

Anna Oblacińska, Izabela Tabak, Maria Jodkowska

DEMOGRAFICZNE I REGIONALNE UWARUNKOWANIA NIEDOBORU MASY CIAŁA U POLSKICH NASTOLATKÓW*

Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie
Kierownik Zakładu: Krystyna Mikiel-Kostyra

W pracy omówiono wyniki badań przeprowadzonych wśród polskich gimnazjalistów, dotyczące częstości występowania i wybranych uwarunkowań niedoboru masy ciała u młodzieży. Wskazano na występowanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami kraju, odniesiono uzyskane wyniki do badań prowadzonych w innych krajach oraz porównano z wynikami badań polskich sprzed 10 lat.

Słowa kluczowe: niedobór masy ciała, młodzież, częstość występowania
Key words: underweight, adolescents, prevalence

WSTĘP

Niedobory masy ciała u dzieci i młodzieży uwarunkowane są wieloczynnikowo. Niewątpliwą rolę w procesie rozwoju organizmu przypisuje się czynnikom genetycznym, które z góry określają przebieg, tempo i kierunek zachodzących zmian rozwojowych w życiu jednostki, w tym również stosunek masy do wysokości ciała, determinujący harmonię lub dysharmonię rozwoju. Jednakże wykorzystanie potencjału genetycznego zależy od wielu czynników współdziałających, do których należą determinanty paragenetyczne i niegenetyczne matki, regulujące przebieg rozwoju wewnątrzłonowego oraz warunki środowiskowe (egzogenne). Wysokość i masa ciała należą do cech antropometrycznych o dodatniej, wysokiej korelacji. Udział czynnika środowiskowego w całkowitej zmienności cech jest jednak znacznie większy w przypadku masy ciała niż wysokości (1).

W ostatnim dwudziestolecu, w badaniach nad dysharmonią rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, znacznie więcej uwagi poświęcano nadwadze i otyłości, niż niedoborom masy ciała. Również w Polsce, ocena niedoboru masy ciała miała najczęściej charakter kliniczny, dotyczący dzieci przewlekle chorych (2), lub mieszkających na terenach o wysokim

* Projekt badawczy Fundacji Badawczej Nutricia RG1/2005.

ryzyku skażenia środowiska (3), znacznie rzadziej były to badania populacyjne, o zasięgu regionalnym (1,4,5,6) lub ogólnokrajowym (7). Ponadto, ze względu na stosowane przez autorów badań różne narzędzia i kryteria oceny niedoboru masy ciała, rzetelne ich porównywanie, a także śledzenie tendencji zmian na przestrzeni lat, jest trudne, a czasem wręcz niemożliwe.

Występująca u młodzieży w okresie pokwitania akceleracja rozwoju fizycznego oraz znaczący wpływ gospodarki hormonalnej na metabolizm ustroju, warunkują dymorfizm płciowy i związaną z nim redystrybucję tkanki tłuszczowej, która w tym czasie u dziewcząt stanowi około 25% masy ciała, a u chłopców tylko 15%. Czynniki te powodują częstsze niż w innych okresach wieku rozwojowego występowanie dysharmonii rozwojowych w zakresie proporcji masy do wysokości ciała, a także zróżnicowanie częstości ich występowania w zależności od płci. Niedobór masy ciała, w piśmiennictwie często utożsamiany z niedożywieniem, zwłaszcza energetyczno-białkowym, ma w ostatnich latach w odniesieniu do nastolatków, swe źródło nie tylko w warunkach życia (status socjoekonomiczny), ale również w stylu życia i zachowaniach zdrowotnych (stosowanie diet eliminacyjnych i alternatywnych sposobów żywienia (8) czy nieuzasadnione odchudzanie się (9).

Celem pracy była ocena częstości występowania niedoboru masy ciała u polskiej młodzieży w okresie pokwitania, w kontekście uwarunkowań demograficznych i regionalnych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w ramach projektu badawczego Fundacji Badawczej Nutricia w pierwszym semestrze roku szkolnego 2005/2006 w wylosowanych 112 gimnazjach w pięciu regionach Polski (tab. I). Region północny reprezentowało województwo pomorskie, południowy – małopolskie, wschodni – podlaskie, zachodni – lubuskie i centralny – kujawsko-pomorskie.

