

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA w TORUNIU
COLLEGIUM MEDICUM im. LUDWIKA RYDYGIERA
W BYDGOSZCZY

**MEDICAL
AND BIOLOGICAL
SCIENCES**

Prace dedykowane Profesorom Collegium Medicum

Stanisławowi Betlejewskiemu

Czesławowi Kłyszejko

Mieczysławowi Uszyńskiemu

(dawniej **ANNALES ACADEMIAE MEDICAE BYDGOSTIENSIS**)

REDAKTOR NACZELNY
Editor-In-Chief
Grażyna Odrowąż-Sypniewska

ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO
Co-editor
Jacek Manitius

SEKRETARZ REDAKCJI
Secretary
Beata Augustyńska

REDAKTORZY DZIAŁÓW
Associate Editors
Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Stanisław Betlejewski,
Roman Junik, Józef Kałużny, Jacek Kubica, Wiesław Szymański

REDAKTOR CZĘŚCI JUBILEUSZOWEJ
Krzysztof Nierzwicki

KOMITET REDAKCYJNY
Editorial Board
Aleksander Araszkiwicz, Beata Augustyńska, Michał Caputa, Stanisław Dąbrowiecki, Gerard Drewa, Eugenia Gospodarek,
Bronisław Grzegorzewski, Waldemar Halota, Olga Haus, Marek Jackowski, Henryk Kaźmierczak, Michał Komoszyński,
Wiesław Kozak, Konrad Misiura, Ryszard Oliński, Danuta Rość, Karol Śliwka, Eugenia Tęgowska, Bogdana Wilczyńska,
Zbigniew Wolski, Mariusz Wysocki

KOMITET DORADCZY
Advisory Board
Gerd Buntkowsky (Berlin, Germany), Giovanni Gambaro (Padova, Italy), Edward Johns (Cork, Ireland),
Massimo Morandi (Chicago, USA), Vladimír Palička (Praha, Czech Republic)

Adres redakcji
Address of Editorial Office
Redakcja Medical and Biological Sciences
ul. Powstańców Wielkopolskich 44/22, 85-090 Bydgoszcz
Polska – Poland
e-mail: medical@cm.umk.pl, annales@cm.umk.pl, wydawnictwa@cm.umk.pl
tel. (052) 585-3326

Informacje w sprawie prenumeraty: tel. (052) 585-33 26
e-mail: medical@cm.umk.pl, annales@cm.umk.pl

ISSN 1734-591X

SPIS TREŚCI

	str.
<u>MATERIAŁY JUBILEUSZOWE</u>	
Życiorys Profesora Stanisława Betlejewskiego	15
Bibliografia publikacji Profesora Stanisława Betlejewskiego	19
Życiorys Profesora Czesława Kłyszejko	37
Bibliografia publikacji Profesora Czesława Kłyszejko	41
Życiorys Profesora Mieczysława Uszyńskiego	49
Bibliografia publikacji Profesora Mieczysława Uszyńskiego	55
Jan Styczyński – Pięć lat Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego w Bydgoszczy: historia, rozwój i perspektywy	67
<u>PRACE POGLĄDOWE</u>	
Anna Kiziewicz, Danuta Rość – Proces zapalny a zaburzenia hemostazy w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc	69
Andrzej Kopczyński – Nowotwory gruczołów ślinowych w materiale Kliniki Otolaryngologii CM UMK w Bydgoszczy	75
Anna Ratajska, Władysław Sinkiewicz, Danuta Karasek, Piotr Sobański, Piotr Małyszka – Psychologiczne problemy chorych z niewydolnością serca	81
Michał Szpinda – Dynamika rozwojowa wielkich tętnic klatki piersiowej w życiu pre- i postnatalnym człowieka – przegląd piśmiennictwa	89
<u>PRACE ORYGINALNE</u>	
Marta Bilaska, Wojciech Hagner, Wojciech Beuth, Krystyna Nowacka – Analiza powrotu sprawności fizycznej po zabiegach operacyjnych odcinka lędźwiowego kręgosłupa u osób kierujących samochodami osobowymi i ciężarowymi	95
Dorota Gregorowicz-Warpas – Monitorowanie i rejestracja zakażeń zakładowych w Polsce – próba oceny aktualnej sytuacji w praktyce pielęgniarstwa epidemiologicznego	99
Paulina Hanc, Wojciech Hagner – Ocena wyników rehabilitacji u sportowców po urazach stawu kolanowego	105
Tomasz Kowalik, Mirosława Śmiglewska, Andrzej Lewandowski – Wybrane komponenty sprawności fizycznej a wady postawy ciała młodzieży – na przykładzie badań uczniów VIII LO w Bydgoszczy	111
Anna Ksykiewicz-Dorota, Iwona Markiewicz – Wpływ ubezpieczeniowego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych na zakres zadań pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)	117

Krystyna Kurowska, Larysa Kuligowska – Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą nowotworową pacjentów poddawanych chemioterapii	123
Agnieszka Łukomska – Realizacja prawa dostępu pacjentów do świadczeń i zasobów systemu zdrowia	129
Agnieszka Łukomska, Joanna Wachowska – Oblicza starości	133
Andrzej Nowicki, Ewa Kaliszewska, Małgorzata Maruszak – Skuteczność diagnostyczna raka płuca w Oddziale Pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie w latach 2005/2006	141
Dorota Rogala, Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Żaneta Skinder – Zastosowanie farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego	149
Jan Styczyński, Robert Dębski, Anna Krenska, Hanna Górnicka, Elżbieta Hulek, Paweł Wojtylak, Wiesława Windorbska, Barbara Drzewiecka, Krzysztof Ostrowski, Jerzy Bujakowski, Leszek Marciniak, Krzysztof Kusza, Maria Goc, Andrzej Prokurat, Małgorzata Chrupek, Tomasz Urasiński, Jarosław Peregud-Pogorzelski, Tomasz Ociepa, Maryna Krawczuk-Rybak, Elżbieta Leszczyńska, Anna Balcerska, Maciej Niedźwiedzki, Mariusz Wysocki – Transplantacje komórek hematopoetycznych w świetle 5-letnich doświadczeń	157
Łukasz Woda, Marta Wyszowska, Anna Bielecka, Julia Kęczkowska, Joanna Linka, Anita Wyłupek, Jacek Budzyński – Symptomatologia schorzeń przewodu pokarmowego u pacjentów z objawową miażdżycą naczyń wieńcowych i obwodowych – badanie ankietowe, pilotażowe. Część 1	165
Julia Kęczkowska, Joanna Linka, Anna Bielecka, Anita Wyłupek, Łukasz Woda, Marta Wyszowska, Jacek Budzyński – Symptomatologia schorzeń przewodu pokarmowego u pacjentów z objawową miażdżycą naczyń wieńcowych i obwodowych – badanie ankietowe, pilotażowe. Część 2	171
Halina Zielińska-Więczkowska, Jolanta Dębińska – Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej (część I)	177
Halina Zielińska-Więczkowska, Jolanta Dębińska – Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej (część II)	183
<u>PRACE KAZUISTYCZNE</u>	
Jan Remplewicz, Mikołaj Kurczewski, Andrzej Lewandowski – Specyfika aktywności sportowej osób niepełnosprawnych	189
Iwona Szymkuć, Sabina Lach-Inszczyk, Magdalena Mackiewicz-Milewska, Anna Daria Talar, Wojciech Hagner – Płodowe zbliznowacenie mięśni – opis przypadku	193
Regulamin ogłaszania prac w <i>Medical and Biological Sciences</i>	199

CONTENTS

	page
<u>JUBILEE MATERIALS</u>	
Biography of Professor Stanisław Betlejewski	15
Bibliography of the publications of Professor Stanisław Betlejewski	19
Biography of Professor Czesław Kłyszejko	37
Bibliography of the publications of Professor Czesław Kłyszejko	41
Biography of Professor Mieczysław Uszyński	49
Bibliography of the publications of Professor Mieczysław Uszyński	55
Jan Styczyński – Five years of Hematopoietic Stem Cell Transplant Unit in Bydgoszcz: history, development and perspectives	67
<u>REVIEWS</u>	
Anna Kiziewicz, Danuta Rość – Inflammatory process and disorders of haemostasis in chronic obstructive pulmonary disease	69
Andrzej Kopczyński – Salivary gland neoplasms treated in the Ent Clinic in Bydgoszcz	75
Anna Ratajska, Władysław Sinkiewicz, Danuta Karasek, Piotr Sobański, Piotr Małyszka – Psychological problems among patients with heart failure	81
Michał Szpinda – Developmental dynamics of the great chest arteries in human pre- and postnatal life – literature review	89
<u>ORIGINAL ARTICLES</u>	
Marta Bilaska, Wojciech Hagner, Wojciech Beuth, Krystyna Nowacka – Analysis of regaining physical fitness after lumbar spine surgery in drivers of passenger cars and trucks	95
Dorota Gregorowicz-Warpas – Monitoring and registration of hospital infections in Poland – an evaluation of the current situation in epidemiological nurse’s practice	99
Paulina Hanc, Wojciech Hagner – Assessment of the results of rehabilitation of athletes after knee joint traumas	105
Tomasz Kowalik, Mirosława Śmiglewska, Andrzej Lewandowski – Physical fitness based on research of young students – from High School number VIII in Bydgoszcz	111
Anna Ksykiewicz-Dorota, Iwona Markiewicz – Tasks of primary health care (PHC) nurses in insurance model of financing nursing services	117
Krystyna Kurowska, Larysa Kuligowska – Sense of coherence and styles of coping in cancer patients undergoing chemotherapy	123

Agnieszka Łukomska – Realization of the patient’s right to access to services and resources provided by the health system	129
Agnieszka Łukomska, Joanna Wachowska – Aspects of old age	133
Andrzej Nowicki, Ewa Kaliszewska, Małgorzata Maruszak – Diagnostic efficacy in pulmonary carcinoma on the Pulmonary Ward of the Provincial Specialist Hospital in Ciechanów during the years 2005-2006	141
Dorota Rogala, Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Żaneta Skinder – Nonpharmacological and pharmacological ways of alleviating labor pain	149
Jan Styczyński, Robert Dębski, Anna Krenska, Hanna Górnicka, Elżbieta Hulek, Paweł Wojtylak, Wiesława Windorbska, Barbara Drzewiecka, Krzysztof Ostrowski, Jerzy Bujakowski, Leszek Marciniak, Krzysztof Kusza, Maria Goc, Andrzej Prokurat, Małgorzata Chrupek, Tomasz Urasiński, Jarosław Peregud-Pogorzelski, Tomasz Ociepa, Maryna Krawczuk-Rybak, Elżbieta Leszczyńska, Anna Balcerska, Maciej Niedźwiedzki, Mariusz Wysocki – Hematopoietic stem cell transplantations in 5-year experience	157
Łukasz Woda, Marta Wyszowska, Anna Bielecka, Julia Kęczkowska, Joanna Linka, Anita Wyłupek, Jacek Budzyński – Gastrointestinal symptomatology in patients with signs of coronary and peripheral vessel atherosclerosis – a questionnaire pilot study. Part 1	165
Julia Kęczkowska, Joanna Linka, Anna Bielecka, Anita Wyłupek, Łukasz Woda, Marta Wyszowska, Jacek Budzyński – Gastrointestinal symptomatology in patients with signs of coronary and peripheral vessel atherosclerosis – a questionnaire pilot study. Part 2	171
Halina Zielińska-Więczkowska, Jolanta Dębińska – Health behaviour of junior high school students (part I)	177
Halina Zielińska-Więczkowska, Jolanta Dębińska – Health behaviour of junior high school students (part II)	183
 <u>CASE REPORTS</u>	
Jan Remplewicz, Mikołaj Kurczewski, Andrzej Lewandowski – Specificity of sport activity of handicapped persons	189
Iwona Szymkuć, Sabina Lach-Inszczak, Magdalena Mackiewicz-Milewska, Anna Daria Talar, Wojciech Hagner – Arthrogryposis multiplex congenita – a case report	193

Szanowni Czytelnicy, Drodzy Jubilaci,

oddajemy w Wasze ręce wyjątkowy jubileuszowy numer *Medical and Biological Sciences*. W numerze tym szczególnie dużo miejsca poświęcamy sylwetkom trzech wybitnych Profesorów medycyny niezwykle zasłużonych dla naszej Uczelni, Akademii Medycznej, a obecnie Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Reprezentują oni różne dziedziny medycyny, choć trafniejszym określeniem będzie, że to polska ginekologia i położnictwo oraz otolaryngologia mają w Osobach Profesorów swoją doskonałą reprezentację. Wszyscy trzej mają niezwykle bogate w doświadczenia i interesujące życiorysy, zarówno w sferze osobistej, jak i zawodowej. Dokonania zawodowe Jubilatów poparte są danymi zawartymi w życiorysach i bibliografiach Ich publikacji naukowych.

W numerze jubileuszowym nie mogło zabraknąć miejsca także dla informacji o sukcesach „Młodego Jubilata” – Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego, Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, który w październiku 2008 r. zakończył pierwsze pięć lat swojej działalności. Możliwości wykonywania obecnie każdego rodzaju transplantacji i każdej procedury związanej z przeprowadzeniem transplantacji oraz współpraca naukowa i w dziedzinie tworzenia standardów postępowania klinicznego z innymi ośrodkami krajowymi i instytucjami międzynarodowymi to osiągnięcia godne szczególnego podkreślenia.

W imieniu Redakcji czasopisma składam wszystkim Jubilatom najserdeczniejsze podziękowania i życzenia dobrego zdrowia, powodzenia w życiu osobistym i dalszych wspaniałych sukcesów zawodowych.

Redaktor Naczelny
Medical and Biological Sciences
Grażyna Odrowąż-Sypniewska

Bydgoszcz 8 listopada 2008



S. Bettelheim



C. P. Jones



Миколай Урбанський

Prof. dr hab. Stanisław Betlejewski

Życiorys Profesora Stanisława Betlejewskiego

Stanisław Betlejewski urodził się 16 grudnia 1933 roku w Toruniu, jako syn lekarza, dra med. Jana Betlejewskiego i Agnieszki Betlejewskiej, z d. Błędzkiej. Po wojnie uczęszczał do Gimnazjum i Liceum OO. Jezuitów w Gdyni-Orłowie, a po rozwiązaniu tej szkoły do Gimnazjum i Liceum im. B. Chrobrego w Sopocie, gdzie w 1951 roku zdał egzamin dojrzałości. Studia medyczne odbywał na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku, gdzie w 1957 roku uzyskał dyplom lekarza. Po dyplomie przez rok pracował jako kierownik Zakładu Leczniczko-Zapobiegawczego Zjednoczenia Budownictwa Mieszkaniowego w Gdyni, pracując jednocześnie jako wolontariusz w Klinice Otolaryngologii AM w Gdańsku.

Pracę naukową rozpoczął w 1958 roku w Katedrze i Klinice Chorób Uszu, Nosa i Gardła Akademii Medycznej w Gdańsku, pod kierunkiem prof. Jarosława Iwaszkiewicza. W Klinice tej przechodził kolejne etapy działalności naukowo-dydaktycznej od asystenta, starszego asystenta, adiunkta (1964-1974) i docenta (1974-1981), z dwuletnią przerwą na odbycie okresowej służby wojskowej na stanowisku starszego lekarza jednostki lotnictwa myśliwskiego Marynarki Wojennej (1959-1961). Stopień doktora medycyny uzyskał

w 1966 r. na podstawie pracy pt.: „Stan górnych dróg oddechowych a narząd słuchu w zespole Downa”, a stopień naukowy doktora habilitowanego w 1972 r. na Wydziale Lekarskim AM w Gdańsku, na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt.: „Obiektywne badanie drożności nosa w eksperymencie i klinice”.

1 września 1981 roku został kierownikiem Katedry i Kliniki Otolaryngologii II Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku z siedzibą w Bydgoszczy.

Tytuł profesora nauk medycznych otrzymał w 1984 roku, na stanowisko profesora zwyczajnego powołany został w 1992 r. Od 1984 roku aż do przejścia na emeryturę w 2004 r., pracował jako profesor, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy (a następnie Collegium Medicum UMK w Toruniu). W latach 1984-1990 pełnił funkcję prorektora Akademii Medycznej ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego.

W 1985 r. zorganizował i prowadził Bydgoski Oddział Terenowy Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. W latach 1984-1988 działał aktywnie w samorządzie terenowym jako przewodniczący Komisji Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej w Bydgoszczy. Był członkiem Senatu Akademii Medycznej



Prof. Betlejewski z zespołem w 15-lecie kierowania Kliniką w Bydgoszczy

w Bydgoszczy w latach 1984-2004, a członkiem Senatu Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w latach 2004-2005, przewodniczył kilku Komisjom Senackim i Zespołom.

Wprowadził nowoczesne metody dydaktyczne, zarówno w dydaktyce studenckiej, jak i podyplomowej, organizując i kierując kursami szkoleniowymi w ramach współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Od 1985 roku przeprowadzono 31 kursów.

Był promotorem 25 obronionych przewodów doktorskich, patronem zakończonego w 1989 r. przewodu habilitacyjnego, a także promotorem doktoratu „honoris causa” prof. dra hab. Adama Bilikiewicza. Recenzował 17 prac doktorskich, 5 rozpraw habilitacyjnych i 6 wniosków na tytuł profesora.



*Wręczenie dyplomów doktora nauk medycznych, 1994 r.
– dr Anna Sinkiewicz i dr Adam Zaborowski*

Prof. Betlejewski jest autorem lub współautorem ponad 230 prac drukowanych w czasopiśmie polskich i zagranicznych. Był członkiem komitetów redakcyjnych „Central and East European Journal of Oto-Rhino-Laryngology and Head and Neck Surgery”, „Medizinische Ausbildung”, „Otolaryngologii Polskiej”, jest nadal w komitecie redakcyjnym „Balneologii Polskiej”. Był redaktorem wydawnictw Gdańskiego Towarzystwa Naukowego i Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego.

Od 1957 roku jest członkiem Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi (PTOL-ChGiS), w latach 1989-1992 był przewodniczącym Zarządu Głównego Towarzystwa, do 2004 roku był członkiem Zarządu, odpowiedzialnym za kontakty zagraniczne tego Towarzystwa. W 1994 roku został wyróżniony członkostwem honorowym Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi. Od 1989 roku reprezentuje Polskę w General Assembly of IFOS w Madrycie, Sorrento, Istambule i w Sydney.

W 1992 roku prof. Betlejewski został wybrany do Executive Committee of International Federation of Otorhinolaryngological Societies (IFOS) jako przedstawiciel krajów Europy Środkowej i Wschodniej, funkcję tę pełnił do 2002 roku, potem został wybrany jako Counselor of IFOS. W 1997 roku podczas World Congress of Otorhinolaryngology w Sydney został wybrany do tzw. „Future Committee of IFOS”. Zorganizował Pierwsze Spotkanie Prezydentów Towarzystw Otorinolaryngologicznych Krajów Europy Środkowej i Wschodniej w Bydgoszczy w 1994 r., a następnie był współorganizatorem kolejnych spotkań w Kijowie (1995), w Budapeszcie (1996), w Leiden (1997) i w Bratysławie.



Posiedzenie Komitetu Wykonawczego IFOS z Zarządem IFOS – Panama City, 1998



I Spotkanie Prezydentów Towarzystw Otolaryngologicznych Krajów Europy Środkowej i Wschodniej – Bydgoszcz, 1994

W kraju był organizatorem w Bydgoszczy w 1992 r. XXXV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi z licznym udziałem naukowców zagranicznych, a w 2003 roku Międzynarodowego Sympozjum „Oncology in Otorhinolaryngology”.



III Spotkanie Prezydentów Towarzystw Otolaryngologicznych Krajów Europy Środkowej i Wschodniej – Budapeszt, 1996

W 1995 roku zorganizował I Symozjum Rynologiczne w Wiktorowie, był współorganizatorem II Sympozjum Rynologicznego w Warszawie w 1996 r., gdzie powołana została Sekcja Rynologiczna PTOL-ChGiS, a prof. Betlejewski został wybrany jej przewodniczącym. Zorganizował III Sympozjum w Wiktorowie w 1997 r., a rok później IV Sympozjum w Pile.

W prowadzonej przez prof. Betlejewskiego klinice zostało powołane Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych, które w 1991 r. zostało przyjęte do „Confederation European Laryngectomees” (CEL). Profesor jako twórca tego Towarzystwa został wybrany honorowym przewodniczącym i bierze czynny udział w międzynarodowych spotkaniach naukowych, organizowanych przez CEL.

Zainteresowania naukowe prof. Betlejewskiego dotyczą głównie fizjologii i patologii górnych dróg oddechowych. Prace dotyczące fizjologii sterowania oddychaniem przedstawiane były na wielu konferencjach naukowych zagranicznych i krajowych. Współpracował w tym zakresie z Instytutem Neuropsychiatrii Dziecięcej w Berlinie oraz z Klinikami Neurologii i Neurochirurgii AM w Bydgoszczy. Zespół pracowników pod kierunkiem prof. Betlejewskiego prowadził badania doświadczalne nad wszczepami i przeszczepami tchawicy. Istotnym zagadnieniem naukowym kliniki był również problem rehabilitacji chorych po laryngektomii. Opracowany przez zespół kliniki model rehabilitacji kompleksowej jest obecnie rutynowo stosowany przez wiele ośrodków w Polsce.

Za szczególne osiągnięcia w pracy na rzecz ochrony zdrowia prof. Betlejewski został w 1988 roku nagrodzony Nagrodą Specjalną I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Prof. Betlejewski poprzez swoją wieloletnią aktywną pracę stał się współtwórcą polskiej szkoły otolaryngologicznej i niewątpliwym twórcą rynologii polskiej.

Jego prace na temat fizjologii górnych dróg oddechowych stały się podstawą do wprowadzenia wielu nowych metod leczniczych i diagnostycznych.



Codzienna praca na sali operacyjnej

Prof. dr hab. Stanisław Betlejewski jest żonaty (żona – emerytowany kierownik Zakładu Ortodoncji AM w Gdańsku), ma syna – lekarza (ordynator Oddziału Otolaryngologicznego) oraz wnuka (student Politechniki Gdańskiej) i wnuczkę (studentka Uniwersytetu Gdańskiego).

Członkostwo w krajowych i międzynarodowych towarzystwach naukowych:

Krajowe:

- Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi (PTORL-ChGiS) – przewodniczący towarzystwa 1989-1992, członek Zarządu 1986-2004
- Przewodniczący Sekcji Rynologicznej PTORL-ChGiS
- Przewodniczący Sekcji Onkologicznej PTORL-ChGiS
- Przewodniczący Oddziału Kujawsko-Pomorskiego PTORL-ChGiS 1981-2004
- Członek Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego (okresowo redaktor BTN)
- Członek Gdańskiego Towarzystwa Naukowego (okresowo redaktor GTN)
- Członek Polskiego Towarzystwa Chirurgii Podstawy Czaszki
- Członek Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi
- Organizator i honorowy przewodniczący Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych PTL (PTL jest członkiem Europejskiej Konfederacji Towarzystw Laryngektomowanych – CEL)

Międzynarodowe:

- Członek Komitetu Wykonawczego IFOS (International Federation of Otorhinolaryngological Societies)
 - Członek – założyciel: European Academy of Otology and Neurootology
 - Członek: European Rhinologic Society
 - Członek: New York Academy of Science
- Odnaczenia:
- Złoty Krzyż Zasługi -1979
 - Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski – 1985
 - Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski – 1998
 - Medal Komisji Edukacji Narodowej – 1984
 - Medal 40-lecia Polski Ludowej – 1984
 - Tytuł honorowy: Zasłużony Nauczyciel Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej – 1986
 - Odznaka: Za wzorową pracę w służbie zdrowia – 1984
 - Odznaka honorowa: „Za szczególne zasługi dla rozwoju województwa bydgoskiego” – 1984
 - Srebrna Odznaka TKKF – 1991
 - Złota Odznaka TKKF – 1995
 - Medal Prezydenta Bydgoszczy „W 85 ROCZNICĘ POWROTU MIASTA DO MACIERZY”
 - Jubileuszowy Medal 50-lecia Akademii Medycznej w Warszawie – maj 2000
 - Medal Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego „Z OKAZJI 40-LECIA DZIAŁALNOŚCI”
 - Medal: Za Zasługi dla Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

mgr Małgorzata Białobłocka
mgr Anna Garczewska
Biblioteka Medyczna Collegium Medicum

Bibliografia publikacji Profesora Stanisława Betlejewskiego

1962

Dwa przypadki oparzenia warg i jamy ustnej prądem elektrycznym. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1962 T. 16 nr 4 s. 657-659.

1963

Przypadek dziedzicznej głuchoty nerwowej. S. Betlejewski, S. Klajman. – *Otolaryngologia Polska* 1963 T. 17 nr 3 s. 331-335.

Wrodzone torbiele i przetoki szyi w materiale Kliniki Gdańskiej. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1963 T. 17 nr 1 s. 73-76.

1964

Klinische Bewertung des Antirhinitikums Arbid. S. Betlejewski. – *Der Landarzt* 1964 Vol. 40 nr 5 s. 210-211.

Radiologische Untersuchungen der Entwicklung der Nasennebenhöhlen im Down-Syndrom. S. Betlejewski, S. Klajman, Z. Walczyński. – *Annales Paediatrici* 1964 Vol. 203 s. 355-362.

1965

Die Rachen- und Gaumenmandeln bei Kindern mit Down-Syndrom. S. Betlejewski, Z. Walczyński. – *Praxis* 1965 Vol. 54 nr 26 s. 783-785.

Projekt klimatyzacji pomieszczenia dla laryngektomowanych. S. Klajman, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1965 T. 19 nr 1 s. 23-28.

Przypadek tarczycy nasady języka. S. Betlejewski, W. Oździński. – *Otolaryngologia Polska* 1965 T. 19 nr 4 s. 545-547.

Uwagi do niektórych czynności fizjologicznych u laryngektomowanych. S. Betlejewski, S. Klajman, W. Oździński. – *Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej* 1965 T. 8 nr 3/4 s. 433-436.

Zur Stimmbildung bei Kindern mit Down-Syndrom. S. Klajman, S. Betlejewski, A. Novak, E. Sedlackova. – *De Therapia Vocis et Loquelae* 1965 nr 2 s. 219-222.

1966

Le pavillon de l'oreille chez les enfants du syndrome de Down. S. Betlejewski, J. Jordan, Z. Walczyński. – *Annales Paediatrici* 1966 Vol. 207 s. 247-257.

Przyczynek do badań nad głosem laryngektomowanych. S. Klajman, S. Betlejewski, E. Niwińska, W. Oździński. – *Otolaryngologia Polska* 1966 T. 20 nr 1 s. 87-89.

Zagadnienie węzłów chłonnych w raku krtani. E. Mozolewski, S. Betlejewski, O. Bilewicz, A. Cicholska, T. Hervy, M. Kamieniec. – *Otolaryngologia Polska* 1966 T. 20 nr 1 s. 19-23.

Zmienność zatok poprzecznej i esowatej. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1966 T. 20 nr 2 s. 249-255.

1967

Akustická analíza hlasu detí se syndromem Downovým. A. Novak, E. Sedlackova, S. Klajman, S. Betlejewski. – *Ceskoslovenska Otolaryngologie* 1967 Vol. 16 nr 1 s. 26-31.

Przypadek dysostosis mandibulo-facialis. M. Betlejewska, S. Betlejewski, M. Kamieniec. – *Otolaryngologia Polska* 1967 T. 21 nr 3 s. 331-334.

Przypadek zieleniaka u półrocznego dziecka. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1967 T. 21 nr 3 s. 335-337.

Stan górnych dróg oddechowych a narząd słuchu w zespole Downa. S. Betlejewski. – *Acta Biologica et Medica Societas Scientiarum Gedanensis* 1967 T. 12 s. 29-57.

Zum Problem der Reaktionsfähigkeit des Kinderorganismus mit Down-Syndrom. Z. Walczyński, S. Zawistowski, K. Kilkowska, S. Betlejewski. – *Monatschrift für Kinderheilkunde* 1967 Vol. 115 nr 5 s. 336-339.

1968

Guz mieszany gruczołu łzowego o makroskopowych cechach złośliwości. B. Iwaszkiewicz-Bilikiewicz, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1968 T. 22 nr 1 s. 199-201.

1969

Nowotwory wieku dziecięcego. S. Betlejewski, T. Herwy. – *Otolaryngologia Polska* 1969 T. 23 nr 1 s. 51-56.

Zagadnienie wad rozwojowych w zakresie ORL. S. Betlejewski, H. Lorkiewicz, A. Pawłowski. – *Otolaryngologia Polska* 1969 T. 23 nr 6 s. 653-661.

1970

Badania słuchu u dzieci z zespołem Downa. S. Betlejewski, S. Klajman, A. Novak. – *Otolaryngologia Polska* 1970 T. 24 nr 2 s. 179-184.

Przerost migdałka gardłowego jako przyczyna zaburzeń drożności nosa. S. Betlejewski, T. Herwy, H. Lorkiewicz-

Gizewska, H. Dwilewicz-Olszewska. W: *IV Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Zakopane*. Warszawa: PZWL, 1970 s. 44-48.

Przerost migdałka gardłowego w ocenie histochemicznej. T. Herwy, S. Betlejewski, H. Lorkiewicz-Gizewska, H. Dwilewicz-Olszewska. W: *IV Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Zakopane*. Warszawa: PZWL, 1970 s. 174-177.

Przyczynki do rehabilitacji mowy u dzieci z zespołem Downa. S. Betlejewski, S. Klajman, A. Novak, Z. Walczyński. – *Pediatrics Polska* 1970 T. 45 nr 2 s. 201-203.

Rynospirograf. S. Klajman, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1970 T. 24 nr 5 s. 523-528.

Wartość badania radiologicznego w ocenie przerostu migdałka gardłowego. S. Betlejewski, T. Herwy, H. Lorkiewicz-Gizewska, H. Dwilewicz-Olszewska. W: *IV Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Zakopane*. Warszawa: PZWL, 1970 s. 190-194.

1971

Wyniki leczenia nowotworów złośliwych i półzłośliwych ślinianek. S. Betlejewski, J. Ruszel. W: *Komunikaty Naukowe XXVIII Zjazdu Otolaryngologów Polskich*. Lublin, 1971 s. 18-22.

1972

Aerodynamika oddychania przez nos. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1972 T. 26 nr 4 s. 475-478.

Obiektywne badanie drożności nosa w eksperymencie i klinice. Część 1. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1972 T. 26 nr 1 s. 93-100.

Obiektywne badanie drożności nosa w eksperymencie i klinice. Część 2. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1972 T. 26 nr 4 s. 381-390.

1973

Dwa przypadki zakrzepu zatoki jamistej w następstwie ropnia powieki. S. Betlejewski, H. Lorkiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1973 T. 27 nr 5 s. 657-661.

1974

Wady rozwojowe w otolaryngologii dziecięcej. S. Betlejewski, A. Pawłowski. – *Otolaryngologia Polska* 1974 T. 28 nr 6a s. 337-340.

Zaburzenia drożności nosa w doświadczalnych i klinicznych badaniach rynospirograficznych. S. Betlejewski. – *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 1974 nr 4 s. 405-425.

1975

Der Einfluss körperlicher Arbeit auf die respiratorische Leistung der Nase. S. Betlejewski, M. Kłosowska. W: *Donau Symposium der Otorhinolaryngologen*. Budapest, 1975 s. 17.

Leczenie wad rozwojowych górnych dróg oddechowych. S. Betlejewski, A. Pawłowski, J. Ereciński. – *Pediatrics Polska* 1975 T. 50 nr 5 s. 611-616.

Leczenie wad rozwojowych uszu. S. Betlejewski, A. Pawłowski, J. Ereciński. – *Pediatrics Polska* 1975 T. 50 nr 4 s. 461-466.

Powikłania oczne i oczodołowe zapaleń zatok przynosowych. S. Betlejewski, B. Iwaszkiewicz-Bilikiewicz. – *Klinika Oczna* 1975 T. 45 nr 8 s. 849-855.

Układ wzrokowy w urazach twarzoczaszki. B. Iwaszkiewicz-Bilikiewicz, S. Betlejewski. – *Klinika Oczna* 1975 T. 45 nr 6 s. 661-665.

Współczesne poglądy na zagadnienie wad rozwojowych uszu. S. Betlejewski. W: *Sprawozdania Gdańskiego Towarzystwa Naukowego* 1975 nr 1 s. 132-134.

1977

Cechy patognomiczne zaburzeń wrodzonych ucha zewnętrznego i środkowego w obrazie rentgenowskim. S. Betlejewski, E. Tobolska. – *Polski Przegląd Radiologii i Medycyny Nuklearnej* 1977 T. 41 nr 4 s. 257-260.

Drożność nosa u dzieci z rozszczepem podniebienia. S. Betlejewski, M. Betlejewska, W. Martyński. – *Otolaryngologia Polska* 1977 T. 31 suppl. s. 167-168.

Nowotwory wieku dziecięcego w materiale Kliniki Otolaryngologicznej w Gdańsku. T. Herwy, C. Stankiewicz, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1977 T. 31 suppl. s. 86-87.

Sposób i układ do oceny reaktywności zwłaszcza mózgu, Z.O.II. 0168/38. S. Betlejewski. – *Świadectwo racjonalizatorskie* Nr 37/77.

The effect of Decadron on cerebral reactivity. R. Mazur, T. Grochola, S. Betlejewski. – *Excerpta Medica* 1977 Vol. 427 s. 21. – 11th World Congress of Neurology.

Współpraca ortodontyczno-laryngologiczna w leczeniu rozszczepów podniebienia. M. Betlejewska, S. Betlejewski. – *Protetyka Stomatologiczna* 1977 T. 27 nr 2 s. 146. – V Kongres Stomatologów Polskich. Katowice, 12-13 VI 1977.

Zachowanie się objętości i tętnienia mózgu oraz oddechu w leczeniu zespołów wzmocnienia ciśnienia śródczaszkowego różnej etiologii. T. Gosk-Kowalska, R. Mazur, T. Grochola, S. Betlejewski. W: *Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Białystok, 1977*. Warszawa: Wydaw. Polfa Warszawa, 1977 s. 170.

Zastosowanie chrząstki allogennej w operacjach plastycznych nosa i małżowiny usznej. S. Betlejewski. – *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 1977 T. 7 s. 145-152.

Zaburzenia drożności górnych dróg oddechowych a nieprawidłowości zgryzu. S. Betlejewski, M. Betlejewska. – *Otolaryngologia Polska* 1977 T. 31 suppl. s. 202-203.

1978

Wysilek fizyczny a drożność nosa. S. Betlejewski, M. Kłosowska, A. Pawłowski. – *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 1978 T. 8 s. 141-155.

1979

Der Wert der Enzephalovolumopulsographie für die Beurteilung des posttraumatischen Hirnzustandes. J. Ruszel, S. Betlejewski, R. Mazur. W: *Traumatologie des Gesichts und des Gesichtschädels als interdisziplinäres Problem.* Rostock, 1979 s. 35-38.

Oddychanie u dzieci w analizie komputerowej. S. Betlejewski, J. Schneider. – *Otolaryngologia Polska* 1979 T. 33 supl. s. 328-330.

Oddychanie u dzieci z uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym. S. Betlejewski, A. Piziewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1979 T. 33 supl. s. 198-201.

Powikłania pooperacyjne w przebiegu nowotworów złośliwych tarczycy. Z. Gruca, Z. Wajda, G. Zwykielski, S. Betlejewski, M. Kieturakis, J. Chybicki. W: *XXIII Konferencja Naukowa Sekcji Tyreologicznej Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.* Gdańsk, 1979 s. 4.

Wprowadzenie do ćwiczeń z neurologii dla studentów IV i V roku Wydziału Lekarskiego. [Red.] R. Mazur. [Aut.] S. Betlejewski, T. Grochola, I. Masłowska, Z. Andrys, E. Cieślęwicz-Dybała, T. Gosk-Kowalska, B. Kin-Rajewska, B. Książkiewicz, J. Raczkiwicz, G. Sergot-Martynowska, R. Urbanowicz. Bydgoszcz: AM, 1979, 123 s.

1980

Badania histochemiczne i ultrastrukturalne błony śluzowej nosa u ludzi z rozszczepem podniebienia. S. Betlejewski, T. Hervy, S. Zawistowski. – *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 1980 T. 10 s. 239-256.

Oddech u dzieci z uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym. S. Betlejewski, J. Schneider. – *Otolaryngologia Polska* 1980 supl. s. 328-330.

Oddychanie u dzieci w analizie komputerowej. S. Betlejewski, A. Piziewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1980 supl. s. 198-201.

Próba uchwycenia korelacji między zachowaniem się objętości mózgu a ciśnieniem śródczaszkowym na modelu zwierzęcym. S. Betlejewski, T. Grochola, J. Kołłątaj, B. Książkiewicz, R. Mazur, Z. Pacoszyński. W: *XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.* Bydgoszcz, 1980 s. 70-71.

Rynospirografia w ocenie zaburzeń oddychania pochodzenia ośrodkowego. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1980 T. 34 nr 1 s. 21-27.

Wpływ pyłów siarki i surowców nawozów fosforowych na stan górnych dróg oddechowych. S. Betlejewski, L. Popiel, J. Żygadłowski. W: *Konferencja Naukowa „Zdrowie i warunki pracy osób zatrudnionych w Zakładach Ceramiki*

Stolowej”. Lubiana k/Kościerzyny, 12-13 V 1980. Gdańsk, 1980 s. 93-98.

Zaburzenia oddychania pochodzenia ośrodkowego. S. Betlejewski, B. Książkiewicz. W: *XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.* Bydgoszcz, 1980 s. 69-70.

Zastosowanie aparatury sinn-700 w intensywnym nadzorze ośrodkowego układu nerwowego. R. Mazur, S. Betlejewski, P. Dębicki, T. Grochola, B. Książkiewicz. – *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 1980 T. 10 s. 277-293.

Zanikanie aktywności O.U.N. w świetle badań przy użyciu aparatury SINN 700. R. Mazur, S. Betlejewski, B. Książkiewicz, T. Grochola, R. Urbanowicz. W: *XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.* Bydgoszcz, 1980 s. 73-74.

1981

Nasal respiration and physical effort in children. S. Betlejewski, A. Piziewicz. – *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 1981 Vol. 3 nr 4 s. 295-301.

1982

Drożność nosa w zmiennych warunkach fizjologicznych. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1982 T. 36 nr 1 s. 75-84.

Intensywny nadzór nad ośrodkowym układem nerwowym. Intensive control on central nervous system. Pod red. R. Mazura. [Aut.] S. Betlejewski, A. Bilikiewicz, P. Dębicki, L. Dobrzyńska, A. Emeryk, A. Frydrychowski, A. Gębała, T. Grochola, B. Książkiewicz, R. Mazur, H. Nielubowiczowa, B. Ostrowska, Z. Skalski. Bydgoszcz: Wydaw. Szk. Pedag., 1982, 128 s.

Interpretacja wyników uzyskanych badaniem SINN 700. R. Mazur, S. Betlejewski, B. Książkiewicz. W: *Intensywny nadzór nad ośrodkowym układem nerwowym.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: BTN, 1982 s. 67-74.

Nadzór kliniczno-aparaturowy ośrodkowego układu nerwowego w neurologii. R. Mazur, S. Betlejewski, B. Książkiewicz. W: *Intensywny nadzór nad ośrodkowym układem nerwowym.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: BTN, 1982 s. 92-108.

Odporność komórkowa u chorych z rakiem krtani bez przerzutów i z przerzutami do węzłów chłonnych szyjnych. J. Domaniewski, R. Sujkowska, J. Szukalski, B. Kempieńska, S. Betlejewski, M. Grygiel. W: *XV Zjazd Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.* Warszawa, X 1982. Plakat. [B.m., 1982].

Rola oddychania w intensywnym nadzorze ośrodkowego układu nerwowego. S. Betlejewski. W: *Intensywny nadzór nad ośrodkowym układem nerwowym.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: BTN, 1982 s. 30-37.

1983

Dyskusja [nt. Leczenia operacyjnego i zachowawczego chorych z rakiem krtani podczas XXXI Zjazdu Polskiego Towa-

zystwa Otolaryngologicznego, Poznań, 20-22 IX 1980]. [Wypow.] L. Szlęzak, S. Betlejewski, J. Jordan, L. Szlęzak, J. Łazowski, A. Jankowski, T. Daniel, H. Sienkiewicz, J. Korytowski, S. Iwankiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1983 T. 37 nr 5/6 s. 581-583.

Dyskusja [z zakresu otolaryngologii podczas XXXI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, Poznań, 20-22 IX 1980]. [Wypow.] A. Bętkowski, S. Betlejewski, J. Rojszyk, T. Bystrzanowska, R. Gniazdowski, A. Miszke, E. Tomaszewska, B. Rydzewski, Cz. Sielużycki, A. Kuźniar. – *Otolaryngologia Polska* 1983 T. 37 nr 2 s. 217-220.

Układ równowagi. S. Betlejewski. W: *Wprowadzenie do badania w neurologii.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: WODKM – II Wydział AMG w Bydgoszczy, 1983 s. 67-74.

Uszkodzenie błony śluzowej górnych dróg oddechowych pyłami i parami przemysłowymi a stany przedrakowe. S. Betlejewski, H. Bulińska, T. Hervy, L. Popiel, Z. Zygmuntowicz, J. Żygadłowski. – *Otolaryngologia Polska* 1983 T. 37 nr 5/6 s. 573-574. – XXXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Poznań, 20-22 IX 1980.

Zaburzenia w oddychaniu. S. Betlejewski. W: *Wprowadzenie do badania w neurologii.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: WODKM – II Wydział AMG w Bydgoszczy, 1983 s. 178-195.

1984

Antygen CEA, ahCG, β hCG u chorych z rakiem krtani. J. Domaniewski, L. Cetnarowski, R. Sujkowska, S. Betlejewski, M. Grygiel. – *Otolaryngologia Polska* 1984 supl. s. 188-190. – XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Łódź, 24-26 IX 1983.

Elektrorinospirograf kliniczny. S. Betlejewski, W. Kończal, Z. Sobocki. – *Otolaryngologia Polska* 1984 T. 38 nr 6 s. 543-547.

Izoantygenu A B O w raku krtani. J. Domaniewski, E. Gałuszko, J. Szukalski, R. Sujkowska, S. Betlejewski, M. Grygiel. – *Otolaryngologia Polska* 1984 supl. s. 186-188. – XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Łódź, 24-26 IX 1983.

Nowotwory głowy i szyi u dzieci. T. Herwy, W. Narożny, C. Stankiewicz, S. Betlejewski. W: *VII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* Lublin, 1984 s. 61-64.

Ocena wskaźnika obronności gospodarza u chorych na raka krtani. J. Szukalski, J. Domaniewski, R. Sujkowska, S. Betlejewski, M. Grygiel. – *Otolaryngologia Polska* 1984 supl. s. 172-174. – XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Łódź, 24-26 IX 1983.

Ocena wyników leczenia otitis media secretoria na podstawie materiału własnego. A. Piziewicz, S. Betlejewski, J. Bąkowski. – *Otolaryngologia Polska* 1984 supl. s. 290-292. – XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Łódź, 24-26 IX 1983.

Oddychanie przez nos a wysilek fizyczny u dzieci. S. Betlejewski, A. Piziewicz. W: *VII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* Lublin, 1984 s. 485-488.

Odporność komórkowa u chorych z rakiem krtani. J. Domaniewski, B. Kempieńska, R. Sujkowska, S. Betlejewski, M. Grygiel. – *Otolaryngologia Polska* 1984 supl. s. 151-153. – XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Łódź, 24-26 IX 1983.

Powietrze ujemnie zjonizowane w leczeniu nieżytów nosa. S. Betlejewski, H. Kuziemski, W. Martyński. – *Otolaryngologia Polska* 1984 T. 38 nr 1 s. 45-50.

Rynospirografia u niemowląt. S. Betlejewski, A. Piziewicz. W: *VII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* Lublin, 1984 s. 488-490.

1985

Endoskopowe badanie odczynów alergicznych błony śluzowej nosa i zatok przynosowych. S. Betlejewski, M. Kurek, H. Kaźmierczak. – *Wiadomości Lekarskie* 1985 T. 38 nr 2 s. 109-115.

Katedra i Klinika Otolaryngologii. S. Betlejewski. – *Annales Academiae Medicae Bydostiensis* 1985 T. 1 s. 42-47.

Wspomnienie pośmiertne „Doc. dr hab. med. Zygmunt Ukleja”. S. Betlejewski. – *Bydgoskie Towarzystwo Naukowe* 1985 nr 27 s. 181-182.

1986

Antygen karcynoembrionalny (CEA) oraz podjednostki alfa i beta hCG w monitorowaniu chorych z rakiem krtani. J. Domaniewski, S. Betlejewski, J. Szukalski, L. Hejka, L. Cetnarowski. – *Otolaryngologia Polska* 1986 T. 1 supl. s. 104-106. – XXXIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Warszawa, 29 V-1 VI 1986.

Podsumowanie referatów wygłoszonych na temat „Farmakoterapia w otolaryngologii”. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1986 T. 2 supl. s. 457-460. – XXXIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Warszawa, 29 V-1 VI 1986.

Rak krtani a fenotypy haptoglobulin (Hp). D. Miścicka-Śliwka, J. Domaniewski, K. Śliwka, J. Szukalski, H. Janiszewska, R. Sujkowska, S. Betlejewski, L. Hejka. – *Immunologia Polska* 1986 T. 11 nr 3-4 s. 312. – V Zjazd Polskiego Towarzystwa Immunologicznego. Zakopane, 15-18 X 1986.

Test hamowania migracji leukocytów w monitorowaniu chorych na raka krtani. J. Domaniewski, S. Betlejewski, J. Szukalski, L. Hejka, B. Kempieńska. – *Otolaryngologia Polska* 1986 T. 1 supl. s. 107-109. – XXXIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Warszawa, 29 V-1 VI 1986.

Test skórny z dwunitrochlorobenzenem (DNCB) w monitorowaniu choroby nowotworowej krtani. S. Betlejewski, J. Domaniewski, L. Hejka, J. Szukalski. – *Otolaryngologia Polska* 1986 T. 1 supl. s. 124-127. – XXXIII Zjazd Polskiego

Towarzystwa Otolaryngologicznego. Warszawa, 29 V-1 VI 1986.

Układ równowagi. S. Betlejewski. W: *Wprowadzenie do badania w neurologii.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: AM, 1986 s. 115-119.

Wpływ flunisolide na odczynność błony śluzowej u chorych z alergicznym nieżytem nosa. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak, B. Lis-Mierzejewska. – *Otolaryngologia Polska* 1986 T. 1 suppl. s. 298-300. – XXXIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Warszawa, 29 V-1 VI 1986.

Zaburzenia w oddychaniu – obwodowe i ośrodkowe. S. Betlejewski. – *Annales Academiae Medicae Bydgostiensis* 1986 T. 2 s. 410-413. – Wykład na inauguracji roku akademickiego 1985/86.

Zakrzepowe zapalenie zatoki jamistej u dzieci. E. Stefaniak, S. Betlejewski, D. Burduk. – *Klinika Oczna* 1986 R. 88 nr 3 s. 93-95.

Zespolenie workowo-nosowe wewnętrzne z intubacją kanałów łzowych u dzieci. S. Betlejewski, E. Stefaniak, L. Hejka. – *Klinika Oczna* 1986 R. 88 nr 3 s. 62-64. – I Sympozjum Sekcji Okulistyki Dziecięcej PTO. Zakopane, 17-18 IV 1985.

1987

„Adenoma monomorphicum nasi”. S. Betlejewski, R. Sujkowska. – *Prace Naukowe Akademii Medycznej we Wrocławiu* 1987 T. 19 z. 2 s. 226-232.

Elektrorinospirografia – metoda i aparatura do oceny ośrodkowych i obwodowych zaburzeń oddychania. Z. Sobecki, S. Betlejewski, W. Kończal. – *Problemy Techniki w Medycynie* 1987 T. 18 nr 2 s. 132-138.

Konfrontacje obrazu radiologicznego zatok szczękowych z wynikami badania endoskopowego. A. Piziewicz, S. Betlejewski, M. Polak, W. Badeńska. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Poznań, 25-27 IV 1987. Streszczenia referatów.* [Poznań, 1987] s. 1.

Leczenie operacyjne wrodzonego niedosłuchu przewodzeniowego. S. Betlejewski. – *Bydgoskie Zeszyty Lekarskie* 1987 nr 3 s. 215. – Materiały na VII Krajowy Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Bydgoszcz, 25-27 IV 1987.

Myringoplastyki – różne techniki operowania. S. Betlejewski. – *Biuletyn WAM* 1987 T. 30 nr 3 s. 202-205.

Oddech Cheyne-Stokesa – subiektywnie i obiektywnie. S. Betlejewski. – *Wiadomości Lekarskie* 1987 T. 40 z. 4 s. 226-232.

Rynochirurgiczne aspekty leczenia rozszczepów warg i podniebienia. S. Betlejewski, W. Martyński. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Poznań, 5-7 VI 1987. Streszczenia referatów.* [Poznań, 1987] s. 137.

Rynospirografia jako metoda oceny nosowania w leczeniu rozszczepów warg i podniebienia. S. Betlejewski, A. Piziewicz. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Poznań, 5-7 VI 1987. Streszczenia referatów.* [Poznań, 1987] s. 136.

