowska J.M, Pancewicz S. Kondrusik M, Grygorczuk SS, Świerzbńska A: Problemy patogenetyczno-kliniczne boreliozy z Lyme. Neurol. Neurochir.Pol., 2003, 37 (LIII), suppl. 2, s. 29–38.
- Juchowicz D, Rudnik I, Czernikiewicz A, Zajkowska J, Pancewicz SA: Mental disorders in the course of Lyme borreliosis and tick-borne encephalitis. Przegl Epidemiolog, 2002, 56 Suppl. 1, s. 37–50
- .



- **Logigian EL, Kaplan RF, Steere AC: Chronic neurologic manifestations of Lyme disease. N Engl J Med 1990;3 23, s. 1438–1444.**
- **Malawista SE: Resolution of Lyme arthritis, acute or prolonged: a new look. Inflammation 2000;24, s. 493–504.**
- **Młodzikowska-Albert J, Żarowski M, Steinborn B, Winczewska- Wiktor A, Gruda B, Wigowska-Sowińska J: Symptomatologia boreliozy u dzieci i młodzieży leczonych w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego AM w Poznaniu. Neurol Dziec, 2005, 13, supl., s.14.**
- **Rubel J: Lyme disease — symptoms & characteristics. A compilation of pereviewed literature reports, February 2004.**
- **Tager FA, Fallon BA: Psychiatric and cognitive features of Lyme disease. Psychiatric Annals, 2001, 31, s. J3–J11.**
- **Tylewska-Wierzbanowska S: Epidemiologia boreliozy z Lyme w Polsce. Przegl Epidemiol, 2001, 55, s.**
- **Witecka-Knysz E, Klimczak M, Lakwa K, Zajkowska J, Pancewicz S, Kondrusik M, Grzegorczyk S, Świerzbińska R, Hermanowska -Szpakowicz T: Borelioza: dlaczego diagnostyka jest taka trudna? Diagnosta Laboratoryjny, kwiecień 2007**



5. Każdy inny temat, po uzgodnieniach z nami i zainteresowanymi studentami.

Jesteśmy otwarci na propozycje

?





Dziękuję za zainteresowanie