Tabela I. Liczba uczniów i szkół w poszczególnych województwach oraz liczba szkół wylosowanych do badań

Table I. Provinces, number of secondary schools students, schools and number of schools selected for study

Województwo	Liczba uczniów w gimnazjum w województwie	Liczba szkół w województwie	Liczba szkół wylosowanych do badań
Kujawsko-pomorskie	90 655	338	23
Lubuskie	44 322	156	11
Małopolskie	137 635	591	41
Podlaskie	53 813	201	14
Pomorskie	93 548	331	23

Zbadano 8067 uczniów z 336 klas – 3980 chłopców i 4087 dziewcząt w wieku 13, 14 i 15 lat. Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela II. Na przeprowadzenie badań

uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Instytucie Matki i Dziecka, a w szkołach zgodę dyrektorów i indywidualnie uczniów i ich rodziców. Badanie uczniów (pomiar wysokości i masy ciała) przeprowadziły wykwalifikowane pielęgniarki szkolne, zgodnie ze standardem i metodyką wykonywania testów przesiewowych (10) w zakresie wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym.

Tabela II. Charakterystyka badanej grupy młodzieży według płci, wieku i miejsca zamieszkania
Table II. Number of adolescents by gender, age and domicile

	Ogółem	Wiek w latach			Miasto	Wieś
		13	14	15		
Ogółem	8067	2591	2733	2743	3108	4959
Chłopcy	3980	1240	1410	1330	1536	2444
Dziewczeta	4087	1351	1323	1413	1572	2515

Na podstawie wyników pomiarów masy i wysokości ciała obliczono wskaźniki względnej masy ciała Body Mass Index (BMI) badanych uczniów i odczytano jego pozycję centylową, stosując tabele BMI dla płci i wieku według *A. Krzyżaniak* (11). Za kryterium niedoboru masy ciała przyjęto wartości wskaźnika BMI < 5 centyla dla płci i wieku. Ponadto, w celu oceny tendencji zmian w częstości występowania niedoboru masy ciała w grupie nastolatków w ostatniej dekadzie, zastosowano dodatkowo narzędzie - siatki centylowe proporcji masy do wysokości ciała *Instytutu Matki i Dziecka* (12), używane w badaniach częstości występowania niedoboru i nadmiaru masy ciała u dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat w 1995 roku (7). Analizę statystyczną danych (w tym wielowymiarową analizę regresji logistycznej) przeprowadzono przy użyciu pakietu SPSS v.14.

WYNIKI

Niedobór masy ciała wśród młodzieży w wieku 13-15 lat w Polsce występował u ogółem 4,2% uczniów gimnazjum, częściej u chłopców niż u dziewcząt (4,6% vs 3,8%, różnica nieistotna statystycznie) i nieznacznie częściej u uczniów na wsi (4,4%) niż w mieście (4%) (tab. III). Młodzież 13-letnia częściej wykazywała niedobór masy ciała (5,4%) niż młodzież w starszych grupach wieku (3,3% uczniów 14-letnich i 4% 15-latków).

Przy zastosowaniu siatek centylowych proporcji masy do wysokości ciała, używanych w badaniach w 1995 roku (12) i przekodowaniu danych, stwierdzono zwiększenie odsetka młodzieży z niedoborem masy ciała o około 2% u dziewcząt i 4% u chłopców, co stanowiło ponad dwukrotny wzrost częstości występowania niedoboru masy ciała u obu płci w ciągu ostatniej dekady. Jednakże odmienne podejście metodologiczne w przeprowadzeniu obu badań oraz inna jakościowo populacja, na podstawie badań której skonstruowano stosowane narzędzia badawcze, nie uprawnia do wysuwania wiążących wniosków w tym zakresie.