Wewnątrznosowe leczenie operacyjne wrodzonych niedrożności dróg łzowych u dzieci. S. Betlejewski, L. Hojka, E. Stefaniak. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Poznań, 5-7 VI 1987. Streszczenia referatów.* [Poznań, 1987] s. 86.

Wspomnienie pośmiertne doc. dr hab. med. Zygmunt Ukleja, kierownik Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani Filii AMG w Bydgoszczy. S. Betlejewski. W: *Prace Komisji Nauk Lekarskich XVII.* Warszawa: PWN, 1987 s. 181-182. Bydgoskie Towarzystwo Naukowe. Prace Wydziału Nauk Przyrodniczych. Seria A. 1987 nr 27.

Wspomnienie pośmiertne prof. dr med. Jan Małecki, kierownik Kliniki Otolaryngologii Studium Doskonalenia Lekarzy, honorowy prezes Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego. S. Betlejewski. W: *Prace Komisji Nauk Lekarskich XVII.* Warszawa: PWN, 1987 s. 182-183. Bydgoskie Towarzystwo Naukowe. Prace Wydziału Nauk Przyrodniczych. Seria A. 1987 nr 27.

Zaburzenia oddychania w diagnostyce neurologicznej. S. Betlejewski. – *Bydgoskie Zeszyty Lekarskie* 1987 nr 3 s. 273. – Materiały na VII Krajowy Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Bydgoszcz, 25-27 IV 1987.

Zaburzenia oddychania w ostrych stanach niedokrwienia mózgu i zawałach serca. S. Betlejewski. W: *Zawał mózgu.* Pod red. R. Mazura. Bydgoszcz: BTN, 1987 s. 165-172.

Zaburzenia rozwojowe I kieszonki skrzelowej. S. Betlejewski, W. Martyński. – *Otolaryngologia Polska* 1987 T. 41 nr 6 s. 377-382.

Zawał mózgu. Pod red. R. Mazura. [Aut.] S. Betlejewski, A. Bilikiewicz, O. Choreń, P. Dębicki, L. Dobrzyńska, L. Dziemidowicz-Tkacz, A. Emeryk, A. Frydrychowski, W. Giziński, T. Gosk-Kowalska, T. Grochola, A. Jawień, B. Książkiewicz, K. Kruszewski, A. Kudlicka, Z. Mackiewicz, A. Mołczanow-Drzewiecka, R. Mazur, O. Pełtak, A. Prusiński, J. Raczkiwicz-Cywińska, Z. Skalski, E.M. Stępień, E. Trzebińska, B. Wojewska-Wójcik, K. Zasadziński. Bydgoszcz: BTN, 1987, 241, [2] s.

Zespolenie workowo-nosowe wewnętrzne w leczeniu wrodzonych zaburzeń dróg łzowych. S. Betlejewski. – *Bydgoskie Zeszyty Lekarskie* 1987 nr 3 s. 216. – Materiały na VII Krajowy Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Bydgoszcz, 25-27 IV 1987.

Zmiany drożności nosa w zależności od ułożenia ciała. S. Betlejewski, E. Wołyniec-Zawiślak. – *Otolaryngologia Polska* 1987 T. 41 nr 1-2 s. 69-75.

1988

Adenoma monomorphicum nasi. S. Betlejewski, R. Sujkowska. – *Prace Naukowe Akademii Medycznej we Wrocławiu* 1988 T. 20 z. 1 s. 377-380. – III Konferencja Naukowa Sek-

cji Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego "Rak krtani". Wrocław, 25 V 1985.

Anatomia ultrasonograficzna krtani. Z. Boroń, S. Betlejewski, R. Kozłowska, M. Dreła. – *Polski Przegląd Radiologiczny* 1988 T. 52 nr 6 s. 271-273.

Konfrontacje obrazu radiologicznego zatok szczękowych z wynikami badania endoskopowego. A. Piziewicz, S. Betlejewski, M. Polak, I. Badeńska. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* [Poznań], 5-7 VI 1987. *Materiały naukowe.* Poznań, 1988 s. 11-13.

Operacyjne leczenie pourazowych niedrożności dróg łzowych. S. Betlejewski, L. Hejka, E. Stefaniak. W: *13th Congress International Association for Maxillofacial Surgery.* Szczecin, Poland, 11-15 V 1999. *Proceedings.* [Szczecin, 1988] s. 309-313.

Postępowanie lecznicze w urazach głowy spowodowanych tarczą szlifierską. S. Betlejewski, L. Hejka, B. Lis-Mierzejewska, H. Kaźmierczak. W: *13th Congress International Association for Maxillofacial Surgery.* Szczecin, Poland, 11-15 V 1999. *Proceedings.* [Szczecin, 1988] s. 204-207.

Przypadek urazowego przemieszczenia gałki ocznej do zatoki szczękowej i komórek sitowych. G. Malukiewicz-Wiśniewska, J. Kałużny, S. Betlejewski, A. Zmaczyńska. – *Klinika Oczna* 1988 R. 90 z. 2 s. 60-62.

Rynochirurgiczne aspekty leczenia rozszczepów warg i podniebienia. S. Betlejewski, W. Martyński. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* Poznań, 5-7 VI 1987. *Materiały naukowe.* [Poznań, 1988] s. 292-294.

Rynospirografia jako metoda oceny nosowania w leczeniu rozszczepów warg i podniebienia. S. Betlejewski, A. Piziewicz. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* Poznań, 5-7 VI 1987. *Materiały naukowe.* [Poznań, 1988] s. 289-292.

Sprawozdanie z Międzynarodowego Sympozjum "Transplants and implants in otology". Wenecja, 5-10 IV 1987. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1988 T. 42 nr 4 s. 302-303.

Układ równowagi. S. Betlejewski. W: *Wprowadzenie do ćwiczeń klinicznych z neurologii.* Pod red. R. Mazura. Wyd. 2. Bydgoszcz: AM, 1988 s. 50-54.

Ultrasonografia w diagnostyce chorób krtani. Z. Boroń, S. Betlejewski, R. Kozłowska, M. Dreła. W: *III Zjazd Sekcji Ultradźwiękowej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.* Łódź, 8-10 IX 1988. *Streszczenia referatów.* [Łódź, 1988] s. 230.

Wewnątrznosowe leczenie operacyjne wrodzonych niedrożności dróg łzowych u dzieci. S. Betlejewski, L. Hejka, E. Stefaniak. W: *VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.* Poznań, 5-7 VI 1987. *Materiały naukowe.* [Poznań, 1988] s. 195-198.

Zaburzenia w oddychaniu. S. Betlejewski. W: *Wprowadzenie do ćwiczeń klinicznych z neurologii.* Pod red. R. Mazura. Wyd. 2. Bydgoszcz: AM, 1988 s. 115-119.

Zastosowanie mikrokomputera w ocenie czynności oddechowej nosa. S. Betlejewski, K. Jurek. W: *XV Sympozjum Sekcji Cybernetyki Medycznej TIP „Mikrokomputerowe systemy pomiarowe w biologii i medycynie”.* Wrocław, 26-28 IX 1988. *Materiały konferencyjne.* Wrocław, 1988 s. 48-49.

1989

Konferencja Okrągłego Stołu – Powikłania wewnątrzczaszkowe w otolaryngologii. Powikłania wewnątrzczaszkowe w przebiegu zapalenia zatok przynosowych – ropień mózgu, zakrzepowe zapalenie zatoki jamistej i strzałkowej. S. Betlejewski. W: *XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.* Gdańsk, 26-29 IV 1989. Warszawa, 1989 s. 601-603.

Korelacja stanu klinicznego węzłów chłonnych i obecności w nich przerzutów nowotworowych z niektórymi wykładnikami odporności komórkowej u chorych z rakiem krtani. L. Hejka, S. Betlejewski, J. Domaniewski, J. Szukalski. – *Otolaryngologia Polska* 1989 T. 43 suppl. s. 431-433. – XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Gdańsk, 26-29 IV 1989.

Podsumowanie sesji plakatowej. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1989 T. 43 suppl. s. 611. – XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Gdańsk, 26-29 IV 1989.

Powikłania wewnątrzczaszkowe w przebiegu zapalenia zatok przynosowych – ropień mózgu, zakrzepowe zapalenie zatoki jamistej i strzałkowej. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1989 T. 43 suppl. s. 601-603. – XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Gdańsk, 26-29 IV 1989.

Ultrasonografia w diagnostyce chorób krtani. Z. Boroń, S. Betlejewski, R. Kozłowska, M. Dreła. W: *32 Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.* Poznań, 17-19 V 1989. *Streszczenia referatów.* Poznań, 1989 s. 58-59.

Zaburzenia w oddychaniu w urazach twarzoczaszki i głowy. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1989 T. 43 suppl. s. 58-60. – XXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Gdańsk, 26-29 IV 1989.

Zastosowanie endoskopii nosa i zatok w rozpoznawaniu i leczeniu chorych po urazach twarzoczaszki. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1989 T. 43 suppl. s. 95-97. – XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Gdańsk, 26-29 IV 1989.

Zastosowanie komputerów w interpretacji krzywej rynospirograficznej. S. Betlejewski, K. Jurek. – *Prace Naukowe Akademii Medycznej we Wrocławiu* 1989 T. 21 s. 1 s. 187-200.

Zespolenie workowo-nosowe wewnętrzne w leczeniu pourazowym niedrożności przewodu nosowo-łzowego. L. Hejka, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1989 T. 43 suppl. s. 127-129. – XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Gdańsk, 26-29 IV 1989.

1990

Microtia – niedorozwój ucha czy zespół wad? S. Betlejewski, M. Betlejewska. W: *Dziecko z zaburzeniami słuchu*. Poznań: AM, 1990 s. 31-34.

Otitis media secretoria z niedosłuchem odbiorczym u dzieci. A. Piziewicz, S. Betlejewski. W: *Dziecko z zaburzeniami słuchu*. Poznań: AM, 1990 s. 218-223.

Rhinospirography in central respiratory disturbances. S. Betlejewski. W: *Otorhinolaryngology, head and neck surgery*. Ed. T. Sacristan [i in.]. Amsterdam: Kugler and Ghedini Publications, 1990 s. 1517-1518. – Proceedings of the XIV World Congress of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Madrid, Spain, 10-15 IX 1989.

Zastosowanie komputerów w interpretacji krzywej rynospirograficznej. S. Betlejewski, K. Jurek. – *Prace Naukowe Akademii Medycznej we Wrocławiu* 1990 T. 21 nr 1 s. 187-200. – I Ogólnopolska Konferencja „Zastosowanie komputerów w otolaryngologii”. Wrocław, 30 V 1987.

1991

Historia Bydgoskiej Kliniki Otolaryngologii. S. Betlejewski, J. Grabowska. – *Materiały Naukowe Sekcji Historii Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego* 1991 T. 7 nr 10 s. 3-11. – Sympozjum Naukowe Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Kraków, 21 IX 1991.

Leczenie chirurgiczne wrodzonych wad ucha. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1991 suppl. s. 118-120. – Konferencja Naukowa „IX Dni Otolaryngologii Dziecięcej”. Łódź, 17-19 V 1990.

Rhinospirography in central respiratory disturbances. S. Betlejewski. – *Otorhinolaryngology, Head & Neck Surgery* 1991 s. 1517-1518.

1992

Badania sonograficzne TCD u chorych po doszczętej lub czynnościowej operacji węzłowej szyi. S. Betlejewski, D. Burduk, J. Rudy, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1992 T. 46 suppl. 14 s. 270-273. – XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Bydgoszcz, 17-20 IX 1992.

Niepowodzenia w leczeniu odtwórczym wad rozwojowych ucha zewnętrznego. S. Betlejewski, D. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 1992 T. 46 suppl. 14 s. 156-159. – XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Bydgoszcz, 17-20 IX 1992.

Niepowodzenia w leczeniu zwężeń tchawicy. D. Burduk, S. Betlejewski, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1992 T. 46 suppl. 14 s. 286-289. – XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Bydgoszcz, 17-20 IX 1992.

Stelektomia w leczeniu chorych z zespołem wydłużonego QT. S. Betlejewski, D. Burduk, E. Nartowicz, P. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 1992 T. 46 nr 3 s. 257-260.

Transcranial Doppler sonography in radical and functional neck dissection. S. Betlejewski. W: *2nd European Congress of Oto-Rhino-Laryngology and Cervico-Facial Surgery*. Sorrento, [Naples], 6-10 VI 1992. Abstract book. [B.m., 1992] s. 290.

Wartość KT w wybranych chorobach uszu. M. Grzegorzewski, H. Kaźmierczak, Z. Boroń, S. Betlejewski. W: *XXXIII Zjazd Naukowy Radiologów Polskich*. Warszawa, 24-27 IX 1992. Streszczenia referatów. Warszawa, 1992 poz. 48-A.

Wpływ czynników środowiskowych na czynność fizjologiczną błony śluzowej nosa. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1992 suppl. 14 s. 89-92. – XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Bydgoszcz, 17-20 IX 1992.

XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Bydgoszcz, 17-20 IX 1992. S. Betlejewski. – *Primum Non Nocere* 1992 nr 24 s. 9.

XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi, Bydgoszcz, 17-20 IX 1992. [Red. Supl.] S. Betlejewski, H. Kaźmierczak. – *Otolaryngologia Polska* 1992 T. 46 suppl. 14, 719 s. – XXXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Bydgoszcz, 17-20 IX 1992.

1993

Badania sonograficzne TCD u chorych po doszczętej lub czynnościowej operacji węzłowej szyi. S. Betlejewski, D. Burduk, J. Rudy, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1993 T. 47 suppl. 14 s. 270-273.

Dyformizm płciowy w pre- i postnatalnym rozwoju krtani człowieka. W. Bożilow, S. Betlejewski, K. Sawicki, P. Winiarski, J. Krakowiak. – *Przegląd Antropologiczny* 1993 T. 56 nr 1-2 s. 53-72.

Epidemiology of nasal and paranasal sinus tumors in different parts of the world or different countries. S. Betlejewski. W: *Proceedings of XV World Congress of ORL Head & Neck Surgery*. Istanbul, 1993 s. 360-362.

Mikrochirurgia z zastosowaniem lasera w otolaryngologii. S. Betlejewski. – *Polish Hand Surgery* 1993 suppl. 1 s. 15-19. – 2 Sympozjum Mikrochirurgii. Wrocław, 1-3 VI 1990.

Niepowodzenia w leczeniu odtwórczym wad rozwojowych ucha zewnętrznego. S. Betlejewski, D. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 1993 T. 47 suppl. 14 s. 156-159.

Niepowodzenia w leczeniu zwężeń tchawicy. D. Burduk, S. Betlejewski, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1993 T. 47 suppl. 14 s. 286-289.

Osteosarcoma kości klinowej jako przyczyna krwotoku z zatoki jamistej. S. Betlejewski, D. Burduk, J. Szukalski. – *Otolaryngologia Polska* 1993 T. 47 nr 1 s. 80-85.

Wpływ czynników środowiskowych na czynność fizjologiczną nosa. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1993 T. 47 suppl. 14 s. 89-92.

1994

Analiza cech atopii u pacjentów z przebytych w dzieciństwie nawracającym zapaleniem błon śluzowych nosa. S. Betlejewski, B. Ludwikowska, J. Michalak-Tlappa. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 [supl. 18] s. 369-372. – 10 Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Augustów, 11-13 VI 1993.

Badania biometryczne chrząstki tarczowatej w rozwoju prenatalnym człowieka. P. Winiarski, W. Bożiłow, S. Betlejewski, J. Krakowiak. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 [supl. 18] s. 360-366. – 10 Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Augustów, 11-13 VI 1993.

Badania morfometryczne szpary głośni w rozwoju prenatalnym człowieka. S. Betlejewski, P. Winiarski, W. Bożiłow, J. Krakowiak. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 [supl. 18] s. 355-360. – 10 Dni Otolaryngologii Dziecięcej Augustów, 11-13 VI 1993.

Bydgoski model rehabilitacji chorych po laryngektomii. A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, R. Ossowski, J. Sztumski. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 supl. 16 s. 303-305. – Sympozjum naukowe „Onkologia w otolaryngologii”. Poznań, 17-19 IX 1993.

Epidemiologia nowotworów złośliwych nosa i zatok przynosowych. S. Betlejewski, J. Ruszel, D. Burduk, A. Betlejewski, L. Janicka, P. Zaorski. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 supl. 16 s. 155-157. – Sympozjum naukowe „Onkologia w otolaryngologii”. Poznań, 17-19 IX 1993.

Ocena czynnościowa głosu po chordektomii laserowej CO₂. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 supl. 16 s. 107-109. – Sympozjum naukowe „Onkologia w otolaryngologii”. Poznań, 17-19 IX 1993.

Odporność komórkowa w stanach przedrakowych krtani. L. Hejka, S. Betlejewski, J. Domaniewski. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 supl. 16 s. 188-190. – Sympozjum naukowe „Onkologia w otolaryngologii”. Poznań, 17-19 IX 1993.

Test skórny z dwunitrochlorobenzenem (DNCB) i test hamowania migracji leukocytów (THML) w monitorowaniu chorych z rakiem krtani. L. Hejka, S. Betlejewski, J. Domaniewski. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 supl. 16 s. 47-49. – Sympozjum naukowe „Onkologia w otolaryngologii”. Poznań, 17-19 IX 1993.

Zaburzenia drożności nosa w profilaktyce zaburzeń słuchu. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1994 T. 48 [supl. 18] s. 83-86. – 10 Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Augustów, 11-13 VI 1993.

1995

Der nasokardiale Reflex. S. Betlejewski, D. Burduk. – *Otorhinolaryngologia Nova* 1995 Vol. 5 nr 2 s. 91-94.

Diagnostyka i leczenie chorób nosa i zatok przynosowych. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 19 s. 733-735. – 36 Zjazd Otolaryngologów Polskich. Szczecin, 25-28 V 1994.

Elektrorinospirografia w obiektywnej ocenie reakcji naczyńioruchowych nosa. S. Betlejewski, B. Ludwikowska. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 19 s. 419-422. – 36 Zjazd Otolaryngologów Polskich. Szczecin, 25-28 V 1994.

Epidemiologia nowotworów złośliwych górnych dróg oddechowych i jamy ustnej w województwie bydgoskim. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak, D. Burduk, M. Grygiel, M. Drela, P. Winiarski, L. Janicka-Beuth, K. Dalke, L. Winiarska. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 20 s. 38-42. – Onkologia w otolaryngologii. Materiały Naukowe Sympozjum WZW „Jawor”. Solina, 1-4 VI 1995. Red. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1996.

Epidemiology of nasal and paranasal sinus tumors in different parts of the world or different countries. S. Betlejewski. W: *Proceedings of XV World Congress of ORL and Head and Neck Surgery – panel discussions.* Ed. I. Devranoglu. Istanbul, Turkey, 1993. [Istanbul, 1995] s. 360-362.

Epidemiology of the malignant tumours of the nose and the paranasal sinuses. S. Betlejewski. W: *VIII Z'izd Otorinolaringologiv Ukraini. Kiiv, 5-10 VI 1995.* [Kijów, 1995] s. 349-350.

Guzy nosa i zatok przynosowych w materiale Kliniki Bydgoskiej. D. Burduk, S. Betlejewski, L. Janicka-Beuth. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 19 s. 166-169. – 36 Zjazd Otolaryngologów Polskich. Szczecin, 25-28 V 1994.

Guzy nowotworowe ślinianek przyusznych w materiale bydgoskiej Kliniki Otolaryngologii w latach 1980-1994. K. Dalke, S. Betlejewski, L. Janicka-Beuth, M. Grygiel, P. Winiarski. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 20 s. 48-53. – Onkologia w otolaryngologii. Materiały Naukowe Sympozjum WZW „Jawor”. Solina, 1-4 VI 1995. Red. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1996.

Konchotomia podśluzówkowa dolna, wskazania i technika. S. Betlejewski, B. Ludwikowska. – *Otolaryngologia Polska* [1995] supl. 21 s. 119-121. Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995.

[*Materiały z sympozjum rynologicznego*]. [Red.] S. Betlejewski, H. Kaźmierczak. – *Otolaryngologia Polska* [1995 T. 49] supl. 21 s. 1-195. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995.

Operacje odtwórcze dużych naczyń szyjnych w przypadkach rozległych zmian nowotworowych w obrębie szyi. Cz. 1. S. Betlejewski, H. Mackiewicz, D. Burduk, A. Owczarek. – *Przegląd Angiologiczny* 1995 nr 2 s. 15-17.

Reconstructive operation of big cervical vessels in massive neoplastic infiltrations of the neck. S. Betlejewski, H. Mackiewicz, D. Burduk, A. Owczarek. W: *VIII Z'izd Otorinolaringologiv. Ukraini. Kiiv, 5-10 VI 1995.* [Kijów, 1995] s. 399.

Rola czynności odruchowej nosa w fizjologii oddychania. S. Betlejewski, D. Burduk – *Otolaryngologia Polska* [1995

T. 49] supl. 21 s. 8-11. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995.

The functional evaluation of the voice after CO2 laser cordectomy. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, H. Tubielewicz. W: *1st World Voice Congress. Oporto, Portugal, 9-13 IV 1995. Abstract book.* [B.m., 1995] poz. 0 220.

The physiology of central regulation of respiration Medical Academy Bydgoszcz. S. Betlejewski. W: *VIII Z'izd Otorinolaringologiv Ukraini. Kiiv, 5-10 VI 1995.* [Kijów, 1995] s. 31-32.

The studies on effectiveness of group rehabilitation in patients after total laryngectomy. A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, H. Tubielewicz. W: *1st World Voice Congress. Oporto, Portugal, 9-13 IV 1995. Abstract book.* [B.m., 1995] poz. 0 221.

Tkankowy i urokinazowy aktywator plazminogenu (t-PA, u-PA) oraz inhibitor aktywatorów plazminogenu (PAI-1) we krwi chorych na raka krtani. A. Białkowska, M. Kotschy, S. Betlejewski, D. Burduk. – *Acta Haematologica Polonica* 1995 T. 26 z. 2 supl. 1 s. 184. – XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Warszawa, 21-22 VI 1995. Streszczenia.

Transcranial Doppler sonography in radical and functional neck dissection. S. Betlejewski, D. Burduk, J. Rudy, H. Mackiewicz. W: *VIII Z'izd Otorinolaringologiv Ukraini. Kiiv, 5-10 VI 1995.* [Kijów, 1995] s. 399.

Wpływ znieczulenia na czynność odruchową nosa. S. Betlejewski, D. Burduk, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 19 s. 319-322. – 36 Zjazd Otolaryngologów Polskich. Szczecin, 25-28 V 1994.

1996

Badania ultrasonograficzne (TCD) przepływów mózgowych po rozległych operacjach węzłowych szyi. S. Betlejewski, D. Burduk, J. Rudy, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1996 T. 50 nr 1 s. 3-7.

Historia Bydgoskiej Kliniki Otolaryngologii. S. Betlejewski, J. Grabowska. – *Otolaryngologia Polska* 1996 T. 50 supl. 7 s. 121-125. – Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Onkologicznej i Historycznej. Kraków, 20-21 IX 1991. Red. Supl. E. Olszewski, E. Reroń. Kraków, 1996.

Konchotomia podśluzówkowa dolna, wskazania i technika. S. Betlejewski, B. Ludwikowska. – *Otolaryngologia Polska* [1996] T. 50 supl. 21 s. 119-121. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

Laser CO2 w leczeniu raka krtani. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 20 s. 199-201. – Onkologia w otolaryngologii. Materiały Naukowe Sympozjum WZW „Jawor”. Solina, 1-4 VI 1995. Red. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1996.

Leczenie chirurgiczne chorób nosa. S. Betlejewski. – *Nowa Medycyna* 1996 R. 3 nr 7 s. 3-6.

Leczenie operacyjne niewykształcenia nozdrzy tylnych. S. Betlejewski, D. Burduk, P. Winiarski. – *Otolaryngologia Polska* [1996] T. 50 supl. 21 s. 140-143. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

Message from the representatives of Central and Eastern European Countries, in Executive Committee of IFOS. S. Betlejewski. – *Central East European Journal Oto-Rhino-Laryngology Head Neck Surgery* 1996 Vol. 1 nr 1 s. 60-62.

Operacje odtwórcze dużych naczyń szyjnych w przypadkach rozległych zmian nowotworowych w obrębie szyi. S. Betlejewski, H. Mackiewicz, D. Burduk, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 20 s. 499. – Onkologia w otolaryngologii. Materiały Naukowe Sympozjum WZW „Jawor”. Solina, 1-4 VI 1995. Red. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1996.

Przydatność badań przesiewowych krtani w profilaktyce onkologicznej. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak, D. Burduk, L. Hejka, M. Drela, L. Janicka. – *Otolaryngologia Polska* T. 45 supl. 7 s. 52-54. – Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Onkologicznej i Historycznej. Kraków, 20-21 IX 1991. Red. Supl. E. Olszewski, E. Reroń. Kraków, 1996.

Przydatność USG w diagnostyce schorzeń dużych gruczołów ślinowych. M. Burzyńska-Makuch, D. Motyl, M. Nawrot, P. Burduk, Z. Boroń, S. Betlejewski. W: *III Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Cieszyn, 19-21 IX 1996. Streszczenia.* [B.m., 1996] s. 194.

Rynoseptoplastyka czy resekcja przegrody nosa? S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* [1996] T. 50 supl. 21 s. 116-118. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

The tissue type plasminogen activator and von Willebrand factor in plasma of patients with larynx cancer. A. Białkowska, R. Paczuski, S. Betlejewski, D. Burduk, M. Kotschy. W: *XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Biochemicznego. Kraków, 17-20 IX 1996. Streszczenia.* [Kraków, 1996] poz. XI-78.

The pre- and postoperative levels of tissue type plasminogen activator and von Willebrand factor in plasma of patients with larynx cancer. R. Paczuski, A. Białkowska, S. Betlejewski, D. Burduk, M. Kotschy. – *Fibrinolysis* 1996 Vol. 10 supl. 3 poz. 143. – XIIIth International Congress on Fibrinolysis and Thrombolysis. Barcelona, Spain, 24-28 VI 1996.

Tkankowy i urokinazowy aktywator plazminogenu (t-PA, u-PA) oraz ich inhibitor PAI-1 we krwi chorych na raka krtani. A. Białkowska, M. Kotschy, S. Betlejewski, D. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 supl. 20 s. 84-87. Onkologia w otolaryngologii. Materiały Naukowe Sympozjum WZW „Jawor”. Solina, 1-4 VI 1995. Red. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1996.

Wpływ laryngektomii na proces fibrylizacji we krwi chorych na raka krtani. S. Betlejewski, D. Burduk, A. Białkowska,

M. Kotschy. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 suppl. 20 s. 354-358. – Onkologia w otolaryngologii. Materiały Naukowe Sympozjum WZW „Jawor”. Solina, 1-4 VI 1995. Red. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1996.

Wpływ znieczulenia na czynność odruchową nosa. S. Betlejewski, D. Burduk, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 1995 T. 49 suppl. 19 s. 319-322.

Znaczenie aerodynamiki dla fizjologii oddychania przez nos. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* [1996] suppl. 21 s. 5-8. – Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 22-23 IX 1995. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

1997

Chemodectoma ucha i szyi – trudności diagnostyczne. S. Betlejewski, D. Burduk, H. Mackiewicz, P. Winiarski, A. Owczarek, P. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 28 s. 121-122.

Częstość występowania skazy atopowej u pacjentów z rakiem krtani. B. Ludwikowska, B. Romański, S. Betlejewski. – *International Review of Allergology Clinical Immunology* 1997 Vol. 3 suppl. 2 s. 105. – VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Katowice, 20-23 XI 1997.

Czy nos dla tabakerki? S. Betlejewski. – *Promocje Pomorskie* 1997 R. 5 nr 6 s. 9, 13.

Experimental tracheal reconstruction in rabbits. S. Betlejewski, D. Burduk, H. Mackiewicz, A. Owczarek, P. Winiarski. W: *XVI World Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Sydney, Australia, 2-7 III 1997. Abstract book.* Sydney, 1997 s. 269.

Functional evaluation of voice after Oedema Reincke treatment with CO2 laser microsurgery and microlaryngoscopy according to Kleinsasser. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, A. Owczarek. W: *XVI World Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Sydney, Australia, 2-7 III 1997. Abstract book.* Sydney, 1997 s. 199.

Fizjologia nosa a leczenie chirurgiczne. S. Betlejewski. – *Nowa Medycyna* 1997 R. 4 nr 2 s. 6-10.

Message from the representative of Central and East European Countries in Executive Committee of IFOS. S. Betlejewski. – *Central and East European Journal of Oto-Rhino-Laryngology* 1997 Vol. 2 nr 1/2 s. 55-56.

Management of mucormycosis of the nose and paranasal sinuses. S. Betlejewski, A. Betlejewski. – *Central East European Journal of Oto-Rhino-Laryngology Head Neck Surgery* 1997 Vol. 2 nr 1-2 s. 39-41.

Management of mucormycosis of the nose and paranasal sinuses. S. Betlejewski. W: *XVI World Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Sydney, Australia, 2-7 III 1997. Abstract book.* Sydney, 1997 s. 53.

Obiektywizacja oceny reaktywności błony śluzowej nosa. S. Betlejewski. – *Alergia Astma Immunologia* 1997 T. 2 nr 1 s. 58-59. Konferencja: Rozpoznawanie i leczenie alergii.

Medycyna kontra metody alternatywne. Gdańsk, 21 III 1997. Materiały zjazdowe.

Ocena cytologiczna błony śluzowej nosa u dzieci z sezonowym alergicznym nieżytem nosa. J. Michalak-Tlappa, S. Betlejewski, J. Korenkiewicz, A. Piziewicz. – *Otolaryngologia Polska* [1997] T. 51 suppl. 22 s. 549-556. – Międzynarodowe Sympozjum Naukowe XI Dni Otolaryngologii Dziecięcej: Dziecko a środowisko. Wisła, 5-9 VI 1996. Materiały naukowe. Red. Supl. H. Kawalski, A. Łępkowski. Katowice, 1997.

Ocena czynnościowa głosu po leczeniu obrzęków Reinkego w mikrochirurgii laserowej CO2 oraz w mikrolaryngoskopii metodą wg Kleinsassera. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, A. Owczarek, P. Świdziński. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 25 s. 116-120. – II Zjazd Otorhinolaryngologów Wojskowych. XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Otolaryngologów Wojskowej Służby Zdrowia. Władysławowo-Cetniewo, 5-7 VI 1997. Red. Supl. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1997.

Ocena dużych naczyń szyjnych badanych metodą ultrasonografii dopplerowskiej u pacjentów z guzami szyi. H. Mackiewicz, S. Betlejewski, D. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 28 s. 292-293.

Operacje odtwórcze małżowiny usznej. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 24 s. 533-535. – XXXVII Zjazd PTORL. Wrocław, 18-21 IX 1996. Materiały naukowe.

Operacje rekonstrukcyjne tchawicy w badaniach doświadczalnych u królików. S. Betlejewski, D. Burduk, H. Mackiewicz, A. Owczarek, P. Winiarski. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 24 s. 652-655. – XXXVII Zjazd PTORL. Wrocław, 18-21 IX 1996. Materiały naukowe.

Ostre niedokrwienie mięśnia sercowego w przebiegu rozległego kostniaka zatok czołowych z odłą śródczaszkową. W. Sinkiewicz, P. Sobański, A. Sinkiewicz, S. Betlejewski. – *Kardiologia Polska* 1997 T. 46 nr 5 s. 434-436.

Plasminogen activators (u-PA, t-PA) and their inhibitor (PAI-1) in extracts of planeoepithelial cells of larynx cancer. A. Białkowska, A. Michalski, S. Betlejewski, D. Burduk, M. Kotschy. – *Thrombosis and Haemostasis* 1997 suppl. PS-2270. – XVI Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Florence, Italy, 6-12 VI 1997. Abstracts.

Przypadek torbieli śluzowej części nosowej gardła. T. Gospodarek, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 25 s. 324-326. – II Zjazd Otorhinolaryngologów Wojskowych. XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Otolaryngologów Wojskowej Służby Zdrowia. Władysławowo-Cetniewo, 5-7 VI 1997. Red. Supl. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1997.

Rhinitis medicamentosa – narastający problem leczniczy. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 nr 1 s. 53-57.

Rhinospigraphy in estimation of respiratory disorders in patients with intracranial lesions. S. Betlejewski, H. Kaspr-

zak, L. Janicka-Beuth, W. Beuth. W: *EUFOS Congress. Budapest, Hungary, 1996. Abstract book.* [B.m., 1997] s. 428.

Rhinospirography in evaluation of respiratory disorders in patients with central nervous system tumors. S. Betlejewski, L. Janicka-Beuth, W. Beuth. W: *XVI World Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Sydney, Australia, 2-7 III 1997. Abstract book.* Sydney, 1997 s. 169-170.

Urokinazowy aktywator plazminogenu (u-PA) i jego inhibitory (PAI-1 i PAI-2) w wyciągach tkanek płaskonabłonkowego raka krtani. A. Białkowska, M. Kotschy, A. Michalski, S. Betlejewski, D. Burduk. – *Acta Haematologica Polonica* 1997 T. 28 suppl. 3 poz. 182. – XVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Kraków, 25-26 IX 1997. Streszczenia.

The influence of total laryngectomy on some fibrinolytic parameters in blood of patients with larynx cancer. A. Białkowska, A. Michalski, S. Betlejewski, D. Burduk, M. Kotschy. – *Thrombosis and Haemostasis* 1997 suppl. PS-601. – XVI Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Florence, Italy, 6-12 VI 1997. Abstracts.

Wpływ operacji plastycznej przegrody nosa na przebieg i leczenie astmy. B. Ludwikowska, B. Romański, S. Betlejewski. – *International Review of Allergology Clinical Immunology* 1997 Vol. 3 suppl. 2 s. 100-101. – VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Katowice, 20-23 XI 1997.

Zastosowanie lasera CO₂ w leczeniu leukoplakii jamy ustnej. S. Betlejewski, P. Winiarski, L. Winiarska – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 25 s. 109-112. – II Zjazd Otolaryngologów Wojskowych. XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Otolaryngologów Wojskowej Służby Zdrowia. Władysławowo-Cetniewo, 5-7 VI 1997. Red. Supl. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1997.

Zastosowanie lasera CO₂ w leczeniu zwężeń krtani i tchawicy. S. Betlejewski, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 25 s. 125-128. – II Zjazd Otolaryngologów Wojskowych. XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Otolaryngologów Wojskowej Służby Zdrowia. Władysławowo-Cetniewo, 5-7 VI 1997. Red. Supl. P. Zalewski, J. Olszewski. Łódź, 1997.

Zastosowanie lasera CO₂ w leczeniu zwężeń krtani i tchawicy. A. Owczarek, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1997 T. 51 suppl. 24 s. 629-632. – XXXVII Zjazd PTORL. Wrocław, 18-21 IX 1996. Materiały naukowe.

XVI Światowy Kongres Otolaryngologii-Chirurgii Głowy i Szyi. Sydney '97. S. Betlejewski. – *Primum Non Nocere* 1997 nr 5 s. 15-16.

1998

Experimental tracheal reconstruction in rabbit. S. Betlejewski, D. Burduk, H. Mackiewicz, A. Owczarek, P. Winiarski. – *Medical Science Monitor* 1998 Vol. 4 nr 4 s. 607-610.

Fizjologia nosa a leczenie chirurgiczne. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1998 T. 52 nr 2 s. 159-162.

Message from the representative of Central and East European countries in Executive Committee of IFOS. S. Betlejewski. – *Central and East European Journal of Oto-Rhino-Laryngology* 1998 Vol. 3 nr 3/4 s. 391.

Mikrochirurgia krtani z zastosowaniem promienia lasera CO₂. S. Betlejewski. W: *Wybrane zagadnienia mikrochirurgii.* Red. Z. Mackiewicz i G. Szymczyński. Bydgoszcz: Andromed Ltd, 1998.

Obiektywna i subiektywna ocena drożności nosa. S. Betlejewski, D. Burduk, K. Dalke. – *Otolaryngologia Polska* [1998] suppl. 27 s. 10-13. – III Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 26-28 IX 1997. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

Ocena bezpieczeństwa i skuteczności pastylek do ssania „Olbas pastilles” u chorych z nieżytami gardła i krtani. S. Betlejewski, D. Burduk, A. Sinkiewicz, K. Dalke, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* [1998] suppl. 27 s. 64-73. – III Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 26-28 IX 1997. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

Ocena wpływu udrożnienia przewodów nosowych przez wykonanie operacji plastycznej przegrody nosa na przebieg i leczenie astmy oskrzelowej. B. Ludwikowska, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* [1998] suppl. 27 s. 57-60. – III Sympozjum Rynologiczne. Wiktorowo, 26-28 IX 1997. Red. Supl. S. Betlejewski, H. Kaźmierczak.

Otolaryngologia Polska [1998] suppl. 27. III Symposium Rynologiczne. Wiktorowo, 26-28 IX 1997. [Red.] S. Betlejewski, H. Kaźmierczak. [Poznań: PZWL, 1998], 216 s.

Report of the Fourth Central and Eastern European Meeting of representatives of National Otorhinolaryngological Societies, organised by IFOS. S. Betlejewski. – *Central East European Journal of Oto-Rhino-Laryngology Head Neck Surgery* 1998 Vol. 3 nr 1 s. 223-224.

The duplex-doppler estimation of big cervical vessels in patients with neck tumours. H. Mackiewicz, S. Betlejewski, D. Burduk, A. Sinkiewicz. – *European Archives Oto-Rhino-Laryngology* 1998 Vol. 255 suppl. 1 s. S37. – Second Congress – European Laryngological Society. Roma, 23-26 IX 1998.

Urokinase type plasminogen activator (u-PA) and its inhibitors (PAI-1, PAI-2) in extracts of planoepithelial larynx cancer. A. Białkowska, M. Kotschy, A. Michalski, S. Betlejewski, D. Burduk, E. Żekanowska. – *Fibrinolysis and Proteolysis* 1998 Vol. 12 suppl. 1 poz. 191. – XIVth International Congress on Fibrinolysis and Thrombolysis. Ljubljana, Slovenia, 22-26 VI 1998.

Wybrane zagadnienia z mikrochirurgii. S. Betlejewski, M. Gaca, J. Kałużny, H. Kuś, S. Pielka, S. Różewicki, R. Rutowski, K. Szmytkowska, W. Stankiewicz, J. Weiss, K. Zimmer. [Red.] Z. Mackiewicz, G. A. Szymczyński. Bydgoszcz: Andromed, 1998, 208 s.

Występowanie nowotworów złośliwych głowy i szyi w województwie bydgoskim w materiale Kliniki ORL AM w Bydgoszczy w latach 1985-1994. S. Betlejewski, A. Owczarek. W: *Decentralizacja, regionalizacja, ekologia*. Pod red. A. Papuzińskiego. Bydgoszcz: WSP, 1998 s. 194-196.

Zaczęło się w Bydgoszczy. S. Betlejewski. – *Promocje Pomorskie* 1998 R. 6 nr 1 s. 14-15.

1999

A case of HPV infection in a neonatus. A. Sinkiewicz, H. Mackiewicz, S. Betlejewski, R. Sujkowska. – *New Medicine* 1999 Vol. 3 s. 64-65.

A case of Kartagener's syndrome in a child. H. Mackiewicz, A. Sinkiewicz, S. Betlejewski. – *New Medicine* 1999 Vol. 3 s. 35-36.

Diagnostyka USG w chorobach dużych gruczołów ślinowych. P.K. Burduk, S. Betlejewski, D. Burduk, M. Burzyńska-Makuch, D. Motyl, M. Nawrot, Z. Boroń. – *Otolaryngologia Polska* 1999 T. 53 supl. 30 s. 329-332. – XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Katowice, 25-27 VI 1998. Red. Supl. T. Gierek, D. Zbrowska-Bielska.

Ekspresja antygenu proliferacji jąder komórkowych (PCNA) w łagodnych i złośliwych guzach ślinianki przyusznej. P. Winiarski, Z. Skok, S. Betlejewski, K. Dalke. – *Otolaryngologia Polska* 1999 T. 53 supl. 30 s. 309-311. – XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Katowice, 25-27 VI 1998. Red. Supl. T. Gierek, D. Zbrowska-Bielska.

Experimental tracheal reconstruction in rabbits. S. Betlejewski, D. Burduk, H. Mackiewicz, A. Owczarek, P. Winiarski. – *Folia Otorhinolaryngology* 1999 Vol. 5 nr 3-4 s. 47-49.

Immunopathology of chronic tonsillitis by free radical and antioxidative enzymes. P.K. Burduk, S. Betlejewski, G. Drewna, D. Burduk, G. Odrowąż-Sypniewska. W: *IV International Symposium on Tonsils and Adenoids. Ghent, Belgium, 2-5 XI 1999.* [B.m., 1999] s. 17.

Porównanie badania cytologicznego u dzieci z całorocznym i sezonowym alergicznym nieżytem nosa. J. Michalak-Tlappa, S. Betlejewski, A. Piziewicz. – *Nowa Pediatria* 1999 R. 3 z. 17 (6) s. 220-222. – Kongres Naukowy – XII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Warszawa, 3-5 VI 1999.

Przypadek dziecka z zespołem Kartagenera. H. Mackiewicz, A. Sinkiewicz, S. Betlejewski. – *Nowa Pediatria* 1999 R. 3 z. 17 (6) s. 218-219. – Kongres Naukowy – XII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Warszawa, 3-5 VI 1999.

Przypadek zakażenia wirusem HPV u noworodka. A. Sinkiewicz, H. Mackiewicz, S. Betlejewski, R. Sujkowska. – *Nowa Pediatria* 1999 R. 3 z. 17 (6) s. 227-229. – Kongres Naukowy – XII Dni Otolaryngologii Dziecięcej. Warszawa, 3-5 VI 1999.

Reoperacje w zakresie twarzoczaszki. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 1999 T. 53 supl. 30 s. 66-69. –

XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Katowice, 25-27 VI 1998. Red. Supl. T. Gierek, D. Zbrowska-Bielska.

Reoperacje z powodu wznowy miejscowej raka krtani po chordektomii laserowej. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, K. Dalke, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 1999 T. 53 supl. 30 s. 173-175. – XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Katowice, 25-27 VI 1998. Red. Supl. T. Gierek, D. Zbrowska-Bielska.

Zmiany błony śluzowej fałdów głosowych po chordektomii laserowej imitujące wznowę miejscową procesa nowotworowego. A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, K. Dalke, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 1999 T. 53 supl. 30 s. 688-690. – XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Katowice, 25-27 VI 1998. Red. Supl. T. Gierek, D. Zbrowska-Bielska.

Von Willebrand factor in plasma of patients with advanced stages of larynx cancer. R. Paczuski, A. Białkowska, M. Kotschy, D. Burduk, S. Betlejewski. – *Thrombosis Research* 1999 Vol. 95 s. 197-200.

2000

Endoscopic CO2 laser adenoidectomy after velopharyngeal surgery. P. K. Burduk, S. Betlejewski, D. Burduk, A. Szymańska-Skrzypek. W: *4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Berlin, 13-18 V 2000.* [B.m.]: Monduzzi Editore, 2000 s. 499-503.

Kostniakochrzęstniak krtani. P. Burduk, R. Sujkowska, S. Betlejewski, D. Burduk. – *Otolaryngologia Polska* 2000 T. 54 nr 2 s. 185-188.

Laryngeal papilloma in children – laser surgery as a treatment method of choice. S. Betlejewski, H. Mackiewicz, A. Owczarek, A. Szymańska-Skrzypek. W: *4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Berlin, 13-18 V 2000.* [B.m.]: Monduzzi Editore, 2000 s. 455-458.

Laser CO2 in endoscopic nasal surgery. S. Betlejewski. W: *4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Berlin, 13-18 V 2000.* [B.m.]: Monduzzi Editore, 2000 s. 387-389.

Podstawy fizjologiczne leczenia nieżytów nosa. S. Betlejewski – *Poradnik Lekarza Praktyka* 2000 nr 12 s. 18-21.

Rhinospirography in evaluation of respiratory disorders in patients with central nervous system tumors. S. Betlejewski, L. Janicka-Beuth, W. Beuth. – *Medical Science Monitor* 2000 Vol. 6 nr 1 s. 81-83.

Sudden deafness among patients with mitral valve prolapse. P. K. Burduk, P. Burduk, D. Burduk, M. Ruchalski, J. Karwowski, S. Betlejewski. W: *4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Berlin, 13-18 V 2000.* [B.m.]: Monduzzi Editore, 2000 s. 241-245.

Wpływ operacji węzłowej szyi na hemodynamikę krążenia szyjnego i mózgowego. S. Betlejewski, H. Mackiewicz-

Nartowicz, D. Burduk, J. Rudy. – *Otolaryngologia Polska* 2000 T. 54 suppl. 31 s. 79-81. – Materiały VIII Sympozjum. Onkologia w otolaryngologii. Kielce, 17-20 VI 1999.

Zastosowanie lasera CO2 w chirurgii endoskopowej. S. Betlejewski. W: *I Regionalne Sympozjum Polsko-Niemieckie. Szczecin, 24-25 III 2000. Materiały Sympozjum. Szczecin, 2000.* [B.m., 2000] s. 104. [Tekst równoległy w języku niemieckim na s. 105].

2001

Laser CO2 w chirurgii endoskopowej nosa. S. Betlejewski, A. Owczarek. – *Przegląd Wojskowo-Medyczny* 2001 vol. 43 suppl. 3 s. 42. – IV Zjazd Otorinolaryngologów Wojskowych i XIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Otorinolaryngologów Wojskowej Służby Zdrowia. Wałcz, 20-22 IX 2001.

Leczenie nieżytów nosa. S. Betlejewski. – *Poradnik Lekarza Praktyka* 2001 T. 2 nr 4 s. 32-34.

Procedura postępowania w urazach nosa u dzieci. M. Chmielik, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2001 T. 55 nr 5 s. 527-531.

Wykorzystanie implantów zębowych Osteoplast w rehabilitacji protetycznej chorych po operacji nowotworów jamy ustnej. P. Winiarski, S. Betlejewski, L. Winiarska. – *Implantoprotetyka* 2001 T. 2 nr 2 s. 15-17.

2002

Leczenie chirurgiczne zaburzeń drożności nosa – za i przeciw. S. Betlejewski. W: *Postępy w otolaryngologii. XL Zjazd PTOChGiSz. Mikołajki, [13-16 VI 2002].* Pod red. M. Rogowskiego. Wrocław, 2002 s. 136-139.

Ocena odczuwania zapachów u osób po laryngectomii całkowitej – doniesienie wstępne. P. Winiarski, A. Sinkiewicz, L. Janicka, S. Betlejewski. W: *XL Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Białystok-Mikołajki, 13-16 VI 2002. Streszczenia referatów.* [B.m., 2002] s. 245.

Ocena jakości życia pacjentów z rakiem krtani po laryngectomiach horyzontalnych. H. Mackiewicz, A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, R. Ossowski. W: *XL Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Białystok-Mikołajki, 13-16 VI 2002. Streszczenia referatów.* [B.m., 2002] s. 123.

Ocena jakości życia po mikrochirurgicznym leczeniu raka krtani. A. Sinkiewicz, H. Mackiewicz, S. Betlejewski, R. Ossowski. W: *XL Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Białystok-Mikołajki, 13-16 VI 2002. Streszczenia referatów.* [B.m., 2002] s. 189.

Propozycje kompleksowej rehabilitacji pacjentów po laryngectomii całkowitej. A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, H. Mackiewicz-Nartowicz. W: *Niepelnosporność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce.* T. 1. Red. Nauk. I.D. Karwat. Lublin: Liber, 2002 s. 476-480.

Przewlekłe zapalenie krtani a infekcja Helicobacter pylori – badania wstępne. P.K. Burduk, D. Burduk, S. Betlejewski.

W: *XL Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Białystok-Mikołajki, 13-16 VI 2002. Streszczenia referatów.* [B.m., 2002] s. 16.

Stan błony śluzowej nosa u chorych na cukrzycę. M. Müller, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 3 s. 361-364.

Wpływ wczesnej rehabilitacji psychospołecznej na jakość życia pacjentów po laryngectomii całkowitej. H. Owczarek, A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, R. Ossowski. W: *XL Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Białystok-Mikołajki, 13-16 VI 2002. Streszczenia referatów.* [B.m., 2002] s. 164.

Zastosowanie lasera w nowotworach głowy i szyi. S. Betlejewski. W: *Postępy w otolaryngologii. XL Zjazd PTO-ChGiSz. Mikołajki, [13-16 VI 2002].* Pod red. M. Rogowskiego. Wrocław, 2002 s. 131-134.

2003

Anatomia. S. Betlejewski. W: *Alergiczne i niealergiczne nieżyty nosa.* Pod red. B. Smolińskiego, M. Śliwińskiej-Kowalewskiej. Łódź: Ofic. Wyd. Mediaton, 2003 s. 9-18. – *Alergologia w praktyce.* T. 3.

Doświadczenia własne w leczeniu wczesnych postaci raka krtani. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2004 T. 58 nr 1 s. 101-107.

Fizjologia. S. Betlejewski. W: *Alergiczne i niealergiczne nieżyty nosa.* Pod red. B. Smolińskiego, M. Śliwińskiej-Kowalewskiej. Łódź: Ofic. Wyd. Mediaton, 2003 s. 19-24. – *Alergologia w praktyce.* T. 3.