Niedobór masy ciała u nastolatków w Polsce występował najczęściej w regionie kujawsko-pomorskim (5,5%), a najrzadziej na Podlasiu (3,1%) - różnice pomiędzy tymi regionami były istotne statystycznie ($p < 0,05$) (tab. III). Analizując częstość występowania niedoboru masy ciała u chłopców i dziewcząt w poszczególnych regionach Polski (ryc. 1), największy odsetek chłopców z niedoborem masy ciała stwierdzono w regionie kujawskim,

Tabela III. Niedobór masy ciała u młodzieży 13-15 lat, według płci i regionu zamieszkania (% badanych)

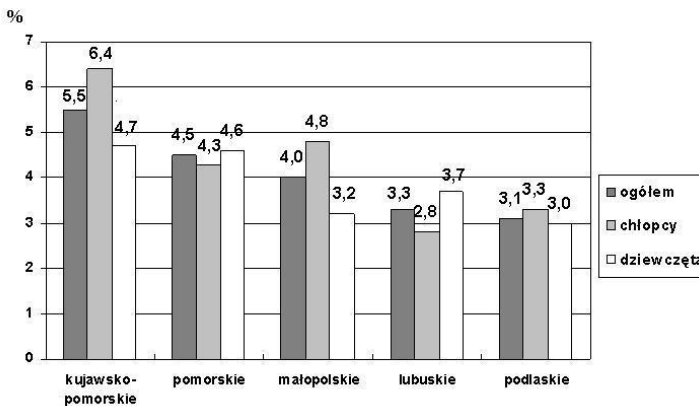
Table III. Underweight adolescents 13-15 years old, by gender and regions of living (% of participants)

REGION/ WOJEWÓDZTWO	NIEDOBÓR MASY CIAŁA (BMI < 5 centyla)				
	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta	Miasto	Wieś
Ogółem regiony	4,2	4,6	3,8	3,9	4,4
Kujawsko-pomorskie ¹	5,5	6,4	4,7	4,9	5,8
Lubuskie	3,3	2,8	3,7	3,7	2,9
Małopolskie ²	4,0	4,8	3,2	3,2	4,4
Podlaskie	3,1	3,3	3,0	3,7	2,3
Pomorskie	4,5	4,3	4,6	4,5	4,4

¹ Różnice pomiędzy młodzieżą ogółem z regionu kujawsko-pomorskiego a regionu podlaskiego $p < 0,05$

Różnice pomiędzy młodzieżą wiejską z regionu kujawsko-pomorskiego a regionu podlaskiego $p < 0,05$

² Różnice chłopcy/dziewczęta w Małopolsce $p < 0,05$

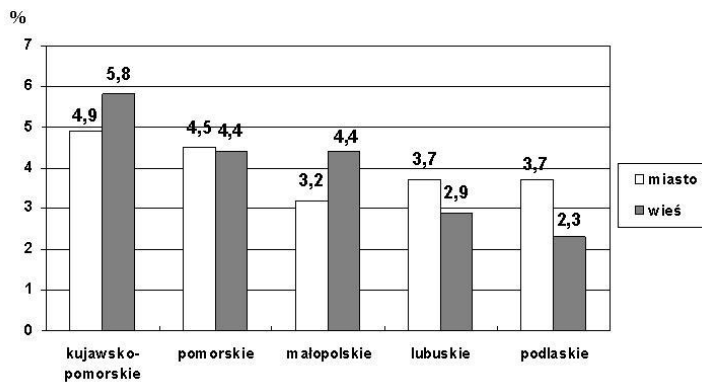


Różnice pomiędzy regionami w grupie chłopców $p < 0,05$

Ryc. 1. Regionalny rozkład częstości występowania niedoboru masy ciała u młodzieży 13-15-letniej według płci (% badanych)

Fig 1. Frequency of underweight adolescents 13-15 yrs by regions and gender (% of participants)

a najmniejszy w Lubuskiem (6,4% vs 2,8%, $p < 0,05$). U dziewcząt, niedobór masy ciała najczęściej występował również w województwie kujawsko-pomorskim, a najrzadziej – na Podlasiu (4,7% vs 3,0%, różnice nieistotne statystycznie).



Różnice pomiędzy regionami w grupie młodzieży wiejskiej $p < 0,05$

Ryc. 2. Regionalny rozkład częstości występowania niedoboru masy ciała u młodzieży 13-15-letniej według miejsca zamieszkania (% badanych)

Fig 2. Frequency of underweight adolescents 13-15 yrs by regions and domicile (% of participants)

Tabela IV. Wyniki wielowymiarowej regresji logistycznej dla oceny ryzyka wystąpienia niedoboru masy ciała

Table IV. Results of multiple logistic regression for assessment the risk of underweight

Zmienne	Grupa referencyjna	B	Błąd standardowy	Wald	df	Istotność	Exp(B) z 95% przedziałem ufności
Płeć	Dziewczeta						
Chłopcy		0,221	0,111	3,926	1	<0,05	1,247 (1,002-1,551)
Wiek	15 lat						
13 lat		0,308	0,131	5,568	1	<0,05	1,361 (1,054-1,758)
14 lat		-0,201	0,145	1,928	1	0,165	0,818 (0,616-1,086)
Miejsce zamieszkania	Miasto						
Wieś		0,093	0,117	0,630	1	0,427	1,097 (0,872-1,381)
Region	Podlaskie						
Kujawsko-pomorskie		0,565	0,213	6,999	1	<0,01	1,759 (1,158-2,673)
Lubuskie		0,041	0,277	0,22	1	0,882	1,042 (0,616-1,086)
Małopolskie		0,233	0,207	1,262	1	0,261	1,262 (0,841-1,893)
Pomorskie		0,348	0,220	2,514	1	0,113	1,417 (0,921-2,179)
Stała		-3,640	0,215	287,364	1	<0,001	0,026

W żadnym z regionów nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu niedoboru masy ciała u nastolatków mieszkających w mieście i na wsi (ryc. 2). Występowała natomiast istotna statystycznie różnica między częstością występowania niedoboru masy ciała u młodzieży wiejskiej w regionach kujawskim i podlaskim ($p < 0,05$).

Wyniki wielowymiarowej analizy regresji logistycznej potwierdziły zaobserwowane zależności (tab. IV). Ryzyko wystąpienia niedoboru masy ciała było większe u chłopców w porównaniu z dziewczętami, u młodzieży 13-letniej w porównaniu z 15-letnią i w rejonie kujawsko-pomorskim w porównaniu z podlaskim. Miejsce zamieszkania (miasto-wieś) nie było czynnikiem ryzyka wystąpienia niedoboru masy ciała u badanej młodzieży.

DYSKUSJA

Wyniki naszych badań, w których stwierdzono występowanie niedoboru masy ciała u 4,2% młodzieży w wieku 13-15 lat, częściej u chłopców niż u dziewcząt – wskazują że zaburzenie to występuje w Polsce z podobną częstością jak w niektórych krajach Europy Zachodniej (13,14) oraz dwukrotnie rzadziej, niż w Rosji (15) i trzy- czterokrotnie rzadziej, niż wśród młodzieży tureckiej (16). Podobne wyniki, wykazujące większą częstość występowania niedoboru masy ciała w okresie dojrzewania u chłopców, uzyskano w Polsce w badaniach regionalnych z Małopolski (17) oraz w opracowaniu Badań Stanu Zdrowia Ludności GUS z 1996 roku (18). Nie stwierdzono w nich także większych różnic w częstości występowania niedoboru masy ciała u młodzieży w mieście i na wsi.

Częstsze występowanie niedoboru masy ciała u chłopców w wieku 13-15 lat, może być związane z bardziej intensywnymi u chłopców, niż u dziewcząt, przyrostami wysokości w stosunku do masy ciała w przebiegu skoku pokwitaniowego oraz hamowaniem, w ostatnim dziesięcioleciu, trendu sekularnego wysokości ciała u dziewcząt (19). Może to być także wynikiem odmiennego poziomu aktywności fizycznej u dziewcząt i chłopców w tym okresie rozwojowym (20,21).

Przewaga procentowa chłopców z niedoborem masy ciała nad dziewczętami, występowała w trzech spośród pięciu regionów, w których przeprowadzono badanie i była największa w województwie kujawsko-pomorskim, a następnie w Małopolsce i na Podlasiu. Odmiennie dane (większą częstość występowania niedoboru masy ciała u dziewcząt) zawierają opracowania innych autorów z rejonu Podlasia oraz z Krakowa (1,4). Jednakże, ze względu na zastosowanie innych kryteriów niedoboru masy ciała (Kraków) oraz małej liczebności podgrup (Podlasie), rzetelne porównanie wyników tych badań nie może być przeprowadzone.