Fizjologia nosa a bioklimatologia. S. Betlejewski, A. Betlejewski. – *Balneologia Polska* 2003 T. 45 z. 1-2 s. 22-28.

Leczenie zwężenia lub zarośnięcia tchawicy. S. Betlejewski, A. Owczarek, A. Garstecka. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 4 s. 489-495.

Nadczynność tarczycy jako przyczyna zaburzeń w przebiegu pooperacyjnym po częściowej laryngectomii laserem CO2. A. Szymańska-Skrzypek, T. Skrzypek, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 6 s. 867-869.

Odruch nosowo-sercowy. S. Betlejewski, A. Betlejewski, D. Burduk, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 5 s. 613-618.

Sprawozdanie członka Komitetu Wykonawczego IFOS przedstawiciel PTORL – Ch.GiS International Federation of Otorhinolaryngological Societies za okres od 14.06.2002 r. do 10.10.2002 r. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 1 s. 159-160.

Stan błony śluzowej nosa u chorych na cukrzycę. M. Müller, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 3 s. 361-364.

Wspomnienia o doktorze Leszku Winiarskim. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2003 T. 57 nr 1 s. 167.

2004

Chory po laryngotomii jako pacjent w leczeniu uzdrowiskowym. S. Betlejewski, A. Betlejewski. – *Balneologia Polska* 2004 T. 46 z. 1-2 s. 25-29.

CO2 laser in early glottic carcinoma treatment. S. Betlejewski, H. Mackiewicz-Nartowicz, A. Sinkiewicz, A. Owczarek. W: *5th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Rodos – Kos, 11-16 IX 2004. Abstract Book.* [B.m., 2004] s. 132.

Dacryocystorhinostomia endonasalis. S. Betlejewski, E. Olejarz, A. Szymańska-Skrzypek. – *Otolaryngologia Polska* 2004 T. 58 nr 3 s. 437-440.

Doświadczenia własne w leczeniu wczesnych postaci raka krtani. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2004 T. 58 nr 1 s. 101-107.

Jubileusz 50-lecia Katedry i Kliniki Otolaryngologii. S. Betlejewski. – *Wiadomości Akademickie* 2004 nr 1 s. 6-8.

Katedra i Klinika Otolaryngologii. S. Betlejewski. W: *Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy 1984-2004.* Bydgoszcz: Akademia Medyczna, 2004 s. 154-159. [Księga Jubileuszowa z okazji 20-lecia powstania Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy].

Lymphangioma and lymphangiomyomatosis – the same lesion? S. Betlejewski, D. Burduk, J. Szukalski. – *Otolaryngologia Polska* 2004 T. 58 nr 5 s. 903-906.

Ocena skuteczności rehabilitacji węchu u osób po laryngotomii całkowitej. A. Sinkiewicz, P. Winiarski, S. Betlejewski, H. Mackiewicz-Nartowicz, H. Owczarek. W: *XLI Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Lublin, 17-20 VI 2004. Streszczenia.* [B.m., 2004] s. 470.

Propozycje standardów postępowania rehabilitacyjnego po laryngotomii całkowitej. A. Sinkiewicz, S. Betlejewski, A. Betlejewski, H. Mackiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 2004 T. 58 nr 4 s. 753-756.

Przypadek olbrzymiej guzowatości nosa. A. Szymańska-Skrzypek, P. K. Burduk, S. Betlejewski. – *Annales Academiae Medicae Bydostiensis* 2004 T. 18 nr 1 s. 69-72.

Rhinophyma – diagnostyka i leczenie. A. Szymańska-Skrzypek, P.K. Burduk, S. Betlejewski. W: *XLI Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Lublin, 17-20 VI 2004. Streszczenia.* [B.m., 2004] s. 495.

The estimation of voice function after CO2 laser cordectomy. A. Sinkiewicz, H. Mackiewicz-Nartowicz, S. Betlejewski, A. Owczarek. W: *5th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Rodos – Kos, 11-16 IX 2004. Abstract Book.* [B.m., 2004] s. 67-68.

The role of Helicobacter pylori infection in carcinoma of the larynx. P.K. Burduk, D. Burduk, S. Betlejewski. W: *5th*

European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Rodos – Kos, 11-16 IX 2004. Abstract Book. [B.m., 2004] s. 198.

Włókniak młodzieńczy – trudności w leczeniu. S. Betlejewski, H. Mackiewicz-Nartowicz, A. Garstecka. – *Otolaryngologia Przegląd Kliniczny* 2004 T. 3 nr 1 s. 15-18.

Wspomnienia. S. Betlejewski. – *Wiadomości Akademickie* 2004 nr 3 s. 17-19.

2005

Aktywność enzymów antyoksydacyjnych i poziom produktów peroksydacji lipidów w przebiegu przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych przed operacją i po operacji. P.K. Burduk, S. Betlejewski, G. Drewa. – *Otolaryngologia Polska* 2005 T. 59 nr 5 s. 693-697.

Carbon granuloma – niepożądany skutek mikrochirurgii laserowej krtani. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, H. Mackiewicz, A. Owczarek, K. Dalke. – *Polski Merkuriusz Lekarski* 2005 T. 19 nr 111 s. 417-419.

Nasal foreign body in an adult. P. K. Burduk, A. Garstecka, S. Betlejewski. – *European Archives Oto-Rhino-Laryngology* 2005 Vol. 262 s. 517-518.

Niepowodzenia w leczeniu raka zatrzonowcowego. P.K. Burduk, R. Bilewicz, W. Kaźmierczak, D. Burduk, S. Betlejewski. W: *XI Sympozjum „Onkologia w otolaryngologii”.* Gdańsk, 8-10 IX 2005. *Streszczenia.* [Gdańsk, 2005] s. 51. – 60 lat Akademii Medycznej w Gdańsku 1945-2005.

Nos – moje hobby, czy tylko spojrzenie wypaczone zawodo-wo? S. Betlejewski. W: *10 lat Bydgosko-Pilskiej Izby Lekarskiej 1989-1999.* Pod red. H. Grzybowskiej-Rogulskiej. Bydgoszcz: Bydgoska Izba Lekarska, 2005 s. 301-302.

Nowotwory złośliwe gardła w latach 1992-2001. Z. Szejma, S. Betlejewski, T. Gierek, C. Tarnowska, D. Jurkiewicz, K. Nowak, E. Waśniewska, B. Malinowska. – *Otolaryngologia Polska* 2005 T. 59 nr 1 s. 43-47.

Ocena wyników leczenia raka gardła środkowego w materiale Kliniki Otolaryngologii CM UMK w Bydgoszczy. H. Mackiewicz, R. Bilewicz, P. Burduk, M. Martyńska, S. Betlejewski. W: *XI Sympozjum „Onkologia w otolaryngologii”.* Gdańsk, 8-10 IX 2005. *Streszczenia.* [Gdańsk, 2005] s. 52. – 60 lat Akademii Medycznej w Gdańsku 1945-2005.

Odległe wyniki leczenia raka krtani T1 i T2 w mikrochirurgii laserowej. S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, H. Mackiewicz-Nartowicz. – *Otolaryngologia Polska* 2005 T. 59 nr 2 s. 235-237.

Rhinophyma – diagnostyka i leczenie. A. Szymańska-Skrzypek, P.K. Burduk, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2005 T. 59 nr 4 s. 581-584.

Szpiczak krtani. H. Mackiewicz-Nartowicz, A. Garstecka, S. Betlejewski, A. Sinkiewicz, J. Szukalski. – *Otolaryngologia Polska* 2005 T. 59 nr 3 s. 445-448.

Torbiel zawiązkowa żuchwy – opis przypadku. A. Garstecka, T. Pietrykowski, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2005 T. 59 nr 6 s. 871-874.

2006

Czynniki prospektywne raka głośni w stadium zaawansowania T1 i T2. H. Mackiewicz-Nartowicz, A. Sinkiewicz, D. Piwczynski, S. Betlejewski, A. Owczarek. W: *XLII Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Poznań, Poland, 7-10 VI 2006. Streszczenia.* Poznań, 2006 s. 5.

Niedosłuch związany z wiekiem (presbycusis) jako problem społeczny. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2006 T. 60 nr 6 s. 883-886.

Nowotwory złośliwe nosa i zatok przynosowych w latach 1992-2001. S. Betlejewski, R. Bilewicz, Cz. Stankiewicz, A. Skorek, T. Gierek, P. Wardas, W. Gołębek, M. Szymański, M. Gryczyński, Z. Szmeja, W. Szyfter, E. Osuch-Wójcikiewicz, O. Korolkowa, D. Jurkiewicz, D. Kenig, L. Pośpiech, K. Preś, G. Namysłowski. – *Otolaryngologia Polska* 2006 T. 60 nr 5 s. 729-736.

Ocena skuteczności rehabilitacji węchu u osób po laryngektomii całkowitej. A. Sinkiewicz, P. Winiarski, H. Mackiewicz, H. Owczarek, L. Janicka-Beuth, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2006 T. 60 nr 1 s. 33-36.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. S. Betlejewski. W: *Historia towarzystw lekarskich w regionie kujawsko-pomorskim: 200. rocznica powstania towarzystw lekarskich w Polsce.* Pod red. Z. Mackiewicza. Bydgoszcz: BTN, 2006 s. 83-90.

2007

Analiza epidemiologiczna nowotworów nosa i zatok przynosowych w Klinice Otolaryngologii w Bydgoszczy w latach 1992-2006. R. Bilewicz, P. K. Burduk, M. Martyńska, S. Betlejewski, M. Wierchowaska. W: *XII Sympozjum Onkologia w Otolaryngologii. Lublin, 7-9 czerwca 2007. Program. Streszczenia.* [B.m., 2007] s. 64.

Choroby społeczne, cywilizacyjne czy choroby stylu życia? S. Betlejewski. – *Wiadomości Lekarskie* 2007 T. 60 nr 9-10 s. 489-492.

Czynniki prospektywne raka głośni w stadium zaawansowania T1 i T2. H. Mackiewicz-Nartowicz, A. Sinkiewicz, D. Piwczynski, S. Betlejewski, A. Owczarek. – *Otolaryngologia Polska* 2007 T. 61 nr 6 s. 921-925.

Metody i wyniki leczenia chorych z nowotworami złośliwymi nosa i zatok przynosowych w Klinice Otolaryngologii w Bydgoszczy. R. Bilewicz, P. K. Burduk, M. Martyńska, S. Betlejewski. W: *XII Sympozjum Onkologia w Otolaryngologii. Lublin, 7-9 VI 2007. Program. Streszczenia.* [B.m., 2007] s. 65.

Przetoka skórno-gardłowa jako powikłanie po laryngektomii – wciąż aktualny problem kliniczny. S. Betlejewski, A. Szy-

mańska-Skrzypek. – *Otolaryngologia Polska* 2007 T. 61 nr 3 s. 271-279.

Rehabilitacja chorych po laryngektomii – wizja a realizacja. S. Betlejewski, R. Ossowski, A. Sinkiewicz. – *Otolaryngologia Polska* 2007 T. 61 nr 3 s. 344-345.

Wiek a powikłania po laryngektomii. A. Szymańska-Skrzypek, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2007 T. 61 nr 4 s. 394-398.

Wpływ przedoperacyjnego napromieniania na gojenie się rany po laryngektomii – przegląd piśmiennictwa i wyniki własne. A. Szymańska-Skrzypek, S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2007 T. 61 nr 4 s. 428-432.

2008

Burzliwa historia operacji ucha środkowego. S. Betlejewski, A. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2008 T. 62 nr 4 s. 504-508.

Mikrocja – izolowane zaburzenie rozwojowe narządu słuchu czy zespół wad? A. Garstecka, S. Betlejewski, K. Skonieczka. – *Otolaryngologia Polska* 2008 T. 62 nr 5 s. 639-642.

Nauka a życie – historia markiza Alfonso Cortiego. S. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2008 T. 62 nr 3 s. 344-347.

William i Oscar Wilde – a powikłania chorób ucha środkowego. S. Betlejewski, A. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2008 T. 7 nr 2 s. 67-71.

Wpływ aerodynamiki przepływu powietrza przez nos na fizjologię nosa. S. Betlejewski, A. Betlejewski. – *Otolaryngologia Polska* 2008 T. 62 nr 3 s. 321-325.

Komentarze i recenzje

Recenzja habilitacji Nakiela J. „*Badania nad sprawnością układu równowagi po uszkodzeniach półkul mózdzku*”. S. Betlejewski. – Łódź: WAM, 1970.

Recenzja doktoratu Bąkowskiego J. „*Postępowanie bronchologiczne w zapaleniach płuc z radiologicznymi objawami dysatelektazy u niemowląt*”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AMG, 1982.

Recenzja doktoratu Finkiewicz-Brzostek A. „*Znaczenie testu glicerolowego w diagnostyce choroby Meniera*”. S. Betlejewski. – Białystok: AM, 1987.

Recenzja doktoratu Lewandowskiego D. „*Torbiele i przetoki przewodu tarczowo-językowego w materiale Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Gdańsku*”. S. Betlejewski. – Gdańsk: AM, 1987.

Recenzja doktoratu Naroźnego W., Kruczkowskiego J. „*Zachowanie się stanu immunologicznego chorych na raka krtani przed i po leczeniu w materiale Kliniki Otolaryngologii AM w Gdańsku*”. S. Betlejewski. – Gdańsk: AM, 1987.

Recenzja habilitacji Mikulewicz W. „Ocena czynnościowa naczyń krwionośnych małżowiny dolnej nosa u ludzi zdrowych i chorych z nieżytem naczynioruchowym”. S. Betlejewski. – Białystok: AM, 1989.

Recenzja doktoratu Gospodarek T. „Zachowanie się subpopulacji limfocytów T i komórek NK w krwi obwodowej i migdałkach u chorych na przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych”. S. Betlejewski. – Łódź: WAM, 1990.

Recenzja doktoratu Myślickiego J. „Wpływ agonistów

i antagonistów receptorów adrenergicznych błony śluzowej nosa na sprawność oddychania u chorych z alergią”. S. Betlejewski. – Łódź: WAM, 1993.

Recenzja doktoratu Pawlak-Osińskiej K. „Badania wartości diagnostycznej zjawiska wyrównania i odwrotnego wyrównania przedsińkowego”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AM, 1993.

Recenzja doktoratu Borowieckiego M. „Epidemiologia chorób zawodowych w województwie bydgoskim w latach 1984-1993”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AM, 1994.

Komentarz do pracy Ferguson B. J. „Ostre i przewlekłe zapalenie zatok. Jak złagodzić objawy i ustalić przyczynę choroby?” S. Betlejewski. – Medycyna po Dyplomie 1995 Vol. 4 nr 5 s. 62, 64.

Recenzja doktoratu Archem J. „Warunki pracy i stan zdrowia stoczniovców”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AM, 1996.

Recenzja doktoratu Białkowskiej A. „Aktywatory plazminogenu (t-PA, uPA) oraz ich inhibitory (PAJ-1, PAJ-2) we krwi i tkankach chorych na raka krtani”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AM, 1997.

Recenzja habilitacji Składzieńskiego J. „Polipy nosowe, z zatok szczękowych i choanalne. Badania kliniczne i morfologiczne”. S. Betlejewski. – Kraków: CM UJ, 1997.

Recenzja doktoratu Kaźmierczak U. „Ocena sprawności chorych po laryngotomii całkowitej usprawnianych podczas turnusów rehabilitacyjnych”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AM, 1998.

Recenzja habilitacji Wojtowicza J. „Testosteron i jego białko nośnikowe (SHBG) u chorych na raka krtani”. S. Betlejewski. – Poznań: AM, 1998.

Recenzja doktoratu Kwaśniewskiej E. „Wartość badania ultrasonograficznego z użyciem głowicy endoskopowej w guzach migdałka podniebiennego”. S. Betlejewski. – Poznań: AM, 1999.

Recenzja habilitacji Samolińskiego B. „Analiza wyników rynomanometrii akustycznej na potrzeby diagnostyki rynolergologicznej”. S. Betlejewski. – Warszawa: AM, 1999.

Recenzja doktoratu Gawlak-Pryckiej A. „Węzły chłonne przedkrtaniowe (delfickie) u chorych na raka krtani”. S. Betlejewski. – Poznań: AM, 2000.

Recenzja doktoratu Ludwikowskiej B. „Ocena występowania skazy atopowej u chorych na raka krtani”. S. Betlejewski. – Bydgoszcz: AM, 2000.

Recenzja doktoratu Mielcarek-Kuchty D. „Wartość badania ultrasonograficznego z użyciem głowicy endoskopowej w guzach języka”. S. Betlejewski. – Poznań: AM, 2000.

Recenzja doktoratu Nowak K. „Wartość badania ultrasonograficznego w diagnostyce wrodzonych torbieli bocznych i środkowych szyi”. S. Betlejewski. – Poznań: AM, 2000.

Recenzje wniosku o nadanie tytułu Profesora

1. dr. hab. n. med. Tadeusz Paśnikowski – PAM Szczecin, 8.08.1988
2. dr. hab. n. med. Aleksander Ligeziński – CSK WAM Warszawa, 25.03.1994
3. dr. hab. n. med. Mieczysław Chmielik – AM Warszawa, 8.12.1997
4. dr. hab. n. med. Elżbieta Reroń – CM UJ Kraków, 1.02.1999
5. dr. hab. n. med. Dariusz Jurkiewicz – CSK WAM Warszawa, 6.05.2000
6. dr. hab. n. med. Grażyna Śmiech-Słomkowska – AM Łódź, 14.04.2002

Promotorstwa rozpraw doktorskich

1977

PIZIEWICZ Adam

Ocena rynospirograficzna drożności nosa u dzieci. Gdańsk: AM, 1977.

1979

STANKIEWICZ Czesław

Wyniki leczenia raka krtani w materiale Kliniki Otolaryngologicznej AM w Gdańsku w latach 1961-1970. Gdańsk: AM, 1979.

WAWRZYŃCZAK-WITKOWSKA Anna

Sprawność równowagi u zawodników judo. Gdańsk: AM, 1979.

1983

KAŹMIERCZAK Henryk

Przydatność badania elektronystagmograficznego w diagnostyce lokalizacyjnej niektórych nowotworów wewnątrzczaszkowych. Gdańsk: AM, 1983.

1985

MARTYŃSKI Wojciech

Zaburzenia drożności nosa w rozszczepach części środkowej twarzy. Gdańsk: AM, 1985.

- 1988**
GRYGIEL Maria
Wpływ środowiska pracy na górne drogi oddechowe pracowników zakładu ceramicznego. Bydgoszcz: AM, 1988.
- 1989**
BURDUK Danuta
Odruch nosowo-sercowy w badaniu klinicznym. Bydgoszcz: AM, 1989.
- MATCZAK Marek**
Stan błony śluzowej nosa u pracowników przemysłu meblowego. Bydgoszcz: AM, 1989.
- 1990**
DRELA Maria
Badanie ultrasonograficzne w diagnostyce guzów krtani. Bydgoszcz: AM, 1990.
- 1992**
HEJKA Lech
Wybrane wskaźniki odporności komórkowej w monitorowaniu chorych z rakiem i stanami przedrakowymi krtani. Bydgoszcz: AM, 1991.
- 1993**
ZABOROWSKI Adam
Znaczenie badania integracji wzrokowo-przedstonkowej w niektórych wewnątrzczaszkowych uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego. Bydgoszcz: AM, 1993.
- 1994**
SINKIEWICZ Anna
Badania efektywności grupowej rehabilitacji pacjentów po laryngektomii całkowitej. Bydgoszcz: AM, 1994.
- WINIARSKI Piotr**
Badania biometryczne krtani w rozwoju prenatalnym człowieka. Bydgoszcz: AM, 1994.
- 1996**
MICHALAK-TLAPPA Jolanta
Ocena przydatności wymazów cytologicznych błony śluzowej nosa w rozpoznawaniu alergicznych, atopowych nieżytów nosa u dzieci. Bydgoszcz: AM, 1996.
- 1997**
WOJTASZEK-SŁOMIŃSKA Anna
Ocena kształtu łuków zębowych oraz zgryzu w uzębieniu mlecznym u dzieci z rozszczepami podniebienia. Gdańsk: AM Zakład Ortodoncji, 1997.
- 1999**
JANICKA- BEUTH Lidia
Stan powonienia w wybranych grupach osób. Bydgoszcz: AM, 1999.
- MACKIEWICZ-NARTOWICZ Hanna**
Ocena dużych naczyń szyjnych metodą duplex Doppler u pacjentów z guzami szyi. Bydgoszcz: AM, 1999.
- PIETRYSIAK Aldona**
Ocena błony śluzowej nosa u kobiet w ciąży. Bydgoszcz: AM, 1999.
- WINIARSKA Liliana**
Badania anatomiczne i histologiczne ślinianki podżuchwowej w rozwoju prenatalnym człowieka. Bydgoszcz: AM, 1998.
- 2001**
BURDUK Paweł
Ocena aktywności enzymów antyoksydacyjnych, lizosomalnych i poziomu produktów peroksydacji lipidów, a standardowe wykładniki stanu zapalnego. Bydgoszcz: AM, 2001.
- 2002**
DALKE Krzysztof
Drożność nosa u pacjentów przed i po operacji przegrody nosa w ocenie subiektywnej i badaniach obiektywnych. Bydgoszcz: AM, 2001.
- 2004**
BILEWICZ Robert
Analiza epidemiologiczna nowotworów nosa i zatok przynosowych w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1992-2001. Bydgoszcz: CM UMK, 2004.
- 2007**
GARSTECKA Agnieszka
Badanie cytogenetyczne u pacjentów z wrodzonymi wadami ucha zewnętrznego. Bydgoszcz: CM UMK, 2007.
- SZYMAŃSKA-SKRZYPEK Anna**
Powikłania wczesne po leczeniu operacyjnym chorych na raka krtani na podstawie materiału z lat 1989-1999. Bydgoszcz: CM UMK, 2007.
- 2008**
MÜLLER Maciej
Stan błony śluzowej nosa u chorych z cukrzycą. Bydgoszcz: CM UMK, 2008.
- Promotor doktoratów honoris causa**
- 2004**
BILIKIEWICZ Adam
 Uzyskał tytuł 26.05.2004
 promotor: prof. dr hab. n. med. Stanisław Betlejewski

Prof. dr hab. Wiesław Szymański

Życiorys Profesora Czesława Klyszejko

**„Nie ma innego zaklęcia na szczęśliwe życie
i spełnienie zawodowe, jak umieć i chcieć pracować”**

Te słowa Marii Dąbrowskiej doskonale i trafnie obrazują 50 lat pracy Profesora Czesława Klyszejko w pięknym i odpowiedzialnym zawodzie lekarza medycyny.

Osiągnięty dorobek naukowy, lata praktyki lekarskiej i pracy dydaktycznej dowodzą, że to piękne motto da się w pełni urzeczywistnić w życiu.

Przyszły Profesor medycyny Czesław Klyszejko urodził się 29 czerwca 1931 roku w Dowskinie pow. Lida w województwie nowogrodzkim – na terenie II Rzeczypospolitej. Ojciec Profesora był urzędnikiem administracji państwowej, matka nie pracowała.

W 1938 roku rozpoczął naukę w szkole podstawowej, którą ukończył na tajnych kompletach w 1945 roku.

Drużyna harcerska

W roku 1946 w ramach repatriacji przybył wraz z rodzicami do Bydgoszczy, gdzie zaczął uczęszczać do I Gimnazjum i Liceum przy Placu Wolności.

W latach gimnazjalnych należał do znanej w Bydgoszczy 5 drużyny harcerskiej, a od 1948 roku rozpoczął treningi wioślarskie, początkowo w Bydgoskim Towarzystwie Wioślarskim, potem zaś w AZS.

Po uzyskaniu w 1951 roku matury, zdał pomyślnie egzaminy na Akademię Medyczną w Gdańsku, jednakże nie został przyjęty na studia z powodu – jak wówczas powiedziano – braku miejsca.

Ratując się przed wcieleniem do wojska, rozpoczął naukę w 2-letniej Szkole Felczerskiej w Bydgoszczy.



Po ukończeniu szkoły z wyróżnieniem został przyjęty na II rok Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, którą ukończył w 1957 roku.

Dyplom lekarza otrzymał w listopadzie 1958 roku.

W latach 1958-1970 pracował w II Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych AM w Gdańsku z dwuletnią przerwą, w której odbył służbę wojskową zakończoną w stopniu kapitana.



Służba wojskowa

W Klinice kierowanej przez prof. W. Grodzkiego uzyskał wszechstronne specjalistyczne wykształcenie w zakresie położnictwa i ginekologii. Odbył szkolenie w krajowych ośrodkach z zakresu endokrynologii ginekologicznej, ginekologii operacyjnej, fizjopatologii czynności skurczowej macicy oraz cytologii i cytogenetyki.

W 1969 roku uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie pracy pt.: „Przedłużenie porodu w następstwie nieprawidłowej czynności skurczowej macicy a stosowanie spazmolityków i oksytocyny”.

W roku 1970 został oddelegowany na stanowisko zastępcy ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w Wojewódzkim Szpitalu w Gdańsku, gdzie pełnił funkcję koordynatora ćwiczeń dla studentów V i VI roku Wydziału Lekarskiego. Równocześnie był odpowiedzialny za przebieg szkolenia lekarzy specjalizujących się w zakresie ginekologii i położnictwa.

W 1975 roku rozpoczął pracę w Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych w Bydgoszczy – Filii Akademii Medycznej w Gdańsku, na stanowisku zastępcy

kierownika Kliniki. Po tragicznej śmierci w 1979 roku jej kierownika docenta Jerzego Łukasika, przez rok pełnił obowiązki kierownika Kliniki. Od roku 1980, po objęciu kierownictwa Kliniki przez profesora Wiesława Szymańskiego, pełnił funkcję jednego z jego zastępców. W 1982 roku wygrał konkurs i objął stanowisko ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala w Żninie, utrzymując bardzo ścisły kontakt naukowy z Katedrą i Kliniką Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

W 1991 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie dorobku naukowego i pracy habilitacyjnej pt.: „Ocena modelu aktywnego poszerzonego badania skriningu raka szyjki macicy w populacji wiejsko-miejskiej regionu Pałuk”. W tym samym roku, pełniąc nadal funkcję ordynatora w Żninie, został zatrudniony w charakterze starszego wykładowcy w Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii AM w Bydgoszczy.

W 1993 roku został prodziekanem Wydziału Lekarskiego AM w Bydgoszczy zaś w dwa lata później objął stanowisko profesora nadzwyczajnego tejże Uczelni. W 2001 roku otrzymał tytuł profesora.

W międzyczasie, w latach 1997-1999 pełnił funkcję kierownika Zakładu Położnictwa i Ginekologii na Wydziale Pielęgniarskim bydgoskiej Akademii Medycznej. W 1996 roku Rada Wydziału Lekarskiego powierzyła Mu funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego, którą pełnił przez dwie kadencje do 2002 roku.

W latach 2003-2006 pełnił także funkcję dziekana Wydziału Medycznego Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.

Zainteresowania naukowe Profesora Czesława Kłyszajki w czasie pracy w Klinice AMG i w Szpitalu w Gdańsku koncentrowały się głównie na wpływie zabiegów borowinowych na stan flory bakteryjnej pochwy, przeżywalności grzybów, rzesistka oraz rehabilitacyjnego znaczenia balneoterapii po operacjach rekonstrukcyjnych jajowodów, a także poprawie dynamizmu mięśnia macicy w porodach przedłużonych.

Do uzyskania habilitacji, w okresie pracy w Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Bydgoszczy i następnie w Oddziale Położniczym Szpitala w Żninie, Jego zainteresowania naukowe koncentrowały się głównie na problemach onkologicznych narządów płciowych kobiet.

Z dużym uznaniem oceniono inicjatywę, organizację i wysiłek Profesora w kwestii prowadzenia badań profilaktycznych nowotworów narządów płciowych dla regionu Pałuk. Ich wyniki, mające ogromne zna-

czenie społeczne, udowodniły, że takie badania profilaktyczne w szerokim zakresie można prowadzić w każdym regionie naszego kraju.

Po uzyskaniu w 1991 roku stopnia naukowego doktora habilitowanego, umiejętnie godził funkcję ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala w Żninie ze stanowiskiem starszego wykładowcy w Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych w Bydgoszczy i w oparciu o te jednostki kontynuował badania naukowe.

Tematyka dotyczyła różnych dziedzin położnictwa i ginekologii, a głównie epidemiologii, diagnostyki i leczenia zakażeń oraz profilaktyki nowotworów narządów płciowych oraz ginekologii operacyjnej. Na szczególną uwagę zasługują prace przedstawiające wyniki z działalności profilaktycznej i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu piersiowego w regionie Pałuk, a także cykl prac dotyczących zakażeń, zwłaszcza grzybiczych, które wniosły nie tylko szereg danych poznawczych, ale i konkretne wyniki praktyczne.

Dorobek naukowy prof. dra hab. n. med. Czesława Kłyszajki obejmuje łącznie 125 pozycji. Przed habilitacją opublikował 65, a po habilitacji 60 prac w recenzowanych czasopismach krajowych i zagranicznych, z czego 61 prac było oryginalnych.

Część publikacji ogłoszona została w pamiętnikach, materiałach zjazdowych bądź po konferencjach naukowych. W ponad 50 pracach był pierwszym autorem, a w 25 pracach drugim.

Profesor bardzo często bierze udział w naukowych zjazdach, sympozjach i konferencjach, zawsze wykazując dużą aktywność. Często jest zapraszany z wykładami programowymi do prowadzenia sesji naukowych, dyskusji okrągłych stołów oraz do komitetów naukowych. Jego udział jest zawsze merytoryczny, skupiający uwagę na istotniejszych problemach. W ciągu swej dotychczasowej pracy zawodowej wygłosił ponad 100 referatów naukowych.

Z uznaniem należy również przyjąć ogromne zaangażowanie Profesora Czesława Kłyszajki w pracę dydaktyczną i organizacyjno-społeczną już od czasu pracy na stanowisku asystenta Kliniki. Z reguły był odpowiedzialny za dydaktykę przed- i podyplomową. Był opiekunem Studenckiego Koła Naukowego, organizatorem obozów szkoleniowo-naukowych, kierownikiem kursów cytologicznych oraz doskonalących dla lekarzy przed specjalizacją, zarówno w czasie pracy w Gdańsku, jak i w Bydgoszczy. Wykładał w szkole położnych oraz działał w Organizacji Świadomego

Macierzyństwa, a później Towarzystwie Rozwoju Rodziny w Bydgoszczy.



Spotkanie ordynatorów oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa kujawsko-pomorskiego

Pełnił przez szereg lat funkcję wiceprzewodniczącego i przewodniczącego Oddziału Bydgosko-Toruńsko-Włocławskiego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wiceprzewodniczącego Oddziału Bydgosko-Toruńsko-Włocławskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz wiceprzewodniczącego Sekcji Psychosomatycznej PTG i wiceprzewodniczącego Oddziału Kujawsko-Pomorskiego PTL.

W latach 2005-2007 pełnił funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w zakresie Ginekologii Onkologicznej.

Profesor Czesław Kłyszejko był promotorem 10 zakończonych przewodów doktorskich. W obecnej chwili sprawuje opiekę nad dwoma kolejnymi doktorantami. W czasie swej pracy dydaktycznej wypromował również 23 magistrów pielęgniarstwa i fizjoterapii. Był także opiekunem specjalizacji 12 lekarzy na I stopień i 13 lekarzy na II stopień z położnictwa i ginekologii.

Prof. dr hab. n. med. Czesław Kłyszejko za pracę zawodową i społeczną otrzymał Odznakę Honorową „Za Zasługi dla Gdańska”, Odznakę Honorową „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, „Za Szczególne Zasługi dla Województwa Bydgoskiego”, „Za Zasługi dla Miasta Żnina”, „Nagrodę Feliksa” za przeprowadzenie badań profilaktycznych w regionie Pałuk, Srebrny Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal Komisji Edukacji Narodowej i Krzyż Oficerski Odrodzenia Polski.

Uznanie i szacunek środowiska lekarskiego zaowocowały przyznaniem Profesorowi członkostwa honorowego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, odznaczenia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego *Bene Meritum*, a także medalu Wojewody Kujawsko-Pomorskiego *Gloria Medicinæ*.



Odnaczenie Profesora Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski przez wojewodę bydgoskiego w czasie Jubileuszowego XXVIII Kongresu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w Bydgoszczy

Z przedstawionej biografii Profesora Czesława Kłyszejko uderza niezwykła konsekwencja w pokonywaniu trudności i dążeniu do wytyczonego celu, począwszy od walki o studencki indeks aż do dnia dzisiejszego.

Niezależnie od miejsca pracy po mistrzowsku godził i godzi pracę zawodową, naukową, dydaktyczną i organizacyjno-społeczną.

Profesor Czesław Kłyszejko zdobył sobie szacunek i uznanie nie tylko wśród ginekologów-położników, ale w całym środowisku lekarskim. Jest lubiany i szanowany wśród współpracowników, a Jego wiedza i umiejętności służą zarówno chorym, jak i podnoszącym swoje kwalifikacje lekarzom oraz studentom medycyny.

Biografia Profesora Czesława Kłyszejko byłaby niepełna bez wspomnienia o Jego hobby. Jest pasjonatem myślistwa, każdą wolną chwilę spędza na polowaniu. Od ponad 30 lat należy do bydgoskiego koła łowieckiego „Wieniec”. Uważa, że las i pobyt na łonie natury to najlepszy relaks i doskonałe przygotowanie psychiczne i zdrowotne do pracy. Jednocześnie podkreśla, że myślistwo jest pięknym hobby, ale czasami niebezpiecznym, czego dowodem był incydent ze zranionym przez Niego dzikiem, które to zdarzenie mogło zakończyć się nawet tragicznie.

Dom Profesora w Borach Tucholskich jest zawsze otwarty i pełen gości. Jest częstym miejscem spotkań myśliwskich, a przede wszystkim rodziny, przyjaciół

i znajomych. Towarzyszy im miła rodzinna atmosfera, humor, a często muzyka i tańce.



Profesor Czesław Kłyszczko z kolegami myśliwymi koła łowieckiego „Wieniec”



Polowanie

Profesor lubi i umie grilować przygotowując różne potrawy nie tylko z dziczyzny. Jest także świetnym specjalistą od różnego rodzaju nalewek.

Niezapomnianym przeżyciem rodziny i przyjaciół, a także mieszkańców Okonin Nadjeziornych i sąsiadujących miejscowości był ślub ukochanej córki Państwa Kłyszczków – Asi z Michałem Molskim. Dwudniowa uroczystość weselna, powozy, tańce do świtu połączyły nie tylko dwoje zakochanych w sobie ludzi, ale i dwie specjalności ginekologię z położnictwem oraz chirurgię.

Od autora tekstu:

Wielce Szanowny Panie Profesorze. Drogi Czesławie, Czcigodny Jubilacie.

Z okazji 50-lecia pracy zawodowej w imieniu Zespołu Kliniki oraz własnym proszę o przyjęcie serdecznych życzeń i gratulacji.

Pragnę złożyć Panu Czcigodny Jubilacie gorące podziękowania za dar nauki i wspaniałe przewodnictwo w zakresie tak pięknej specjalizacji, jaką jest położnictwo i ginekologia.

Dziękujemy Ci Panie Profesorze za ogromne serce, trud i pracę i życzymy by radość płynąca z wysiłku kształcenia umysłu, serca i ducha niosła dalej zadowolenie.

Proszę o przyjęcie najserdeczniejszych życzeń: wszelkiej dalszej życiowej pomyślności przy stałym szacunku środowiska, dobrym zdrowiu oraz osobistym i rodzinnym szczęściu.

Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa,
Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej UMK CM

Prof. dr hab. n. med. Wiesław Szymański

mgr Małgorzata Białobłocka
mgr Anna Garczewska
Biblioteka Medyczna Collegium Medicum

Bibliografia publikacji Profesora Czesława Kłyszajko

1962

Wpływ trójchloroetyleny na czynność skurczową macicy w czasie porodu. Cz. Kłyszajko, T. Lakomy, Z. Papierowski. W: *Referaty i streszczenia XV Jubileuszowego Zjazdu Ginekologów Polskich. Gdańsk, 17-19 IX 1962.* [B.m., 1962] s. 242.

1963

Badania nad zastosowaniem sestronu w położnictwie. Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1963 T. 34 nr 3 s. 372-376.

Wpływ trójchloroetyleny na czynność skurczową macicy w czasie porodu w zestawieniu z wynikami in vitro. Cz. Kłyszajko, T. Lakomy, Z. Papierowski. – *Polski Tygodnik Lekarski* 1963 T. 18 nr 36 s. 1333-1338.

1964

Effects of trichloroethylene on the contractility of the uterus during labor compared with the effects obtained in vitro. Cz. Kłyszajko, T. Lakomy, Z. Paperowski. – *Polish Medical Journal* 1964 Vol. 111 nr 2 s. 473-481. – [Przetłumaczono z *Polski Tygodnik Lekarski* 1963 T. 18 nr 36].

Działanie bakteriobójcze borowin polczyńskich na florę bakteryjną izolowaną z kanału szyjki macicy u kobiet leczonych z powodu zapalenia narządów płciowych. J. Łukasik, Cz. Kłyszajko. – *Balneologia Polska* 1964 T. 12 s. 58-66.

Klinische und experimentelle Forschungen über die antibakterielle Wirkung der Moorbehandlung auf die Genitalflora der Gebärmutterzervix der Adnexkranken. J. Łukasik, Cz. Kłyszajko. – *Zentralblatt für Gynäkologie* 1964 Vol. 86 nr 8 s. 252-260.

Ocena kliniczna wartości leczniczej preparatu furovag stosowanego przy rzęsistkowicy u kobiet. Cz. Kłyszajko, J. Mikołajczewski. – *Wiadomości Parazytologiczne* 1964 T. 10 nr 2-3 s. 219-220. – II Sympozjum w sprawie trychomonadozy. Lublin, 16-17 XI 1963.

Ocena zbiorcza preparatów farmakologicznych zastosowanych w zapaleniu rzęsistkowym pochwy u kobiet. Cz. Kłyszajko. – *Wiadomości Parazytologiczne* 1964 T. 10 nr 2-3 s. 255-258. – II Sympozjum w sprawie trychomonadozy. Lublin, 16-17 XI 1963.

Stosowanie preparatu flagyl w rzęsistkowicy pochwy u kobiet. Cz. Kłyszajko. – *Wiadomości Parazytologiczne* 1964 T. 10 nr 2-3 s. 201-202. – II Sympozjum w sprawie trychomonadozy. Lublin, 16-17 XI 1963.

W sprawie poszukiwania trichomonas vaginalis w jajowodach kobiet na drodze hodowli. Cz. Zwierz, Cz. Kłyszajko. W: *Niepłodność pochodzenia jajowodowego. Referaty, doniesienia i dyskusje II Sympozjum Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Gdańsk, 22-23 V 1964 r.* Pod red. W. Gromadzkiego. Gdańsk: PTG, 1964 s. 139-142.

Wpływ leczenia balneologicznego w Polczynie-Zdroju na stan flory bakteryjnej szyjki macicy u chorych z zapaleniami narządów płciowych. J. Łukasik, Cz. Kłyszajko, A. Niemira. – *Balneologia Polska* 1964 T. 12 s. 67-71.

Zastosowanie lisпамolu w czasie porodu. Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1964 T. 35 nr 2 s. 245-249.

1965

Résultats cliniques de l'influence du trichloréthylène (TCE) sur la contractilité de l'utérus gravide pendant l'accouchement comparés aux résultats des examens in vitro. T. Lakomy, Z. Papierowski, Cz. Kłyszajko. – *Gynécologie et Obstétrique* 1965 T. 64 nr 5 s. 665-672.

1966

Przydatność połączeń kwasu adypinowego z sulfonamidami w leczeniu upławów. Cz. Kłyszajko, J. Błaszczak. – *Ginekologia Polska* 1966 T. 37 nr 1 s. 69-74.

1967

W sprawie możliwości peloidoterapii po zachowawczych i plastycznych operacjach jajowodów. W. Gromadzki, Cz. Kłyszajko, T. Korzon. – *Ginekologia Polska* 1967 T. 38 nr 10 s. 1139-1147.

1971

Poród przedłużony – zapobieganie i leczenie. Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1971 T. 42 nr 1 s. 48-53.

Poród przedłużony w świetle danych klinicznych i statystycznych. Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1971 T. 42 nr 4 s. 479-487.

1972

Wyniki leczenia operacyjnego i skojarzonego w wyselekcjonowanym materiale chorych na raka szyjki macicy w I° zaawansowania. Z. Papierowski, W. Gromadzki, M. Adamcio-Deptulska, Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1972 T. 43 nr 12 s. 1421-1427.

1973

Przeżywalność i rozwój grzybów oraz szczepów rzęsistka pochwowego w tworzywach używanych do balneoterapii. – Cz. Zwierz, W. Banach-Piątkowska, Cz. Kłyszajko, J. Łukasik, J. Pierzchlewski. – *Problemy Uzdrawiskowe* 1973 T. 69 nr 3 s. 221-230. – *Pamiętnik I Sympozjum Balneologii Ginekologicznej. Polczyn-Zdrój, 6-7 X 1972.*

W sprawie możliwości i ciągłości szerzenia się zakażenia grzybicą i rzęsistkiem pochwowym w czasie balneoterapii ze wskazań ginekologicznych. – J. Łukasik, Cz. Kłyszajko, Cz. Zwierz, L. Kudrewicz, H. Marek, S. Skalski. – *Problemy Uzdrawiskowe* 1973 T. 69 nr 3 s. 197-210. – *Pamiętnik I*

Symposium Balneologii Ginekologicznej. Połczyn-Zdrój, 6-7 X 1972.

W sprawie skuteczności balneoterapii jako rehabilitacji po operacjach plastycznych i zachowawczych na jajowodach. T. Korzon, Cz. Kłyszajko. – *Problemy Uzdrawiskowe* 1973 T. 69 nr 3 s. 91-102. – Pamiętnik I Symposium Balneologii Ginekologicznej. Połczyn-Zdrój, 6-7 X 1972.

Zachowanie się i zmienności tlenowej flory bakteryjnej pochwy i szyjki macicy oraz stan nabłonka części pochwowej w przebiegu balneoterapii u chorych z infekcją rzęsistkową. – Cz. Kłyszajko, K. Czerniewska, Cz. Zwierz, J. Łukasik, T. Lisowska, A. Gebel, J. Pierzchlewski. – *Problemy Uzdrawiskowe* 1973 T. 69 nr 3 s. 211-220. – Pamiętnik I Symposium Balneologii Ginekologicznej, Połczyn-Zdrój, 6-7 X 1972.

1976

Długotrwałe obserwacje kobiet po przebytej rzęsistkowicy w aspekcie zespołów pasożytniczych. Cz. Kłyszajko, Cz. Zwierz, D. Bazelał. W: *Materiały XII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego. Białystok, 16-19 IX 1976.* [Białystok, 1976] s. 61.

Próba oceny przydatności arteriografii w diagnostyce guzów nowotworowych w obrębie miednicy małej. Cz. Kłyszajko, T. Złotowski, D. Bazelał. W: *Epidemiologia i diagnostyka nowotworów jajnika. Wybrane zagadnienia.* Pod red. T. Pisarskiego. Poznań, 1976 s. 306-312.

1977

Erytrocytoza paranowotworowa w przebiegu raka jajników. J. Burchacki, Cz. Kłyszajko. – *Wiadomości Lekarskie* 1997 T. 30 nr 18 s. 1477-1479.

Problematyka ciąży szyjkowej. Cz. Kłyszajko, S. Butowski, J. Czauderna, Z. Pawlitka, D. Bazelał, G. Chłodzińska. – *Wiadomości Lekarskie* 1997 T. 30 nr 4 s. 323-326.

1978

Aspekty kliniczne patologicznego rozrostu trofoblastu w materiale kliniki 1975-1977. Cz. Kłyszajko, J. Sukowski, D. Bazelał. W: *III Symposium „Patologiczne rozrosty endometrium”.* Kołobrzeg, 1978 s. 450-468.

Próba wykorzystania hysteroigrafii w diagnostyce patologicznych rozrostów endometrium. D. Bazelał, Cz. Kłyszajko, W. Lasek, L. Trybuś. W: *III Symposium „Patologiczne rozrosty endometrium”.* Kołobrzeg, 1978 s. 348-358.

Wynicowanie macicy nieciążarnej u 24-letniej nieródki. Cz. Kłyszajko, Z. Pawlitka, D. Bazelał, G. Chłodzińska. – *Ginekologia Polska* 1978 T. 49 nr 1 s. 43-46.

1979

Analiza przebiegu okresu okołoperacyjnego i wyników doraźnych u kobiet leczonych po 65 roku życia w latach 1971-1975. Cz. Kłyszajko, J. Sypniewski, D. Bazelał. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 supl. s. 233-234. – XX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 6-8 X 1977. Warszawa, 1979.

Ocena metod postępowania w raku szyjki macicy w stopniu 0 z uwzględnieniem prostego wycięcia macicy. Cz. 2. Cz. Kłyszajko, D. Bazelał, J. Sypniewski. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 supl. s. 227-228. – XX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 6-8 X 1977. Warszawa, 1979.

Rak szyjki macicy w stopniu 0 u 18-letniej pierwiastki podczas ciąży. A. Gustowski, J. Soja, Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 nr 5 s. 445-450.

Rak szyjki macicy w stopniu 0 z uwzględnieniem prostego wycięcia macicy. Cz. 2: Ocena metod postępowania w raku szyjki macicy. Cz. Kłyszajko, D. Bazelał, J. Sypniewski. *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 supl. s. 227-228. – XX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 6-8 X 1977. Warszawa, 1979.

Ramowy program kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych Filii Akademii Medycznej Gdańskiej z siedzibą w Bydgoszczy. Cz. Kłyszajko. W: *System kształcenia w ginekologii i położnictwie.* Poznań, 1979, s. 130-132.

1980

Aspekty kliniczne i morfologiczne guzów nowotworowych jajnika na materiale własnym za rok 1974-1976. J. Domaniewski, Cz. Kłyszajko, K. Ryć, M. Jaszyk, D. Bazelał, W. Rawluk, J. Soja, T. Złotowski, G. Chłodzińska, E. Petrus. W: *Prace Komisji Nauk Lekarskich XIV.* Warszawa: PWN, 1980 s. 27-37. – Bydgoskie Towarzystwo Naukowe. Prace Wydziału Nauk Przyrodniczych. Seria A. 1980 nr 24.

Guzy nowotworowe jajników u młodocianych. J. Domaniewski, Cz. Kłyszajko, K. Ryć, M. Jaszyk, D. Bazelał, W. Rawluk, J. Soja, T. Złotowski, G. Chłodzińska, E. Petrus. W: *Prace Komisji Nauk Lekarskich XIV.* Warszawa: PWN, 1980 s. 53-61. – Bydgoskie Towarzystwo Naukowe. Prace Wydziału Nauk Przyrodniczych. Seria A. 1980 nr 24.

Nowotwory sromu w materiale Kliniki Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Gdańsku – Filia w Bydgoszczy w latach 1960-1980. W. Szymański, Cz. Kłyszajko, A. Gutowski, J. Burczyk. W: *Symposium „Stany przednowotworowe i nowotworowe sromu”.* Pod red. J. Mielnik. Gdańsk, 1980 s. 430-439.

1981

Postępowanie i wyniki leczenia rozrostu trofoblastu. Cz. Kłyszajko, W. Szymański, J. Domaniewski, R. Kotzbach, A. Kuźmińska, K. Górka, J. Sukowski. W: *Materiały Naukowe XXI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Poznań, IX 1981.* [B.m., 1981] s. 139-143.

Wyniki leczenia fasinem rzęsistkowicy pochwy u kobiet. Cz. Kłyszajko, D. Bazelał, G. Chłodzińska, B. Jarzemska, Z. Stachowska. W: *Prace Komisji Nauk Lekarskich XV.* Warszawa: PWN, 1981 s. 159-162. – Bydgoskie Towarzystwo Naukowe. Prace Wydziału Nauk Przyrodniczych. Seria A. 1981 nr 25.

1984

Analiza porodów zakończonych próżniociągami położniczym. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, D. Kłyszajko, B. Woźny, E. Wiśniewski, J. Przybylski. W: *Operacje położnicze. Materiały naukowe na symposium.* Poznań, 1984 s. 274-280.

Operacyjne leczenie i rehabilitacja pooperacyjna wad wrodzonych żeńskich narządów płciowych. W. Szymański, Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, J. Sukowski. W: *Postępowanie operacyjne w chorobach kobiecych i położnictwie: zagadnienia wybrane.* Lublin, 1984 s. 38-40.

Operacje położnicze w porodzie przedwczesnym. D. Kłyszajko, Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, J. Koźma, S. Donotek.

W: *Operacje położnicze. Materiały naukowe na sympozjum*. Poznań, 1984 s. 369-371.

Próba oceny przydatności badań naczyniowych w procesach nowotworowych miednicy małej. W. Szymański, Z. Boroń, D. Bazalak-Kłyszajko, Cz. Kłyszajko, E. Gorczyca-Wiśniewska, J. Wołoszyn-Grądzka. – *Ginekologia Polska* 1984 T. 55 nr 5 s. 339-344.

Uszkodzenia narządu moczowego w położnictwie i ginekologii (materiał własny). Cz. Kłyszajko, Z. Jarzemski, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek. W: *I Międzynarodowe Sympozjum Ginekologii Operacyjnej*. Lublin, 25-26 V 1984. *Streszczenia prac*. [Lublin, 1984].

Wieloogniskowa postać raka płaskonabłonkowego narządów płciowych zewnętrznych i szyjki macicy. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki. – *Ginekologia Polska* 1984 T. 55 nr 7 s. 523-525.

1985

Metody postępowania terapeutycznego we wrodzonych wadach narządów płciowych kobiety. W. Szymański, Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, St. Donotek, J. Sukowski. W: *V Ogólnopolskie Sympozjum Ginekologii Dziecięcej*. Łódź, V 1985. Łódź, 1985 s. 120-123.

Postępowanie w ciąży przeterminowanej w warunkach szpitala terenowego. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, M. Durczak-Hillemann, J. Koźma, W. Ilnicki, S. Donotek. – *Ginekologia Polska* 1985 T. 56 supl. s. 109-112. – *Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe „Monitorowanie płodu a sposób ukończenia ciąży i porodu”*. Książ, 10-11 X 1985.

Uchylek cewki moczowej powstały po operacji kleszczowej. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, D. Kłyszajko, J. Koźma, S. Donotek. – *Ginekologia Polska* 1985 T. 56 nr 12 s. 766-769.

1986

Masowe badania profilaktyczne kobiet rejonu Pałuk. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek, J. Koźma. – *Problemy Rodzinne* 1986 T. 25 nr 5 s. 29-31.

Ocena kliniczna wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych. W. Szymański, Cz. Kłyszajko, Z. Klotz, J. Dornowska, D. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1986 T. 57 supl. s. 15-18. – VII Konferencja Naukowa Sekcji Płodności i Niepłodności PTG NT. Współczesne Problemy Antykoncepcji. Wrocław, 21-22 XI 1986.

1987

Ciąża szyjkowa w przebiegu Zespołu Ashermana. Cz. Kłyszajko, J. Bogucki, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek, J. Koźma. – *Ginekologia Polska* 1987 T. 58 nr 1 s. 46-48.

Masowe badanie profilaktyczne kobiet z rejonu Pałuk. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek. – *Bydgoskie Zeszyty Lekarskie* 1987 nr 3 s. 77-78.

Przebieg ciąży i porodu po leczeniu niepłodności. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek, J. Koźma, R. Rzypp. – *Ginekologia Polska* 1987 supl. s. 167-170. – VIII Konferencja Naukowa Sekcji Płodności i Niepłodności PTG „Współczesne możliwości osiągnięcia potomstwa w małżeństwach niepłodnych”. Bydgoszcz, 8-9 V 1987.

1989

Profilaktyczne badania kobiet rejonu Pałuk. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek, J. Koźma, R. Rzypp. W: *Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Oddział w Bydgoszczy*. Bydgoszcz, 19-20 XI 1988. Warszawa, [1989] s. 60-65.

1990

Ocena modelu aktywnego, poszerzonego badania przesiewowego (skriningu) raka szyjki macicy w populacji wiejsko-miejskiej Regionu Pałuk. Cz. Kłyszajko – Bydgoszcz, 1990, 93 s.

1991

Celowość antybiotykoterapii w przypadkach przedwczesnego pęknięcia błon płodowych. W. Ilnicki, Cz. Kłyszajko, G. Janicka, L. Bembnista. W: *Materiały naukowe na 24 Krajowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z udziałem Gości zagranicznych*. Poznań, V 1991. T. 2: 1. Postępy i inne. 2. Edukacja. 3. Historia – Poznań, 1991 s. 238-242. – *Ginekologia Polska* 1991 T. 62 supl.

Taktyka postępowania przy równoczesnych zabiegach operacyjnych w zakresie żeńskich narządów płciowych i innych narządów jamy brzusznej. Cz. Kłyszajko, A. Markowski, D. Kłyszajko, G. Gmerek. W: *Materiały naukowe na 24 Krajowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z udziałem Gości zagranicznych*. Poznań, maj 1991. T. 2: 1. Postępy i inne. 2. Edukacja. 3. Historia – Poznań, 1991 s. 377-380. – *Ginekologia Polska* 1991 T. 62 supl.

Tlenowa flora bakteryjna w dolnym odcinku narządów płciowych kobiet ciężarnych po przedwczesnym pęknięciu błon płodowych. W. Ilnicki, Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, S. Donotek, J. Koźma, R. Rzypp. W: *Materiały naukowe na 24 Krajowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z udziałem Gości zagranicznych*. Poznań, V 1991. T. 2: 1. Postępy i inne. 2. Edukacja. 3. Historia – Poznań, 1991 s. 233-237. – *Ginekologia Polska* 1991 T. 62 supl.

1992

Badania ankietowe kobiet nie zgłaszających się do badań profilaktycznych przeprowadzonych w Regionie Pałuk. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, G. Gmerek. W: *Materiały naukowe III Sympozjum Patologii Szyjki Macicy i Kolposkopii*. Kraków, 24-26 IX 1992. [B.m., 1992] s. 165-169.

Ocena modelu poszerzonego badania przesiewowego raka szyjki macicy w populacji wiejsko-miejskiej regionu Pałuk. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki. W: *Materiały naukowe III Sympozjum Patologii Szyjki Macicy i Kolposkopii*. Kraków, 24-26 IX 1992. [B.m., 1992] s. 170-172.

Porównanie efektywności aktywnego cyklicznego skriningu szyjki macicy z modelem zamkniętych badań cytologicznych przeprowadzonych w latach 1982-1991 w Regionie Pałuk. Cz. Kłyszajko. W: *Materiały naukowe III Sympozjum Patologii Szyjki Macicy i Kolposkopii*. Kraków, 24-26 IX 1992. [B.m., 1992] s. 159-161.

1994

Analiza cięć cesarskich wykonanych na oddziale położniczym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Żninie w latach 1982-1992. Cz. Kłyszajko, G. Gmerek, S. Donotek, W. Ilnicki, M. Hillemann. – *Ginekologia Polska* 1994 T. 65 supl. 2 s. 1042. –

25 Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 26-28 V 1994.

Analiza guzów łagodnych mięśnia macicy w materiale Szpitala w Żninie w okresie 10-letnim (1983-1992). W. Ilnicki, R. Rzyp, Cz. Kłyszajko, L. Antkowiak. – *Ginekologia Polska* 1994 T. 65 suppl. 1 s. 17-22. – 25 Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 26-28 V 1994.

Badania sutków u kobiet z regionu Pałuk. S. Kabuła, M. Burzyńska-Makuch, R. Kozłowska, Cz. Kłyszajko, J. Koźma, Z. Boroń. – *Wiadomości Lekarskie* 1994 T. 47 nr 5/6 s. 176-180.

Model współpracy ginekologiczno-chirurgicznej w warunkach szpitala terenowego. Cz. Kłyszajko, A. Markowski, D. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1994 T. 65 suppl. 3 s. 1549-1552. – 25 Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 26-28 V 1994.

Postępowanie diagnostyczne i leczenie guzów raka sutka w warunkach szpitala terenowego. Cz. Kłyszajko, A. Markowski, D. Kłyszajko. W: *Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Rak gruczołu piersiowego u schyłku XX wieku. Gdańsk, 28-30 IV 1994.* [B.m., 1994] P-48.

Profilaktyka, diagnostyka i leczenie guzów sutka w szpitalu w Żninie w latach 1983-1993. Cz. Kłyszajko, A. Markowski, D. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1994 T. 65 suppl. 2 s. 752-756. – 25 Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 26-28 V 1994.

1995

Surface tension of urine in women during menstrual period. A. Górnicki, Cz. Kłyszajko, A. Pawlicka. – *Polish Journal of Medical Physics and Engineering* 1995 T. 1 nr 1 suppl. Medical physics 100 years after the discovery of X-rays s. 201-202. 10 Kongres Polskiego Towarzystwa Fizyki Medycznej. Kraków, 15-18 IX 1995.

1996

Retrospektywna analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich wykonanych w dwóch 13-letnich okresach w latach 1970-1982 i 1983-1995. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, D. Kłyszajko, M. Hillemann, J. Porada. – *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1996 suppl. 12 s. 47-52. – I Ogólnopolskie Sympozjum "Cięcie cesarskie we współczesnym położnictwie". Łódź, 6-8 VI 1996.

1997

Analiza guzów sutka leczonych w szpitalu terenowym w Żninie w okresie 14-letnim (1983-1996). Cz. Kłyszajko, A. Markowski, W. Ilnicki, J. Rozmus. – *Ginekologia Polska* 1997 T. 68 nr 6 s. 446. XXVI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Białystok-Mikołajki-Olsztyn, 4-7 VI 1997.

Badania somatometryczne i ultrasonograficzne wymiarów i tempa wzrastania klatki piersiowej w rozwoju prenatalnym i ich zastosowanie dla określania wieku ciążowego i monitorowania przebiegu ciąży. R. Rzyp, Cz. Kłyszajko, W. Bożyłow. – *Ginekologia Polska* 1997 T. 68 nr 6 s. 197. – XXVI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Białystok-Mikołajki-Olsztyn, 4-7 VI 1997.

Próba oceny owulacji na podstawie pomiaru napięcia powierzchniowego moczu. A. Górnicki, M. Przewoźna, I.

Kolesińska, Cz. Kłyszajko. s. 460. XXVI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Białystok-Mikołajki-Olsztyn, 4-7 VI 1997.

Retrospektywna ocena leczenia raka szyjki macicy w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 1963-1994. W. Windorbska, Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* 1997 T. 68 nr 6 s. 381. – XXVI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Białystok-Mikołajki-Olsztyn, 4-7 VI 1997.

Selen i peroksydaza glutationowa u kobiet w okresie ciąży. U. Trafikowska, M. Wiącek, Cz. Kłyszajko, B.A. Zachara. – *Ginekologia Polska* 1997 T. 68 nr 6 s. 255. XXVI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Białystok-Mikołajki-Olsztyn, 4-7 VI 1997.

Selenium (Se) and glutathione peroxidase in blood components and Se in urine during human pregnancy and after delivery. B.A. Zachara, U. Trafikowska, M. Wiącek, Cz. Kłyszajko. W: *6th Nordic Symposium on Trace Elements in Human Health and Disease.* Roskilde University. Denmark, 29 VI-3 VII 1997. Abstracts. [B.m., 1997] s. 53.

The resistance to betalactam antibiotics of lactose-positive and lactose-negative strains of Escherichia coli. G. Janicka, D. Wojciechowska, K. Hareńska, J. Porada, Cz. Kłyszajko. – *Acta Microbiologica Polonica* 1997 Vol. 46 nr 4 s. 399-403.

1998

Analiza typologiczna ciężarnych ze względu na palenie podczas ciąży papierosów i picie alkoholu. J. Lach, M. Ziółkowski, Z. Marcinkowski, J. Rybakowski, Cz. Kłyszajko. – *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998 T. 26 s. 342-346. – II Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Katowice, 10-12 IX 1998. T. 3.

Komputerowa analiza zapisu KTG w systemie Oxford S-8000 w grupie pacjentek z ciążą przeterminowaną. W. Szymański, J. Fórmaniak, M. Grabiec, Cz. Kłyszajko. – *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998 T. 26 s. 440-443. – II Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Katowice, 10-12 IX 1998. T. 2.

Nadciśnienie tętnicze u ciężarnych chorych na cukrzycę. S. Skublicki, W. Szymański, M. Tyloch, J. Sarap, Cz. Kłyszajko. – *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998 T. 26 s. 256-258. – II Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Katowice, 10-12 IX 1998. T. 2.

Ocena wpływu stosowania steroidów na poziom wybranych wykładników infekcyjnych. S. Skublicki, W. Szymański, J. Marzec-Ostrowska, B. Fagas, Cz. Kłyszajko. W: *II Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Katowice, 10-12 IX 1998. T. 2.* [Poznań]: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, [1998] s. 221-223.

Operacje ginekologiczne u kobiet po 60-tym roku życia. Cz. Kłyszajko, J. Porada, I. Latoch, W. Szczepny, G. Szymczak. – *Ginekologia Polska* 1998 T. 69 suppl. 1 s. 39-44. – Sympozjum "Powikłania okołoperacyjne w położnictwie i ginekologii". Cieszyń, 24-26 IX 1998.

Wartość diagnostyczna wskaźników predykcyjnych palenia papierosów przez ciężarne, wylonionych przy użyciu regresji logistycznej spośród wybranych danych w okresie perinatalnym. J. Lach, M. Ziółkowski, Z. Marcinkowski, J. Rybakowski, Cz. Kłyszajko. – *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998 T. 26 s. 347-350. – II Kongres Polskiego

Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Katowice, 10-12 IX 1998. T. 3.

Wykrywalność nowotworów żeńskich narządów płciowych w regionie Patuk w latach 1979-1997 przed i po wprowadzeniu rozszerzonych badań profilaktycznych. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, D. Kłyszajko, J. Koźma, J. Porada, G. Szymczak. – *Ginekologia Polska* 1998 T. 69 nr 5 s. 353-357. – Sympozjum Naukowe Sekcji Onkologii Ginekologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Szczawno Zdrój, 18-20 VI 1998. Wczesna diagnostyka i leczenie nowotworów złośliwych narządów płciowych u kobiet.

1999

Incidence of methicillin-resistant staphylococci in clinical material in 1994-1996. G. Janicka, Cz. Kłyszajko, J. Porada, K. Hareńska. – *Medical Science Monitor* 1999 Vol. 5 nr 2 s. 304-308.

Selenium (Se) concentrations and glutathione peroxidase in blood components during human pregnancy, and Se in blood milk, and urine after delivery. U. Trafikowska, I. Kolesińska, A. Pilecki, A. Trafikowska, W. Dobrzyński, Cz. Kłyszajko, B.A. Zachara. W: *Mengen- und Spurenelemente. 19. Arbeitstagung. Jena, Friedrich-Schiller-Universität, 3-4 XII 1999.* [B.m., 1999] s. 506-513.

Wrażliwość na mupirocyne wśród metycylinoopornych (MR) i metycylinowrażliwych (MS) gronkowców. G. Janicka, J. Kochanowska, J. Porada, Cz. Kłyszajko, M. Kozak, E. Chrzanowska. – *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 1999 Vol. 8 nr 1 s. 27-30.

2000

Analiza rozszerzonych badań profilaktycznych w regionie Patuk w latach 1985-1999. Cz. 1. Program czynnej profilaktyki. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, D. Kłyszajko, J. Porada, W. Szczęsny, I. Latoch, G. Szymczak. – *Ginekologia Praktyczna* 2000 R. 8 nr 6 s. 3-6.

Analiza rozszerzonych badań profilaktycznych w regionie Patuk w latach 1985-1999. Cz. 2. Wyniki. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, D. Kłyszajko, J. Porada, W. Szczęsny, I. Latoch, G. Szymczak. – *Ginekologia Praktyczna* 2000 R. 8 nr 7 s. 14-17.

Analysis of committed errors of gestational age defining on basis rutin ultrasonographic monitoring. R. Adamczak, W. Szymański, Cz. Kłyszajko, D. Nowak, I. Adamczak. – *Acta Biologica Cracoviensia Series Botanica* 2000 Vol. 42 suppl. 1 s. 16. – XXIV Conference on Embryology: plants, animals, humans. Podlesice, Poland, 24-26 V 2000. Abstracts.

Analysis of human embryos and fetus gestational age on basis of biparietal diameter. R. Adamczak, W. Szymański, Cz. Kłyszajko, D. Nowak, I. Adamczak. – *Acta Biologica Cracoviensia Series Botanica* 2000 Vol. 42 suppl. 1 s. 16. – XXIV Conference on Embryology: plants, animals, humans. Podlesice, Poland, 24-26 V 2000. Abstracts.

Analysis of methods used to the treatment of the ectopic pregnancy. W. Szymański, M. Grabiec, Cz. Kłyszajko, M. Szymański. *Gynecological Endocrinology* 2000 Vol. 14 suppl. 2 s. 170 P61. – 8th World Congress of Gynecological Endocrinology. Florence, Italy, 6-9 XII 2000. Abstracts.

Carboxy-terminal cross linked telopeptide of type I collagen (ICTP) and hormone concentrations in follicular fluid stimu-

lated cycles in vitro fertilization patients. M. Grabiec, W. Szymański, M. Szymański, Cz. Kłyszajko. – *Gynecological Endocrinology* 2000 Vol. 14 suppl. 2 s. 147 P15. – 8th World Congress of Gynecological Endocrinology. Florence, Italy, 6-9 XII 2000. Abstracts.

Diagnostyka gatunkowa w kandydozie sromu i pochwy – wrażliwość na nystatynę. M. Lisiak, Cz. Kłyszajko, Z. Marcinkowski, Z. Gwieżdździński. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 9 s. 959-963. – 27 Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Profilaktyka w położnictwie i ginekologii”. Szczecin, 13-16 IX 2000.

Evaluation of cGMP plasma concentration in women in normal pregnancy, during labour and 24 hours post partum. M. Szymański, W. Szymański, Cz. Kłyszajko, S. Skublicki. – *Gynecological Endocrinology* 2000 Vol. 14 suppl. 2 RT46. – 8th World Congress of Gynecological Endocrinology. Florence, Italy, 6-9 XII 2000. Abstracts.

Kandydoza pochwy – częstość występowania i czynniki ryzyka. M. Lisiak, Cz. Kłyszajko, T. Pierzchała, Z. Marcinkowski. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 9 s. 964-970. – 27 Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Profilaktyka w położnictwie i ginekologii”. Szczecin, 13-16 IX 2000.

Ocena in vitro wrażliwości szczepów Candida albicans izolowanych z pochwy na podstawowe antymikotyki. M. Lisiak, Cz. Kłyszajko, Z. Marcinkowski, Z. Gwieżdździński. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 9 s. 971-974. – 27 Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Profilaktyka w położnictwie i ginekologii”. Szczecin, 13-16 IX 2000.

Ocena skuteczności immunoprofilaktyki w konflikcie serologicznym anty Rh. R. Kotzbach, Cz. Kłyszajko, Z. Sobociński, L. Włodarczyk, M. Kotzbach. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 8 s. 859-862. – 27 Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Profilaktyka w położnictwie i ginekologii”. Szczecin, 13-16 IX 2000.

Ocena stężenia cGMP w osoczu krwi kobiet w przebiegu ciąży prawidłowej i początku fizjologicznego porodu. M. Szymański, W. Szymański, Cz. Kłyszajko, S. Skublicki. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 8 s. 789-793.

Ocena wpływu stężenia homocysteiny na obraz morfologiczny oocytów. W. Szymański, A. Kazdepka-Ziemińska, Cz. Kłyszajko, L. Senterkiewicz, E. Jendryczka-Mackiewicz, R. Adamczak, J. Jendryczka. – *Ginekologia Polska* [2000] suppl. s. 40. – XXVII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Szczecin, 13-16 IX 2000. Streszczenia. [Tekst równoległy w języku angielskim].

Odpyknięcie płynu owodniowego w II trymestrze ciąży. W. Szymański, S. Skublicki, Z. Wasilewski, Cz. Kłyszajko. W: *Lubelskie Dni Medycyny Perinatalnej "Poród przedwczesny". Lublin-Nałęczów, 9-11 VI 2000. Program i streszczenia prac.* [B.m., 2000] s. 35.

Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet metodąTVT (Tension-Free Vaginal Tape) – doniesienie wstępne. S. Listopadzi, P. Jarzemski, Cz. Kłyszajko. – *Ginekologia Polska* [2000] suppl. s. 215. – XXVII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Szczecin, 13-16 IX 2000. Streszczenia. [Tekst równoległy w języku angielskim].

Przydatność silikonowych krążków szyjkowych w profilaktyce porodów przedwczesnych. M. Grabiec, W. Szymański, Cz. Kłyszajko, M. Szymański, P. Chwarścianek. – *Ginekologia Polska* [2000] suppl. s. 56. – XXVII Kongres Polskiego

Towarzystwa Ginekologicznego. Szczecin, 13-16 IX 2000. Streszczenia. [Tekst równoległy w języku angielskim].

Wrażliwość na antybiotyki niektórych gatunków rodzaju Enterobacter izolowanych z różnych materiałów klinicznych. G. Janicka, I. Kania, Cz. Kłyszajko, M. Wróblewski, B. Ulatowska. - *Wiadomości Lekarskie* 2000 T. 53 nr 9-10 s. 493-498.

Zaburzenia krzepnięcia u noworodków. Zastosowanie preparatów antytrombiny. P. Korbał, E. Żekanowska, Cz. Kłyszajko, P. Jurkowski. - *Klinika Pediatria* 2000 Vol. 8 nr 3 s. 337-344.

2001

Carboxy-terminal cross linked telopeptide of type I collagen (ICTP) and hormone concentrations in serum and follicular fluid in stimulated cycles of in vitro fertilization patients. M. Grabiec, W. Szymański, M. Szymański, Cz. Kłyszajko. W: *Recent Research in Gynecological Endocrinology*. Ed. A. R. Genazzani, P. G. Artini, F. Petraglia. New York, London: The Parthenon Publishing Group, 2001 s. 101-102. - 8th World Congress of Gynecological Endocrinology. Florence, Italy, XII 2000.

Evaluation of cGMP plasma concentration in women in normal pregnancy, during labour and 24 hours postpartum. M. Szymański, W. Szymański, Cz. Kłyszajko, S. Skublicki. W: *Recent Research in Gynecological Endocrinology*. Ed. A. R. Genazzani, P. G. Artini, F. Petraglia. New York, London: The Parthenon Publishing Group, 2001 s. 149-152. - 8th World Congress of Gynecological Endocrinology. Florence, Italy, XII 2000.

Oporność klinicznych szczepów Klebsiella pneumoniae i Klebsiella oxytoca na wybrane antybiotyki beta-laktamowe. M. Szymankiewicz, A. Sękowska, Cz. Kłyszajko, G. Janicka, T. Zwierzchlewski. - *Diagnostyka Laboratoryjna* 2001 T. 37 z. 3 s. 379-385.

Właściwości proteolityczne metycylinowrażliwych (MSSA) i metycylinoopornych (MRSA) gronkowców złościstych. M. Wojda, G. Janicka, M. Wróblewski, E. Kruszyńska, Cz. Kłyszajko. - *Diagnostyka Laboratoryjna* 2001 T. 37 z. 2 s. 161-169.

2002

Resistance of Klebsiella pneumoniae strains producing and not producing ESBL (extended spectrum beta-lactamase) type enzymes to selected non-beta-lactam antibiotics. A. Sękowska, G. Janicka, Cz. Kłyszajko, M. Wajda, M. Wróblewski, M. Szymankiewicz. - *Medical Science Monitor* 2002 Vol. 8 nr 3 s. BR100-BR104.

The use of transvaginal sonography (tvs) and saline Solution Infusion Sonohysterography (SIS), for assessment of endometrium and endometrial cavity changes in women at about menopause in primary care obstetric-gynecologic practice. M. Migda, W. Lasek, S. Jeka, J. Rosińska-Migda, Cz. Kłyszajko, I. Trzcinska, Z. Serafin. - *Ultrasonografia* 2002 nr 8 s. 226.

Wrodzone wady rozwojowe w Polsce 1998-1999. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Pod red. A. Latos-Bieleńskiej, A. Materny-Kiryłuk, Zesp. ds. Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. A. Latos-Bieleńska, A. Materna-Kiryłuk, J. P. Majnartowicz, [i in.], M. Czerwionka-Szaflarska, [i in.], W. Szymański, [i in.], O. Haus, [i in.], M. Grabiec, [i in.], Cz. Kłyszajko, [i in.], M.

Orkiszewski, [i in.], Z. Skok, [i in.], M. Szymankiewicz, [i in.]. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, 2002, 80 s.

Prace nieopublikowane

1984

Uszkodzenia narządu moczowego w położnictwie i ginekologii (materiał własny). Cz. Kłyszajko, Z. Jarzemski, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Donotek. W: *I Międzynarodowe Sympozjum Ginekologii Operacyjnej*. Lublin, 25-26 V 1984. Streszczenie prac.

1987

Aspekty kliniczne i morfologiczne guzów nowotworowych jajnika. W. Szymański, Cz. Kłyszajko, J. Zakrzewski, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, St. Donotek, J. Koźma, R. Rzyp. W: *I Naukowe Spotkanie Ginekologów i Położników w Poznaniu „Dni Heliodora Świącickiego”*. Poznań, 25-30 V 1987.

Guzy gonadalne w materiale własnym w latach 1976-1986. W. Szymański, Cz. Kłyszajko, J. Zakrzewski, D. Kłyszajko. W: *I Naukowe Spotkanie Ginekologów i Położników w Poznaniu „Dni Heliodora Świącickiego”*. Poznań, 25-30 V 1987.

1988

Postępowanie w guzach sutka w warunkach szpitala terenowego. A. Markowski, Cz. Kłyszajko. W: *Materiały Naukowe XXIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Wrocław, 24-27 IX 1988.

Profilaktyczne badania kobiet rejonu Pałuk. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, S. Sonotek, J. Koźma, R. Rzyp. W: *Materiały Naukowe XXIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Wrocław, 24-27 IX 1988.

1989

Operacje plastyczne na trzonie przy wadach wrodzonych macicy – materiał własny. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki. W: *III Sympozjum Sekcji Chirurgii Ginekologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Lublin, 20-21 X 1989.

1992

Psychosomatyczne aspekty porodu rodzinnego. Cz. Kłyszajko. Praca wygłoszona na inauguracji V Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w Żninie 5 czerwca 1992 roku.

1998

Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego przy guzach sutka w szpitalu terenowym. Cz. Kłyszajko, W. Ilnicki, J. Koźma. W: *I Pomorskie Forum Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet. I Toruńskie Sympozjum Uro-Ginekologiczne. I Targi Zdrowia Kobiety Pro Femina '98*. Toruń, 4-6 IX 1998. Katalog konferencyjno-targowy.

2000

Analiza rozszerzonych badań profilaktycznych w rejonie Pałuk w latach 1985-1999. Cz. Kłyszajko, D. Kłyszajko, W. Ilnicki, J. Koźma. W: *II Ogólnopolskie Forum Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet. II Targi Zdrowia Kobiety Pro Femina 2000*. Toruń, 7-9 IV 2000. Katalog konferencyjno-targowy.

Promotorstwo rozpraw doktorskich**1994****ZWOLENKIEWICZ Tomasz**

Ocena rozwoju somatycznego dzieci z regionu Żnina w wieku od 0 do 3 lat. Żnin: Zespół Opieki Zdrowotnej Oddział Dziecięcy, 1994.

1998**LACH Jarosław**

Częstość picia alkoholu i palenia papierosów przez ciężarne, ocena wpływu tych czynników na wybrane parametry położnicze i noworodkowe. Bydgoszcz: AM, 1998.

PALACZ-MARCHWIŃSKA Lucyna

Badania somatometryczne i ultrasonograficzne zmienności wymiarów głowy w rozwoju prenatalnym i noworodkowym człowieka. Bydgoszcz: AM, 1998.

RZYP Romuald

Badania somatometryczne i ultrasonograficzne wymiarów i tempa wzrastania klatki piersiowej w rozwoju prenatalnym i ich zastosowanie dla określenia wieku ciążowego i monitorowania przebiegu ciąży. Bydgoszcz: AM, 1997.

1999**LISIAK Mariusz**

Drożdżyca pochwy u kobiet zgłaszających się w celu odbycia porodu: badania kliniczne i diagnostyka. Bydgoszcz: AM, 1999.

WINDORBSKA Wiesława

Retrospektywna ocena leczenia raka szyjki macicy w Ośrodku Onkologicznym w Bydgoszczy w latach 1963-1994. Bydgoszcz: AM, 1999.

2000**KOLESIŃSKA Irena**

Pomiar napięcia powierzchniowego moczu jako jedna z metod diagnostyki owulacji. Bydgoszcz: AM, 2000.

SZYMAŃSKI Marek

Ocena stężenia c-GMP w surowicy krwi kobiet w przebiegu ciąży prawidłowej i powiklanej. Bydgoszcz: AM, 1999.

2002**MIGDA Marian**

Przydatność badań endosonograficznych metodą przezpochwową (TVS) i sonohisteriografii przezpochwowej (SIS) w diagnostyce zmian patologicznych jamy macicy u kobiet w okresie okołomenopauzalnym w warunkach ambulatoryjnych. Bydgoszcz: AM, 2001.

2007**ŁOŚ Joanna**

Retrospektywna ocena profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet objętych skryningiem cytologicznym. Bydgoszcz: CM UMK, 2006.

prof. dr hab. Mieczysław Uszyński

Życiorys Profesora Mieczysława Uszyńskiego

(Anegdota życiorysowe na własny temat)

Wiele wydarzeń, które przeżywałem, zmienia z biegiem lat swoją barwę emocjonalną. Czasem myślę, że jest w tych przeżyciach także odbicie historii. Ale aktualnie nic nie chcę od historii, a jedynie chodzi mi o poprawienie swojego skromnego wizerunku. Może anegdota życiorysowe pomogą mi?

Anegdota 1: Proweniencja mojego szlachectwa

Urodziłem się we wsi szlacheckiej – tak określiliby jej rys społeczny moi Krajanie. Chodzi o Jabłoń-Uszyńskie w gminie Wysokie-Mazowieckie, na Podlasiu. Dobrze, że urodziłem się 09.12.1931 r. Gdybym urodził się w mniej ciekawych czasach, to nie byłoby też wspomnień o szlachcie zagrodowej „co to była równa wojewodzie”.

Aby uprzędzić wątpliwości, od razu obwieszczę – oczywiście że wszem i wobec – że jestem w posiadaniu dokumentu z podpisem samego wójta, w którym mówi się o szlachectwie moich przodków. Wszyscy wiemy kim był kiedyś wójt... Choćby z „Chłopów”.

Na Podlasiu trwa do dziś poczucie przynależności do dawnego stanu szlacheckiego.

Potwierdzają to badania psychologiczne. Końcówka w nazwisku „ski” i do tego wieś od nazwiska, np. Uszyński – Uszyńskie, to potoczny wyraz pochodzenia szlacheckiego. Wielu ma przydomki rodowe, co jednak jest odbierane najczęściej jako przezwisko (mój przydomek: Ciebak). Prawie każdy byłby zdziwiony pytaniem o herb rodowy. W herbarzu przypisany jest mojemu nazwisku herb Lubicz i Pobóg (podkowa z krzyżem). A Łapińscy z Łap (około 2 tys. miasteczko) mają na listach płac swoje numery...

To niewątpliwie z powodu końcówki swojskiego nazwiska nasz prezydent Kaczyński ma zagwarantowany elektorat na Podlasiu. Tam można zwyciężyć nazwiskiem. I tam ja też jestem swój. Tam czuję się jak w klanie, chociaż inaczej głosujemy.

Wsie chłopskie i dworskie, tj. wsie istniejące przy dawnych dworach, są ciągle jakby na poboczu wsi szlacheckich. I jak kiedyś, tak dzisiaj koligacje małżeńskie poczytywane są za mezalians. Pamiętam, że w pobliskich Mazurach (wieś i dawna posiadłość bli-

skich krewnych generała Wojciecha Jaruzelskiego), było wiele ładnych dziewcząt, a i dobrze było tańczyć w salach dawnego dziedzica Jelińskiego i sędziego Jaruzelskiego.

To nie fantazmaty historyczne, to szkic jednej z cech kulturowych mojej małej ojczyzny.



Rodzinną własność w Jabłoni-Uszyńskie: brat Stanisław na przyczepie traktora, w tle widać zabudowania zagrodowe (lipiec, 1995 r.)

Anegdota 2: Dlaczego przecinek miał znaczenie w moim życiu

W pierwszych latach powojennych rządziła na Podlasiu w dzień PPR, milicja i UB oraz KGB, ale w nocy niepodzielnie panowali partyzanci. Tak było do 1947-48 r. Niezależnie od wszystkiego, był to również czas zrywu edukacyjnego wsi i ja, jak wielu innych, rozpocząłem pobieranie nauk w nowo utworzonym gimnazjum i liceum w Łapach. Tam omal nie spotkała mnie katastrofa życiowa.

Kiedy byłem w 2 czy 3 klasie gimnazjum, czuwający nad uczniami sekretarz komitetu miejskiego PPR dopatrywał się w moich dokumentach nikczemnego kłamstwa. Miałem jakoby ukryć, że jestem synem kułaka, tj. rolnika posiadającego więcej niż 50 ha gruntu, a takie przestępstwo mogło zakończyć się wyrzuceniem ze szkoły i wcieleniem do karnej kompanii wojskowej. Długo nie wiedziałem nic o nadciągającej burzy, chociaż byłem trochę zaskoczony wyrazami troski dyrektora szkoły i niektórych pedagogów (oni już wiedzieli co się święci).

Okazało się, że ów czujny sekretarz nie umiał odczytać właściwie informacji w moim życiorysie: 10,5 ha wziął za 105 ha. Przecinek nie istniał w jego wiedzy matematycznej. Gdy mnie wezwano na przesłuchanie (z lekcji) i kiedy po moich odpowiedziach pochylały się głowy komisji nad rękopisem mojego życiorysu, to po krótkiej konsternacji wybuchł gromki śmiech. Wtedy dopiero zrozumiałem, że uniknąłem wielkiego niebezpieczeństwa.

A nie było żartów z nieukami, którymi wtedy posługiwało się UB (i KGB). W tym samym czasie trzech moich kolegów klasowych zostało zaaresztowanych i osądzonych na trzy lata więzienia (wychodzili na wolność mniej więcej w czasie mojej matury). Za co? – Nazwali się grupą „Orzeł” i podobno mieli złe zamiary w stosunku do władzy. Przyjaźniłem się z Bolkiem Truskolaskim z Truskolasów; on już nigdy nie podjął nauki. M. Łapiński wrócił do szkoły w roku mojej matury – wiem, że później wstąpił, jak to określano, do seminarium.

A co to była za młodzież w tym ogólniaku? – Z trzech klas maturalnych aż 14 chłopców wybrało seminarium. Po latach dowiedziałem się jak wielu z nas było już wtedy agnostykami, choć wszyscy uczęszczali pilnie do kościoła. Agnostycy byli nawet w grupie przykościelnej sodalicii mariańskiej. Podwójna twarz to była konieczność tamtych lat... Uczył się wtedy z nami starszy o rok – dwa J. Nowik, który był członkiem grupy wykonującej wyroki śmierci na zlecenie AK. Ale o tym też dowiedziałem się dopiero po latach (od mojej polonistki, pani B. Tkaczuk).

Szkołę ogólnokształcącą ukończyłem z dyplomem przodownika nauki i pracy społecznej. Ponadto, rada pedagogiczna wskazała mnie jako pierwszego wśród 80-90 abiturientów. Bez egzaminu dostałem się na uczelnię.

Dwa-trzy lata później, kiedy byłem studentem I roku medycyny w Białymstoku, wyrzucono ze studiów kilka osób: był wśród nich syn kulaka i członkowie grupy „Kozacy” – była to grupa zabawowa, jak tamta z gimnazjum. Ale ich również osądzono i osadzono. Andrzejowi Jasińskiemu pozwolono studiować po odbyciu więzienia.

O pierwszych latach białostockiej AM pisano nawet książki (J. S. Stawiński: *Herkulesy, Iskra*, Warszawa, 1953), w których można znaleźć atmosferę polityczno-społeczną pierwszych lat Akademii. W wymiarze lokalnym toczyła się na Podlasiu wojna domowa...

Mimo wszystko studiowaliśmy, ucząc się z zapałem w kątach korytarzy odbudowywanego pałacu Branickich. W wirze życia studenckiego był też czas na tańce. Tańczyliśmy wieczorami z niegasnącym zapałem w odtworzonej auli pałacu, który dziś pełni funkcję budynku reprezentacyjnego Białostockiego Uniwersytetu Medycznego.



Miejsce studiów: Białystok z pałacem Branickich – jedynym po wojnie miejscem, w którym mogły się odbywać wykłady (pałac był szybko odbudowywany)

Takie oto są moje wspomnienia o początkach bo-
omu edukacyjnego na Podlasiu. A czy nie był to bo-
om? Taki przykład: tylko w katedrach położnictwa
uzyskało tytuł profesora ponad 10 osób.

Anegdota 3: Proroctwa o mojej profesurze

Studia ukończyłem w 1956 r. Pierwszą pracę podjąłem w szpitalu powiatowym w Augustowie (5 lat). Miejscowość urocza, ale odległa od ośrodka akademickiego. Za to augustowianki... Jedna z nich została moją żoną. Z Augustowa sięgnąłem po doktorat i kiedy już miałem gotową pracę, dostałem propozycję asystentury w Instytucie Położnictwa i Ginekologii w Białymstoku.

„Pan chyba chce być profesorem” – powtarzała ni to pytanie, ni to opinię oddziałowa położnictwa, J. Kulowska z Augustowa, zastając mnie przy książkach w pokoiku, w którym ona ubierała wypisywane ze szpitala noworodki. „Pan będzie profesorem” – jakby na serio wyrokował prof. Stefan Soszka, kiedy to w 1972 r. odchodziłem z Jego kliniki. Miałem wtedy za sobą doktorat (1964) i habilitację (1972), byłem po stażu naukowym w Norwegii i miałem propozycję na roczny angaż zawodowo-naukowy w USA (New York University Center), (oczywiście, że przechowuję ten dokument dla potomności). Podobno byłem w tamtych latach najmłodszym docentem położnictwa w Polsce.

Gdy kilkadziesiąt lat później, w bydgoskiej AM, promowałem na doktora medycyny mieszkańca Augustowa, J. Kuczyńskiego, to czułem się spłaczającym dług tej miejscowości za gościnny pobyt. Niestety, nikt więcej z Augustowa nie poszedł drogą doktoratów...

Przepowiednie co do mojej profesury wprawdzie się spełniły, ale kiedy... Najpierw byłem docentem (AM Łódź), później profesorem AM w Bydgoszczy. Tytułarnym profesorem zostałem w 1994 r. Wylczyłem, że po 22 latach od czasu habilitacji (1971 r.) i po istnych bojach z oponentami. Miałem wtedy co najmniej podwójne minimum dorobku naukowego na tytuł. Moją sprawę popierali białostoczanin i bydgoszczanin, z tym że nie wszyscy bydgoszczanie byli po tej samej stronie.



Odbiór nominacji profesorskiej od prezydenta Lecha Wałęsy (pałac Prezydenta w Warszawie, 1994 r.)

Taka historyjka, jak moja, nie powinna się była wydarzyć. Ale ówczesne procedury nadawania tytułu profesora dawały szansę manipulacji „in plus” oraz „in minus”. Stąd, zapewne, mamy 100. procentowych profesorów, ale z przecinkiem w cyfrze „100”. Niestety, słabi profesorowie to gwarancja słabej nauki, co

podobno dobrze nam wychodzi (w tym miejscu tylko powtarzam wyczytywane sądy innych).

Sądzę, że los samotnika nie jest pewny w naszym kraju – najlepiej mieć patrona swojego awansu i jeszcze do tego własną Alma Mater w tle. „Self-made man” to wyraźnie niesmakujące danie w naszym kraju...

Anegdota 4: Po co uprawiałem swoje wędrówki naukowe?

Oczywiście, szukałem odpowiedniego miejsca dla realizacji fascynującego mnie tematu (ów). To była sprawa samorealizacji i spełnienia, choć wtedy nie ujmowałem tego tak pryncypialnie. Teraz wielu mówi, że naukowiec ma prawo zachowywać się jak nomad i bez skrupułów opuszczać miejsca, w których nie znajduje warunków do pracy naukowej. Ja, gdy wykorzystałem już możliwości badań, jakie istniały w Białymstoku, zacząłem rozglądać się za nowymi... Chciałem wyjechać do jakiegoś renomowanego laboratorium zagranicznego. Tylko legalnie – nie zamierzałem opuszczać kraju, chociaż pojawiły się już atrakcyjne propozycje, o czym opowiem dalej.

Gdy okazało się, że ucieka mi roczny pobyt w USA, zapowiedziany w dodatku jako dobrze płatny (deklarowano 1 000 dolarów miesięcznie – jakież to były pieniądze dla Polaka w owych latach), to zrezygnowałem z pracy w Akademii, chcąc obejść w ten sposób jej opór. Opór – dlaczego mógł zaistnieć jakikolwiek opór wobec tak korzystnej dla strony polskiej propozycji? Przecież w tym czasie tylko szczęśliwcy dopychali się do 3-miesięcznych stypendiów zagranicznych (chyba po 330 dolarów na miesiąc). Stypendium do USA straciłem i straciłem wtedy też sympatię szefa, który określeniem „uparty szlachcic” skwitował moją walkę o wyjazd. Chyba po raz pierwszy dotarła do mnie myśl, że uchodzę w tym środowisku za szlachcica z pochodzenia.

Taniec wokół sprawy wyjazdu trwał całe miesiące. Najpierw była zgoda, potem ją wycofano i nie odpowiedziano na ponagląjące pismo zapraszającego. Później dowiedziałem się w ministerstwie zdrowia, że opór tworzyli lokalni decydenci. Nigdy nie dowiedziałem się, kto to był.

Wkrótce Ministerstwo ułatwiło mi wyjazd do Universitaets Frauen-Klinik w Münster (RFN), (2-letni kontrakt na stanowisku asystenta). Nawet wtedy, kiedy już siedziałem w samolocie, oponenti wyjazdu interweniowali w ministerstwie.

Opis tych przeżyć ma taki sens: a) są one świadectwem ograniczeń możliwości badawczych w wczesnym układzie międzynarodowym, b) są również świadectwem reminiscentnego feudalizmu akademickiego, którego niepisanych reguł nie respektowałem.

Anegdota 5: Czy istnieje feudalizm akademicki w naszych czasach?

Na to retoryczne pytanie odpowiadałem twierdząco. Na pewno nie zaniknął niewątpliwie jest to jedna z wielu przyczyn hamujących rozwój naszej nauki. To szczególnie układ stosunków pomiędzy przełożonym a podwładnymi, w którym to układzie asystent i jego osiągnięcia naukowe są własnością wszechmocnego szefa. Wrogo są traktowane wszelkie przejawy samodzielności młodego człowieka, słowem – asystent nie jest traktowany podmiotowo.

Przed laty moi suwereni nie pozwolili swojemu wasalowi, tj. mnie, na opublikowanie w języku angielskim odkrywczych badań nad inhibitorem fibrynolizy typu PAI-2 w Łodzi. Pozwolono mi jedynie wysłać kilkudziesięciu informację na kongres w Buenos Aires w 1964 r. (IVth World Congress of F.I.G.O.), na który nikt z nas, autorów, nie mógł pojechać (był to czas zimnej wojny). Podejrzewam, że to doniesienie zainspirowało grupę Japończyków, którzy cztery lata później (1968) opublikowali swoje badania w języku angielskim (a nie japońskim) i weszli w ten sposób na długie lata do kanonu cytowań. Ani nasza wcześniejsza od japońskiej publikacja w Ginekologii Polskiej (1965, 1966), ani rozprawa doktorska członka naszego zespołu (Folejewska-Uszyńska R: Aktywatory i inhibitory fibrynolizy w Łodzi człowieka. Główna Biblioteka, AM, Białystok, 1967) nie zostały nigdy zacytowane w piśmiennictwie światowym. Powód? – Głównie to hermetyczność naszego języka. Ale przecież na początku była postawa decydenta, który „tak kazał i wiedział najlepiej”. I mogło być tylko po polsku.

Ta historyjka ma dzisiaj dla mnie tylko wartość wspomnieniową. Udało mi się później wybić na tyle wysoko, że znalazłem uznanie w cytowaniach. Wiem, że podobne doświadczenia, jak moje, mieli też inni rodacy, którzy opublikowali swoje odkrycia w języku polskim, zamiast w którymś z języków dostępnych społeczności międzynarodowej.

Anegdota 6: Dobrze było być zięciem

Wspominam niemal rzewnie okres pracy dla Augustowszczyzny. Znany tam byłem jako zięć Folejewskiej (zaczyna rodzina w tamtym regionie, okrutnie do-

świadczona od naszego wschodniego sąsiada). Do mnie przyjeżdżały „wozy kolorowe” z pacjentami z obszaru Puszczy Augustowskiej. Ludzie wierzyli bardziej w medycynę młodego lekarza niż w medycynę kilku starych doktorów. A w dodatku byłem dla nich kimś jakby bliskim, bo zięciem Folejewskiej. Wtedy czułem się lepiej zięciem niż później asystentem, starszym asystentem, adiunktem, docentem i – przyznam się – także profesorem.

Później tylko jeden raz spotkało mnie podobne wyróżnienie ze strony pacjentów: we Włocławku, kiedy to pacjentki przyjeżdżały rano, by dostać się do gabinetu głębokim popołudniem. I jeszcze płaciły za wizytę (spółdzielni lekarskiej).

Z okresu mojej krótkiej aktywności w położnictwie bydgoskim przypominam sobie tylko echo z powodu wprowadzonej przeze mnie i moją żonę nowej metody znieczulania bólu porodowego (metoda zewnątrzoponowa, którą przywiozła ona z Wrocławia). Pracowaliśmy wtedy w szpitalu na Kapuściskach, ja w charakterze ordynatora. Prasa pisała entuzjastycznie o metodzie, m.in. Dziennik Wieczorny w artykule pt. „Czekając na krzyk dziecka” (1976 r., nr 88). Pamiętam dobrze jak to obraz uśmiechającej się kobiety rodzącej, która widziała tylko skurcze swojej macicy (równoległa rejestracja kardiograficzna), a nie czuła bólu, zaskoczył doc. J. Łukasika podczas jego wizytacji konsultanckiej (konsultant wojewódzki) mojego oddziału. Trzy razy wracał na porodówkę... (jego klinika nie dysponowała tą metodą, choć stosowała już znieczulanie farmakologiczne). Być może to nasze osiągnięcie miało na względzie Wojewoda Bydgoski, przydzielając nam w 1979 r. prawo do zakupu 100 dolarów – a może nawet dwa razy po sto – na wycieczkę zagraniczną (powiedziano w piśmie: z uwagi na zasługi dla województwa).

I pomyśleć, jaki to splendor mógłby być zgotowany dla reanimatorów usługi znanej przed 32 latami (z prasy wiemy, że kobiety głośno upominają się o porody bezbolesne).

Trochę na serio o swoim dorobku naukowym, dydaktycznym i zawodowym

Chyba wszyscy zgadzają się z opinią, że liczba publikacji jest niepewną informacją o autorze. Prof. L. Pacholski powiedział niedawno w wywiadzie (Polityka, 2008, nr 40, s. 80), że cała procedura zdobywania habilitacji jest balonem. – Czyżby? Chyba nie w tym miejscu naszej nauki znajduje się ów balon. Ja znam

wielu profesorów z mizernym dorobkiem intelektualno-naukowym, ale posiadających długie wykazy publikacji o małym ciężarze naukowym; oni ani nie pisali, ani nie współdziałali w cyklu badawczym. To tego rodzaju balony należałoby przekłuwać (określenie ze wspomnianego wywiadu), a jeszcze lepiej – uszczelnić odpowiednie procedury w taki sposób, by słabeusze żyli sobie bez tytułu profesora. I to będzie z korzyścią dla reputacji prawdziwych profesorów. A na pewno – dla nauki.

O swoim dorobku powiem krótko: opublikowałem ponad 200 prac (czym tu się chwalić skoro inni opublikowali więcej). Może ma jakieś znaczenie to, że około 50 z nich opublikowałem w językach obcych, głównie w angielskim. Niestety, nie chce mi się tego zliczać jeszcze raz, ani wyliczać iloma punktami IF lub KBN może być obdarzony mój dorobek, oraz jak często bywają cytowane moje prace (to byłaby adekwatna miara dorobku) Wpatrzyłem, że Biblioteka Medyczna Collegium Medicum ma znacznie więcej pozycji (medyczne razem z niemedycznymi).

Najlepiej będzie, jeżeli wyrażę teraz opinię o tym, jakie to, bądź które z moich prac cenię sobie najbardziej, no i powiem jeszcze dlaczego:

– Cenię sobie te wszystkie publikacje, dzięki którym zaistniałem w piśmiennictwie światowym jako badacz – to te z przełomu lat 60. i 70. w *American Journal of Obstetrics and Gynecology* oraz te, dzięki którym skutecznie wszedłem i jestem w tematyce badań z zakresu koagulologii położniczej – to przede wszystkim prace opublikowane w *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (może pięć prac?) i *Thrombosis Research*,

– Cenię sobie każdą z prac, w której mogłem napisać, że jest ona pierwszym doniesieniem na ten temat w piśmiennictwie światowym (a było takich prac około 40),

– Z tego co napisałem w języku polskim uznaję za ważne dla praktycznego położnictwa moje monografie książkowe na temat koagulopatii położniczych (Koagulopatie położnicze, pierwsze wydanie w 1975 r.; Klasyczne i nowo poznane koagulopatie położnicze, 2003), a także wiele publikacji o charakterze dydaktycznym (poglądówki),

– Mniejszą wagę przypisuję moim opracowaniom książkowym (autorstwo i redakcja) spoza położnictwa, a było ich kilka. Niemniej jednak myślę o nich z satysfakcją,

– Sam siebie zaskoczyłem tym, że nie oparłem się przymusowi wewnętrznemu i „popełniłem wykrocze-

nie” książkowe pt. „Stres i antystres: patomechanizm i powikłania kliniczne”. Czekam teraz na odzew odbiorców,

– Natomiast dojrzałym zamiarem jest drukowany przez Wydawnictwo PZWL podręcznik pt. „Główne problemy propedeutyki medycyny”. Przyjęcie do druku maszynopisu jest dla mnie dowodem, że treść nauczanego przeze mnie przedmiotu w Collegium Medicum odpowiada standardom krajowym.