Rozkład częstości występowania niedoboru masy ciała w pięciu regionach Polski w stosunku do częstości występowania tej dysharmonii rozwojowej we wszystkich badanych regionach, utrzymuje się na tym samym poziomie od 1995 roku (7), przy zachowaniu prawie identycznych różnic pomiędzy poszczególnymi regionami. Pozwala to na wysunięcie hipotezy o znaczącym wpływie czynników regionalnych, większym niż związanych z urbanizacją, a także o stopniowym zacieraniu się w Polsce różnic między miastem a wsią w odniesieniu do wskaźników rozwojowych młodzieży. Potwierdzają to również przeprowadzone w Instytucie Matki i Dziecka badania nad epidemiologią nadwagi i otyłości u nastolatków, w których stwierdzono, że otyłość w grupie 13-15-latków występuje z równą częstością

w mieście i na wsi (22). Fakt ten znajduje także potwierdzenie u innych autorów, którzy podkreślają, że czynniki regionalne – kulturowe i etniczne mogą odgrywać nawet większą rolę w występowaniu dysharmonii rozwojowych (zarówno niedoboru jak i nadmiaru masy ciała), niż czynniki socjoekonomiczne (23,24,25).

PODSUMOWANIE

1. Ryzyko wystąpienia niedoboru masy ciała wśród młodzieży gimnazjalnej jest większe u chłopców w porównaniu z dziewczętami i u nastolatków w okresie skoku pokwitaniowego (13 lat) w porównaniu z 15-latkami.
2. W ostatnich latach w Polsce stopniowo zanikają różnice w występowaniu dysharmonii rozwojowych między młodzieżą z miasta i ze wsi.
3. Czynniki regionalne (etniczne, kulturowe) w porównaniu z urbanizacyjnymi są silniejszymi predyktorami występowania niedoboru masy ciała u nastolatków w Polsce.
4. Częstość występowania niedoboru masy ciała u młodzieży w okresie dojrzewania wydaje się być silniej determinowana stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi niż statusem socjoekonomicznym czy problemem niedożywienia ilościowego i jakościowego, co częściej obserwowane jest u małych dzieci.

A Oblacińska, I Tabak, M Jodkowska

DEMOGRAPHIC AND REGIONAL DETERMINANTS OF UNDERWEIGHT IN POLISH TEENAGERS

SUMMARY

The aim of the study was to examine the prevalence of underweight in Polish teenagers in demographic and regional context. The examination was conducted in 5 regions in Poland, in a representative cohort of 8067 13 - 15 years pupils in 112 lower secondary schools. The measurements of body height and mass were taken and body mass index (BMI) was calculated in all participants. Pupils with BMI value below 5 percentile of sex-specific growth charts were categorized as underweight. In statistical analysis was used multivariate logistic regression and chi-square test with SPSS v.14 application.

The prevalence of underweight in pupils was 4,2%, more prevalent in boys than girls, younger pupils (13 years) than older (15 years). The prevalence of underweight pupils was almost the same in urban and rural area. We found regional differences in prevalence of underweight in examined pupils. The highest prevalence was found in Kujawy region, and the lowest in Podlasie. In the last decade the prevalence of underweight in this population increased approximately 2 – 4% between 1995 and 2005, with retaining the same regional differences.

Results of our study show that regional factors (ethnic, cultural) play more important role than urbanization in prediction prevalence of underweight in adolescents in Poland.

PIŚMIENNICTWO

1. Chrzanowska M, Matusik S. Harmonia i dysharmonia rozwoju wysokości i masy ciała w populacji dzieci i młodzieży Krakowa – zmiany z wiekiem i trendy w ostatnim trzydziestoleciu. *Med Wieku Rozwoj* 2004;8:53-63.