Myśląc o dorobku dydaktycznym i tzw. organizacyjnym, wspomnę o 14 promocjach doktorskich oraz o kilku funkcjach – pełniłem funkcję ordynatora, kierownika Zespołu Nauczania Klinicznego AM w Łodzi z siedzibą we Włocławku, prodziekana Wydziału Farmaceutycznego AM w Bydgoszczy, funkcję konsultanta... Przez dziesięciolecia współpracowałem z warszawskim Instytutem Doskonalenia Kadr Lekarskich...

Epilog

Powiedziałbym o swojej przeszłości, że była ona trudna, często dramatyczna dla wielu osób z mojego otoczenia, ale mnie dopisywało szczęście. Udało mi się dosyć wcześnie w moim życiu uzyskać specjalizację zawodową (położnictwo i ginekologia, medycyna społeczna), stopnie naukowe (doktorat, habilitacja), a i tytuł naukowy profesora. Mam to szczęście, że Wydział Farmaceutyczny uznaje potrzebę przedłużania mi zatrudnienia na stanowisku profesora zwyczajnego. A ja ciągle mam jeszcze coś ważnego – tak mi się wydaje – do zrobienia. Priorytetem mojego życia były zawsze jakieś cele naukowe. Dalej cenię sobie to, że jestem wśród cenionych badaczy, przede wszystkim wśród zagranicznych ekspertów hemostazy, krzepnięcia i fibrynolizy w położnictwie.

Jednego celu nie udało mi się zrealizować – nie stworzyłem ośrodka koagulologii położniczej – ośrodka o rysie biochemicznym i klinicznym zarazem. To widoczna potrzeba polskiego położnictwa, której niestety nie dostrzegają decydenci tej dyscypliny. I jeszcze dodam jedno, mówiąc niestety dlatego, że obecnie krwotoki porodowe są pierwszą przyczyną zgonów matek w Polsce.

Poczułem się skonfundowany, gdy zauważyłem brak wszelkich informacji o mojej własnej rodzinie – o tych, którzy musieli brać udział w mojej eskapadzie życiowej... Jeden z dwu moich synów znalazł się na mojej drodze... Niech nią idzie dalej... Niestety, moja Żona już odeszła...

mgr Małgorzata Białobłocka
mgr Anna Garczewska
Biblioteka Medyczna Collegium Medicum

Bibliografia publikacji Profesora Mieczysława Uszyńskiego

1963

Wpływ nowokainy na czynność skurczową macicy w porodzie. M. Uszyński. – *Roczniki AM Białystok* 1963 R. 9 s. 27-39.

1964

On the placental components acting in fibrinolysis. M. Uszyński, T. Januszko, R. Uszyńska-Folejewska. W: *Communication A-Theme I Forth World Congress of Gynaecology and Obstetrics. Buenos Aires, 18-26 VIII 1964.* [B.m., 1964].

Wpływ nowokainy na kurczliwość izolowanych macic szczura białego. M. Uszyński. – *Roczniki AM Białystok* 1964 R. 10 s. 61-78.

1965

O aktywności fibrynolitycznej łożyska ludzkiego. M. Uszyński, T. Januszko, R. Uszyńska-Folejewska. – *Ginekologia Polska* 1965 T. 36 nr 2 s. 131-139.

O aktywności fibrynolitycznej tkanek płodu ludzkiego. M. Uszyński, T. Januszko, R. Uszyńska-Folejewska, K. Buluk. W: *XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Łódź, 23-25 IX 1965* s. 153. [B.m., 1965].

O układzie fibrynolitycznym wód płodowych. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. W: *XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Łódź, 23-25 IX 1965* [B.m., 1965] s. 153.

O układzie fibrynolitycznym wód płodowych człowieka. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Ginekologia Polska* 1965 T. 36 nr 10 s. 1107-1112.

O zawartości aktywatora plazminogenu w tkankach płodu ludzkiego. M. Uszyński, T. Januszko, R. Uszyńska-Folejewska, K. Buluk. – *Ginekologia Polska* 1965 T. 36 nr 9 s. 965-967.

Zawartość aktywatora fibrynolizy w mięśniu macicy nieciążarnej i w czasie porodu. M. Uszyński, T. Januszko, R. Uszyńska-Folejewska, K. Buluk. – *Ginekologia Polska* 1965 T. 36 nr 3 s. 315-318.

1966

Measurement of the inhibitor of plasminogen activation in the euglobulin test. T. Januszko, K. Buluk, R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Polish Medical Journal* 1966 Vol. 5 nr 4 s. 914-919. [Przedruk z *Ginekologia Polska* 1966 T. 37 nr 2 s. 137-141].

O mechanizmach zaburzeń układu krzepnięcia i fibrynolizy w położnictwie. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1966 T. 37 nr 6 s. 673-679.

O wliwanii nowokaina na sokratitelnuju diejatielnosť matki. M. Uszyński. – *Akuszerstwo i Ginekologia* 1966 nr 6 s. 12-17.

Pomiar inhibitora aktywacji plazminogenu w tęście euglobulinowym. T. Januszko, K. Buluk, R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1966 T. 37 nr 2 s. 137-141.

Über die fibrinolytische Aktivität des Euglobulins bei intakter Schwangerschaft und missed abortion. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Gynaecologia* 1966 Vol. 161 nr 4 s. 288-296.

W sprawie rozpoznawania i leczenia zespołu defibrynacji i zespołu wzmoczonej fibrynolizy w położnictwie. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1966 T. 37 nr 7 s. 795-802.

1967

Aktywność fibrynolityczna łożyska i płodu ciąży obumarłej. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Ginekologia Polska* 1967 T. 38 nr 3 s. 279-282.

Diagnostyka różnicowa i metody badań laboratoryjnych układu krzepnięcia i fibrynolizy. S. Niewiarowski, K. Worowski, M. Uszyński. W: *Zaburzenia hemostazy i krzepnięcia krwi w położnictwie i ginekologii.* Pod red. S. Soszki. Warszawa: PZWL, 1967 s. 111-143.

Konferencja „okrągłego stołu”. M. Uszyński. W: *XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Łódź, 23-25 IX 1965.* Warszawa: PZWL, 1967 s. 271-273.

Schemat postępowania w koagulopatiach położniczych przyjęty w I Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych AM w Białymstoku. S. Soszka, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1967 T. 38 nr 7 s. 789-798.

The plasminogen activator content of the myometrium in non-pregnant, pregnant and parturient women. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1967 Vol. 98 nr 6 s. 825-831.

Tkankowe aktywatory plazminogenu. O roli macicy i jaja płodowego w zaburzeniach układu fibrynolitycznego. M. Uszyński. W: *Zaburzenia hemostazy i krzepnięcia krwi w położnictwie i ginekologii.* Pod red. S. Soszki. Warszawa: PZWL, 1967 s. 46-63.

1968

Ciąża bliźniacza po resekcji płuca. M. Uszyński. – *Wiadomości Lekarskie* 1968 T. 21 nr 14 s. 1245-1248.

Działanie kinin osoczowych na zjawiska elektryczne błony komórkowej mięśnia macicy szczura. M. Uszyński, O. Zasztowt. – *Ginekologia Polska* 1968 T. 39 nr 12 s. 1345-1352.

Fibrynolityczeskij djatez woznikszij pri wnutrutrobnej smier-ti płoda. M. Uszyński. – *Akuszorstwo i Ginekologia* 1968 nr 9 s. 66-68.

Skaza krwotoczna w przypadkach obumarcia płodu. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1968 T. 39 nr 8 s. 929-934.

The plasminogen activator content of the myometrium in non-pregnant, pregnant and parturient women. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *OB/GYN Digest* 1968 Vol. 10 nr 1 s. 63.

Wpływ surowicy kobiet ciężarnych na kurczliwość i zjawiska elektrobiologiczne macicy szczura in vitro. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1968 T. 39 nr 2 s. 187-192.

W sprawie klasyfikacji wstrząsu w położnictwie. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1968 T. 39 nr 5 s. 593-597.

Wstrząs bakteryjny ze skazą krwotoczną w położnictwie. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1968 T. 39 nr 10 s. 1197-1203.

1969

Deficiency of blood clotting factor XIII (F.S.F.) as a cause of poor healing of postoperative wounds. M. Uszyński. – *Materia Medica Polona* 1969 Vol. 1 nr 34 s. 52-55.

Kliniczne problemy przedwcześnie odklejonego łożyska. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1969 T. 40 nr 9 s. 1071-1073.

Plasminogen activator and urokinase inhibitor in myometrium, placenta, and amniotic fluid. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1969 Vol. 105 nr 7 s. 1041-1043.

The effect of plasma kinins upon the electrobiological phenomena of the Tat Uterus cell membrane. M. Uszyński, O. Zasztowt. – *Polish Medical Journal* 1969 Vol. 8 nr 3 s. 760-767. [Przedruk z *Ginekologia Polska* 1968 T. 39 nr 12 s. 1345-1352].

Zasady postępowania we wstrząsie położniczym. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1969 T. 40 nr 7 s. 827-832.

1970

Gipotenzinnyje polipeptydy (kininy) w rodach. M. Uszyński. – *Akuszorstwo i Ginekologia* 1970 nr 5 s. 55-58.

Influence of bradykinin of pregnant and parturient's myometrium in vitro. M. Uszyński, J. Urban, R. Czekanowski. W: *1st Danube Congress of Gynaecology and Obstetrics.* Bratysława, 22-25 IX 1970. [B.m., 1970].

Purification and properties of two fibrinolytic inhibitors from human placenta. M. Uszyński, U. Abildgaard. W: *XIII Światowy Kongres Hematologów. Symposium antifibrinolytic substances.* Monachium, 2-8 VIII 1970. Addendum abstract sheets. [B.m., 1970].

Wpływ bradykininy na kurczliwość myometrium ludzkiego oraz macic szczurzych po blokadzie receptorów układu adrenergicznego in vitro. M. Uszyński, J. Urban, R. Czekanowski. – *Ginekologia Polska* 1970 T. 41 nr 9 s. 963-966.

1971

Aktywatory i inhibitory układu krzepnięcia i fibrynolizy w łożysku i mięśniu macicy człowieka. M. Uszyński. – *Roczniki AM Białystok* 1971 Vol. 16 s. 159-190.

An inhibitor of factor VII from human placenta. M. Uszyński, H.C. Godal. – *Scandinavian Journal of Haematology* 1971 Vol. 8 nr 5 s. 392-395.

Kinase activity in the human placenta. M. Uszyński, M. Małofiejew. – *Biochemical Pharmacology* 1971 Vol. 20 nr 11 s. 3211-3212.

Kininy osoczowe a czynność porodowa macicy – fakty i hipotezy. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1971 T. 42 nr 5 s. 619-621.

Kininy osoczowe w porodzie. M. Małofiejew, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1971 T. 42 nr 7 s. 935-942.

Separation and characterization of two fibrinolytic inhibitors from human placenta. M. Uszyński, U. Abildgaard. – *Thrombosis et Diathesis Haemorrhagica* 1971 Vol. 25 nr 3 s. 580-589.

The effect of bradykinin upon human and rat myometrium contractility after blockade of adrenergic receptors in vitro. M. Uszyński, J. Urban, R. Czekanowski. – *Polish Medical Journal* 1971 Vol. 10 nr 3 s. 789-794. [Przedruk z *Ginekologia Polska* 1970 T. 41 nr 9 s. 963-966].

Urokinase inhibitor in human placenta. A thromboelastographic evaluation. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Materia Medica Polona* 1971 nr 4 s. 1-5.

1972

Inhibitory krzepnięcia i fibrynolizy w łożysku ludzkim. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. W: *XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego.* Olsztyn, 13-17 IX 1972. Streszczenia komunikatów. Olsztyn, 1972 s. 268.

Macica i łożysko ludzkie a osoczowy układ krzepnięcia i fibrynolizy. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1972 T. 43 nr 8 s. 989-993.

Postępowanie anestezjologa w leczeniu zatoru wodami płodowymi. R. Uszyńska, M. Uszyński. – *Anestezja i Reanimacja* 1972 Vol. 4 nr 4 s. 615-619.

Postępy w ocenie patofizjologii i leczeniu wstrząsu. Dyskusja. M. Uszyński i in. – *Anestezja i Reanimacja* 1972 Vol. 4 nr 4 s. 523-524.

1973

Paracoagulation tests in pregnancy and parturition. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska, T. Soszka. – *Excerpta Medica* nr 279 s. 319-320. – VII World Congress of Obstetrics and Gynecology. Moscow, 12-18 VIII 1973. Abstracts of papers.

Test protaminowy i test etanolowy w ciąży i porożu. R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński, T. Soszka. – *Ginekologia Polska* 1973 T. 44 nr 2 s. 135-139.

1974

Aktywatory i inhibitory fibrynolizy w myometrium ludzkim w cyklu miesięcznym, menopauzie oraz w ciąży i porodzie. T. Soszka, R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1974 T. 45 nr 1 s. 21-28.

Aktywność antyurokinazowa surowicy krwi kobiet ciężarnych, rodzących i położnic. Z. Muzyczuk, R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1974 T. 45 nr 1 s. 51-56.

Disseminated intravascular coagulation in pregnancy. F.K. Beller, M. Uszyński. – *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1974 Vol. 17 nr 4 s. 250-278.

Nagle zatrzymanie krążenia po dożylnym podaniu eufiliny. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska, A. Żalikowska, J. Sokół, B. Złotowska, L. Odachowski. – *Wiadomości Lekarskie* 1974 T. 27 nr 12 s. 1091-1094.

Stężenie inhibitorów urokinazy we krwi. R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński, Z. Muzyczuk. – *Ginekologia Polska* 1974 T. 45 nr 4 s. 433-437.

1975

Inhibitory urokinazy w surowicy krwi pozalożyskowej. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Ginekologia Polska* 1975 T. 46 nr 7 s. 737-739.

Nowe ujęcie teorii fibrynolitycznej powstawania błon szklistych u noworodka. R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Pediatrics Polska* 1975 T. 50 nr 12 s. 1513-1515.

Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe – przyczyna czy skutek rzucawki? M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska, S. Roman. – *Ginekologia Polska* 1975 T. 46 nr 4 s. 435-438.

Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe u płodów i noworodków. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Pediatrics Polska* 1975 T. 50 nr 12 s. 1509-1512.

Skurczorodne działanie trombin na macię szczura in vitro. M. Uszyński, L. Rutkowska. – *Ginekologia Polska* 1975 T. 46 nr 7 s. 783-786.

Układ krzepnięcia i fibrynolizy u płodów i noworodków. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Pediatrics Polska* 1975 T. 50 nr 12 s. 1505-1508.

1976

Clinical significance of sudden decrease in fibrinogen concentration and platelet number in pre-eclampsia. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. W: *Internationales Symposium über Hochdruck in der Schwangerschaft. Münster, RFN, 24-26 VIII 1976.* [B.m., 1976].

Low molecular weight peptides with anti-thrombin and anti-urokinase activity isolated from human maternal and cord blood serum and amniotic fluid. M. Uszyński, F.K. Beller. – *Archiv für Gynäkologie* 1976 Vol. 221 nr 1 s. 5-9.

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa w materiale jednej poradni "K". Propozycja klasyfikacji. M. Uszyński, A. Żalikowska, J. Sokół, B. Złotowska, L. Odachowski, S. Roman, R. Uszyńska-Folejewska. – *Ginekologia Polska* 1976 T. 47 nr 11 s. 1257-1260.

Wstrząs septyczny w przebiegu odmiedniczkowego zapalenia nerek u ciężarnej. M. Uszyński, A. Żalikowska, R. Uszyńska-Folejewska, S. Roman. – *Wiadomości Lekarskie* 1976 T. 39 nr 9 s. 823-826.

1977

Czynniki usposabiające i profilaktyka błon szklistych u noworodka. Część I. Niedobór surfaktanta a glikokortykoterapia. R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Pediatrics Polska* 1977 T. 52 nr 12 s. 1413-1417.

Czynniki usposabiające i profilaktyka błon szklistych u noworodka. Część II. Przewlekłe niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, zamartwica i wstrząs u noworodka. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Pediatrics Polska* 1977 T. 52 nr 12 s. 1419-1422.

Czynniki usposabiające i profilaktyka błon szklistych u noworodka. Część III. Nadkrzepliwość i niewydolność układu fibrynolitycznego. Niedobór alfa₁ – antytrypsyny i zakażenie. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska. – *Pediatrics Polska* 1977 T. 52 nr 12 s. 1423-1426.

„Poród przedwczesny”. Udział w konferencji okrągłego stołu nt. Moderator: prof. dr hab. S. Soszka. M. Uszyński. W: *Symposium Sekcji Perinatologii PTG. Białowieża, 1-2 X 1977.* [B.m., 1977].

Przedwczesne odklejenie łożyska jako przyczyna porodu przedwczesnego. Z. Grąbczewski, T. Koźmińska, W. Dulski, H. Brzeziński, M. Uszyński. W: *Symposium Naukowe Sekcji Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Współczesne możliwości leczenia porodów przedwczesnych. Białowieża, 1-2 X 1977.* Streszczenia referatów. [B.m., 1977] s. 30.

Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe w położnictwie. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1977 T. 48 nr 5 s. 437-444.

Wykrycie elementów wód płodowych we krwi pobranej z prawej komory serca jako metoda rozpoznawania zatoru wodami płodowymi. M. Uszyński, K. Ryć, E. Petrus, Z. Grąbczewski, K. Świątkowski, R. Uszyńska-Folejewska, Z. Sarnowska. – *Ginekologia Polska* 1977 T. 48 nr 6 s. 571-574.

Wykrycie niskocząsteczkowego (dializującego) inhibitora urokinazy w homogenacie łożyska ludzkiego. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1977 T. 48 nr 10 s. 905-910.

Zaburzenia w układzie krzepnięcia przy przerywaniu zaawansowanej ciąży. M. Uszyński, R. Uszyńska-Folejewska, S. Roman. – *Ginekologia Polska* 1977 T. 48 nr 9 s. 809-812.

Znieczulanie bólu porodowego metodą zewnątrzoponową ciążą – własne obserwacje i dyskusja niektórych spraw organizacyjnych. R. Uszyńska-Folejewska, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1977 T. 48 nr 7 s. 611-614.

1979

Aktywność fibrynolityczna osocza u kobiet z hypotrofią wewnątrzmaciczną płodu. M. Uszyński, T. Koźmińska, W. Majczyńska. W: *XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Katowice, 15-16 VI 1979.* [B.m., 1979] s. 84-85.

Anticoagulant activity of peptides from the human placenta. M. Uszyński. – *Thrombosis Research* 1979 Vol. 16 nr 5/6 s. 689-694.

Czynniki uspasabiające do porodu przedwczesnego. Z. Grąbczewski, T. Koźmińska, M. Uszyński. W: *Pamiętnik Sympozjum Perinatologicznego. Białystok-Olsztyn, 25-26 XI 1979.* [B.m., 1979] s. 215.

Heparyna i antybiotyki w leczeniu zapalenia zakrzepowego żył jajnikowych i macicznych oraz innych zapaleń w miednicy własnej u położnic. Przegląd piśmiennictwa i obserwacje własne. M. Uszyński, Z. Grąbczewski, R. Uszyńska-Folejewska, E. Petrus, W. Dulski. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 nr 3 s. 259-262.

Isolation of peptides with anti-urokinase activity from the human placenta. M. Uszyński. – *Thrombosis and Haemostasis* 1979 Vol. 42 nr 5 s. 1411-1416.

Klasyfikacja zagrażającego porodu przedwczesnego. M. Uszyński, Z. Grąbczewski, H. Majczyński. W: *Pamiętnik Sympozjum Perinatologicznego. Białystok-Olsztyn, 25-26 XI 1979.* [B.m., 1979] s. 216.

Konferencja okrągłego stołu na temat: „Hemostaza w ciąży, porodzie i u noworodka”. M. Uszyński (moderator). – *Ginekologia Polska* 1979 supl. s. 308-315. – XX Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 6-8 X 1977.

Krwotok do jamy otrzewnowej w przypadkach przedwcześnie odklejonego łożyska. Z. Grąbczewski, M. Uszyński, T. Koźmińska, H. Brzeziński. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 nr 4 s. 309-312.

Opis przypadku niewyjaśnionej gorączki w okresie pooperacyjnym – zespół hipertermii złośliwej? B. Augustyniak, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 nr 11 s. 969-972.

Postępowanie w przypadkach constriction ring dystocia. W. Dulski, T. Koźmińska, Z. Grąbczewski, H. Brzeziński, M. Uszyński. W: *Pamiętnik Sympozjum Perinatologicznego. Białystok-Olsztyn, 25-26 XI 1979.* [B.m., 1979] s. 214.

W sprawie powołania zespołonych oddziałów położniczo-noworodkowo-ginekologicznych – koncepcja struktury, analiza funkcji. M. Uszyński, Z. Żołnowski. – *Ginekologia Polska* 1979 T. 50 nr 9 s. 807-812.

1980

Aktywność fibrynolityczna osocza w przypadkach EPH gestozy i w przypadkach ciąży hypotroficznej. W. Majczyńska, M. Uszyński. W: *Badania naczyń krwionośnych i układu krążenia w gestozie.* Pod red. A. Crettiego. Szczecin: Wydaw. PAM Szczecin, 1980 s. 221-226. – III Sympozjum Sekcji Gestozy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Szczecin, 10-11 V 1980.

Badania koagulologiczne i enzymatyczne w gestozie. M. Uszyński. W: *III Sympozjum Sekcji Gestozy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Szczecin, 10-11 V 1980.* [B.m., 1980].

Białkowy i peptydowy inhibitor fibrylizy w wodach płodowych człowieka. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1980 T. 51 nr 2 s. 113-118.

Koagulopatie położnicze. M. Uszyński. Wyd. 2 popr. i uzup. Warszawa: PZWL, 1980, 290, [1] s.

Measurement of euglobulin fibrinolysis time in women with retarded fetal development. The effect of the clamping and step tests on plasminogen activator activity. M. Uszyński, W. Majczyńska, T. Koźmińska. – *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1980 Vol. 11 nr 3 s. 147-155.

Przedmowa do „Mianownictwa położniczo-ginekologicznego” Z. Marcinkowskiego. M. Uszyński. Warszawa: PZWL, 1980, 1985 [Wyd. 2] s. 5-6.

Rozpoznawanie i leczenie constriction ring dystocia. M. Uszyński, W. Dulski. – *Ginekologia Polska* 1980 T. 51 nr 1 s. 41-46.

1981

Pan doktor się uczy. M. Uszyński. – *Kujawy* 1981 nr 18 s. 8, 11. – Listy – polemiki.

Perspektywy i środki. M. Uszyński. – *Kujawy* 1981 nr 11 s. 11. – Listy – polemiki.

1982

Badanie przesiewowe dystrofii wewnątrzmacicznej płodu. M. Uszyński, T. Koźmińska. – *Polski Tygodnik Lekarski* 1982 T. 37 nr 32 s. 941-942.

Częstość i przyczyny występowania rozkojarzonej czynności porodowej macicy – obserwacje dokonane metodą kardiokografii zewnętrznej. M. Uszyński, W. Dulski, Z. Grąbczewski, T. Koźmińska. – *Ginekologia Polska* 1982 T. 53 nr 3 s. 87-91.

Częstość przypadków ciąży z ryzykiem położniczym w rejonie Włocławka – ryzyko przedporodowe i śródporodowe oraz stan noworodków. B. Biłyk, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1982 T. 53 nr 12 s. 869-873.

Dystrofia wewnątrzmaciczna płodu w rejonie Włocławka. 1. Rozpoznanie ustalone podczas III trymestru ciąży i po porodzie. M. Uszyński, T. Koźmińska, T. Majczyński, M. Kopydłowski. – *Ginekologia Polska* 1982 T. 53 nr 9 s. 625-630.

Nadmierna aktywność skurczowa macicy jako czynnik ryzyka porodu przedwczesnego. M. Uszyński, Z. Grąbczewski. – *Ginekologia Polska* 1982 T. 53 nr 4 s. 215-219.

Ocena przydatności listy Salinga do przewidywania porodu przedwczesnego. M. Uszyński, Z. Grąbczewski. – *Ginekologia Polska* 1982 T. 53 nr 5-6 s. 343-347.

1983

Czy celowe jest leczenie operacyjne (szew okrężny wg Mc Donalda) lżejszych postaci niewydolności cieśniowo-szyjkowej u kobiet ciężarnych? M. Uszyński, Z. Grąbczewski, M. Kopydłowski. – *Ginekologia Polska* 1983 T. 54 nr 7 s. 465-470.

Dystrofia wewnątrzmaciczna płodu w rejonie Włocławka. 2. Ryzyko, rodzaj czynników, wyniki wczesnie wdrożonego leczenia. M. Uszyński, T. Koźmińska, W. Majczyńska. – *Ginekologia Polska* 1983 T. 54 nr 4 s. 257-262.

Wykrywalność dysplazji szyjki macicy a elektrokonizacja. J. Brzóska, Z. Gerstenstein, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1983 T. 54 nr 3 s. 193-196.

1984

Choroba brudnych rąk. M. Uszyński. – *Kujawy* 1984 nr 17 s. 3. – Listy – polemiki.

Heparin therapy in the primary phase of amniotic fluid embolism. M. Uszyński. – *Thrombosis and Haemostasis* 1984 Vol. 52 nr 3 s. 362.

Nadzór koagulologiczny ciężkich postaci przedwczesnie odklejonego łożyska. M. Uszyński, Z. Grąbczewski, K. Nowak, W. Uszyński. W: *I Międzynarodowe Sympozjum Ginekologii Operacyjnej. Lublin, 25-26 V 1984. Streszczenie prac.* [B.m., 1984] s. 53.

Nadzór koagulologiczny ciężkich postaci przedwczesnie odklejonego łożyska. M. Uszyński, Z. Grąbczewski, K. Nowak, W. Uszyński. W: *Postępowanie operacyjne w choro-*

bach kobiecych i położnictwie: zagadnienia wybrane. Pod red. H. Żrubeka. Lublin: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, 1984 s. 130-134.

Narastająca częstość dystrofii wewnątrzmacicznej w rejonie Włocławka. M. Uszyński, B. Biłyk. W: *Ciąża i środowisko: materiały Sympozjum Naukowego zorganizowanego w XXXV-lecie Instytutu Matki i Dziecka. Jachranka, 31 V-2 VI 1984.* T. 2. Warszawa: 1985 s. 389-393.

Narastająca częstość dystrofii wewnątrzmacicznej w rejonie Włocławka. M. Uszyński, B. Biłyk, T. Koźmińska. W: *Rozwój płodu i przebieg ciąży w warunkach cywilizacyjnych zagrożeń środowiskowych. Materiały Sympozjum Naukowego zorganizowanego w XXXV-lecie Instytutu Matki i Dziecka. Jachranka, 31 V-2 VI 1984.* [B.m., 1984] s. 52.

O układzie fibrynolitycznym osocza kobiet z dystrofią wewnątrzmaciczną płodu. W. Majczyńska, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1984 T. 55 nr 1 s. 19-24.

O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania heparyny w zatorze wodami płodowymi i przedwczesnie odklejonym łożysku – demonstracja przypadków i dyskusja. M. Uszyński. W: *Operacje położnicze.* Pod red. Z. Słomko. Poznań, 1984 s. 385-388.

O zasadach heparynoterapii. M. Uszyński. – *Pediatrics Polska* 1984 T. 59 nr 8 s. 691-692. [List do redakcji].

Objawy zwiastunowe niedrożności porażennej przewodu pokarmowego i wstrząsu septycznego po cięciu cesarskim. M. Uszyński, A. Kielkowski, W. Uszyński. W: *I Międzynarodowe Sympozjum Ginekologii Operacyjnej. Lublin, 25-26 V 1984. Streszczenie prac.* [B.m., 1984] s. 53.

Pomyślny wynik zastosowania heparyny w 2 przypadkach rozpoznania klinicznego zatoru płynem owodniowym. M. Uszyński, B. Biłyk, Z. Jesionowski, W. Uszyński, M. Koperski. – *Ginekologia Polska* 1984 T. 55 nr 8 s. 625-630.

1985

Can a low-lying placenta be the risk factor of cervical incompetence? A preliminary study on the relationship between placenta insertion and anatomical status of uterine cervix. M. Uszyński, T. Majczyński, W. Uszyński. – *Gynecological and Obstetric Investigation* 1985 Vol. 20 nr 1 s. 6-13.

Narastająca częstość dystrofii wewnątrzmacicznej płodu w rejonie Włocławka. M. Uszyński, B. Biłyk. W: *Ciąża i środowisko.* T. 2. Pod red. M. Troszyńskiego i B. Chazana. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1985 s. 389-393.

Noworoczne życzenia ginekologa. M. Uszyński. – *Kujawy* 1985 nr 4 s. 7. – Listy – polemiki – interwencje.

Rozwiązano Zespół Nauczania Klinicznego. M. Uszyński. – *Kujawy* 1985 nr 39 s. 6. – Listy – polemiki – interwencje.

Układ krzepnięcia krwi w fizjopatologii ciąży i porodu. M. Uszyński, W. Medycyna perinatalna. T. 1. Pod red. Z. Słomko. Warszawa: PZWL, 1985 s. 224-240.

Zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych – częstość występowania i efekt zapobiegania u położnic i chorych po operacjach ginekologicznych. M. Uszyński, M. Kopydłowska, W. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1985 T. 56 nr 5/6 s. 370-374.

1986

Zapalenia w miednicy małej u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej. M. Uszyński, W. Uszyński, M. Kopydłowski. – *Ginekologia Polska* 1986 T. 57 nr 8 s. 536-539.

1987

Koagulopatie położnicze. M. Uszyński. Wyd. 3 unowoc. i rozsz. Warszawa: PZWL, 1987, 393 [3] s.

1988

Przedwczesne pęknięcie błon płodowych a częstość niewydolności oddechowej u noworodków. M. Uszyński, H. Brzeziński. – *Ginekologia Polska* 1988 T. 59 nr 7 s. 419-423.

Przewlekła stymulacja układu fibrynolitycznego jako uzupełnienie leczenia hipotrofii wewnątrzmacicznej płodu. M. Uszyński, W. Majczyńska, W. Uszyński, A. Kielkowski. – *Ginekologia Polska* 1988 T. 59 nr 7 s. 429-434.

1990

O nominacji na profesora – inaczej. M. Uszyński. – *Służba Zdrowia* 1990 nr 49 s. 1.

Ostre koagulopatie położnicze – patomechanizm i zasady leczenia. M. Uszyński. – *Postępy Nauk Medycznych* 1990 T. 3 nr 2 s. 86-93.

Podział koagulopatii położniczych. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1990 T. 61 nr 7 s. 353-357.

1991

Awans naukowy. M. Uszyński. – *Służba Zdrowia* 1991 nr 2 s. 5.

Jaka nowa CKK? M. Uszyński. – *Służba Zdrowia* 1991 nr 1 s. 8.

Tissue anticoagulants in the human placenta: preliminary study with a heparin-like anticoagulant and review of the literature. M. Uszyński. – *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1991 Vol. 32 nr 3 s. 129-133.

1992

“HELLP syndrome” w położnictwie. M. Uszyński. – *Postępy Nauk Medycznych* 1992 T. 5 nr 1 s. 22-28.

Heparin neutralization by an extract of the human placenta: measurements and the concept of placenta barrier to heparin. M. Uszyński. – *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1992 Vol. 33 nr 4 s. 205-208.

Profesor nominowany czy mianowany? M. Uszyński. – *Służba Zdrowia* 1992 nr 13 s. 1, 8.

Tkankowe antykoagulanty w ludzkim łożysku: wstępne badania z antykoagulantem heparynopodobnym i przegląd literatury. M. Uszyński. – *Biuletyn – Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne im. Stefana Soszki* 1992 R. 1 nr 3 z. 1 s. 29. – Konferencja naukowa. Kukle, 26 IX 1992.

Zespół HELLP – najcięższa postać gestozy. M. Uszyński. W: *Kliniczna perinatologia i ginekologia.* T. 3. Pod red. Z. Słomko. Poznań: Sekcja Medycyny Perinatalnej PTG, 1992 s. 96-112.

1994

Aktywator plazminogenu typu tPA i inhibitor aktywacji plazminogenu typu PAI-1 w osoczu i płynie owodniowym u kobiet w okresie przedporodowym. W. Uszyński, M. Uszyński, Z. Marcinkowski, D. Rość, E. Żekanowska, A. Kielkowski. – *Ginekologia Polska* 1994 T. 65 supl. 1 s. 425-428. – XXV Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Warszawa, 26-28 V 1994.

Podstawy diagnostyki laboratoryjnej płynów z jam ciała oraz wydzielin i wydaliny człowieka. Pod red. M. Uszyńskiego. Bydgoszcz: Wydaw. Uczel. AM, 1994, 237 s.

Tissue anticoagulants in the human placenta. The results, directions, and needs of the Münster-Bydgoszcz research group. M. Uszyński, R.E. Zimmermann. W: *Polen-Deutschland-Europa. Bedürfnisse, Möglichkeiten und Beispiele wissenschaftlicher Zusammenarbeit. Protokollband der zweiten wissenschaftlichen Tagung der „Societas Humboldtiana Polonorum”.* Poznań, 19-21 IX 1992. Hrsg. S.H. Kaszyński. Poznań: UAM, 1994 s. 168-172.

1995

Inhibitory aktywatorów plazminogenu typu 1 (PAI-1) i typu 2 (PAI-2) w płynie owodniowym i osoczu kobiet ciężarnych. M. Uszyński, M. Kotschy, W. Uszyński, P. Jurkowski, A. Kielkowski. – *Acta Haematologica Polonica* 1995 T. 26 z. 2 supl. 1 s. 182. – XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Warszawa, 21-22 VI 1995. Streszczenia.

Tissue plasminogen activator and plasminogen activator inhibitors of types 1 and 2 in amniotic fluid before labour and after childbirth. M. Uszyński, W. Uszyński, A.

Kielkowski. – *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1995 Vol. 39 nr 2 s. 93-96.

1996

Complexes thrombin-antithrombin III in the sera of women with cervical, uterine and ovarian neoplasms after irradiation. J. Miodońska, M. Uszyński. – *Haemostasis* 1996 Vol. 26 suppl. 3 poz. 397. – 14th International Congress on Thrombosis. Montpellier, France, 14-19 X 1996. Abstracts.

Fibrynogen, trombina i markery krzepnięcia w osoczu zdrowej kobiety ciężarnej. M. Uszyński. – *Postępy Nauk Medycznych* 1996 T. 9 nr 6 s. 296-302.

Generation of thrombin in blood plasma of non-pregnant and pregnant women studied by the concentration of thrombin-antithrombin III complexes. M. Uszyński, A. Kielkowski, E. Żekanowska, W. Uszyński. – *Fibrinolysis* 1996 Vol. 10 suppl. 3 poz. 353. – XIIIth International Congress on Fibrinolysis and Thrombolysis. Barcelona, Spain, 24-28 VI 1996. Abstracts.

Is thrombin generation in human amniotic fluid possible? A. Kielkowski, M. Uszyński, W. Uszyński, E. Żekanowska. – *Journal of Physiology and Pharmacology* 1996 Vol. 47 nr 3 suppl. 2 s. 176. – XX Congress of the Polish Physiological Society. Wrocław, 8-11 IX 1996.

Thrombin-antithrombin III complexes concentration in blood plasma of women with cervical carcinoma treated with irradiation. J. Miodońska, M. Uszyński, E. Żekanowska, J. Sukowski. – *Fibrinolysis* 1996 Vol. 10 suppl. 3 poz. 141. – XIIIth International Congress on Fibrinolysis and Thrombolysis. Barcelona, Spain, 24-28 VI 1996. Abstracts.

Thrombin-antithrombin III complexes (TAT) in plasma of healthy adults. E. Żekanowska, M. Kotschy, D. Rość, M. Uszyński. – *Journal of Physiology and Pharmacology* 1996 Vol. 47 nr 3 suppl. 2 s. 192. – XX Congress of the Polish Physiological Society. Wrocław, 8-11 IX 1996.

Tissue plasminogen activator and plasminogen activator inhibitors of type 1 and type 2 in the plasma of parturient women. M. Uszyński, W. Uszyński, E. Żekanowska, J. Garbacz, A. Kielkowski, Z. Marcinkowski. – *Journal of Perinatal Medicine* 1996 Vol. 24 nr 4 s. 339-345.

1997

Antifibrinolytic system in amniotic fluid of parturient women. M. Uszyński, E. Żekanowska, W. Uszyński, A. Kłyszajko. – *Thrombosis and Haemostasis* 1997 suppl. PS-2988 tab. – XVI Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Florence, Italy, 6-12 VI 1997. Abstracts.

Generation of thrombin in blood plasma of non-pregnant and pregnant women studied through concentration of thrombin-antithrombin III complexes. M. Uszyński. – *European Jour-*

nal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 1997 Vol. 75 nr 2 s. 127-131.

Thrombin-antithrombin III complexes and antithrombin III in amniotic fluid. M. Uszyński, A. Kielkowski, W. Uszyński, E. Żekanowska. – *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1997 Vol. 43 nr 1 s. 29-33.

1998

Markery krzepnięcia i markery fibrylizy w osoczu chorych na nowotwory. Zmiany w przebiegu radioterapii i chemioterapii. M. Uszyński, E. Żekanowska, J. Miodońska, E. Ziolkowska, M. Osińska. – *Biuletyn – Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne im. Stefana Soszki* 1998 R. 7 nr 26 suppl. s. 57-66. – Konferencja naukowa. Kukle, VI 1998.

Ogólne wiadomości o jamach ciała i występujących w nich płynach. M. Uszyński. W: *Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne.* Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998 s. 13-37.

Płyn mózgowo-rdzeniowy u płodów, noworodków i osób dorosłych. M. Uszyński, A. Kielkowski. W: *Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne.* Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998 s. 71-81.

Płyny stawowe. M. Uszyński. W: *Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne.* Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998 s. 61-70.

Płyny w jamie otrzewnej. M. Uszyński. W: *Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne.* Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998 s. 38-46.

Płyny w jamie opłucnej. M. Uszyński. W: *Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne.* Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998 s. 47-54.

Płyny w jamie osierdza. M. Uszyński. W: *Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne.* Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998 s. 55-60.

Płyny z jam ciała: powstawanie i badania laboratoryjne. Pod red. M. Uszyńskiego. Warszawa: PZWL, 1998, 150, [1] s., [4] k. tabl.

Transient increase in thrombin generation during radiotherapy of uterine carcinoma: a preliminary study using thrombin-antithrombin III complex measurements. M. Uszyński, J. Miodońska, E. Żekanowska. – *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1998 Vol. 46 nr 2 s. 130-132.

1999

Farmakologiczne podstawy leczenia bromokryptyną. W. Uszyński, K. Maciejewski, M. Uszyński. – *Biuletyn – Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne im. Stefana Soszki* 1999 R. 8 nr 31 s. 18-25.

Fibrinolytic system in amniotic fluid and foetal membranes. M. Uszyński. W: *Amniotic fluid*. Ed. Kamini A. Rao. Bangalore: Prism Books Pvt Ltd, 1999, s. 163-175.

Plasminogen activator inhibitors (PAI-1 and PAI-2) in human placenta. M. Uszyński, K. Maciejewski. – *Thrombosis and Haemostasis* 1999 suppl. s. 845. – XVIIth Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Washington, DC, USA, 14-21 VIII 1999.

Przedwczesne pęknięcie błon płodowych – nowe spojrzenie na patomechanizm: rola plazminy, cytokin i metaloproteinaz. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1999 T. 70 nr 11 s. 852-859.

Sok trzustkowy. M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 44-50.

Sok żółdkowy. M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 31-43.

Ślina. M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 24-30.

Thrombin-antithrombin III complexes, trombin and anti-thrombin III in amniotic fluid. M. Uszyński. W: *Amniotic fluid*. Ed. Kamini A. Rao. Bangalore: Prism Books Pvt Ltd, 1999, s. 151-162.

Wydzielina jelita cienkiego. K. Worowski, M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 60-67.

Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999, 219, [1] s.

Wydzieliny dróg oddechowych. Wydzielina drzewa oskrzelowego i nabłonka oskrzelowego. J. Skokowski, M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 78-86.

Wydzieliny narządów moczowo-płciowych. Nasienie męskie. M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 120-133.

Wydzieliny narządów moczowo-płciowych. Wydzielina pochwowa. M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 87-106.

Wytwarzanie substancji fibrynolitycznych przez nowotwory. Skutki patogenetyczne. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 1999 T. 70 nr 2 s. 105-111.

Zastosowanie bromokryptyny w różnych stanach chorobowych. K. Maciejewski, W. Uszyński, M. Uszyński. – *Biuletyn – Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne im. Stefana Soszki* 1999 R. 8 nr 31 s. 26-34.

Żółć. M. Uszyński. W: *Wydzieliny człowieka: powstawanie i badania laboratoryjne*. Pod red. M. Uszyńskiego, K. Worowskiego. Warszawa: PZWL, 1999 s. 51-59.

2000

Children with acute lymphoblastic leukemia: is there any subgroup of children without elevated thrombin generation? A preliminary study utilizing measurements of thrombin-antithrombin III complexes. M. Uszyński, M. Osińska, E. Żekanowska, E. Ziółkowska. – *Medical Science Monitor* 2000 Vol. 6 nr 1 s. 108-111.

Issue factor pathway inhibitor (TFPI) in amniotic fluid. M. Uszyński, E. Żekanowska, J. Kuczyński. W: *XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. Washington, 3-8 IX 2000. Book of abstracts.* [B.m., 2000], poz. 3.17.10.

Plasminogen, alfa2-antiplasmin and complexes of plasmin-alfa2-antiplasmin (PAP) in amniotic fluid and blood plasma of parturient women. M. Uszyński, A. Kłyszajko, E. Żekanowska. – *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2000 Vol. 93 nr 2 s. 167-171.

Typowe i nietypowe postacie zatoru wodami płodowymi. M. Uszyński. – *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2000 T. 30 s. 66-75.

Wpływ radioterapii na profil koagulologiczno-hematologiczny kobiet z nowotworami złośliwymi narządu rodno. J. Miodońska, E. Ziółkowska, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 5 s. 406-411.

Wytwarzanie substancji trombogennych przez nowotwory: czynnik TF i prokoagulant rakowy. Skutki patogenne. M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2000 T. 71 nr 10 s. 1287-1292.

2001

Czynnik tkankowy i inhibitor czynnika tkankowego: występowanie, budowa i rola w układzie krzepnięcia. J. Kulczyński, T. Soszka, M. Uszyński. – *Biuletyn – Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne im. Stefana Soszki* 2001 R. 10 nr 39 s. 33-63.

Placenta and myometrium – the two main sources of fibrinolytic components during pregnancy. M. Uszyński, K. Maciejewski, W. Uszyński, J. Kuczyński. – *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2001 Vol. 52 nr 3 s. 189-193.

Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego. M. Uszyński. Bydgoszcz: AM, 2001, 139 s.

Tissue factor (TF) and tissue factor pathway inhibitor (TFPI) in amniotic fluid and blood plasma: implications for the mechanism of amniotic fluid embolism. M. Uszyński, E. Żekanowska, W. Uszyński, J. Kuczyński. – *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001 Vol. 95 nr 2 s. 163-166.

2002

Plasmin/alpha2-antiplasmin complexes (PAP) in lung cancer patients: effects of radiotherapy. M. Uszyński, E. Ziółkowska, E. Żekanowska, W. Uszyński. – *Thrombosis and Haemostasis* 2002 Vol. 88 nr 1 s. 169-170.

Tissue factor (TF) and tissue factor pathway inhibitor (TFPI) in the placenta and myometrium. J. Kuczyński, W. Uszyński, E. Żekanowska, T. Soszka, M. Uszyński. – *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002 Vol. 105 nr 1 s. 15-19.

Zespół antyfosfolipidowy w położnictwie – nowa wersja kryteriów, patomechanizm i profilaktyka. M. Uszyński, W. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2002 T. 73 nr 6 s. 553-566.

2003

Dwie hipotezy stanu przedrzucawkowego: hipoteza śródbłonkowa i hipoteza zapalna. W. Uszyński, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2003 T. 74 nr 3 s. 237-245.

Guzy jajników u kobiet leczonych operacyjnie po uprzednim wycięciu macicy. M. Kotzbach, E. Żekanowska, R. Kotzbach, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2003 T. 74 supl. 1 s. 53. – XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Bydgoszcz, 17-20 IX 2003.

Klasyczne i nowo poznane koagulopatie położnicze. M. Uszyński. Wrocław: Wydaw. Medyczne Urban and Partner 2003, 187 s.

Położnicze aspekty trombofilii wrodzonej: epidemiologia i patomechanizm powikłań położniczych oraz zapobieganie tym powikłaniom. M. Uszyński, W. Uszyński, S. Sztenc. – *Ginekologia Polska* 2003 T. 74 nr 5 s. 398-411.

Stężenie białka C i białka S we krwi pępowinowej i osoczu matki. M. Kotzbach, E. Żekanowska, R. Kotzbach, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2003 T. 74 supl. 2 s. 102. – XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Bydgoszcz, 17-20 IX 2003.

Stężenie trombinowego inhibitora fibrynolizy (TAFI) we krwi pępowinowej płodu i krwi matki. W. Uszyński, E. Żekanowska, W. Szymański, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2003 T. 74 supl. 2 s. 274. – XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Bydgoszcz, 17-20 IX 2003.

Trombinowy inhibitor fibrynolizy (TAFI) we krwi pępowinowej płodu i krwi matki. W. Uszyński, E. Żekanowska, W. Szymański, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2003 T. 74

nr 10 s. 1329-1334. – XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Bydgoszcz, 17-20 IX 2003.

2004

Łożysko wrosnięte: informacje epidemiologiczne, molekularny mechanizm powikłania i uwagi o postępowaniu klinicznym. W. Uszyński, M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2004 T. 75 nr 12 s. 971-978.

Katedra i Zakład Propedeutyki Medycyny. M. Uszyński. W: *Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy 1984-2004.* Bydgoszcz: Akademia Medyczna, 2004 s. 244-246. – [Księga Jubileuszowa z okazji 20-lecia powstania Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy].

Markery trombiny u kobiety rodzącej: pomiary stężenia fragmentów protrombiny 1 + 2 (F 1 + 2) i kompleksów trombina-antytrombina III (TAT) we krwi matki i krwi pępowinowej oraz płynie owodniowym. W. Uszyński, M. Uszyński, E. Żekanowska. – *Ginekologia Polska* 2004 T. 75 nr 8 s. 595-602.

Problemy powtarzającej się utraty ciąży: czy krążący prokoagulant komórkowy stanowi ryzyko utraty ciąży? M. Uszyński. – *Ginekologia Polska* 2004 T. 75 nr 8 s. 642-648.

Urokinase plasminogen activator (uPA) and its receptor (uPAR) in gestational tissues. Measurements and clinical implications. M. Uszyński, M. Perlik, W. Uszyński, E. Żekanowska. – *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004 Vol. 114 nr 1 s. 54-58.

2005

Aneksyna V w osoczu, wodach płodowych i łożysku kobiet ciężarnych. E. Żekanowska, M. Uszyński, W. Uszyński, D. Rystok. – *Acta Haematologica Polonica* 2005 T. 36 supl. 2 s. 333. – XXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Wisła, 8-10 IX 2005.

Rekombinowane białko C – nowy lek do leczenia ciężkich infekcji, perspektywy stosowania w położnictwie. W. Uszyński, M. Uszyński, A. Lisiecki. – *Ginekologia Polska* 2005 T. 76 nr 11 s. 913-920.

2006

Protein C, protein S, and thrombomodulin in amniotic fluid. A preliminary study. M. Uszyński, E. Żekanowska, M. Kotzbach, W. Uszyński, R. Kotzbach. – *Journal of Perinatal Medicine* 2006 Vol. 34 nr 4 s. 289-292.

Stężenie aneksyny V w tkankach położniczych: łożysko, błony płodowe i myometrium oraz płyn owodniowy. W. Uszyński, E. Żekanowska, M. Uszyński, D. Rystok. – *Ginekologia Polska* 2006 T. 77 nr 8 s. 603-609.

Thrombomodulin in human gestational tissues: placenta, fetal membranes and myometrium. M. Uszyński, S. Sztenc, E. Żekanowska, W. Uszyński. – *Advances in Medical Sciences* 2006 Vol. 51 s. 312-315.

2007

The selections E and P in normal labour. A preliminary report on evaluation of their prognostic values for preeclampsia. M. Uszyński, W. Uszyński, E. Żekanowska. – *Advances in Medical Sciences* 2007 Vol. 52 s. 262-264.

Thrombin activatable fibrinolysis inhibitor (TAFI) in cord blood. W. Uszyński, M. Uszyński, E. Żekanowska, K. Góralczyk. – *Folia Histochemica et Cytobiologica* 2007 Vol. 45 nr 1 s. 33-36.

Thrombin activatable fibrinolysis inhibitor (TAFI) in human amniotic fluid. A preliminary study. W. Uszyński, M. Uszyński, E. Żekanowska. – *Thrombosis Research* 2007 Vol. 119 nr 2 s. 241-245.

2008

P-selectin in placenta and gestational myometrium: its measurements and hypothetical role in hemostasis of placental bed after labor. M. Uszyński, W. Uszyński, E. Żekanowska. – *Journal of Perinatal Medicine* 2008 Vol. 36 nr 3 s. 213-216.

Stres i antystres: patomechanizm i skutki zdrowotne. M. Uszyński. Wrocław: MedPharm Polska, 2008, 101 s.

Promotorstwa rozpraw doktorskich

1979

BRZÓSKA JÓZEF

Ocena wyników badań profilaktycznych raka szyjki macicy w województwie wrocławskim. Łódź: AM Instytut Położnictwa i Ginekologii. Wojewódzki Szpital Zespolony we Wrocławku, 1979.

1980

GRĄBCZEWSKI ZBIGNIEW

Nadmierna aktywność skurczowa macicy i niewydolność ciążniowo-szyjkowa jako czynniki porodu przedwczesnego. Łódź: AM Instytut Położnictwa i Ginekologii. Wojewódzki Szpital Zespolony we Wrocławku, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, 1980.

1981

KOŹMIŃSKA TERESA

Dystrofia wewnątrzmaciczna płodu w populacji regionu Wrocławka: ryzyko i częstość występowania, przyczyny, analiza skuteczności zapobiegania i leczenia. Łódź: AM Instytut Położnictwa i Ginekologii. Wojewódzki Szpital Zespolony we Wrocławku, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, 1981.

MAJCZYŃSKA WIESŁAWA

Aktywność fibrynolityczna osocza u kobiet z zahamowanym wzrostem wewnątrzmacicznym płodu, wpływ bodźców fizykalnych (próba opaskowa, próba wysiłkowa) i niektórych leków (Xantinol nicotinate, Metandienone) na aktywność fibrynolityczną osocza. Łódź: AM Instytut Położnictwa i Ginekologii, 1981.

1982

BIŁYK BOGDAN

Epidemiologia przypadków ciąży z ryzykiem w rejonie Wrocławka. Analiza częstości ryzyka przedporodowego i śródporodowego oraz związków tego ryzyka ze stanem noworodka. Łódź: AM, 1982.

MAJCZYŃSKI TOMASZ

Nisko usadowione łożysko a niewydolność ciśnieniowo-szyjkowa. Łódź: AM, 1982.

1983

BRZEZIŃSKI HENRYK

Przedwczesne pęknięcie błon płodowych i zaburzenia oddychania u noworodków. Łódź: AM, 1983.

1995

KIELKOWSKI ANDRZEJ

Kompleksy trombina-antytrombina III (TAT) w osoczu kobiet nieciążarnych, ciężarnych i rodzących oraz w płynie owodniowym kobiet rodzących. Bydgoszcz: AM, 1995.

1997

MIODOŃSKA JANINA

Kompleksy trombina-antytrombina III (TAT) i inne testy krzepnięcia u kobiet leczonych energią promienistą z powodu nowotworów złośliwych narządu rodowego. Bydgoszcz: AM, 1997.

1999

KŁYSZEJKO ANDRZEJ

Układ fibrynolityczny w płynie owodniowym kobiet rodzących. Porównanie z osoczem. Bydgoszcz: AM, 1999.

ZIÓLKOWSKA EWA

Wpływ leczenia energią promienistą na układ fibrynolityczny osocza chorych na raka płuca. Bydgoszcz: AM, 1999.

2001

MACIEJEWSKI KRZYSZTOF

Aktywatory i inhibitory aktywacji fibrynolizy w łożysku, mięśniu macicy i osoczu kobiet rodzących. Bydgoszcz: AM, 2001.

2002

KUCZYŃSKI JAROSŁAW

Czynnik tkankowy (TF) i jego inhibitor (TFPI) w płynie owodniowym, mięśniu macicy i łożysku oraz osoczu kobiet rodzących. Bydgoszcz: AM, 2002.

2003

PERLIK MAREK

Urokinazowy aktywator plazminogenu (uPA) i jego receptor (uPAR) w płynie owodniowym, błonach płodowych i osoczu kobiet rodzących. Bydgoszcz: AM, 2003.

2004

KOTZBACH MARCIN

Układ białka C (białko C, białko S i trombomodulina) w płynie owodniowym kobiet rodzących. Porównanie z osoczem matki i płodu (krew pępowinowa). Bydgoszcz: AM, 2004.

SZTENC SŁAWOMIR

Pomiary stężenia trombomoduliny (TM) w łożysku, błonach płodowych, mięśniu macicy, płynie owodniowym i osoczu kobiet rodzących oraz we krwi pępowinowej. Bydgoszcz: AM, 2004.

Jan Styczyński

PIĘĆ LAT ODDZIAŁU TRANSPLANTACJI SZPIKU KOSTNEGO W BYDGOSZCZY: HISTORIA, ROZWÓJ I PERSPEKTYWY

FIVE YEARS OF HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANT UNIT IN BYDGOSZCZ: HISTORY, DEVELOPMENT AND PERSPECTIVES

Z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki

Streszczenie

W roku 2003 w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy rozpoczął działalność piąty w Polsce pediatryczny ośrodek transplantacji komórek hematopoetycznych. Po upływie pięciu lat, w ośrodku istnieje możliwość wykonania każdego rodzaju transplantacji i każ-

dej procedury związanej z przeprowadzeniem transplantacji. Ośrodek współpracuje z licznymi ośrodkami krajowymi i instytucjami międzynarodowymi, biorąc udział we współpracy naukowej i tworzeniu standardów postępowania klinicznego.

Summary

In 2003, a fifth Polish pediatric Hematopoietic Stem Cell Transplant Unit has begun its activity in Department of Pediatric Hematology and Oncology in Bydgoszcz. After five years, there is an availability to perform all kind of hematopoietic stem cell transplantation in the center as well as each

type of procedure related to transplantation. The center cooperates with numerous national and international centers and groups, taking part in scientific activity and preparing clinical standards.

W październiku minęło pięć lat od wykonania pierwszej transplantacji komórek hematopoetycznych w Bydgoszczy. Zabieg ten, potocznie nazywany przeszczepieniem szpiku, stanowi dla wielu pacjentów onkologicznych jedyną szansę.

Historia powstania oddziału transplantacji komórek hematopoetycznych w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii sięga roku 2000, w którym koncepcję prof. Mariusza Wysockiego poparł ówczesny rektor bydgoskiej Akademii Medycznej, prof. Jan Domaniewski. W przeciągu 3 lat oddział został ukończony i wyposażony, a personel odbył przeszkolenie w ośrodkach krajowych i zagranicznych. Pierwsze przeszczepienie przeprowadzono w dniu 8 października 2003 r. dziewczynki z ostrą białaczką limfoblastyczną Ph+. Był to klasyczny przeszczep szpiku od dawcy rodzinnego, od siostry pacjentki, zgodnej w układzie HLA i grupach krwi. Dalszy rozwój kliniczny ośrodka wyznaczyły kolejno daty: 7 maja 2004 r. – pierwszy przeszczep autologiczny; 29 marca 2007 r. – pierwsza transplantacja od dawcy niespokrewnio-

nego; 23 stycznia 2008 r. – pierwsze przeszczepienie krwi pępowinowej. Obecnie w ośrodku wykonywane są praktycznie wszystkie rodzaje przeszczepień: autologiczne, allogeniczne od dawców rodzinnych, niespokrewnionych, częściowo niezgodnych oraz z krwi pępowinowej.

W wymiarze uczelnianym, powstanie i działalność ośrodka transplantacji szpiku kostnego obejmuje dwa aspekty: aspekt kliniczny i naukowy.

Aspekt kliniczny wiąże się z ułatwionym dostępem pacjentów naszego województwa do nowoczesnych metod terapeutycznych. Dotyczy to dzieci i młodych dorosłych. W Oddziale Transplantacji Szpiku leczeni są również pacjenci z innych szpitali regionu, a także z innych ośrodków akademickich. Liczba wykonywanych przeszczepień od roku 2005 ustabilizowała się na poziomie przewyższającym 20 w roku. Do dnia dzisiejszego w Klinice wykonywano transplantacje u pacjentów z ostrymi i przewlekłymi białaczkami, anemiami aplastycznymi, chłoniakami niezłośliwymi, chorobą Hodgkina (ziarnicą złośliwą),

guzami mózgu, neuroblastoma, guzami Ewinga, guzami zarodkowymi, rhabdomyosarcoma i nietypowymi nowotworami nerek. W jednym przypadku pacjent z wrodzonym niedoborem odporności miał jednocześnie białaczkę. W kategoriach przeżycia, zwłaszcza wolnego od nawrotu choroby, wyniki leczenia pacjentów w bydgoskim ośrodku są porównywalne z wynikami osiąganymi w innych ośrodkach. Najlepsze wyniki, bo ponad 80% wyleczeń, uzyskuje się u pacjentów z chłoniakami, zarówno ziarniczymi (czyli chorobą Hodgkina), jak i niezziarniczymi. Dobrze też wyglądają szanse pacjentów z anemiami aplastycznymi. Ciągłe niezadowolające wyniki są osiągane u pacjentów z nerwiakiem zarodkowym (neuroblastoma) i guzami mózgu, ale trzeba sobie zdawać sprawę, że do terapii wysokodawkowej i przeszczepienia autologicznych komórek hematopoetycznych w tych chorobach kwalifikowani są pacjenci z najwyższymi stopniami zaawansowania, z niekorzystnymi postaciami: pacjenci u których zawiodło, lub wiadomo, że zawiedzie, konwencjonalne leczenie onkologiczne. U sporej części z nich, pomimo przeprowadzonego skojarzonego leczenia onkologicznego, obejmującego również przeszczepienie komórek hematopoetycznych, dochodzi do wznowy choroby nowotworowej. Dla takiej grupy pacjentów, wg stanu wiedzy medycznej w roku 2008, szanse wyleczenia sięgające 40-50% są atrakcyjną opcją terapeutyczną.

Aspekt naukowy ośrodka wiąże się z aktywnością krajową i zagraniczną. Klinika bydgoska jest aktywnym członkiem Polskiej Pediatrycznej Grupy ds. Przeszczepiania Komórek Krwiotwórczych. W ośrodku realizowane są projekty międzynarodowe, wdrażane są nowoczesne metody leczenia wspomagającego. Ośrodek aktywnie uczestniczy w działalności europejskich towarzystw i grup roboczych (European Blood and Marrow Transplantation Group, z jego grupami Pediatric Diseases Working Party [1], Infectious Diseases Working Party [2] i Aplastic Anemia Working Party), w międzynarodowych grupach eksperckich (europejski projekt rekomendacji ECIL [3]) oraz współpracuje z Columbia University w Nowym Jorku [4].

Patrząc w przyszłość sądzimy, że dalsza działalność i rozwój Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego będą związane z rozszerzającą się współpracą z innymi ośrodkami krajowymi i zagranicznymi i rozszerzającymi się wskazaniem do przeszczepiania komórek krwiotwórczych. Jednocześnie coraz bardziej umacnia się kliniczna i naukowa współpraca krajowa i międzynarodowa, której celem jest poprawa jakości sprawowanej opieki nad pacjentami. Największym wyzwaniem jednak pozostają czekające nas międzynarodowe procesy akredytacyjne, które są wyrazem podnoszenia poziomu pracy klinicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Styczynski J., Elarouci N., Labopin M., Hamladji R.M., Markt S., Yesilipek A., Diaz M.A., Berger M., Dalles J.H., Sedlacek P., Bierings M., Skoczen S., Torens A., Balduzzi A., Dini G.: Allogeneic sibling donor complications of hematopoietic progenitor cell collection in children: a multi-institutional survey of the EBMT Group (abstract). *Bone Marrow Transplant.*, 2008; 42 (suppl 2): S113.
2. Ljungman P., de la Camara R., Cordonnier C., Einsele H., Engelhard D., Reusser P., Styczynski J., Ward K., for the European Conference on Infections in Leukemia. Management of CMV, HHV-6, HHV-7 and kaposi-sarcoma herpesvirus (KSHV/HHV-8) infections in patients with hematological malignancies including stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant.*, 2008; 42: 227-240
3. Styczynski J., Reusser P., Einsele H., de la Camara R., Cordonnier C., Ward K.N., Ljungman P., Engelhard D., for the European Conference on Infections in Leukemia. Management of herpes simplex, varicella-zoster and Epstein-Barr virus infection in patients with hematological malignancies and after stem cell transplantation. Guidelines from the Second European Conference on Infections in Leukemia. *Bone Marrow Transplant.*, 2008 (w druku).
4. Styczynski J., Cheung Y.K., Garvin J., Savage D.G., Billote G.B., Harrison L., Skerrett D., Wolownik K., Wischhover C., Hawks R., Bradley M.B., Del Toro G., George D., Yamashiro D., Van de Ven C., Cairo M.S.: Outcomes of unrelated cord blood transplantation in pediatric recipients. *Bone Marrow Transplant.*, 2004; 34: 129-136.

PRACA POGLADOWA / REVIEW

Anna Kiziewicz, Danuta Rość

**PROCES ZAPALNY A ZABURZENIA HEMOSTAZY
W PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC**

**INFLAMMATORY PROCESS AND DISORDERS OF HAEMOSTASIS
IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

Z Katedry Patofizjologii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr hab. n. med. Danuta Rość, prof. UMK

Streszczenie

W pracy przedstawiono aktualne poglądy na temat udziału zaburzeń hemostazy w patogenezie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W szczególności przeanalizowano rolę śródbłonna naczyniowego, białek adhezyjnych

(selektyny: sSelP, sSelE, sSelL oraz ICAM-1, VCAM-1, PECAM-1) oraz inhibitora drogi zewnątrzpochodnej układu krzepnięcia (TFPI).

Summary

The current opinions in work were introduced on participation of disorders of the haemostasis in pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. In particular there

was analysed the role of endothelium, adhesive molecules (selectins: sSelP, sSelE, sSelL and ICAM-1, VCAM-1, PECAM-1) and tissue factor pathway inhibitor (TFPI).

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, krzepnięcie, fibrynoliza

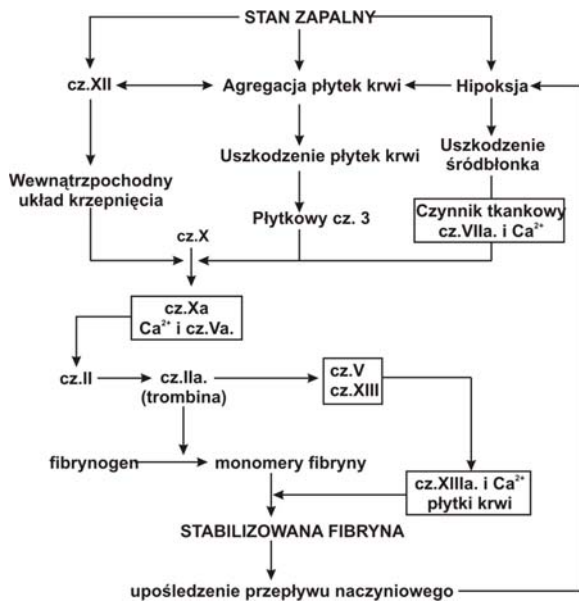
Key words: chronic obstructive pulmonary disease, coagulation, fibrinolysis

Zapalenie jest złożoną odpowiedzią unaczynionych tkanek, skierowaną na eliminację czynnika sprawczego oraz na naprawę uszkodzonego miejsca. W przebiegu zapalenia wyróżniamy **fazę ostrą**, charakteryzującą się kaskadowo przebiegającymi reakcjami, prowadzącymi do miejscowego wytworzenia mediatorów zapalenia, aktywacji komórek tkanki łącznej, wzrostu przepuszczalności naczyń, napływu komórek oraz białek krwi. Procesy te są wczesną odpowiedzią ustroju prowadzącą do wyeliminowania czynnika sprawczego. **Fazę przewlekłą** charakteryzuje mała intensywność objawów i czas trwania mierzony w tygodniach i latach. Oprócz utrzymującego się nacieku komórek zapalnych, takich jak makrofagi, czy limfocyty, charakteryzuje tę fazę wzrost liczby fibroblastów i komórek mięśni gładkich, znaczne odkładanie kolagenu i fibronektyny. Przewlekłe zapalenie związane jest też z obecnością złogów włókniaka w miejscu zapalenia, co wskazuje na udział w tym

procesie układu krzepnięcia krwi. Przewlekła postać odpowiedzi zapalnej wiąże się z przebudową tkanek, prowadzącą do nieodwracalnych zaburzeń ich funkcji (remodeling) [1].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą, w której proces zapalny zaburza prawidłową czynność oddechową płuc. Zmiany patologiczne występują w ośrodkowych i obwodowych drogach oddechowych, miąższu płucnym i naczyniach płucnych. W wyniku zapalenia następuje wzmożona ekspresja cytokin, prowadząca do aktywacji procesu krzepnięcia krwi i zmian w hemostazie wewnątrznaczyniowej (ryc. 1). Główny czynnik ryzyka POChP – dym tytoniowy – powoduje napływ komórek zapalnych, doprowadzających do rozwoju zmian w błonie śluzowej oskrzeli, jak również zaburzających równowagę układu proteiny – antyproteiny, co prowadzi do rozwoju rozedmy. W patomechanizmie zmian oskrzelowo-płucnych swój udział mają również oksydanty

zawarte w dymie tytoniowym oraz uwalniane z napływających neutrofilów i makrofagów. Stres oksydacyjny z jednej strony uszkodza struktury komórkowe i macierz pozakomórkową, z drugiej zaś poprzez aktywację czynnika transkrypcyjnego NF- κ B (Nuclear Factor kappa B – czynnik jądrowy kappa B) powoduje wzrost stężenia prozapalnych cytokin: czynnika martwicy nowotworu (TNF – Tumor Necrosis Factor) i interleukiny 8 (IL-8).



Ryc. 1. Stan zapalny a układ krzepnięcia wg J. Talałaj, E. Chyczewska [2]

Fig. 1. Connection between inflammation and the coagulation system

Z analizy piśmiennictwa wynika, iż u chorych z POChP stwierdza się nieprawidłowości różnych parametrów układu krzepnięcia i fibrynolizy. Aktywacja krzepnięcia w torze zewnątrzpochodnym i wewnątrzpochodnym prowadzi do wytworzenia trombiny, która powoduje przekształcenie fibrynogenu w fibrynę. Najczęściej w rutynowo wykonywanych testach we krwi chorych stwierdza się podwyższone stężenie czynników krzepnięcia: fibrynogenu, plazminogenu oraz produktów degradacji fibrynogenu. Karwat i wsp. stwierdzili wzrost stężenia fibrynogenu i D-dimerów u chorych z zaostrzeniem POChP [3, 4]. Wskazuje to na wzmożoną niekontrolowaną aktywację procesu krzepnięcia krwi, prowadzącą do powikłań zakrzepowo-zatorowych. Zatory lub też zjawisko zakrzepicy *in situ* mogłoby odpowiadać za rozwój serca płucnego w historii naturalnej POChP [5].

Aktywacja procesu krzepnięcia krwi jest w POChP jednym z elementów odczynu zapalnego, a zasadniczą rolę odgrywają w nim płytki krwi, komórki śródbłonka naczyń, białka adhezyjne oraz białka osocznego układu krzepnięcia krwi.

Płytki krwi rozpoczynają proces wykrzepiania pod wpływem czynników uwalnianych z uszkodzonego śródbłonka naczyń. Ulegają one adhezji do warstwy podśródbłonkowej przy udziale czynnika von Willebranda, dla którego receptorami są płytkowe glikoproteiny Ib i IX błon płytek oraz fibronektyna. Oddziaływanie płytek z odsłoniętymi włóknami kolagenu powoduje aktywację trombocytów i zmianę ich kształtu. Dochodzi wówczas do uwolnienia na zewnątrz substancji zawartych w ziarnistościach płytek (m.in. ADP, serotoniny i tromboksanu A2) nasilających zapoczątkowaną reakcję tworzenia pierwotnego czopu hemostaticznego. Receptor błonowy GP IIb/IIIa aktywowanych płytek krwi umożliwia ich agregację poprzez mostki fibrynogenowe. Agregaty płytkowe dostarczają fosfolipidów, na których zachodzą reakcje aktywacji osoczowych czynników krzepnięcia krwi; są to fosfatydyloseryna (PS) i fosfatydyloetanolamina (PE). Pod wpływem aktywnych czynników: kolagenu lub trombiny dochodzi do przemieszczenia PS i PE na powierzchnię płytek, co skutkuje aktywacją osoczowych czynników krzepnięcia krwi [6].

W 2002 Ashitani i wsp. stwierdzili u 40 chorych z POChP wzrost stężenia β -tromboglobuliny. Jest to białko uwalniane z płytkowych ziarnistości α , a jego wysokie stężenie we krwi oraz w moczu jest wykładnikiem aktywacji krwinek płytkowych [7].

Nieuszkodzone komórki śródbłonka posiadają właściwości antykoagulacyjne i profibrynolityczne. Działanie antykoagulacyjne zależy od syntezy ważnych inhibitorów krzepnięcia krwi, takich jak antytrombina (AT), II kofaktor heparyny (IICH), czy inhibitor zewnątrzpochodnego toru krzepnięcia krwi (TFPI).

Antytrombina jest jednołańcuchową glikoproteiną syntetyzowaną głównie w wątrobie, ale również w komórkach śródbłonka naczyń, megakariocytach i płytkach krwi. Główną funkcją tej serynowej proteazy jest inaktywacja trombiny, a także czynników: IXa, Xa, XIa, XIIa oraz czynnika VIIa połączonego z czynnikiem tkankowym. Antytrombina tworzy z trombiną kompleks w stosunku stechiometrycznym 1:1, który następnie zostaje usunięty z krwi krążącej przez układ makrofagów. Wydajność tej reakcji 1000 - krotnie wzrasta pod wpływem heparyny, która jest

egzogennym kofaktorem antytrombiny. Natomiast endogennym kofaktorem jest siarczan heparanu – proteoglikan, występujący na powierzchni komórek śródbłonkowych. Oprócz hamowania układu krzepnięcia antytrombina wykazuje też inne działanie, m.in. inaktywuje plazminę, kalikreinę, układ dopełniacza.

Antytrombina posiada też właściwości przeciwzapalne. Stymuluje uwalnianie prostacykliny z komórek śródbłonka, przez co hamuje agregację płytek krwi i obniża uwalnianie czynników płytkowych, a także zmniejsza adhezję leukocytów do śródbłonka naczyń. Powoduje stabilizowanie błon komórkowych, przez co zmniejsza uwalnianie z lizosomów enzymów, a także wolnych rodników tlenowych i cytokin [8, 9]. Badania Mariinova i wsp. u chorych z POChP wykazały spadek aktywności antytrombiny [10].

TFPI niegdyś nazywany był antykonwertyną, inhibitorem zewnątrzpochođnej drogi krzepnięcia krwi (EPI – extrinsic pathway inhibitor), inhibitorem krzepnięcia krwi związanym z lipoproteinami (LACI – lipoproteid – associated coagulation inhibitor). Natomiast obecnie określany jest jako inhibitor zależnej od czynnika tkankowego drogi krzepnięcia krwi. TFPI jest syntetyzowany w wątrobie, megakariocytach i śródbłonku drobnych naczyń krwionośnych. Bardzo duże ilości tego białka są obecne w komórkach śródbłonka naczyń płucnych. Występuje on w organizmie w czterech pulach:

- związany w glikozoaminoglikanami błon komórek śródbłonka naczyń (50-90%),
- związany z lipoproteinami osoczwymi - LDL, HDL, VLDL (10-50%),
- zgromadzony w płytkach krwi (ok.5 %) oraz występuje w krążeniu w postaci wolnej (ok. 5%).

Wyróżnia się dwa typy inhibitorów: TFPI-1 i TFPI-2, które mimo podobieństwa strukturalnego, wykazują wiele różnic dotyczących syntezy, występowania i mechanizmu działania. [6, 11].

W strukturze TFPI-1 zlokalizowane są charakterystyczne dla inhibitorów proteaz serynowych trzy domeny typu Kunitza (K1, K2, K3). Udział inhibitora w hamowaniu krzepnięcia krwi polega na inaktywacji czynnika Xa i kompleksu TF/VII. Domena K2 łączy się wówczas z czynnikiem Xa; w wyniku tej reakcji czynnik Xa traci swą aktywność proteolityczną i amidolityczną. Kolejnym etapem jest przyłączenie czynnika VIIa do domeny K1 cząsteczki TFPI w obecności jonów wapnia. Kompleks TFPI/Xa łącząc się z kompleksem TF/VIIa doprowadza do zahamowania jego aktywności enzymatycznej. Rola trzeciej domeny –

K3 nie jest do końca poznana, prawdopodobnie ma znaczenie w wiązaniu TFPI z lipoproteinami osocza i heparyną [6, 11].

TFPI-2, podobnie jak TFPI-1, należy do rodziny inhibitorów proteaz serynowych. Zawiera domeny Kunitza, które wykazują budowę homologiczną w stosunku do odpowiednich domen cząsteczki TFPI-1. Hamuje aktywność kompleksu TF/VIIa, natomiast nie posiada zdolności inaktywacji czynnika Xa. Jest też silnym inhibitorem czynnika XIa, kalikreiny osoczowej, plazminy i trypsyny [6, 8, 11].

Cella i wsp. stwierdzili u chorych z POChP podwyższone wartości TFPI sugerując, iż komórki śródbłonka są potencjalnie zdolne do produkcji inhibitorów krzepnięcia krwi [12, 13].

Uszkodzenie śródbłonka naczyń krwionośnych ułatwia ucieczkę komórek i substancji biologicznie czynnych do przestrzeni pozanaczyniowej, a uszkodzenie pęcherzyków płucnych sprzyja gromadzeniu w ich wnętrzu wysięku z dużą zawartością czynników krzepnięcia i fibrynolizy [2]. Komórki śródbłonka naczyń, ze względu na wymienione powyżej układy inhibitorowe, chronią organizm człowieka przed powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi. Uszkodzone komórki śródbłonka uczestniczą w procesie fibrynolizy poprzez uwalnianie do krwi powstałego w nich tkankowego aktywatora plazminogenu (t-PA). W warunkach pogotowia zakrzepowego t-PA może aktywować znajdujący się w zakrzepie plazminogen do plazminy i upłynniać fibrynę zakrzepu. Do uznanych hemostatycznych markerów pobudzenia lub uszkodzenia śródbłonka naczyń należą czynnik von Willebranda (vWF) i tkankowy aktywator plazminogenu, oznaczane we krwi [14].

Krasnowska i wsp. badali stan śródbłonka w POChP, oznaczając liczbę komórek śródbłonka we krwi obwodowej oraz stężenie vWF i endoteliny. W grupie chorych stwierdzili znamienne liczniejsze komórki śródbłonka krążące we krwi obwodowej w porównaniu z grupą kontrolną. Natomiast stężenie endoteliny i vWF było tylko nieco wyższe u chorych na POChP. Cytowani autorzy stwierdzili natomiast wybitnie dodatnią korelację między liczbą komórek śródbłonka a tymi czynnikami. Przeprowadzone badania zdaniem autorów wskazują na zasadniczą rolę śródbłonka naczyniowego w patomechanizmie POChP. Podobnie Ferroni i wsp. również stwierdzili wzrost stężenia vWF u chorych z POChP w porównaniu z grupą kontrolną, choć różnica ta nie osiągnęła znamienności [15, 16].

W 1981 roku Esmon i Owen wykryli i zlokalizowali na powierzchni śródbłonna naczyniowego kofaktor dla trombinozależnej aktywacji białka C o wysokim powinowactwie do trombiny. Został on nazwany trombomoduliną. Trombomodulina i trombina tworzą stechiometryczny kompleks trombina – trombomodulina, który zmienia dramatycznie właściwości trombiny, przekształcając ją w enzym o właściwościach antykoagulacyjnych. Przemiany te odbywają się w najbliższym otoczeniu miejsca uszkodzenia śródbłonna. De Blaut i Esmonowie określili umiejscowienie i wysycenie trombomoduliną różnych tkanek i narządów, stwierdzając jej obecność w śródbłonku dużych i małych naczyń wszystkich tkanek i narządów, z wyjątkiem mięśni gładkich i komórek tkanki łącznej. Mięszk narządów wewnętrznych, pozbawiony naczyń, nie wykazywał obecności trombomoduliny. Autorzy ci postulowali, by trombomodulinę uznać za marker identyfikujący komórki śródbłonna [8].

Trombomodulina jest jednołańcuchową glikoproteiną występującą w organizmie w dwóch postaciach. Pierwsza postać jest elementem śródbłonna naczyniowego i pełni rolę receptora trombiny, występuje też w śródbłonku mezotelialnym, płytkach krwi, monocytach, a także w scyntotiofoblastach. Natomiast druga postać rozpuszczalna (soluble TM: sTM) występuje w osoczu i moczu. Obecność rozpuszczalnych postaci można wyjaśnić wytwarzaniem przez odrębne komórki sekrecyjne i wydzielaniem do krwi lub proteolizą części nadłonowej cząsteczki trombomoduliny z błony komórki śródbłonkowej [8, 17].

Postać trombomoduliny (TM) rozpuszczalną we krwi wykorzystuje się do pomiarów diagnostycznych jako marker uszkodzenia śródbłonna naczyniowego. W 2005 roku Cella i wsp. badali stężenie TM w osoczu krwi chorych z POChP bez nadciśnienia płucnego i uzyskali podwyższone jej wartości [13].

Z przeprowadzonej analizy dostępnego piśmiennictwa wynika, że największe kontrowersje wzbudzają wyniki badań w POChP dotyczących selektyn i cząsteczek adhezyjnych. Selektyny są to białka uczestniczące w reakcji zapalnej, występujące na powierzchni leukocytów oraz aktywowanych komórek śródbłonna. Selektyna E jest wykrywana na powierzchni komórek śródbłonna, a jej synteza i aktywacja zachodzą po uszkodzeniu śródbłonna naczyniowego; odpowiada ona za adhezję białych krwinek i płytek krwi do powierzchni naczynia. Selektyna L znajduje się na powierzchni granulocytów, monocytów i limfocytów; komórki te po aktywacji usuwają ją

ze swojej powierzchni. Selektyna P pojawia się na powierzchni komórek śródbłonna dopiero w wyniku pobudzenia. Zmagazynowana jest w ziarnistościach α płytek krwi i w ciałkach Weibela-Palade'a komórek śródbłonna. Uczestniczy w adhezji między komórkami śródbłonna i granulocytami oraz płytkami krwi i leukocytami.

ICAM-1 to cząsteczka adhezji międzykomórkowej, której ekspresja jest wynikiem działania interleukiny-2 na komórki śródbłonna, leukocyty, komórki dendrytyczne, fibroblasty i komórki nabłonka. ICAM-1 służy jako receptor dla wirusa nieżyty nosa i jest pobudzana przez wirusowe infekcje. Występuje w formie związanej z błoną komórkową lub w formie rozpuszczonej w surowicy krwi. Ta ostatnia postać pojawia się w surowicy krwi w wyniku proteolizy i złuszczenia się ICAM-1 z błony komórkowej „ICAM-1-pozytywnych komórek”. Ilość surowiczej sICAM-1 koreluje ze stopniem zaawansowania klinicznych objawów i może być oznaką aktywności procesu zapalnego.

VCAM-1 jest cząsteczką adhezyjną komórek naczyniowych. Znajduje się na powierzchni aktywnego śródbłonna. Wystąpienie we krwi rozpuszczalnej, biologicznie aktywnej formy w surowicy sVCAM-1 może wskazywać na proces uszkodzenia naczyń.

PECAM-1 to również cząsteczka adhezyjna z nadrodziny immunoglobulin. Występuje stale na komórkach śródbłonna, neutrofilach, monocytach i niektórych limfocytach. Przypuszcza się, że PECAM-1 wiąże komórki śródbłonna i uczestniczy w ich wzajemnych interakcjach [18].

Cella i wsp. oznaczali u chorych z POChP poziom we krwi selektyny L, selektyny P i selektyny E. Przeprowadzone badania wskazywały na różnorodne stężenia selektyn: stężenie selektyny P było znacząco wysokie, selektyny L niskie, natomiast poziom selektyny E nie odbiegał od normy. Również Ferroni i wsp. stwierdzili u pacjentów z POChP wysoki poziom selektyny P. Autorzy uważają, że selektyna P może być uważana za marker aktywacji płytek krwi *in vivo* [12, 16]. Natomiast niski poziom oznaczanej przez Cella i wsp. selektyny L mógł być zdaniem autorów spowodowany przyjmowaniem przez pacjentów leków przeciwzapalnych, redukujących jej wydzielanie.

Cella i wsp. badali oprócz selektyn, również cząsteczki adhezyjne i stwierdzili wysoki poziom ICAM-1 (cząsteczka adhezji międzykomórkowej), natomiast niski sPECAM-1 (cząsteczka adhezji komórkowej płytek i śródbłonna). Wzrost ICAM-1

w drogach oddechowych u pacjentów z POChP może być spowodowany obecnością utajonego wirusa, który stymuluje ekspresję tej cząsteczki adhezyjnej i może uczestniczyć w patogenezie POChP [12, 13].

Przeprowadzona analiza dostępnego piśmiennictwa wskazuje na istotną rolę zaburzeń procesu krzepnięcia krwi i fibrylizacji w patogenezie POChP.

PIŚMIENNICTWO

1. Kowal K., Kemon-Chętnik I., Kucharewicz I. i wsp.: Układ krzepnięcia w zapalnych chorobach płuc. Pol. Arch. Med. Wewn. 2003, 110, 775 – 781.
2. Tałaj J., Chyczewska E.: Coagulation and fibrinolysis in interstitial lung diseases. Pneumonol. Alergol. Pol. 1999, 146-150.
3. Karwat K., Kościuch J., Chazan R. i wsp.: Czy można rozpoznać mikrozatorowość i czy jest ona istotnym czynnikiem wpływającym na przebieg zaostrzenia POChP? Pol. Merk. Lek., 2005, 106, 385-388.
4. Alessandri C., Basili S., Violi F. i wsp.: Hypercoagulability state in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thromb. Haemost., 1994, 72, 343-346.
5. Lewczuk J.: Diagnosis of pulmonary embolism in COPD patients. Pneumonol. Alergol. Pol. 2004, 72, 533-537.
6. Łopaciuk S.: Zakrzepy i zatory. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
7. Ashitani J., Mukae H., Arimura Y. i wsp.: Elevated plasma procoagulant and fibrinolytic markers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Intern. Med. 2002, 41, 181-185.
8. Esmo T.C.: Role of coagulation inhibitors in inflammation. Thromb. Haemost. 2001, 86, 51-56.
9. Wyględowska G.: Rola endogennych inhibitorów układu krzepnięcia: antytrombiny III, białka C, białka S w układzie hemostazy. Nowa Pedia 2001, 27, 30-32.
10. Mariinov Kh., Petrova D., Kamenov V. i wsp.: Anticoagulants and changes in the coagulation status of patients with chronic obstructive lung disease and various degrees of respiratory failure. Vutr Boles, 1988, 27, 86-93.
11. Sierko E., Zawadzki R., Wojtukiewicz M.: Inhibitory zewnątrzpodrodnej drogi krzepnięcia krwi. Pol. Merk. Lek. 2002, 73, 66-68.
12. Cella G., Sbaraj A., Mazzaro G. i wsp.: Plasma markers of endothelial dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. Clin. Appl. Thromb. Hemost., 2001, 7, 205-208.
13. Cella G., Saetta M., Baraldo S. i wsp.: Endothelial cell activity in chronic obstructive pulmonary disease without severe pulmonary hypertension Clin. Appl. Thromb. Hemost., 2005, 11, 435-440.
14. Kotschy M., Polaszewska-Muszyńska M., Będowska-Gontarz W. i wsp.: Osoczowa trombomodulina- błonowy receptor dla trombin w cukrzycy typu 2. Diabetol. Pol., 2002, 9, 126-129.
15. Krasnowska M., Nittner-Marszalska M., Krasnowski R. i wsp.: Endotelina, czynnik von Willebrand i komórki śródbłonna we krwi obwodowej chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Alergia Astma Immunologia, 2001, 6, 195-199.
16. Ferroni P., Basil S., Martini F. i wsp.: Soluble P – selectin as a marker of platelet hyperreactivity in patient with chronic obstructive pulmonary disease. J. Invest. Med., 2000, 48, 21-27.
17. Kopeć M.: Diverse and variable functions of thrombin. Acta. Hematol. Pol. 1997, 28, 95-99.
18. Dedow I.I., Szestakowa M.B., Koczemasowa T.B. i wsp.: Badania roli zaburzeń czynności śródbłonna i płytek krwi w patogenezie angiopatii cukrzycowej. Med. Metabol., 2003, 4, 18-26.

Adres do korespondencji:

mgr Anna Kiziewicz
Katedra Patofizjologii
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
tel./faks: (052) 585-35-91, 585-35-95
e-mail: kizpatofiz@cm.umk.pl

Otrzymano: 12.12.2006

Zaakceptowano do druku: 22.02.2008

PRACA POGLĄDOWA / REVIEW

Andrzej Kopczyński

**NOWOTWORY GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
W MATERIALE KLINIKI OTOLARYNGOLOGII CM UMK W BYDGOSZCZY**

SALIVARY GLAND NEOPLASMS TREATED IN THE ENT CLINIC IN BYDGOSZCZ

Z Katedry i Kliniki Otolaryngologii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: prof. dr hab. med. Henryk Kaźmierczak

Streszczenie

W latach 1990-2003 w Klinice Otolaryngologii CM UMK było hospitalizowanych 311 pacjentów z powodu guzów dużych gruczołów ślinowych. W 79,8% (257 przypadków) były to nowotwory niezłośliwe, a najczęstszym – guz mieszanym (178 przypadków – 55,3%). Większość stano-

wiły guzy przyusznicy, natomiast odsetek występowania nowotworów złośliwych był znacząco wyższy dla ślinianki podżuchwowej. Najczęstszym sposobem leczenia była parotidektomia powierzchowna.

Summary

During the years 1990-2003 311 patients with salivary gland tumours were treated in the ENT Clinic in Bydgoszcz. 79,8% (257 patients) of tumours were benign and the most common was pleomorphic adenoma (178 patients – 55,3%).

Parotid gland tumours were the majority. The percentage of malignant neoplasms was significantly higher in submandibular gland. The most common surgical procedure was superficial parotidectomy.

Słowa kluczowe: nowotwory, guzy gruczołów ślinowych, materiał kliniczny

Key words: neoplasms, salivary gland tumours, clinical material

WSTĘP

Nowotwory gruczołów ślinowych stanowią, wg różnych źródeł, od 3 do 10% guzów występujących w obrębie głowy i szyi, a zachorowalność na nie wynosi 12-15 przypadków na 100 tys. mieszkańców rocznie. Najczęstsze są nowotwory ślinianki przyusznej (70-85%), znacznie rzadziej występują w obrębie ślinianki podżuchwowej (10-15%), a najrzadziej w śliniance podjęzykowej i małych gruczołach ślinowych błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych i przewodu pokarmowego (1-10%). [1, 2, 3]. Obserwuje się, że stosunek występowania guzów łagodnych do złośliwych jest odwrotnie proporcjonalny do wielkości gruczołu. Im mniejszy gruczoł, tym prawdopodobieństwo wystąpienia w nim nowotworu złośliwego jest większe. Nowotwory ślinianek charakteryzują się bardzo zróżnicowaną budową histologiczną.

Klasyfikacja WHO z 1991 roku wyróżnia kilkadziesiąt typów rozpoznaw histopatologicznych, dzieląc wszystkie guzy ślinianek na cztery grupy:

- I nowotwory nabłonkowe,
- II nowotwory nienabłonkowe
- III nowotwory niesklasyfikowane
- IV zmiany nowotworopodobne.

Najliczniejszą i najważniejszą z punktu widzenia klinicznego jest grupa I obejmująca nowotwory nabłonkowe, zarówno niezłośliwe, jak i złośliwe. Najczęstsze nowotwory łagodne to gruczolak wielopostaciowy i gruczolak limfatyczny. Do najliczniej występujących guzów złośliwych zalicza się natomiast rak śluzowo-naskórkowy, gruczołowo-torbielowaty, gruczołowy oraz rak w gruczolaku wielopostaciowym [4].

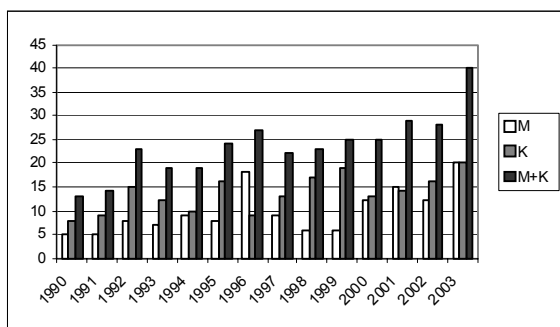
Diagnostyka guzów ślinianek jest wieloetapowa. Obejmuje, poza badaniem podmiotowym i przedmio-

towym, metody obrazowe (USG, TK, MR). Rozpoznanie stawia się na podstawie badania cytologicznego (z BAC) lub histopatologicznego (z badania śródoperacyjnego) [5]. Najważniejszym celem diagnostyki na każdym jej etapie jest odróżnienie nowotworu łagodnego od złośliwego, co jest związane z wyborem metody leczenia.

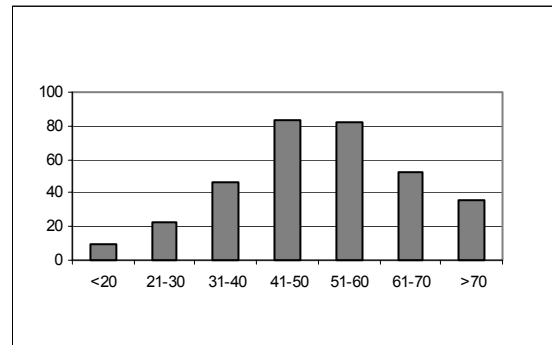
Leczenie potwierdzonych histopatologicznie nowotworów gruczołów ślinowych jest operacyjne. W przypadku ślinianki przyusznej może to być zewnątrzotrebkowe usunięcie, parotidektomia częściowa lub całkowita. W guzach ślinianki podżuchwowej i podjęzykowej wykonuje się usunięcie odpowiedniego gruczołu wraz z guzem [6, 7].

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono na materiale chorych leczonych operacyjnie z powodu guza gruczołu ślinowego w Klinice Otolaryngologii w Bydgoszczy w latach 1990-2003. Rozpoznanie określono na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, sialografii, ultrasonografii, biopsji aspiracyjnej i badania histopatologicznego śródoperacyjnego. Ostateczne rozpoznanie ustalono poprzez badanie histopatologiczne preparatu pooperacyjnego. Materiał obejmuje 311 chorych hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy z powodu nowotworów gruczołów ślinowych. Wśród nich było 181 kobiet (58,2%) i 130 mężczyzn (41,8%) (ryc. 1). Najmłodszy pacjent miał 5 miesięcy, a najstarszy 90 lat (ryc. 2). W tym czasie hospitalizowano w klinice 21337 chorych, a więc odsetek chorych z nowotworami ślinianek wyniósł niespełna 1,46%.



Ryc. 1. Liczba pacjentów z uwzględnieniem płci
Fig. 1. The number of patients and sex distribution



Ryc. 2. Liczba pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych

Fig. 2. Age distribution

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W okresie objętym badaniem wykonano łącznie 327 operacji guzów gruczołu ślinowego. W 321 (98,2%) z nich potwierdzono w ostatecznym badaniu histopatologicznym istnienie zmiany o charakterze nowotworowym. W jednym przypadku (0,3%) znaleziono utkanie raka niskozróżnicowanego i guza Warthina. Ostateczne wyniki badania histopatologicznego przedstawiono w tabeli I.

W badanym materiale na podstawie pooperacyjnych badań histopatologicznych rozpoznano nowotwór niezłośliwy w 257 przypadkach (79,8%), a nowotwór złośliwy w 65 (20,2%). W danych z piśmiennictwa częstość występowania nowotworów złośliwych waha się od 11,5% do 25% [2, 3, 8]. W grupie chorych z nowotworami niezłośliwymi wyodrębniono następujące guzy: gruczolak wielopostaciowy (*tu mixtus*) w 178 przypadkach (55,3%), gruczolak limfatyczny (*adenolymphoma*) w 58 (18%), gruczolak jednopostaciowy (*adenoma monomorphicum*) w 18 (5,6%), a z guzów nienabłonkowych – po jednym przypadku: nerwiak osłonkowy (*neurilemmoma*), obłoniak (*hamangiopericytoma*) oraz *fibrohistiocyto*ma. Według wszystkich autorów gruczolak wielopostaciowy jest najczęściej występującym nowotworem ślinianek [1, 2, 3, 6, 7, 9].

W grupie 65 nowotworów złośliwych stwierdzono najwięcej przypadków raka w gruczolaku wielopostaciowym (*tu mixtus malignum*) – 16 (5%), raka płaskonabłonkowego (*ca planoepitheliale*) – 10 (3,1%), raka śluzowo-naskórkowego (*ca mucoepidermale*) – 10 (3,1%), 8 przypadków raka niezróżnicowanego (*ca indifferensium*) (2,5%), 7 raka gruczolowotorbielowatego (*ca adenoides cysticum*) (2,2%), 4 przypadki chłoniaka złośliwego (*lymphoma malignum*) (1,2%), 4 raka gruczolowego (*adenocarcinoma*) (1,2%).

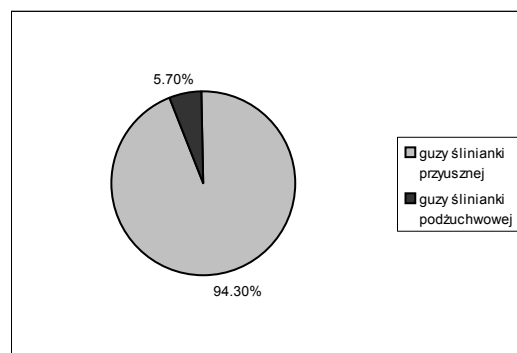
Tabela I. *Histologiczna klasyfikacja guzów ślinianek wg WHO*Table I. *WHO histological classification of salivary gland tumours*

I. Nowotwory nabłonkowe (313)	
I. Epithelial tumours (313)	
A. Nowotwory łagodne (254)	
A. Benign neoplasms (254)	
-gruczolak wielopostaciowy	178
-pleomorphic adenoma	
-gruczolak limfatyczny	58
-adenolymphoma	
-gruczolak jednopostaciowy	18
-monomorphic adenoma	
B. Nowotwory złośliwe (59)	
B. Malignant neoplasms (59)	
-rak gruczolowo-torbielowaty	7
-adenoid cystic carcinoma	
-rak gruczolowy	4
-adenocarcinoma	
-rak płaskonabłonkowy	10
-epidermoid carcinoma	
-rak z komórek surowiczych	1
-acinic cell carcinoma	
-rak śluzowo-naskórkowy	10
-mucoepidermoid carcinoma	
-rak w gruczolaku wielopostaciowym	16
-carcinoma-in-pleomorphic adenoma	
-rak beleczkowy	1
-trabecular carcinoma	
-rak niezróżnicowany	8
-undifferentiated carcinoma	
-rak jasnokomórkowy	1
-clear cell carcinoma	
-adenocarcinoid	1
II. Nowotwory nienabłonkowe (9)	
II. Nonepithelial tumours (9)	
Nerwiaki	1
Neurinoma	
Fibrohistiocytoza	1
Fibromatosis	
Chłoniaki	4
Lymphoma	
Czerniak	1
Melanoma	
Obłoniak	1
Haemangiopericytoza	
Mięsak	1
Sarcoma	
	322

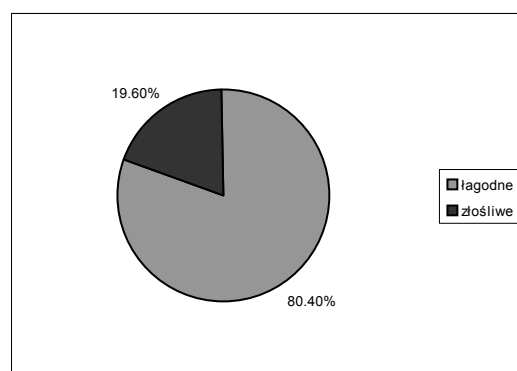
Pozostałe nowotwory: rak z komórek surowiczych (*acinic cell carcinoma*), rak beleczkowy (*ca trabecularis*), rak jasnokomórkowy (*ca clarocellulare nephrogenes metastaticum*), *adenocarcinoid* oraz czerniak (*melanoma malignum*) pojawiły się w naszym materiale tylko raz (0,3%). W większości danych z piśmiennictwa najczęstszym nowotworem złośliwym jest rak śluzowo-naskórkowy [1, 2, 3, 8, 9].