2. Truszkowski J, Taraszkiewicz F, Kaczmarski M, i in. Najczęstsze przyczyny niedoborów masy ciała u dzieci leczonych w Klinice Chorób Zakaźnych Dzieci w latach 1980-1986. *Zdrowie Publ* 1989;100:308-315.
3. Chrzęstek-Spruch H, Pac-Kożuchowska E, Kulik-Rechberger B, i in. Rozwój fizyczny i stan zdrowia dzieci zamieszkałych w strefie oddziaływania Zakładów Azotowych w Puławach. *Med Wiej* 1992;27:223-232.
4. Smorzewska-Czupryńska B, Ustymowicz-Farbiszewska J, Karczewski JK, i in. Porównanie stanu odżywienia młodzieży gimnazjalnej zamieszkałej w Białymstoku i jego okolicach. *Wiad Lek* 2002;55(Supl.1 cz.I):448-453.
5. Krzyżaniak A, Kaczmarek M, Krzemińska-Wiewiórowska M, i in. Monitorowanie przebiegu rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży miasta Poznania. *Wiad Lek* 2002; 55(Supl.1):281-287.
6. Janus D, Dziatkowiak H, Starzyk J, i in. Ocena stanu odżywienia uczniów w okresie przedpokwitaniowym we Wschodniej Polsce. *Przegl Lek* 2003;60:400-402.
7. Oblacińska A, Woynarowska B, Wrocławska M. Ocena częstości występowania otyłości i niedoboru masy ciała w populacji dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce. *Ekspertyza MZiOS*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 1996:33-41.
8. ADA Reports. Position of the American Association: Vegetarian Diets – Technical Support Paper. *J Am Diet Assoc* 1988;88:352-360.
9. Woynarowska B, Mazur J, Kołło H, i in. Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Warszawa: Wyd. Pedagog. UW., Instytut Matki i Dziecka; 2005:16-20.
10. Kopczyńska – Sikorska J, Kurniewicz-Witczakowa R, Niedźwiecka Z i in. Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym (somatycznym). W: Jodkowska M, Woynarowska B, red. *Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2002:17-21.
11. Krzyżaniak A, red. Ciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży. Normy, monitorowanie, profilaktyka. Poznań: Zakład Epidemiologii i Katedry Medycyny Społecznej. Akademia Medyczna w Poznaniu; 2004:114-115.
12. Palczewska I. Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. W: Oblacińska A, Woynarowska B, red. *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 1995:23-29.
13. v. Buuren S. Body-mass Index cut-off values for underweight in Dutch children. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:1967-1972.
14. Rolland-Cachera MF, Castetbon K, Arnault N, i in. Body mass index in 7-9-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26:1610-1616.
15. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 971-977.
16. Oner N, Vatansever U, Sari A, i in. Prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkish adolescents. *Swiss Med Wkly* 2004;134:529-533.
17. Piórecka B, Jagielski P, Żwirska J, i in. Stan odżywienia młodzieży gimnazjalnej z Małopolski a standardy zastosowane w ocenie. *Medicina Sportiva* 2006;10(Suppl.4):S471-S479.
18. Oblacińska A. Rozwój fizyczny dzieci i młodzieży. W: Szymborski J, Szamotulska K, Sito A, red. *Zdrowie naszych dzieci. Zróżnicowanie szans*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2000:69-84.
19. Lipowicz A, Koziół S, Kołodziej H. Trend sekularny wysokości i masy ciała 14-letniej młodzieży z Wrocławia w ostatnim trzydziestoleciu. *Ped Pol* 1999;74:145-148.
20. Woynarowska B, Mazur J: *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*. Warszawa: Wyd. Pedagog. UW, Instytut Matki i Dziecka; 2002.

21. Salis JF. Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Med Sci Sport Exerc* 2000;32:1598-1600.
22. Jodkowska M, Oblacińska A. Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 13-15 lat w 2005 roku. W: Oblacińska A, Jodkowska M, red. Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2007:21-33.
23. Kumar BN, Holmboe-Ottesen G, Lien N, i in. Ethnic differences in body mass index and associated factors of adolescents from minorities in Oslo, Norway: a cross national study. *Public Health Nutr* 2004;7:999-1008.
24. Nordyńska-Sobczak M, Małecka-Tendera E, Klimek K, i in. Czynniki ryzyka otyłości w wieku pokwitaniowym. *Ped Pol* 1999;74:791-798.
25. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull* 1990;105:260-275.

Otrzymano: 11.07.2007 r.

Adres autora:

Dr med. Anna Oblacińska
Instytut Matki i Dziecka
Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży
ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa
Tel. 022 32 77 310
e-mail: medszkol@imid.med.pl