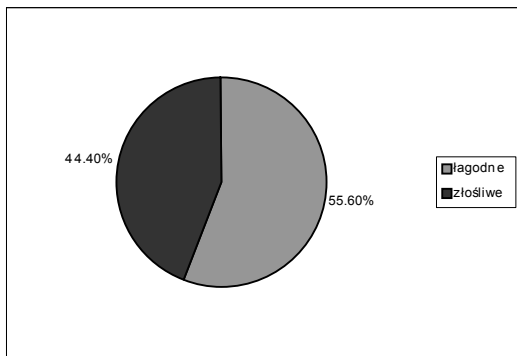
Większość nowotworów rozwinęła się w śliniance przyusznej – 297 przypadków (94,3%), znacznie mniej w śliniance podżuchwowej – 18 przypadków (5,7%).

Potwierdza to obserwacje innych autorów, że przyusznicą jest najczęstszym punktem wyjścia nowotworów gruczołów ślinowych [1, 3, 8, 9]. U czterech osób wystąpiły obustronne nowotwory: u dwóch mężczyzn i jednej kobiety guz Warthina ślinianek przyusznych, a u jednej pacjentki – rak płaskonabłonkowy ślinianek podżuchwowych. Nie odnotowano żadnego przypadku nowotworu ślinianki podjęzykowej (ryc. 3).

Ryc. 3. *Stosunek procentowy lokalizacji guzów*
Fig. 3. *Proportion of tumours by location*

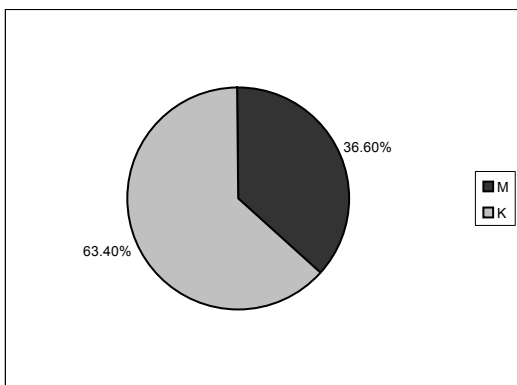
Odsetek występowania nowotworów złośliwych w śliniankach przyusznych i śliniankach podżuchwowych różnił się w sposób istotny. Wynosił on 19,6% dla przyusznic i aż 44,4% dla ślinianek podżuchwowych (ryc. 4, 5). Większość autorów potwierdza wyższy odsetek występowania nowotworów złośliwych w śliniankach podżuchwowych. Według różnych danych wynosi on 50-56% [1, 7], natomiast Goh w swoim materiale wykazał jedynie 13,5% tego rodzaju guzów [6].

Ryc. 4. *Stosunek procentowy nowotworów łagodnych do złośliwych w śliniankach przyusznych*
Fig. 4. *Benign to malignant proportion of parotid gland tumours*



Ryc. 5. Stosunek procentowy nowotworów łagodnych do złośliwych w śliniankach podżuchwowych
 Fig. 5. Benign to malignant proportion of submandibular gland tumours.

Jak wspomniano wcześniej, większość chorych z nowotworami ślinianek w badanym materiale to kobiety (58,2%). Zupełnie inaczej przedstawiają się wartości odsetkowe płci w przypadku guzów niezłośliwych i złośliwych. O ile w nowotworach niezłośliwych odsetek kobiet jest jeszcze większy (63,4%) (ryc. 6), o tyle w zmianach złośliwych stosunek ten jest dokładnie odwrotny – 36% kobiet i 64% mężczyzn (ryc. 7). Podobne tendencje obserwowała Gierek i wsp.: 56% kobiet wśród wszystkich chorych z nowotworami ślinianek i 43% kobiet w grupie chorych z nowotworami złośliwymi [10].

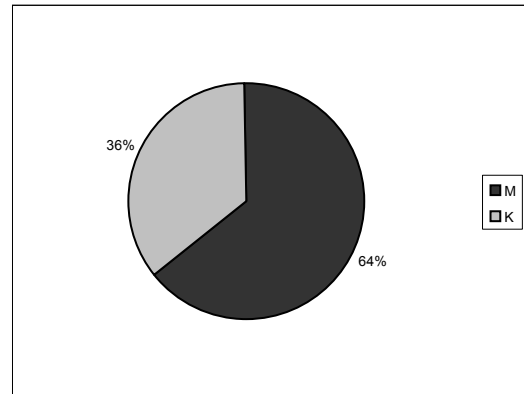


Ryc. 6. Stosunek M:K dla nowotworów łagodnych
 Fig. 6. Male to female proportion of benign neoplasms

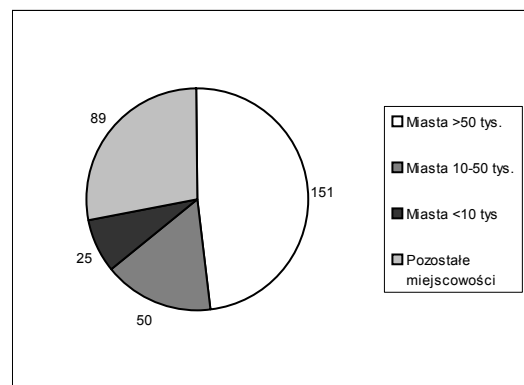
Mieszkańcy miast stanowili 71,7%, a mieszkańcy wsi – 28,3% wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu nowotworów gruczołów ślinowych (ryc. 8). W odniesieniu do guzów złośliwych ślinianek odsetek mieszkańców miast wyniósł 67,8% a mieszkańców wsi – 32,2% (ryc. 9).

W przypadku zmian o charakterze niezłośliwym ślinianek przyusznych najczęściej wykonywano parotidectomię powierzchowną – 152 (46,5%), dalej wy-

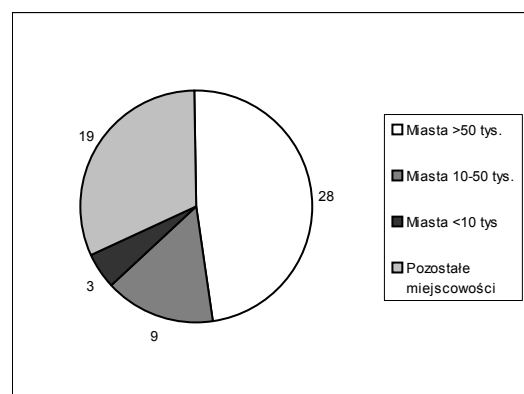
cięcie guza z marginesem otaczającego miększu ślinianki – 55 (16,8%), wyłuszczenie guza – 17 (5,2%), parotidectomię całkowitą z zachowaniem nerwu twarzowego – 19 (5,8%).



Ryc.7. Stosunek M:K dla nowotworów złośliwych
 Fig. 7. Male to female proportion of malignant neoplasms



Ryc. 8. Struktura ludności – wszystkie nowotwory
 Fig. 8. Population's structure – all neoplasms



Ryc. 9. Struktura ludności – nowotwory złośliwe
 Fig. 9. Population's structure – malignant neoplasms

Leczenie nowotworów złośliwych polegało na wykonaniu parotidectomii całkowitej bez zachowania nerwu twarzowego w 29 (8,9%) przypadkach (w tym 12 zabiegów poszerzono o operację węzłową) oraz parotidectomii całkowitej z zachowaniem nerwu twa-

rzowego - 10 (3,1%) chorych. U 10 (3,1%) chorych wykonano parotidectomię częściową - powierzchowną (brak histopatologicznego, śródoperacyjnego wskazania do parotidectomii całkowitej). Po otrzymaniu wyników badania histopatologicznego ostatecznego wykazującego zmianę złośliwą, zostali oni, podobnie jak wszyscy pacjenci z tej grupy, skierowani na konsultację onkologiczną.

W przypadkach guzów ślinianek podżuchwowych usuwano cały gruczoł wraz z otaczającymi tkankami. W przedstawionym materiale wykonano 17 (5,2%) takich zabiegów.

W 17 przypadkach (5,2%) nie uzyskano ostatecznego wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie nowotworu:

- u 6 (1,8%) pacjentów z nowotworem w badaniu śródoperacyjnym nie potwierdzono rozpoznania w badaniu ostatecznym, 3 osoby z obrazem nowotworu złośliwego w BAC zdyskwalifikowano z leczenia operacyjnego z powodu przeciwwskazań do znieczulenia ogólnego, a 1 nie wyraziła zgody na leczenie operacyjne po pozytywnym wyniku BAC,
- u 7 (2,1%) osób, leczonych uprzednio z powodu guza gruczołów ślinowych, w trakcie reoperacji nie znaleziono utkania nowotworowego.

U 5 (1,5%) chorych, ze względu na przeciwwskazania anestezyjologiczne do zabiegu, wykonano jedynie biopsję otwartą w znieczuleniu miejscowym, potwierdzającą rozpoznanie choroby rozrostowej.

WNIOSKI

1. Większość guzów dużych gruczołów ślinowych to nowotwory przyuszniczy.
2. Nie stwierdza się zmiany częstości występowania poszczególnych typów histopatologicznych guzów ślinianek – nadal najczęstszy jest gruczolak wielopostaciowy.
3. Odsetek występowania nowotworów złośliwych jest nadal znacznie wyższy dla ślinianki podżuchwowej, niż dla ślinianki przyuszniczej.

PÍSMIENICTWO

1. Gluckman J., Gullane P., Johnson J.: Praktyczne postępowanie w guzach głowy i szyi.; PZWL 1996: 28-44.
2. Modlin I., Shapiro M., Kidd M.: Primary carcinoid tumor of the parotid gland: A case report and review of the literature.; Ear Nose Throat. J. 2006; 85, 8: 533-539.
3. Łazarczyk B., Chodyncki S., Różańska-Kudelska M.: Nowotwory ślinianek przyusznych obraz histopatologiczny i leczenie.; Otolaryngol. Pol. 1995; 49, (supl. 20): 154-157.
4. Shanmugaratnam K., Sobin L.H. [red.]: WHO International Histological Classification of Tumours. 2nd ed. Springer, 1991.
5. Feld R., Nazarian N.L., Needleman L.: Clinical impact of sonographically guided biopsy of salivary gland masses and surrounding lymph nodes.; Ear Nose Throat. J. 1999; 78, 12: 905-912.
6. Goh Y.H., Sethi D.S.: Submandibular gland excision: a five-year review.; J. Laryngol. Otol. 1998; 112, 3: 269-273.
7. Łukasik S., Szuber D., Mazur W.: Guzy ślinianki podżuchwowej.; Otolaryngol. Pol. 1995; 49, (supl. 20): 242-244
8. Pacheco-Ojeda L., Domeisen H., Narvaez M.: Malignant Salivary Gland Tumours in Quito, Ecuador.; ORL 2000; 62: 296-302.
9. Hassmann-Poznańska E.: Guzy ślinianek u dzieci.; Mag. ORL 2006, suplement X: 22-28.
10. Gierek T., Majzel K., Jura-Szołtyś E.: Analiza histokliniczna guzów ślinianek przyusznych u chorych operowanych w okresie 20 lat w Klinice Laryngologii ŚIAM w Katowicach.; Otolaryngol. Pol. 2007; 61: 399-403.

Adres do korespondencji:

lek. med. Andrzej Kopczyński
ul. 20 stycznia 1920 r. 18/3
85-081 Bydgoszcz
e-mail: andkopc@poczta.onet.pl

Otrzymano: 10.01.2007

Zaakceptowano do druku: 5.02.2008

PRACA POGLADOWA / REVIEW

Anna Ratajska¹, Władysław Sinkiewicz², Danuta Karasek¹, Piotr Sobański¹, Piotr Małyška¹

PSYCHOLOGICZNE PROBLEMY CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE

¹Z Oddziału Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej SP ZOZ Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, Wojewódzki Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niewydolności Serca

²Z Katedry i Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK

Streszczenie

Pacjenci z niewydolnością serca (NS) od niedawna znajdują się w polu zainteresowania psychologów. Wyniki prospektywnych i przekrojowych badań wskazują, że ta grupa chorych wyróżnia się na tle innych pacjentów kardiologicznych. Ich adaptacja do choroby – zarówno emocjonalna, jak i poznawcza – może być ułatwiona lub utrudniona przez oddziaływanie czynników psychospołecznych. Wśród pacjentów kardiologicznych chorzy z niewydolnością najłatwiej kontrolują i monitorują symptomy choroby; powszechna wśród nich jest depresja. Nastrój chorych i sposób radzenia

sobie z chorobą oraz niski poziom otrzymywanego wsparcia społecznego wiążą się z zaostrzeniem symptomów i hospitalizacjami. Z psychologicznego punktu widzenia z chorymi z NS należy pracować nad adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie z chorobą; informacje na temat niewydolności serca muszą być dostępne i zrozumiałe. Ważne jest, by upewnić się, że pacjenci rozumieją, że przyjmowanie leków i modyfikacja stylu życia mogą wpłynąć na jakość oraz długość ich życia. W artykule przedstawiono problemy psychologiczne najczęściej dotyczące przewlekłe chorych z NS.

Summary

Recently patients with heart failure have become an interesting subject for psychologists. The prospective and cross-sectional studies show that this group of patients stands out from other cardiac cases. Their illness adaptation, both emotional and cognitive may be either reinforced or weakened by psychosocial conditions. Among all cardiac patients those with heart failure face many problems with monitoring and controlling their disease symptoms. It is common for them to suffer from depression. Their mood, way of coping with their illness as well as the lack of social support are

directly connected with intensification of the symptoms and may result in hospitalization. From psychological point of view it is advisable to work with heart failure patients on the adaptable ways of coping with their condition and thus the information concerning heart failure should be commonly available and easy to understand. Making patients comprehend that taking medicines and life style modification may influence both the length and quality of their lives is crucial. This article presents the most common psychological problems among patients with chronic heart failure.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, psychologiczne problemy
Key words: heart failure, psychological problems

WSTĘP

Choroby układu sercowo-naczyniowego, a szczególnie choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego i nadciśnienie, od lat są przedmiotem zainteresowania psychologów i socjologów. W USA szereg badań z tego obszaru prowadzi się w ramach psychologii kardiologicznej (Cardiac Psychology).

Stosowana psychologia kardiologiczna jest więc interdyscyplinarnym podejściem, które dąży do zapobiegania lub minimalizowania poważnych komplikacji medycznych i psychologicznych powstających w wyniku oddziaływania czynników ryzyka, a także do optymalizowania medycznych i psychologicznych

efektów [1]. Podkreśla się, że choroby kardiologiczne należą do przewlekłych, mogących być przyczyną długotrwałych, poważnych zaburzeń emocjonalnych i zdrowotnych [2]. Ponadto uznaje się, że wszyscy członkowie personelu współpracującego z pacjentem powinni zdawać sobie sprawę z potrzeby zaangażowania pacjenta i konieczności posiadania przez niego poczucia kontroli nad uzyskiwanymi efektami [1].

Z psychologicznego punktu widzenia, każda choroba może stanowić zagrożenie dla człowieka. Moment diagnozy wzbudza silne emocje – chory chce wiedzieć: „na co” choruje czy też „co z nim jest?”, dlaczego choruje i kiedy zostanie wyleczony. W przypadku niewydolności serca (NS), tak jak innych chorób przewlekłych, wyleczenie nie jest możliwe, lecz dąży się od zminimalizowania objawów, zwolnienia postępu choroby oraz wydłużenia życia chorego [3].

KIM DLA PSYCHOLOGA JEST CHORY Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA?

Osoby z NS niosą ze sobą duży bagaż problemów psychologicznych. Mają za sobą rozmaite przeżycia związane z chorobą, często także doświadczenia związane z leczeniem metodami inwazyjnymi oraz wynikające z tego zmiany sytuacji życiowej. By zrozumieć ich położenie i zaoferować adekwatną pomoc, konieczna jest wiedza o tym, czego doświadczyli wcześniej, jako chorujący przewlekłe pacjenci kardiologiczni.

Postawienie diagnozy NS, czyli choroby zagrażającej życiu i nieuleczalnej, może prowadzić do przedłużającego się i trudnego okresu przystosowania się pacjenta. Według Murberga, Gill i Bru, niektórzy chorzy jako strategie radzenia sobie przyjmują wyparcie lub zaprzeczanie, które zniekształcają rzeczywistość. Mimo że zaprzeczanie zostało uznane za adaptacyjny i ochronny mechanizm radzenia sobie, ponieważ obniża poziom lęku i umieralność, dotyczy to ostrej fazy przystosowania do choroby. Natomiast długotrwałe utrzymywanie się zaprzeczania może utrudniać przystosowanie chorych z niewydolnością serca, ponieważ jest przyczyną niepowodzeń w stosowaniu się pacjenta do zaleceń, których celem jest obniżenie ryzyka pogorszenia rokowania [6].

Rola psychologa wnikającego w trudne i zawile często rewiry osobowości pacjenta stanowi cenne ogniwo kompleksowej opieki nad chorymi z NS.

REAKCJE EMOCJONALNE W PRZEWLEKŁYCH CHOROBAH KARDIOLOGICZNYCH

W wielu pracach jako najpowszechniej występujące reakcje towarzyszące chorobie wymienia się lęk i depresję, następnie mówi się o złości, przygnębieniu, niepokoju, poczuciu winy, agresji oraz emocjach im pokrewnych [2, 7-10]. Lęk pojawia się, ponieważ choroba zagraża wielu cenionym przez chorego wartościom; wiąże się także z samą chorobą, obciążającym leczeniem, cierpieniem, bólem, postępowaniem choroby, niepewną przyszłością, śmiercią. Lęk nasila także brak akceptacji chorego w rodzinie i w środowisku, obawa o los najbliższych, w szczególności dzieci. Występowanie depresji związane jest z reakcją na doświadczane przez chorego utrudnienia w funkcjonowaniu narządów (np. obrzęki nóg), a także z utratą kontroli nad swoim ciałem oraz niemożnością podejmowania codziennych czynności. Warto podkreślić, że depresja wiąże się też z wiekiem pacjenta – pojawia się ona najczęściej u ludzi młodych [2], przy czym jeśli poziom depresji i lęku były wysokie natychmiast po rozpoznaniu choroby, utrzymują się na tym poziomie przez kolejne lata; u badanych z niskim poziomem lęku i depresji cechy te stawały się bardziej symptomatyczne z upływem czasu [8]. Pojawienie się gniewu i agresji łączone jest z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie „dlaczego właśnie mnie to spotkało?”. Różne sytuacje związane z chorobą i leczeniem mogą stać się źródłem wzmożonej drażliwości i irytacji, zniecierpliwienia, zazdrości i wrogości, wreszcie jawnie wyrażanej złości i agresji. Może to powodować konflikty z innymi chorymi, rodziną i personelem medycznym, niezdyscyplinowanie w leczeniu i bezkrytycyzm. Przygnębienie występuje u chorego, u którego dominuje przekonanie o własnej bezsilności lub beznadziejności sytuacji, w jakiej się znalazł. Dzieje się tak najczęściej po zakończeniu badań początkowych, gdy przeżywa element zaskoczenia przez poważną chorobę, opisywany przez pacjentów jako okres „chaosu” psychicznego, „zawalenie się” dotychczasowego świata. Przekaz informacji o chorobie w sposób brutalny, bez zwrócenia uwagi na psychiczne możliwości chorego, może prowadzić do przeżycia szoku emocjonalnego i silnego przygnębienia lub stanu depresji. Poczucie winy związane z przyczynami choroby często przybiera formę samooskarżeń lub tendencji oskarżycielskich pod adresem rodziny lub środowiska zawodowego. Poczucie winy, odczuwane jako dręczące i męczące

dla pacjentów, jest źródłem wtórnego lęku, poczucia niższości i zależności.

U podłoża wyżej wymienianych emocji leży wysoki poziom napięcia, z towarzyszącą wzmożoną aktywnością układu nerwowego. Wszystkie doznania tworzą tak silny dyskomfort psychiczny, że chory świadomie lub nieświadomie dąży do obniżenia poziomu napięcia i redukcji negatywnych emocji, zwłaszcza lęku. Ze względu na to, że choroba stanowi dla niego realne i nieodwracalne zagrożenie, a jego źródłem jest własne ciało chorego, proces ten nie może odbyć się poprzez rzeczywistą zmianę sytuacji. Odbywa się więc poprzez procesy wewnątrzpsychiczne (np. mechanizmy obronne) i na drodze podejmowania aktywności charakterystycznych dla poszczególnych chorych [12].

Negatywne emocje są opanowywane dzięki mechanizmom kontroli emocji lub przez mechanizmy obronne. Mechanizmy te można podzielić na dwa typy: represywny i sensorywny [11,13]. Wśród mechanizmów typu represywnego znajdują się: wyparcie, tłumienie, odrzucenie diagnozy i szukanie faktów zaprzeczających jej, unikanie myśli i rozmów o chorobie, izolowanie się od chorych, reakcja pozorowana, fantazjowanie. Mechanizmy typu sensorywnego to np.: intelektualizacja, redukcja napięcia poprzez rozmowy o chorobie, modyfikowanie poglądu na zjawisko śmierci, identyfikacja z lekarzami, którzy nie unikają rozmów o śmierci i umieraniu. W chorobach somatycznych mechanizmy te spełniają funkcje adaptacyjne. Pomagają opanować i zredukować negatywne emocje, co poprawia funkcjonowanie psychiczne pacjenta, umożliwia podjęcie zachowania nastawionego na realizację celów zdrowotnych, a także przyjęcie ograniczeń związanych z chorobą oraz powrót do środowiska rodzinnego i zawodowego. Poprzez swoje właściwości choroba zagrażająca życiu wywiera silny urazowy i korozyjny wpływ na tożsamość chorych. W zależności od doświadczeń związanych z nią i leczeniem oraz w zależności od przedchorobowych doświadczeń pacjentów, wpływ ten jest silniejszy lub słabszy, mniej lub bardziej trwały.

Choroba przewlekła może także wywierać pozytywny wpływ na osobowość chorego. Wpływ ten przejawia się – już w okresie hospitalizacji – we wzroście tendencji altruistycznych i prospołecznych. Pacjenci zawierają trwałe przyjaźnie, obserwuje się wzajemną pomoc, życzliwe zainteresowanie sprawami otoczenia. U niektórych osób pojawia się skłonność do refleksji nad dotychczasowym życiem, bilansowanie sukcesów i niepowodzeń, chęć zmian i uporządkowania własne-

go „wnętrza”. Nasila się potrzeba samorealizacji, rozkwitają utajone zdolności twórcze. Chorzy profesjonalnie zajmujący się twórczością artystyczną tworzą nowe prace, odzwierciedlając lub kompensując w nich trudne doświadczenia z okresu choroby [11]. Badania empiryczne dowodzą, że chorym towarzyszą również pozytywne emocje, przede wszystkim nadzieja – dotyczy to nawet sytuacji zagrażających ich życiu [7].

Na adaptację emocjonalną wpływ ma również charakter samej choroby – kiedy wiąże się ona z widocznymi zniekształceniami lub stygmatyzacją społeczną, choremu trudniej jest dostosować się do zaistniałej sytuacji [2]. Na to, w jaki sposób pacjent poradzi sobie z chorobą, wpływa także jej przebieg, stopień jej ciężkości i zagrożenia życia, zagrożenie inwalidztwem, nasilenie wynikających z niej ograniczeń, a także przykrości związane z zabiegami diagnostyczno-terapeutycznymi oraz subiektywna ważność chorego narządu lub układu dla danej osoby; im więc cięższa przypadłość, tym trudniejszy jest proces adaptacji emocjonalnej [14]. Proces adaptacji do choroby, prócz wymiaru emocjonalnego, przebiega także w wymiarze poznawczym.

Taylor opisała zespół adaptacji poznawczej, składający się z trzech faz – poszukiwania znaczenia zaistniałego wydarzenia, odzyskiwanie poczucia kontroli nad zagrażającą sytuacją i odzyskiwanie poczucia własnej wartości. Znaczenie nadaje się wydarzeniu poprzez wnioskowanie o powodach jego pojawienia się oraz przewartościowanie dotychczasowego życia (pozytywne i negatywne). Celem drugiej fazy jest uzyskanie przynajmniej częściowej, choćby iluzorycznej, kontroli nad sytuacją zagrażającą, co przyjmuje często formę kontroli nad jej domniemaną przyczyną (np. dietą) lub też przyczyny postrzega się w przeszłych zdarzeniach (dzięki temu pacjenci mogą wierzyć, że choroba nie powróci lub nie będzie postępować, bo „teraz będzie inaczej”). Trzecia faza wiąże się z wysiłkami związanymi z odzyskaniem poczucia własnej wartości. Powszechnie stosowaną w tym celu strategią są porównania społeczne w dół, czyli z osobami gorszymi od nas pod względem jakiejś cechy – w tym przypadku będącymi w gorszej sytuacji lub gorzej radzącymi sobie. Według Taylor zdecydowana większość osób znajdujących się w sytuacji zagrażającej przechodzi pomyślnie przez omówione trzy fazy, czego efektem jest przystosowanie lepsze niż przed zagrożeniem [15].

ZMIANA RÓL SPOŁECZNYCH ZWIĄZANA Z CHOROBA

Choroba przewlekła stawia przed człowiekiem wiele wyzwań o charakterze społecznym. Przyjmując rolę pacjenta, chory podporządkowuje się systemowi medycyny oficjalnej i jej przedstawicielom. Szpitale i przychodnie są miejscami, w których pacjent najczęściej czuje się obco, a depersonalizacja występująca w placówkach służby zdrowia może powodować wzrost i tak już wysokiego poziomu stresu. Wyzwaniem staje się w takiej sytuacji nawiązanie, utrzymanie i rozwijanie właściwych relacji z personelem medycznym. Zadanie to mogą komplikować odczuwane przez chorego silne negatywne emocje, utrudniając i zaburzając komunikację z personelem, a nawet wzbudzać niechęć do pacjenta. Sytuację dodatkowo komplikuje rotacja personelu, co wiąże się z koniecznością nawiązywania nowych relacji w trakcie terapii [2]. Dążąc do zatrzymania postępu choroby i odzyskania zdrowia, chorzy podporządkowują się zaleceniom lekarskim. W chorobach przewlekłych częstym zjawiskiem, nie zawsze spostrzeganym przez lekarzy, jest wprowadzanie do leczenia innych sposobów niż zalecane oraz niewystarczające przestrzeganie zaleceń medycznych, co znacznie utrudnia skuteczne leczenie [7].

Ważnym wyzwaniem staje się również problem relacji z rodziną i przyjaciółmi. Badania pacjentów chorujących przewlekłe wskazują, że diagnoza choroby może być barierą w prawidłowej komunikacji i interakcjach właśnie wtedy, kiedy wsparcie najbliższych jest szczególnie potrzebne [7]. Choroba przewlekła zmienia funkcjonowanie rodziny pacjenta – jego bliscy doświadczają szeregu konsekwencji choroby: od zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu, trosk chorującego, przez wzrost jego zależności od ich pomocy, konieczność opiekowania się chorym, zmianę ról poszczególnych członków rodziny, przez uczestniczenie w leczeniu (wizyty w szpitalu, u specjalistów itp.) oraz obciążenia finansowe spowodowane chorobą. Relacje społeczne zaburzać może już sama etykieta „chorego” lub „przewlekłe chorego”. Szczególnie wyraźne jest to w przypadku chorób wzbudzających lęk lub takich, których objawy nie są zrozumiałe i bywają trudne do zaakceptowania.

Choroba wiąże się również ze zmianami w sytuacji zawodowej pacjenta. Zmiany te dokonują się podczas całego procesu leczenia, począwszy od etapu rozpoznania choroby. Układ formalnych i nieformalnych relacji w środowisku pracy chorego może utrudniać lub

ułatwiać jednostce podjęcie roli chorego, niezależnie od przepisów prawnych regulujących status chorego w miejscu pracy. Choroba, ograniczając możliwości sprostania wymaganiom zawodowym, może powodować obniżenie pozycji chorego w strukturze danej grupy, co wiąże się z koniecznością zmiany pracy lub rezygnacji z niej [16]. Konieczność stałej lub czasowej rezygnacji z pracy zawodowej jest związana z odczuwaniem dodatkowych frustracji, a także lęku. Pacjent nie może realizować swych planów i zamierzeń związanych z płaszczyzną zawodową, a dodatkowo pojawić się mogą problemy ekonomiczne.

ZNACZENIE SAMOTROSKI I WSPARCIA SPOŁECZNEGO DLA PACJENTÓW

Zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, rehabilitacją, a także uczestniczeniem w interwencjach psychologicznych wiązać się mogą z poziomem przejawianej przez chorego samotroski i troski wymaganej od najbliższych. Samotroska pojawia się gdy pacjent czuje się odpowiedzialny za przebieg własnej choroby i leczenie, zdaje sobie sprawę z tego, że jego działania mogą wpłynąć na proces terapii i na jakość jego życia [17]. Wówczas może on nie tylko cierpieć z powodu choroby, ale może także troszczyć się o swój los, zastanawiać się nad możliwościami jego poprawy i w końcu podjąć aktywne próby przeciwdziałania istniejącej sytuacji. Tak więc pojawienie się samotroski traktowane jest jako przejaw świadomości pacjenta, że od jego aktywności zależy jego położenie, a brak samotroski prowadzić może do coraz większej utraty sprawności funkcjonalnej jednostki.

Troska natomiast rozumiana jest jako szczególny rodzaj stanu umysłu, poczucia odpowiedzialności za bieg życia własnego lub cudzego. Pojawia się, gdy w życiu dzieje się coś niedobrego lub też pojawiają się oznaki, że coś takiego może nastąpić, a przebieg tego procesu wskazuje, że może on mieć mniej lub bardziej negatywne zakończenie. Podjęte działania mogą więc przyczynić się do osiągnięcia najbardziej korzystnego z możliwych rozwiązań. Tak rozumiana troska polega na przejęciu odpowiedzialności za los osoby chorej, pojawienie się poczucia obowiązku zajmowania się nią. Pojawienie się troski sprzyja uruchomieniu działania na rzecz poprawy losu pacjenta. Z perspektywy pacjenta troska innych o niego wskazuje na dążenie do maksymalizowania szans na najbardziej korzystne wyjście ze stanu chorobowego, co może przyczynić się

do poprawy poczucia jakości życia. Okazywanie nadmiernej troski może jednak być odbierane negatywnie, gdyż chory może mieć wrażenie bycia dla najbliższego otoczenia ciężarem [17].

Dbanie o siebie w taki sposób, że wymaga się troski o siebie od innych jest istotne, ponieważ zapewnia choremu system wsparcia. Jeśli pacjent nie potrafi lub nie chce poprosić o pomoc, a jego najbliżsi nie udzielają mu jej sami z siebie, nie otrzymuje on wsparcia. Wziąwszy pod uwagę, że w przypadku pacjentów kardiologicznych wsparcie społeczne znacznie redukuje zagrożenie zachorowania i śmierci z powodu chorób układu krążenia, jest to szczególnie ważne [18]. Analiza pięciu prowadzonych na dużą skalę prospektywnych badań, dotyczących wpływu relacji społecznych na zdrowie, przeprowadzona przez House, Landisa i Umbersona wskazuje, że brak społecznego wsparcia jest czynnikiem ryzyka o podstawowym znaczeniu. Stwierdzili oni, że brak społecznego wsparcia jako czynnik ryzyka jest tak znaczący, że konkuruje z ryzykiem związanym z paleniem papierosów [19]. Z kolei w badaniu Berkman i wsp. stwierdzono, że utrata wsparcia emocjonalnego może poprzedzać śmierć z powodu choroby wieńcowej serca [20]. Jednakże sama obecność rodziny i przyjaciół nie zawsze oznacza dostępność efektywnego wsparcia. Przyjaciele lub rodzina mogą nie być w stanie lub nie chcieć akceptować roli wspierającego, szczególnie gdy wcześniej napięte relacje pogarszają się pod wpływem kryzysu medycznego. Chociaż niektórzy małżonkowie mimo niedostatku wsparcia są w stanie odpowiednio sobie radzić, są również tacy którzy nie są w stanie zabiegać o to, które jest im dostępne [21]. Istnieją także inne powody, dla których potencjalnie wspierające związki często w praktyce wsparcia nie dają. Dzieje się tak wtedy, gdy choroba nadwiera związek w takim stopniu, że przestaje on być wspierający. Rodzina i przyjaciele mogą tak przeżywać chorobę pacjenta, że to on musi ich wspierać [22]. Dzięki samotroscie pacjent może realizować swoje potrzeby oraz regulować doświadczenia emocjonalne, natomiast wymaganie troski ze strony innych zdecydowanie pomoże mu aktywizować system społecznego wsparcia.

PACJENT Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Należy podkreślić, że przeprowadzona powyżej analiza sytuacji życiowej pacjentów kardiologicznych ma zastosowanie w stosunku do osób, u których NS rozwija się przewlekłe. Jest to ważne, ponieważ psy-

chologiczna adaptacja do choroby ostrej przebiega inaczej. Podobnie konieczność podjęcia decyzji transplantacyjnej jest dla człowieka silnym stresem, a często momentem kryzysowym.

W świetle przeprowadzonej wcześniej analizy, psychologiczna sytuacja pacjenta kardiologicznego, u którego wykryto NS, jest dość skomplikowana. Do znanych już choremu objawów, o rozpoznawalnej przez niego dynamice i przebiegu, dołączają nowe. Te nowe, często niepokojące symptomy pojawiają się stopniowo lub nagle. Od lekarza prowadzącego pacjent dowiaduje się, że cierpi na przewlekłą i zagrażającą życiu chorobę, że jego funkcjonowanie będzie się pogarszało, podczas choroby mogą zdarzać się niekorzystne epizody kardiologiczne oraz powtarzające się hospitalizacje [24]. W tej sytuacji zarówno objawy, które powodują ograniczenia i fizycznie osłabiają pacjenta, jak i znaczenie diagnozy, stają się źródłem silnego stresu [6, 24]. Powoduje to znaczącą zmianę w zakresie adaptacyjnych strategii radzenia sobie. Pacjenci z NS doświadczają ograniczeń w zakresie funkcjonowania fizycznego i społecznego, wykazano także, że cierpią na co najmniej umiarkowany poziom depresji. Może się to przejawiać jako brak współpracy w leczeniu lub ograniczenie prób poradzenia sobie z chorobą. Jest to niestety niekorzystne, ponieważ pacjent powinien aktywnie włączyć się w leczenie, aby obniżyć wpisane w rozpoznaniu niewydolności ryzyko śmiertelności [6].

Wyniki wielu badań wskazują, że wśród pacjentów z tej grupy powszechna jest depresja [5, 6, 24]. Badania dotyczące doświadczeń życiowych tych pacjentów wskazują na wielość negatywnych emocji – poczawszy od lęku, przez rezygnację i bezsilność, po silne poczucie braku równowagi i zakłócenie życia [24]. Silne i negatywne emocje utrudniają pacjentom codzienne funkcjonowanie i adaptację do choroby. Wyniki uzyskane przez Jiang i wsp. podczas 12 miesięcznej obserwacji wskazują, że wśród hospitalizowanych pacjentów z NS współczynnik umieralności u pacjentów z depresją był dwukrotnie wyższy niż u pacjentów bez depresji [25]. Za jedną z przyczyn występowania depresji uznaje się również konieczność częstych hospitalizacji. Szacuje się bowiem, że 30-50% tych pacjentów powraca do szpitala w ciągu trzech miesięcy od uzyskania wypisu [26]. Według Carelsa i wsp. z nasileniem objawów NS związane są: doświadczenie poważnego konfliktu z otoczeniem oraz strategia radzenia sobie z chorobą polegająca na skupieniu się na jej objawach [27]. Inne badania wskazują, że lęk i depre-

sja u pacjentów hospitalizowanych są predyktorami słabej kontroli objawów i gorszego stanu po wypisaniu ze szpitala. Ponadto, bez względu na ostrość choroby, wysoki poziom stresu jest znaczącym predyktorem rehospitalizacji, niskiej jakości życia i wysokiej śmiertelności wśród pacjentów kardiologicznych, w tym z niewydolnością serca [24].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na pogorszenie stanu chorych z niewydolnością serca, odpowiedzialnym jednocześnie za powtórzną hospitalizację, jest nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń dotyczących farmakoterapii i stylu życia. Nieregularne przyjmowanie leków może zwiększać częstość hospitalizacji o 20-58%. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że czynnikiem determinującym przestrzeganie zaleceń lekarskich jest poziom wiedzy o chorobie [28]. W badaniu Horowitz, Rein i Leventhala wykazano, że wielu chorych nie rozumie i nie ma wiedzy na temat swojej choroby [29]. Badani nie byli zorientowani co do przyczyn i nasilenia objawów choroby. Podobnie, nie mieli wiedzy na temat rozwoju choroby – nie potrafili opisać zmienności objawów w czasie i określić przyczyn tej zmiany. Nie kojarzyli, że objawy takie jak obrzęki i duszność miały związek z używaniem przez nich soli, nie wiedzieli też w jaki sposób monitorować te symptomy i jak reagować na zmiany. Jednocześnie chorzy ci oczekiwali na informacje o swojej chorobie. Informacje te należy więc odpowiednio przedstawiać, przygotowując je w zrozumiały dla pacjentów sposób. Kłopoty ze zrozumieniem i przetworzeniem uzyskanych od lekarza danych wynikają często z zaburzeń funkcji poznawczych. Badania, które przeprowadzili Shiffman i Stone wskazują, że pacjenci mają ograniczoną zdolność streszczenia i integrowania informacji. W związku z tym spośród wielu nowych informacji mogą nie potrafić wybrać najbardziej istotnych. Może im także trudno łączyć nową wiedzę na temat choroby i jej przebiegu z informacjami już posiadanymi [27].

Wyniki wielu badań wskazują, że przyczyną wzrostu umieralności wśród pacjentów z NS, oprócz niedostatecznej współpracy w zakresie przyjmowania przepisanych leków, jest niepodejmowanie aktywności fizycznej. Natomiast uczestniczenie pacjentów z tej grupy w opracowanych programach treningów wiązało się ze wzrostem czasu przeżycia i zmniejszeniem liczby hospitalizacji [6]. Wyniki uzyskane w innym badaniu pozwoliły stwierdzić, że trening fizyczny wywiera pozytywny wpływ nie tylko na fizjologiczne funkcjonowanie chorych, ale także daje psychospołeczne i funkcjonalne korzyści. Dzięki uczestnictwu badanych

w ćwiczeniach, uzyskano następujące zmiany: poprawę w zakresie objawów choroby, wzrost jakości życia, obniżenie depresji oraz wzrost aktywności osób, które mogą chodzić [30].

Wsparcie społeczne może zabezpieczać przed niekorzystnymi skutkami stresu i zapewniać konkretną pomoc lub poradę. Badania w zakresie wsparcia społecznego u chorych z NS wskazują, że brak adekwatnego wsparcia może przyczyniać się do spostrzegania zdrowia jako gorszego, powtórnych hospitalizacji i śmiertelności z powodu niewydolności [27]. Różne typy wsparcia społecznego wywierają zróżnicowane psychologiczne efekty. Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia społecznego chroni zarówno przed objawami depresji, jak i przed depresją kliniczną. Wsparcie emocjonalne determinuje wyższą satysfakcję z życia i bardziej pozytywnie wpływa na współpracujących ze sobą pacjentów. Z kolei wsparcie instrumentalne (rzeczowe) łagodzi stres psychologiczny. [24].

PODSTAWOWE ELEMENTY PRACY PSYCHOLOGA Z PACJENTAMI Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Rozpoznanie przewlekłej choroby nie zawsze wiąże się od razu z uświadomieniem przez osobę niepełnosprawną różnych sytuacji trudnych, jakie mogą jej przydarzyć się w przyszłym życiu. Chory, przeciwnie, skupia swoją uwagę na aktualnym położeniu życiowym i stanie zdrowia. Przeżywa ciągły lęk, napięcie, niepewność i inne przykre emocje. Zadaniem psychologa jest doprowadzenie do redukcji tych przeżyć w kontakcie z pacjentem, a także poprzez uwrażliwienie i udzielanie instrukcji dotyczących optymalnego zachowania się jego systemowi wsparcia – członkom rodziny oraz innym osobom wpływającym na stan jego zdrowia [31]. Psycholog powinien także pracować z pacjentem nad posiadanym przez niego obrazem choroby. Jest to znaczący czynnik, odzwierciedlający się w zachowaniu chorego, pobudzający lub opóźniający jego aktywność zdrowotną. W związku z tym szczególną uwagę należy zwrócić na zrozumienie przez pacjenta konieczności zmiany stylu życia (problemy nikotynizmu, alkoholizmu, zmiany diety, podejmowania odpowiedniej aktywności ruchowej, stosowania się do zaleceń lekarskich). Warto podkreślić, że obraz własnej choroby może także wpłynąć na wybór strategii radzenia sobie z chorobą. Obraz własnej choroby pozwala na dokonywanie przewartościowań odnoszących się do istoty i wartości życia, sensu cierpienia,

miejsca i roli człowieka na świecie. Na ukształtowanie się obrazu własnej choroby istotny wpływ wywierają odczuwane przez pacjenta emocje, a zwłaszcza powszechna w tej grupie chorych depresja, lęk o zdrowie i życie oraz obawa o przyszłość najbliższych i ustabilizowanie się trudnej sytuacji życiowej chorego [32]. Sytuacje takie, jak poważna choroba somatyczna, sprzyjają przemyśleniom dotyczącym sensu życia i cierpienia, ważne jest więc, by pacjent posiadał jak najpełniejszy i zrozumiały obraz swojej choroby. Różne mity związane z chorobą i niewiedzą są źródłem dodatkowego lęku. Z punktu widzenia psychologa istotna jest również kwestia dostosowania celów proponowanej pracy do intelektualnych i emocjonalnych potrzeb pacjenta oraz wzbudzanie motywacji chorego do pracy w oparciu o korzyści wynikające z wprowadzanych zmian, a nie straszenie negatywnymi konsekwencjami.

PODSUMOWANIE

W pracy psychologa z pacjentami z NS można, a nawet należy, wykorzystywać wiedzę dotyczącą stanu osób przewlekle chorych, co powinno znacząco wpływać na poprawę ich funkcjonowania. Są to jednak wyjątkowi pacjenci, znajdujący się w sytuacji stałego zagrożenia życia. W związku z tym, aby udzielana im pomoc była skuteczna, musi być dostosowana do specyficznych potrzeb i możliwości chorego.

Wyniki dotychczas prowadzonych badań wskazują, że pacjenci z NS zdecydowanie potrzebują pomocy w zakresie powszechnie występującej wśród nich depresji; należy pracować z nimi nad aktywizacją wsparcia społecznego, istotna jest także praca nad adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie z chorobą. Dlatego informacja o wszystkich aspektach niewydolności serca musi być bardzo dostępna dla chorego.

Należy również upewnić się, czy pacjenci są w pełni świadomi konieczności systematycznego przyjmowania leków w zalecanych dawkach i stałego przestrzegania innych zaleceń zdrowotnych, gdyż korzystnie wpływa to na poprawę rokowania [33]. Dzięki temu pacjenci mogą nauczyć się żyć ze swoją chorobą i ją kontrolować, a przez to poprawiać jakość życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Fisher J.: Is there a need for cardiac psychology? The view of a practicing cardiologist. W: *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*. R. Allan, S. Scheidt (ed.). American Psychological Association, Washington, 1998.
2. Bishop G. D.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
3. Korewicki J., Leszek P., Kopacz M.: *Epidemiologia i aktualny stan w zakresie postępowania w niewydolności serca*. W: *Niewydolność serca*. J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.). Via Medica, Gdańsk 2004.
4. Scheidt S.: A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional. W: *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*. R. Allan, S. Scheidt (ed.). American Psychological Association, Washington 1998.
5. Kurylo M., Elliot T.R., DeVivo L. i wsp.: Caregiver Social Problem Solving Abilities and Family Member Adjustment Following Congestive Heart Failure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2004; 11: 151-157.
6. Murberg T.A., Gill F., Bru E.: Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: a 6-year follow-up study. *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 757-766.
7. Heszen-Niejodek I.: *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*, t. 3. GWP, Gdańsk 2000.
8. Pilecka W.: Psychospołeczne przystosowanie dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną. W: *Wspomaganie rozwoju: psychostymulacja i psychokorekcja*. Tom IV. B. Kaja (red.). Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. K. Wielkiego, Bydgoszcz 2002.
9. Wrześniewski K., Łuszczynska-Cieślak A., Włodarczyk D.: Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca. W: *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. H. Sęk, T. Pasikowski (red.). Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
10. Barraclough J.: *Rak i emocje. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii*. Wyd. Medyczne Sanmedica, Warszawa 1997.
11. Turuk-Nowakowa T.: Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych. W: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. I. Heszen-Niejodek I. (red.). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990.
12. Ratajska A.: *Podmiotowe wyznaczniki radzenia sobie z bólem u pacjentów onkologicznych*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań 1999.
13. de Walden-Gałuszko K.: *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. MAKmed., Gdańsk 1996.
14. Adamczak M.: *Choroba i jej indywidualna koncepcja*. W: *Elementy psychologii klinicznej*. B. Waligóra (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1985.
15. Taylor S.E.: Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*. 1984; 6-7: 15-38.
16. Górnik M.: *Dynamika roszczeń i doświadczenia niesprawiedliwości wśród ludzi chorych somatycznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1994.
17. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A.: *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem*

- zdrowia. W: Jakość życia w naukach medycznych. L. Wołowicka (red.). Wydawnictwo Uczelniane AM w Poznaniu 2001.
18. Słońska Z.: Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca – wyzwania dla promocji zdrowia. W: Choroba niedokrwienności serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.). GWP, Gdańsk 2004.
19. Allan R., Scheidt S.: Empirical basis for cardiac psychology. W: Heart & Mind. The practice of cardiac psychology. R. Allan, S. Scheidt (ed.). American Psychological Association, Washington 1998.
20. Jacobs S.C., Sherwood J.B.: The cardiac psychology of women and coronary heart disease. W: Heart & Mind. The practice of cardiac psychology. R. Allan, S. Scheidt (ed.). American Psychological Association, Washington 1998.
21. Delon M.: The patient In the CCU waiting room: in – hospital treatment of the cardiac spouse. W: Heart & Mind. The practice of cardiac psychology. R. Allan, S. Scheidt (ed.). American Psychological Association, Washington 1998.
22. Salmon P.: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
23. British Heart Foundation: Heart Failure. 2002: dostępne na stronie: www.bhf.org.uk
24. Yu D.S.F., Lee D.T.F., Woo J. i wsp.: Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 57: 573-581.
25. Jiang J.W., Alexander J., Christopher E. i wsp.: Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*. 2001; 161: 1849-1856.
26. Koton-Czarnecka M.: Kompleksowa opieka medyczna poprawia jakość życia pacjenta. *Puls Medycyny*. 2006: dostępne na stronie: www.pulsmedycyny.com.pl/.
27. Carels R.A., Musher-Eizenman D., Cacciapaglia H. i wsp.: Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients. A within-individual approach. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 56: 95-101.
28. Wizner B., Fedyk – Łukasik M., Grodzicki T. Edukacja i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. W: Niewydolność serca. J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.). Via Medica, Gdańsk 2004.
29. Horowitz C.R., Rein S.B., Leventhal H.: A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Social Science & Medicine*. 58; 2004: 631-643.
30. Taylor A.: The effects of exercise training on patients with chronic heart failure. *Coronary Health Care*. 2000; 4: 10-16.
31. Kowalik S.: Psychologia rehabilitacji. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
32. Gałuszka A.: Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005.
33. Mc Mahon K.M.A., Lip G.Y.H.: Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162:509-516.

Adres do korespondencji:

dr hab. med. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK
Katedra i Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
Oddział Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Bydgoszczy
Wojewódzki Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niewydolności Serca
ul. Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz
tel/fax 052 3655 653
e-mail: wsinkiewicz@cm.umk.pl

Otrzymano: 17.04.2007

Zaakceptowano do druku: 17.07.2007

PRACA POGLĄDOWA / REVIEW

Michał Szpinda

**DYNAMIKA ROZWOJOWA WIELKICH TĘTNIC KLATKI PIERSIOWEJ
W ŻYCIU PRE- I POSTNATALNYM CZŁOWIEKA – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA**

**DEVELOPMENTAL DYNAMICS OF THE GREAT CHEST ARTERIES
IN HUMAN PRE- AND POSTNATAL LIFE – LITERATURE REVIEW**

Z Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr n. med. Michał Szpinda

Streszczenie

W niniejszym opracowaniu przedstawiono prace dotyczące rozwoju długości, średnicy i pojemności wielkich tętnic klatki piersiowej w życiu pre- i postnatalnym człowieka. Badania anatomiczne i echokardiograficzne potwierdziły, że w okresie płodowym długość i średnica naczynia wzrastała zgodnie z funkcją liniową, podczas gdy jego pojemność – zgodnie z funkcją kwadratową. Zależności te opisano krzywymi regresji. Stosunek średnicy pnia płucnego do średnicy

aorty wstępującej podczas rozwoju płodowego wynosił 0,75-1,43 i nie zależał ani od wieku, ani od masy ciała. Wartość tego wskaźnika może sugerować wadę wrodzoną serca. U dzieci i dorosłych średnicę tętnic najlepiej odzwierciedlał logarytm naturalny z całkowitej powierzchni ciała lub z masy ciała. Zasadniczo wartości bezwzględne średnic naczyń były większe u płci męskiej, ale w odniesieniu do całkowitej powierzchni ciała nie wykazywały one różnic płciowych.

Summary

Studies concerning the development of the length, diameter and volume of the great chest arteries during pre- and postnatal life are presented in this contribution. The anatomical and echocardiographic examinations confirmed that the length and diameter increased according to a linear function, whereas arterial volume grew in accordance with a quadratic function. The regression curves were used to describe these developmental relations. The pulmonary trunk-to-ascending

aorta diameter ratio reached the value from 0.75 to 1.43, and was independent of fetal age and weight. This ratio value can suggest a congenital heart disease. In children and young adults there was a natural logarithmic relationship between BSA or body weight and arterial dimensions. Generally, the absolute artery diameters were greater in males than females, but the diameters were similar between genders, when indexed to BSA.

Słowa kluczowe: wzrost tętnic, długość, średnica, pojemność, analiza regresji

Key words: arterial growth, length, diameter, volume, regression analysis

WSTĘP

Zdaniem wielu autorów, badających dynamikę rozwojową wielkich tętnic klatki piersiowej w życiu prenatalnym człowieka, średnica naczyń wzrastała zgodnie z funkcją liniową [1-15]. Także długość tętnic wykazywała liniowy wzrost, podczas gdy ich pojemność wzrastała według modelu funkcji kwadratowej [16, 17]. Alvarez i wsp. [7] obliczyli długość i pojemność cieśni aorty, pnia płucnego i przewodu tętniczego, a następnie wykazali ich liniowy wzrost względem masy płodu.

Wzrost wielkich tętnic klatki piersiowej podczas rozwoju płodowego (tab. 1) był w mniejszej części przedmiotem badań anatomicznych [5-8, 15, 18], ustępując znacznie liczniejszym badaniom echokardiograficznym *in utero* [5, 13, 14, 19-22].

Tabela I. *Badania anatomiczne i echokardiograficzne wielkich tętnic klatki piersiowej u płodów człowieka*
 Table I. *Anatomical and echocardiographic examinations of the great chest arteries in human fetuses*

Lp. Number	Autorzy Authors	Metody Methods	Płody Fetuses		Zakres badań Examination range
			liczba number	wiek (tygodnie) age (weeks)	
1.	Angelini i wsp. (1988)	anatomiczne anatomical	30	10-33	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej, łuku aorty, cieśni aorty, aorty piersiowej, przewodu tętniczego, pnia płucnego i tętnic płucnych
2.	Alvarez i wsp. (1990, 1991)		496	nie podano	obwody: aorty wstępującej, cieśni aorty, aorty piersiowej, pnia płucnego, tętnic płucnych, przewodu tętniczego; długości: pnia płucnego, przewodu tętniczego; pojemności: cieśni aorty, pnia płucnego, przewodu tętniczego
3.	Ursell i wsp. (1991)		274	10-26	średnice zewnętrzne: aorty wstępującej, łuku aorty, cieśni aorty, aorty piersiowej, przewodu tętniczego, pnia płucnego i tętnic płucnych
4.	Hyett i wsp. (1995a)		61	8-18	
5.	Castillo i wsp. (2005)		103	13-20	średnice zewnętrzne: aorty wstępującej, łuku aorty, cieśni aorty, początku aorty piersiowej, pnia płucnego, tętnic płucnych, przewodu tętniczego; długość pnia płucnego
6.	Angelini i wsp. (1988)	echokardiograficzne echocardiographic	20	23-27	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej, łuku aorty, cieśni aorty, aorty piersiowej, przewodu tętniczego, pnia płucnego i tętnic płucnych
7.	Comstock i wsp. (1991)		316	14-39	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej i pnia płucnego; stosunek średnicy pnia płucnego do średnicy aorty wstępującej
8.	Hornberger i wsp. (1992)		92	16-38	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej, łuku aorty, cieśni aorty, początku aorty piersiowej i tętnicy szyjnej wspólnej lewej
9.	Achiron i wsp. (1998)		139	14 - 26	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej i pnia płucnego
10.	Achiron i wsp. (2000)		125	14-38	średnice wewnętrzne: łuku aorty i cieśni aorty
11.	Gembruch i wsp. (2000)		136	10-17	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej i pnia płucnego
12.	Firpo i wsp. (2001)		42-181	12-32	średnice wewnętrzne: aorty wstępującej, aorty piersiowej, pnia płucnego i tętnic płucnych
13.	Nomiyama i wsp. (2002)		130	30-40	średnice wewnętrzne: cieśni aorty i początku aorty piersiowej

BADANIA ANATOMICZNE

Hyett i wsp. [18] na materiale liczącym 61 płodów człowieka w wieku 8-18 tyg., wykazali liniowy wzrost średnic zewnętrznych aorty, pnia płucnego, tętnic płucnych i przewodu tętniczego. Również Ursell i wsp. [8], opierając się na 274 płodach człowieka w wieku 10-26 tyg., zaobserwowali wprost proporcjonalny wzrost średnic zewnętrznych aorty (na poziomie zastawki aorty, cieśni aorty i aorty piersiowej), przewodu tętniczego, pnia płucnego i tętnic płucnych. Angelini i wsp. [5], na 30 płodach człowieka w wieku 10-33 tyg., zbadali średnice wewnętrzne aorty (na poziomie jej zastawki, łuku aorty i cieśni), przewodu tętniczego, pnia płucnego i tętnic płucnych. Wyniki swych badań wyrazili oni w postaci średnic względnych, w odniesieniu do średnicy aorty, mierzonej na poziomie jej zastawki. Autorzy ci jednak nie skorelowali wartości średnic z wiekiem płodu, co uniemożliwiło zbadanie dynamiki rozwojowej. Alvarez i wsp. [6, 7] dokonali pomiarów 17 różnych parametrów naczyniowych wielkich tętnic klatki piersiowej u 496 płodów i noworodków o masie ciała od 60 do 4984 g. Wykazali oni, ściśle skorelowany z masą ciała, liniowy wzrost długości: cieśni aorty, pnia płucnego, przewodu tętniczego, obwodów: aorty wstępującej, cieśni aorty, aorty piersiowej, pnia płucnego, tętnic płucnych i przewodu tętniczego, a także pojemności: cieśni aorty, pnia płuc-

nego i przewodu tętniczego. Inne badania [23-25] wskazują na silniejszy związek średnic aorty wstępującej i pnia płucnego z wiekiem ciążowym ($r=0,94$), niż z masą ciała ($r=0,66$ dla aorty, $r=0,68$ dla pnia płucnego). Van Meurs-van Woezik i Krediet [2], bazując na materiale badawczym 126 osobników w wieku od 21 tyg. życia płodowego do 10 roku stwierdzili, że średnice aorty wstępującej, cieśni aorty, aorty piersiowej i przewodu tętniczego wykazywały, także w rozwoju postnatalnym wprost proporcjonalny wzrost wartości, skorelowany z długością ciała. W życiu postnatalnym, proporcjonalny z wiekiem wzrost tętnic, potwierdziły również badania Tody i wsp. [26] oraz Machii i Beckera [27]. Obserwacje te nie korespondują jednak z wynikami badań Sairanena i Louhimy [28], którzy stwierdzili u dzieci w wieku od 3 miesięcy do 15 lat, że średnice końcowe aorty wstępującej i piersiowej oraz średnice pnia płucnego i obu tętnic płucnych były najsilniej skorelowane z całkowitą powierzchnią ciała (0,95-0,97) i wzrastały zgodnie z funkcją logarytmiczną.

BADANIA ECHOKARDIOGRAFICZNE

Gembruch i wsp. [29], przy użyciu ultrasonografii przezpochwowej i przezbrzuszej, zbadali średnice aorty wstępującej i pnia płucnego u 136 płodów w wieku 10-17 tyg. ciąży. Zarówno rozmiary serca

(wymiar poprzeczny serca, wymiary obu komór, grubość przegrody międzykomorowej), jak i średnice aorty oraz pnia płucnego wykazywały wysoce statystyczną liniową korelację z wiekiem płodu i jego wymiarem dwuciemiennym. Tan i wsp. [30] udowodnili, że między 23 a 36 tyg. ciąży średnice pnia płucnego i obu tętnic płucnych wzrastały wprost proporcjonalnie do masy ciała. Liniowy wzrost średnicy łuku aorty potwierdzili również Achiron i wsp. [14] na 125 płodach między 14 a 38 tyg. ciąży. Wykazali oni, że średnicę łuku aorty względem wieku płodu wyraża zależność: $y = -1,17 + 0,169x$ ($r = 0,924$; $p < 0,001$). Comstock i wsp. [19] zbadali stosunek średnicy początkowej pnia płucnego do średnicy początkowej aorty wstępującej (wskaźnik) u 316 prawidłowo rozwijających się płodów między 14 a 39 tyg. ciąży. Autorzy podkreślają, że bezwzględne wartości średnic obu tych tętnic mogą wprowadzać w błąd, zwłaszcza gdy jedna ze średnic osiąga górny zakres normy, a pozostała - jej zakres dolny. Bardziej miarodajna jest średnica względna tętnicy, gdyż charakteryzuje się ona mniejszą zmiennością. Analiza regresji wykazała, że średnice początkowe pnia płucnego i aorty wstępującej były ściśle skorelowane z wiekiem ($r=0,94$), natomiast stosunek tych średnic (wskaźnik) wynosił 0,75-1,43 ($1,09 \pm 0,17$) i nie zależał ani od wieku, ani od masy ciała. Chaoui i wsp. [11] na materiale 157 płodów w wieku 20-40 tyg. wykazali, że wartość tego wskaźnika wynosiła 1,25. Z faktu, że średnice pnia płucnego i aorty wstępującej odzwierciedlają względny przepływ przez prawą i lewą połowę serca wypływa wniosek, że stosunek średnicy pnia płucnego do średnicy aorty wstępującej, wykraczający poza normę, może sugerować wadę wrodzoną serca. Dlatego Comstock i wsp. [19] zbadali ten wskaźnik u 21 płodów z wadami wrodzonymi serca, wykazując, że aż u 13 płodów odbiegał on znacząco od normy. Wysokie wartości wskaźnika (1,6-2,9) odnotowano u 7 płodów ze zwiększonym przepływem przez pień płucny i obniżonym przepływem przez aortę, co miało miejsce w atrezji zastawki trójdzielnej z przełożeniem dużych tętnic ($n=3$), w koarktacji lub w przerwanym łuku aorty ($n=2$), w hipoplazji lewostronnej serca ($n=1$) i w podwójnym odejściu tętnic z prawej komory serca ($n=1$). Niskie wartości wskaźnika (0,25-0,75) odnotowano u 6 płodów ze zmniejszonym przepływem przez pień płucny i zwiększonym przepływem przez aortę, czyli w tetralogii Fallota ($n=4$) i w atrezji zastawki trójdzielnej ($n=2$). U 7 płodów z wadą serca: koarktacją łuku aorty ($n=1$), hipoplastyczną lewą połową serca ($n=1$), atrezją

zastawki trójdzielnej ($n=2$) i tetralogią Fallota ($n=3$), pomimo że jedno naczynie miało prawidłową średnicę, a średnica drugiego tylko nieznacznie odbiegała od normy, to jednak wskaźnik odpowiadający względnej średnicy pnia płucnego znacznie wykraczał poza zakres prawidłowych wartości. Comstock i wsp. [19] oraz Pepas i wsp. [31] uważają, że niska wartość tego wskaźnika stanowi pierwszą sugestję występowania powyższych wad, a zwłaszcza tetralogii Fallota, na etapie gdy ubytek przegrody międzykomorowej jest jeszcze trudny do stwierdzenia. Comstock i wsp. [19] zalecają przeprowadzenie szczegółowego badania serca w przypadku, gdy średnica pnia płucnego jest większa o ponad 50%, albo mniejsza o ponad 25% od średnicy aorty wstępującej. Zaletą wskaźnika jest jego niezależność od wieku płodu i masy ciała, co znacząco ułatwia interpretację wyników. Cartier i Doubilet [25] stwierdzili, że prawidłowa wartość tego wskaźnika zostaje zachowana nawet u płodów z zahamowanym rozwojem somatycznym.

Hornberger i wsp. [20] zbadali u 92 płodów w wieku 16-38 tyg. średnice wewnętrzne aorty wstępującej, łuku aorty, cieśni aorty, początku aorty piersiowej i lewej tętnicy szyjnej wspólnej. Średnice aorty mierzone na pięciu różnych poziomach wykazywały wprost proporcjonalny wzrost wartości, opisany następującymi funkcjami liniowymi: $y = 0,22x - 0,38$ ($r=0,94$) dla średnicy początkowej aorty wstępującej, $y = 0,20x - 0,46$ ($r=0,93$) dla średnicy końcowej aorty wstępującej, $y = 0,18x - 0,37$ ($r=0,92$) dla średnicy łuku aorty, $y = 0,17x - 0,52$ ($r=0,92$) dla średnicy cieśni aorty i $y = 0,21x - 0,97$ ($r=0,93$) dla średnicy początkowej aorty piersiowej. Współczynniki korelacji między tymi średnicami a wiekiem płodu były istotne statystycznie ($p < 0,001$). Następnie autorzy ci obliczyli średnice względne każdej z tętnic, w odniesieniu do średnicy końcowej aorty wstępującej. Wynosiły one: $1,13 \pm 0,09$ dla średnicy początkowej aorty wstępującej, $0,94 \pm 0,09$ dla łuku aorty, $0,81 \pm 0,09$ dla cieśni aorty i $0,96 \pm 0,09$ dla średnicy początkowej aorty piersiowej. Także Achiron i wsp. [13, 14] oraz Firpo i wsp. [21] zbadali rozwój wymiarów serca i średnic wielkich tętnic klatki piersiowej w życiu prenatalnym, udowadniając ich liniowy wzrost wraz z wiekiem ciążowym. Deng i wsp. [32] wykazali wysoką korelację ($r=0,873-0,892$) między średnicą początkową aorty wstępującej i pnia płucnego a wymiarem dwuciemiennym płodu.

Badania echokardiograficzne Poutanena i wsp. [33] potwierdziły wprost proporcjonalny wzrost średnicy aorty, który następuje także w życiu postnatalnym

człowieka. Badania dotyczyły średnic aorty, mierzonych na 8 różnych poziomach, u 168 zdrowych pacjentów (85♂, 83♀) w wieku 2-27 lat. Średnice aorty wykazywały liniowy wzrost, skorelowany z wiekiem ($r=0,75-0,83$), wysokością ($r=0,80-0,91$), masą ciała ($r=0,82-0,90$) i całkowitą powierzchnią ciała ($r=0,84-0,92$); wszystkie współczynniki korelacji były istotne statystycznie ($p<0,001$). Należy podkreślić, że chociaż bezwzględne wartości badanych średnic były większe u płci męskiej, to jednak w odniesieniu do całkowitej powierzchni ciała nie wykazywały one różnic płciowych [33-35]. Pearce i wsp. [36] podają, że wartości średnic aorty na różnych poziomach były większe u mężczyzn niż u kobiet ($p<0,0001$), co koresponduje też z wynikami badań Cassottany i wsp. [37]. Rammos i wsp. [38, 39], w oparciu o badania angiograficzne stwierdzili, że wzrost aorty, pnia płucnego i tętnic płucnych u dzieci i młodocianych był silnie skorelowany ($r=0,99$) z długością i całkowitą powierzchnią ciała. Także Roman i wsp. [34] wykazali liniową zależność między średnicami aorty a całkowitą powierzchnią ciała, podkreślając jednocześnie, że funkcja ta wyraża się najwyższym ($r=0,84-0,92$) współczynnikiem korelacji. Badania echokardiograficzne potwierdziły, że u niemowląt [40] i dzieci do lat 3 [41] średnice początkowe aorty wstępującej, pnia płucnego i obu tętnic płucnych wykazywały liniowy wzrost względem masy i całkowitej powierzchni ciała.

Niektórzy autorzy nie podzielają poglądu o wprost proporcjonalnym wzroście średnic aorty [42]. U dzieci i dorosłych jej wartość najlepiej odzwierciedlał logarytm naturalny z całkowitej powierzchni ciała [35] lub z masy ciała [43, 44]. Rammos i wsp. [45] udowodnili, że u dzieci i młodocianych pole przekroju poprzecznego aorty wstępującej i pnia płucnego było wysoko skorelowane z całkowitą powierzchnią ciała. Ichida i wsp. [46] zaobserwowali natomiast, że u 173 dzieci w wieku do 15 lat, średnice aorty wstępującej i pnia płucnego były najsilniej skorelowane z pierwiastkiem kwadratowym, obliczonym z całkowitej powierzchni ciała.

PIŚMIENNICTWO

- van Meurs-van Woezik H., Krediet P.: Normal internal calibres of ostia of great arteries and of aortic isthmus in infants and children. *Br. Heart J.*, 1977, 49, 860-865.
- van Meurs-van Woezik H., Krediet P.: Measurements of the descending aorta in infants and children: comparison with other aortic dimensions. *J. Anat.*, 1982, 135, 273-279.
- Mandorla S., Narducci P.L., Bracalente B., Pagliacci M.: Fetal echocardiography. A horizontal study of biometry and cardiac function in utero. *G. Ital. Cardiol.*, 1986, 16, 487-495.
- Olley P.M.: The ductus arteriosus, its persistence and its patency. In: Anderson R.H., Macartney F.J., Shinebourne E.A., Tynan M., (Eds.) *Pediatric Cardiology*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987, pp. 937-957.
- Angelini A., Allan L.D., Anderson R.H., Crawford D.C., Chita S.K., Ho S.Y. Measurements of the dimensions of the aortic and pulmonary pathways in the human fetus: a correlative echocardiographic and morphometric study. *Br. Heart J.*, 1988, 60, 221-226.
- Alvarez L., Aranega A., Saucedo R., Contreras J.A., Lopez F., Aranega A.: Morphometric data concerning the great arterial trunks and their branches. *Int. J. Cardiol.*, 1990, 29, 127-139.
- Alvarez L., Aranega A., Saucedo R., Lopez F., Aranega A.E., Muros M.A.: Morphometric data on the arterial duct in the human fetal heart. *Int. J. Cardiol.*, 1991, 31, 337-344.
- Ursell P.C., Byrne J.M., Fears T.R., Strobino B.A., Gersony W.M.: Growth of the great vessels in the normal human fetus and in the fetus with cardiac defects. *Circulation*, 1991, 84, 2028-2033.
- Tan J., Silverman N.H., Hoffman J.I.E., Villegas M., Schmidt K.G.: Cardiac dimensions determined by cross-sectional echocardiography in the normal human fetus from 18 weeks to term. *Am. J. Cardiol.*, 1992, 70, 1459-1467.
- Wilhelm C., Prompeler H., Barth R., Schillinger H.: Ultrasound biometry of the fetal heart. *Zentralbl. Gynäkol.*, 1992, 114, 279-286.
- Chaoui R., Heling K.S., Bollmann R.: Sonographische Messungen der Durchmesser der Aorta und des Truncus pulmonalis beim Feten. *Gynäkol. Geburtsh. Rundsch.*, 1994a, 34, 145-151.
- Chaoui R., Heling K.S., Bollmann R.: Sonographische Messungen am fetalen Herzen in der Vierkammerblick-Ebene. *Geburtsh. Frauenheilk.*, 1994b, 54, 92-97.
- Achiron R., Golan-Porat N., Gabbay U., Rotstein Z., Heggesh J., Mashiach S., Lipitz S.: In utero ultrasonographic measurements of fetal aortic and pulmonary artery diameters during the first half of gestation. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 1998, 11, 180-184.
- Achiron R., Zimand S., Heggesh J., Lipitz S., Zalel Y., Rotstein Z.: Fetal aortic arch measurements between 14 and 38 weeks' gestation: in utero ultrasonographic study. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2000, 15, 226-230.
- Castillo E.H., Arteaga-Martinez M., Garcia-Pelaez I., Villasis-Keever M.A., Aguirre O.M., Moran V., Vizcaino A.: Morphometric study of the human fetal heart. I. Arterial segment. *Clin. Anat.*, 2005, 18, 260-268.
- Flisiński P., Szpinda M., Flisiński M.: Variability and morphometric parameters of the carotid arteries in human fetuses. *Medical and Biological Sciences*, 2005, 19, 147-151.

17. Szpinda M., Flisiński P., Elminowska-Wenda G., Flisiński M., Krakowiak-Sarnowska E.: The variability and morphometry of the brachiocephalic trunk in human fetuses. *Folia Morphol. (Warsz.)*, 2005, 64, 309-314.
18. Hyett J., Moscoso G., Nicolaides K.: Morphometric analysis of the great vessels in early fetal life. *Hum. Reprod.*, 1995, 10, 3045-3048.
19. Comstock C.H., Riggs T., Lee W., Kirk J.: Pulmonary-to-aorta diameter ratio in the normal and abnormal fetal heart. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, 165, 1038-1044.
20. Hornberger L.K., Weintraub R.G., Pesonen E., Murilo-Olivas A., Simpson I.A., Sahn C., Hagen-Ansert S., Sahn D.J.: Echocardiographic study of the morphology and growth of the aortic arch in the human fetus. Observations related to the prenatal diagnosis of coarctation. *Circulation*, 1992, 86, 741-747.
21. Firpo C., Hoffman J., Silverman N.H.: Evaluation of Fetal Heart Dimensions from 12 Weeks to Term. *Am. J. Cardiol.*, 2001, 87, 594-600.
22. Nomiya M., Ueda Y., Toyota Y., Kawano H.: Fetal aortic isthmus growth and morphology in late gestation. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2002, 19, 153-157.
23. Sahn D.J., Lange L.W., Allen H.D., Goldberg S.J., Anderson C., Giles H., Haber K.: Quantitative real-time cross-sectional echocardiography in the developing normal human fetus and newborn. *Circulation*, 1980, 62, 588-596.
24. Cartier M.S., Davidoff A., Warneke L.A., Hirsch M.P., Bannon S., St John Sutton M., Doublet P.M.: The normal diameter of the fetal aorta and the pulmonary artery: echocardiographic evaluation in utero. *Am. J. Radiol.*, 1987, 149, 1003-1007.
25. Cartier M.S., Doublet P.M.: Fetal aortic and pulmonary artery diameters: sonographic measurements in growth-retarded fetuses. *A.J.R.*, 1988, 151, 991-993.
26. Toda T., Tsuda N., Nishimori I.: Morphometrical analysis of the aging process in human arteries and aorta. *Acta Anat. (Basel)*, 1980, 106, 35-44.
27. Machii M., Becker A.E.: Morphologic features of the normal aortic arch in neonates, infants, and children pertinent to growth. *Ann. Thorac. Surg.*, 1997, 64, 511-515.
28. Sairanen H., Louhimo I.: Dimensions of the heart and great vessels in normal children. A postmortem study of cardiac ventricles, valves and great vessels. *Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1992, 26, 83-92.
29. Gembruch U., Shi C., Smrcek J.M.: Biometry of the fetal heart between 10 and 17 weeks of gestation. *Fetal Diagn. Ther.*, 2000, 15, 20-31.
30. Tan T.H., Heng J.T., Wong K.Y.: Pulmonary artery diameters in premature infants: normal ranges. *Singapore Med. J.*, 2001, 42, 102-106.
31. Pepas L.P., Savis A., Jones A., Sharland G.K., Tulloh R.M., Simpson J.M.: An echocardiographic study of tetralogy of Fallot in the fetus and infant. *Cardiol. Young*, 2003, 13, 240-247.
32. Deng J., Cheng P.X., Gao S.Y., Wen L.Z.: Echocardiographic evaluation of the valves and roots of the pulmonary artery and aorta in the developing fetus. *J. Clin. Ultrasound.*, 1992, 20, 3-9.
33. Poutanen T., Tikanoja T., Sairanen H., Jokinen E.: Normal aortic dimensions and flow in 168 children and young adults. *Clin. Physiol. Funct. Imaging*, 2003, 23, 224-229. Roman M.J., Devereux R.B., Kramer-Fox R., O'Loughlin J.: Two-dimensional echocardiographic aortic root dimensions in normal children and adults. *Am. J. Cardiol.*, 1989, 64, 507-512.
35. Nidorf S.M., Picard M.H., Triulzi M.O., Thomas J.D., Newell J., King M.E., Weyman A.E.: New perspectives in the assessment of cardiac chamber dimensions during development and adulthood. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1992, 19, 983-988.
36. Pearce W.H., Slaughter M.S., LeMaire S., Salyapongse A.N., Feinglass J., McCarthy W.J., Yao J.S.: Aortic diameter as a function of age, gender, and body surface area. *Surgery*, 1993, 114, 691-697.
37. Cassottana P., Badano L., Piazza R., Copello F.: Dimensions of the proximal thoracic aorta from childhood to adult age: reference values for two-dimensional echocardiography. Ligurian Group of SIEC (Italian Society of Echocardiography). *G. Ital. Cardiol.*, 1997, 27, 686-696.
38. Rammos S., Kramer H.H., Trampisch H.J., Kozlik R., Krogmann O.N., Bourgeois M.: Normal values of the growth of the aorta in children. An angiography study. *Herz*, 1989a, 14, 358-366.
39. Rammos S., Kramer H.H., Trampisch H.J., Krogmann O.N., Kozlik R., Bourgeois M.: Normal values of the growth of the pulmonary arteries in children. An angiography study. *Herz*, 1989b, 14, 348-357.
40. Jarosch S., Dohlemann C.: Echocardiography determination of the diameter of the heart and great vessels near the heart and their quotients in the newborn infant and infant. *Z. Kardiol.*, 1989, 78: 172-180.
41. Trowitzsch E., Berger T., Stute M.: The diameter of the large arteries in the first 3 years of life. An echocardiography study. *Monatsschr. Kinderheilkd.*, 1991, 139, 355-359.
42. Berishvili I.I., Mchedlishvili K.A.: Quantitative assessment of the aorta and pulmonary artery in normal subjects (comparison of data from echocardiometric and morphometric studies. *Grudn. Khir.*, 1989, 1, 30-36.
43. Hofstetter R., Engelhardt W., Prunte K., Rother A., von Bernuth G.: Sector echocardiographic determination of the diameter of the large arteries of the heart in children. *Z. Kardiol.*, 1987, 76, 38-43.
44. Lehmann E.D.: Biophysical properties of the aorta. *Lancet*, 1994, pp. 1763-1772.
45. Rammos S., Apostolopoulou S.C., Kramer H.H., Kozlik-Feldmann R., Heusch A., Laskari C.V., Anag-

- nostopoulos C.: Normative angiographic data relating to the dimensions of the aorta and pulmonary trunk in children and adolescents. *Cardiol. Young*, 2005, 15, 119-124.
46. Ichida F., Aubert A., Deneff B., Dumoulin M., van der Hauwaert L.G.: Cross sectional echocardiographic assessment of great artery diameters in infants and children. *Br. Heart J.*, 1987, 58, 627-634.

Adres do korespondencji:

Michał Szpinda
Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Karłowicza 24
85-092 Bydgoszcz
tel.: + 48 (052 5853705)
faks: + 48 (052 5853753)
e-mail: kizanat@cm.umk.pl

Otrzymano: 3.10.2006

Zaakceptowano do druku: 31.10.2006

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Marta Bilska¹, Wojciech Hagner¹, Wojciech Beuth², Krystyna Nowacka¹

**ANALIZA POWROTU SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH
ODCINKA LĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA U OSÓB KIERUJĄCYCH
SAMOCHODAMI OSOBOWYMI I CIĘŻAROWYMI**

**ANALYSIS OF REGAINING PHYSICAL FITNESS AFTER LUMBAR SPINE SURGERY
IN DRIVERS OF PASSENGER CARS AND TRUCKS**

¹Z Katedry i Kliniki Rehabilitacji UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

kierownik: dr hab. Wojciech Hagner, prof. UMK

²Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

kierownik: dr hab. Wojciech Beuth, prof. UMK

Streszczenie

Wstęp. Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego oraz lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa są jedną z najczęściej spotykanych dolegliwości w obecnych czasach. Tego typu dolegliwości pojawiają się przy obciążeniach dynamicznych oraz statycznych. Jako jedną z przyczyn wskazuje się siedzący tryb życia, pracę zawodową wymagającą długotrwałej pozycji siedzącej. Zawodowi kierowcy są grupą szczególnie narażoną na ryzyko wystąpienia choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa.

Cel. W pracy dokonano analizy postępów w rehabilitacji po operacyjnym leczeniu dyskopatii odcinka lędźwiowego kręgosłupa grupy zawodowej kierowców oraz grupy kierowców amatorów.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uni-

wersyteckiego w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Badaniami objęto 20 pacjentów po przebytym zabiegu operacyjnym dyskopatii kręgosłupa lędźwiowego, posiadających prawo jazdy.

Wyniki. Wartości początkowe zgięcia w prawej kończynie dolnej oraz obwody prawej kończyny dolnej w grupie zawodowej były niższe niż w grupie amatorów. Postęp w rehabilitacji był podobny. Odzyskiwanie siły mięśniowej po okresie rehabilitacji było znaczne w grupie kierowców amatorów.

Wnioski. Grupa kierowców amatorów wykazała lepszą sprawność fizyczną niż kierowcy zawodowi. Grupa kierowców zawodowych miała gorsze wyniki badań pierwszego dnia po operacji, ale postęp w rehabilitacji był znaczny, grupa dorównywała kierowcom amatorom.

Summary

Introduction. The disturbing pain in lumbar and lumbosacral spine belongs to the most frequently occurring diseases in present times. It occurs at both dynamic and static loads applied to the backbone.

Sedentary lifestyle and professional work requiring long lasting sitting position are considered to be some of the causes of the disorder. Professional drivers are a group particularly exposed to the risk of acquiring degenerative disease of backbone.

Aim. The purpose of this research was to analyse the progress in rehabilitation after surgical treatment of discopa-

thy of the lumbar backbone in two groups of drivers: professional drivers and amateur drivers.

Materials and methods. The research has been carried out in the Neurosurgery and Neurotraumatology Ward of the Nicolaus Copernicus University Hospital in Bydgoszcz. The research involved 20 patients, after surgical treatment of discopathy of the lumbar spine. All patients were drivers with valid driving licenses.

Results. The original strength values in the right lower limb flexion and the circumferences of the right lower limb were lower in the professional drivers' group than in the group of amateur drivers. The progress in rehabilitation was

similar in the two groups of patients. The level of muscle strength recovery after the rehabilitation was considerably greater in the group of amateur drivers.

Conclusions. The group of amateur drivers had better physical efficiency than the group of professional drivers.

Słowa kluczowe: dyskopatia, odcinek lędźwiowy kręgosłupa, kierowcy zawodowi

Key words: discopathy, lumbar spine, professional drivers

WSTĘP

Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego oraz lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa są jedną z najczęściej spotykanych dolegliwości w obecnych czasach. Ból krzyża jest główną przyczyną ograniczenia aktywności młodych ludzi oraz staje się przyczyną niezdolności do pracy ludzi w wieku 20-45 lat.

Dolegliwości bólowe zazwyczaj pojawiają się nagle: przy dźwignięciu dużego ciężaru, przesuwaniu mebli, nagłym wyprostowaniu lub dźwignięciu tułowia. Zazwyczaj czynności te nie są wykonywane w sposób ergonomiczny i powodują przeciążenia kręgosłupa. Tego typu dolegliwości pojawiają się również jako następstwo statycznych obciążeń kręgosłupa. Jako ich przyczynę wskazuje się siedzący tryb życia, pracę zawodową wymagającą długotrwałej pozycji siedzącej. Problem ten dotyczy więc na przykład osób pracujących przy komputerze, kierowców zawodowych, ponieważ narażeni są na długotrwałe przebywanie w bezruchu, w wadliwej pozycji siedzącej [1, 2, 3, 4].

Należy uczulić społeczeństwo na tzw. „higienę kręgosłupa”. Zaleca się unikanie nadwagi, bezruchu, wadliwych pozycji oraz przeciążeń.

Celem badań było:

1. Przeanalizowanie wyników rehabilitacji medycznej po zabiegach operacyjnych dyskopatii lędźwiowej kręgosłupa.
2. Porównanie wyników pooperacyjnych grup pacjentów będących kierowcami amatorami oraz będących kierowcami zawodowymi,
3. Określenie, czy czas spędzany na kierowaniu pojazdem mechanicznym ma wpływ na powrót do sprawności po operacyjnym leczeniu dyskopatii.

MATERIAŁY I METODY

Badania zostały przeprowadzone na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Okres badań trwał od grudnia 2007 roku do marca 2008 roku.

The group of professional drivers had worse results in tests performed during the first day after surgery than the group of amateur drivers. The progress of professional drivers' rehabilitation was considerable and reached the level of rehabilitation progress of amateur drivers.

Badaniami objęto 20 pacjentów po przebytych zabiegu operacyjnym dyskopatii kręgosłupa lędźwiowego, posiadających prawo jazdy. Badania zostały przeprowadzone dwukrotnie, pierwszego dnia po zabiegu operacyjnym oraz trzeciego bądź czwartego dnia po zabiegu operacyjnym.

Informacje o pacjentach uzyskano przy pomocy ankiety oraz karty badań. Karta badań dotyczyła pomiarów zakresów ruchu w stawie biodrowym i kolanowym, obwodów kończyn, siły mięśniowej oraz testu „palce-podłoga”.

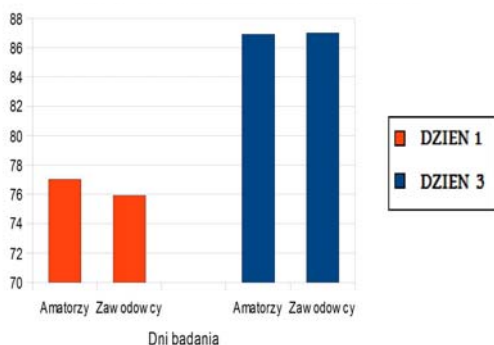
Przebadanych pacjentów kwalifikowano do dwóch grup. Pierwszą grupą byli kierowcy amatorzy, którzy w ankiecie odpowiedzieli, że średnio w ciągu dnia pokonują mniej niż 70 km. Drugą grupę stanowili kierowcy zawodowi, którzy w ankiecie odpowiedzieli, że średnio w ciągu dnia pokonują więcej niż 70 km. Każdy uczestnik zapoznał się z informacją dla uczestników badań oraz podpisał świadomą zgodę na udział w badaniu.

WYNIKI BADAŃ

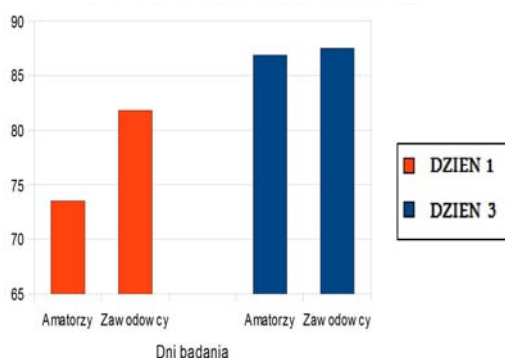
Średnia wartość wieku kierowców amatorów była znacznie wyższa niż kierowców zawodowych. Wartość wieku kierowców amatorów wynosiła 48,9 natomiast kierowców zawodowych 43,1.

Analizując wyniki powrotu do sprawności fizycznej na przykładzie pierwszego pomiaru zakresu ruchu w stawach kończyn dolnych stwierdzono, że wartość zgięcia stawu biodrowego prawego w grupie zawodowców jest niższa od wartości w grupie amatorów. Kolejny pomiar przeprowadzony po 3-dniowym okresie rehabilitacji pokazał, że obie grupy poczyniły podobny postęp w rehabilitacji.

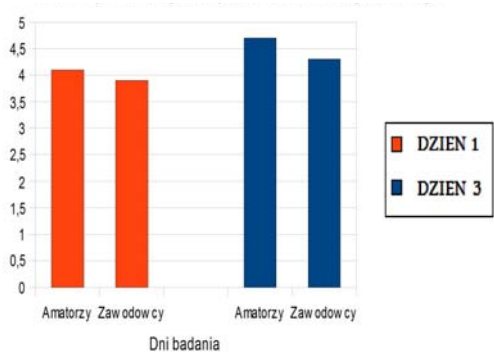
Taka sama sytuacja miała miejsce przy pomiarze wyprostowania stawu biodrowego prawego oraz zgięcia stawu kolanowego prawego. Niższe wartości były w przypadku grupy zawodowej. Postęp w rehabilitacji dla grupy zawodowej i amatorskiej był równy.



Ryc.1. Wartość zgięcia stawu kolanowego prawego
Fig. 1. The value of flexion strength of knee joint (right)



Ryc. 2. Wartość zgięcia stawu kolanowego lewego
Fig. 2. The value of flexion strength of knee joint (left)

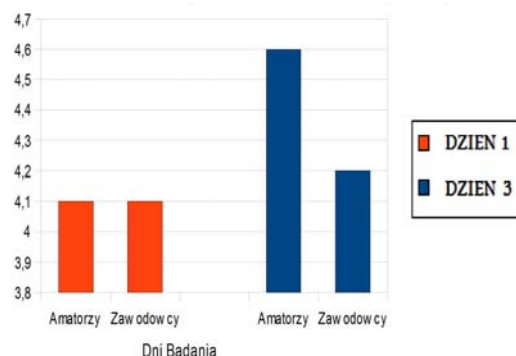


Ryc. 3. Siła mięśniowa zginaczy stawu kolanowego prawego
Fig. 3. The strength of the right knee flexor

Największe różnice pomiędzy grupą amatorów i zawodowców widoczne były przy pomiarze obwodu udowego pierwszego. Podczas pierwszego badania w grupie zawodowców obwód prawej kończyny dolnej był niski, natomiast po rehabilitacji gwałtownie wzrósł.

Poczas gdy w kończynie lewej takich różnic nie było. W grupie amatorów takich różnic nie stwierdzono.

Podczas pierwszego pomiaru siły mięśniowej wartości w obydwu grupach były równe. Postępy w rehabilitacji w stopniu znacznym widoczne były w grupie amatorów. Grupa zawodowców też takie poczyniła, ale z gorszym wynikiem.



Ryc. 4. Siła mięśniowa zginaczy stawu kolanowego lewego
Fig. 4. The strength of the left knee flexor

Wynik testu „palcę-podłoga” świadczył o tym, że większą ruchomość kręgosłupa stwierdzono w grupie amatorów. Postęp w rehabilitacji w przypadku obydwu grup był równy.

DYSKUSJA

Grupą szczególnie narażoną na ryzyko wystąpienia choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa są kierowcy. Badania naukowe prowadzone przez Hansoon donoszą, że u kierowców i operatorów maszyn ziemnych bóle dolnego odcinka kręgosłupa połączone ze zmianami radiologicznymi występują w ok 70% populacji. Natomiast Kelsey znajduje u kierowców różnych pojazdów mechanicznych od 2,75 do 4,67 razy większy stopień ryzyka wystąpienia przepukliny jądra miazdżystego [5].

„Wśród przyczyn wymienia się czynniki autoimmunologiczne, genetyczne oraz biochemiczne, takie jak: pionizacja, siedzący tryb życia oraz brak dbałości o poprawną pozycję ciała w czasie pracy i spoczynku” [2].

W literaturze wiele prac traktuje o przyczynach wystąpienia dyskopatii, ale autorzy bardzo mało piszą o postępach w rehabilitacji kierowców. Wyniki badań donoszą jednak, że kierowcy to jedna z najbardziej narażonych na wystąpienie choroby grup ryzyka [6, 7, 8].

Można przypuszczać, iż różnice pomiędzy prawą a lewą kończyną dolną w grupie zawodowców są spowodowane stałą pracą statyczną mięśni. W trakcie tego typu wysiłku w układzie nerwowym procesy pobudzenia mięśnia trwają nieustannie, bez rytmicznego hamowania. Powoduje to szybkie znużenie neuronowe i neuronowo-mięśniowe. Długotrwałe utrzymywanie jednej pozycji (nieprawidłowe siedzenie) prowadzi do zaburzeń krążenia krwi i limfy oraz powstawania obrzęków, wysięków, w tym stawów zapalnych i bólów mięśni.

Zmniejszone obwody ud kierowców zawodowych mogą być przyczyną stałej pracy statycznej prawej kończyny dolnej, ale również tyłoprzemieszczenia krążka międzykręgowego w stronę prawą i ucisku na korzeń nerwowy.

W dalszym etapie choroby zwyrodnieniowej pojawiają się objawy neurologiczne po stronie ucisku. Spowodowane są one niedokrwieniem korzeni nerwowych zaopatrujących kończynę dolną.

WNIOSKI

1. Porównując wyniki badań można wnioskować, iż grupa kierowców zawodowych pierwszego dnia po operacji uzyskała gorsze wyniki w zakresie ruchu oraz obwodów. Widoczne były również różnice pomiędzy prawą a lewą kończyną dolną w grupie zawodowców. Prawa w przypadku zakresu ruchu i obwodów wypadła słabiej w porównaniu z lewą kończyną dolną. Po okresie rehabilitacji wartości się wyrównały.
2. Analiza siły mięśniowej wykazały tuż po operacji podobną siłę mięśniową w obu grupach. Postęp w rehabilitacji był jednak większy w przypadku grupy amatorów.
3. Grupa kierowców amatorów wykazała lepszą sprawność fizyczną niż kierowcy zawodowi.
4. Grupa kierowców zawodowych miała gorsze wyniki badań pierwszego dnia po operacji, ale postęp w rehabilitacji był znaczny, grupa dorównywała kierowcom amatorom.

PIŚMIENNICTWO

1. Dziak A.: Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. Medicina Sportiva, Kraków 2007.
2. Ossowski R.: Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Wydawnictwo uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1999.
3. Nowakowski A., Łabaziewicz L., Skrzypek H.: Algorytm postępowania w bólach krzyża u dorosłych. Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska 1998, LXIII (6), str. 573-583.
4. Nowak E., Pabis M.: Leczenie bólów krzyża w okresie ostrym i przewlekłym – doświadczenia własne. Postępy w rehabilitacji 1997, zeszyt 2, str. 87-93.
5. Gawlikowski J.: Zespoły bólowe okolicy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Kwartalnik Ortopedyczny 1992, Tom I, str. 1-20.
6. Łebkowski W.: Dyskopatia z pozycji neurochirurga. Polski Tygodnik Lekarski 1993, nr 29-30, str. 665-668
7. Talar J., Krajewski S., Kazimierski J.: Pionizacja chorych po operacjach lędźwiowego odcinka kręgosłupa z powodu dyskopatii. Kwartalnik Ortopedyczny 1998, Tom II, str. 41-44.
8. Raczkiwicz A., Haładyna W., Sadowska M.: Zespoły przeciążeniowe problem diagnostyczny i kliniczny, doświadczenia własne. Balneologia Polska 2001, tom XLIII, zeszyt 1-2, str. 73-79.

Adres do korespondencji:

Szpital Uniwersytecki im. L. Rydygiera
Katedra i Klinika Rehabilitacji
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
tel/faks: (052) 585 40 42
e-mail: klreh@cm.umk.pl

Otrzymano: 29.07.2008

Zaakceptowano do druku: 4.11.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Dorota Gregorowicz-Warpas

**MONITOROWANIE I REJESTRACJA ZAKAŻEŃ ZAKŁADOWYCH W POLSCE
– PRÓBA OCENY AKTUALNEJ SYTUACJI
W PRAKTYCE PIELEŃNIARKI EPIDEMIOLOGICZNEJ**

**MONITORING AND REGISTRATION OF HOSPITAL INFECTIONS IN POLAND
– AN EVALUATION OF THE CURRENT SITUATION
IN EPIDEMIOLOGICAL NURSE'S PRACTICE**

Ze Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie
dyrektor: lek. stom. Andrzej Steczyński

Streszczenie

Wstęp. Zakażenia szpitalne są jedną z głównych przyczyn współczesnych chorób zakaźnych i dotyczą wszystkich szpitali na świecie, nawet w najbardziej rozwiniętych krajach. Nadal nie wiadomo dokładnie, jaki odsetek chorych w Polsce zapada na zakażenia szpitalne. Według licznych wyników badań w krajach wysoko rozwiniętych, zakażenia szpitalne mogą podwajać koszt leczenia i długość pobytu w szpitalu [1, 2]. Częstość występowania zakażeń szpitalnych pozostaje tam na poziomie 5-30% w zależności od specyfiki oddziału [3]. Aby zmniejszyć liczbę zakażeń, należy najpierw określić skalę problemu [3, 4]. Do głównych zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Zakładowych należy monitorowanie i rejestracja zakażeń. Pielęgniarka epidemiologiczna, jako członek Zespołu, jest jedyną osobą zatrudnioną na pełnym etacie, która zajmuje się problematyką zakażeń w szpitalu.

Celem pracy jest próba oceny aktualnej sytuacji monitorowania i rejestracji zakażeń w Polsce w pracy pielęgniarki epidemiologicznej.

Materiał i metoda badawcza. Grupę badawczą stanowiło 200 pielęgniarek epidemiologicznych z

całej Polski. W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że nadal w 13% badanych polskich szpitali nie ma pielęgniarki epidemiologicznej. Zdecydowana większość ankietowanych zakładów opieki zdrowotnej zgodnie z wymogami rozporządzenia prowadzi monitorowanie i rejestrację zakażeń zakładowych oraz przygotowuje raporty o występowaniu tych zakażeń.

Wnioski. Należy wprowadzić zdecydowane kroki, aby wymóc zatrudnienie we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej pielęgniarki epidemiologicznej. Zgodnie z wymogami ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach jednej na 250 łóżek oraz egzekwować od Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Zakładowych skuteczne monitorowanie i rejestrację zakażeń zakładowych. Kolejny, bardzo ważny wniosek to konieczność wyznaczenia instytucji, do której polskie szpitale byłyby zobowiązane przysyłać informacje dotyczące odsetka zakażeń zakładowych.

Summary

Introduction. Hospital infections are nowadays one of the most popular causes of infectious illnesses. The problem concerns every hospital in the world, even those in highly developed countries. We still do not know what percentage of Polish patients develop hospital infections. According to many researches and data from highly developed countries, hospital infections may double the cost of treatment and length of staying at hospital. The frequency of

hospital infections in highly developed countries is at the level of 5-30% depending on hospital's specificity. If we want to decrease the number of infections, first we ought to specify how big the problem is. One of the priorities of Hospital Infection Control Team is to monitor and register hospital infections. The epidemiological nurse, as a member of the team, is the only full-time employee, whose job is to deal with the infection issues. The aim of the study was to evalu-

ate the present situation regarding infection registration and reporting in the work of Polish epidemiological nurse.

Material and method. In the research a survey questionnaire was used. The surveyed group consisted of 200 epidemiological nurses from the whole Poland.

Results. On the basis of the survey results we can state that still in 13% of the hospitals involved in the research there is no epidemiological nurse. Great majority of the health centres which were surveyed, control and register hospital-acquired infections and prepare reports about such incidences in compliance with a relevant regulation.

Słowa kluczowe: monitorowanie zakażeń zakładowych, rejestracja zakażeń zakładowych, pielęgniarka epidemiologiczna

Key words: monitoring of hospital infections, registration of hospital infections, epidemiological nurse

WSTĘP

Występowanie zakażeń jest zależne od wielu czynników ryzyka związanych z cechami drobnoustroju (zaraźliwość, zjadliwość i wrażliwość na antybiotyki), czynników zależnych od pacjenta oraz od procedur diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych wykonywanych podczas hospitalizacji. Wszystkie te uwarunkowania zwiększają ryzyko wstąpienia zakażeń zakładowych, które nadal stanowią istotny problem współczesnej medycyny niwecząc często efekty pracy lekarzy i pielęgniarek. Za realizację skutecznego programu kontroli zakażeń szpitalnych odpowiedzialny jest Zespół Kontroli Zakażeń Zakładowych (ZKZZ), który zgodnie z art. 12 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach powinien być powołany w każdym zakładzie opieki zdrowotnej. Członkiem ZKZZ, który zajmuje się problemem zakażeń w pełnym wymiarze godzin pracy, jest pielęgniarka epidemiologiczna [1, 2, 3].

Dynamiczny rozwój pielęgniarstwa epidemiologicznego na przestrzeni ostatnich lat jednoznacznie pokazuje, jak wiodącą rolę odgrywa pielęgniarka epidemiologiczna w procesie monitorowania i rejestracji zakażeń zakładowych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005r w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu zakażeń (Dz. U. Nr 54, poz. 484) wprowadza obowiązek rejestracji zakażeń oraz sporządzania raportów o występowaniu tych zakażeń [4].

Pomimo obowiązku przesyłania raportu rocznego o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu, w dalszym ciągu nie ma informacji o odsetku zakażeń zakładowych w Polsce. Autor artykułu jest zdania, że wynika to z faktu nieprzekazywania przez

Conclusions. It is necessary to take decisive steps to make every health care centre employ at least one epidemiological nurse per 250 beds in accordance with the Epidemic Illnesses and Infections Act and also to enforce effective monitoring and registration of hospital-acquired infections by the Hospital Infection Control Team. Another very important conclusion is the necessity to set up a special institution to which Polish hospitals would have to send information concerning the percentage of hospital infections.

zakłady opieki zdrowotnej odsetka zakażeń do żadnej instytucji. W raporcie półrocznym podaje się łączną liczbę zakażeń zakładowych na poszczególnych oddziałach, ale tego raportu, oprócz kierownika zakładu opieki zdrowotnej i kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, nikt nie otrzymuje. W raporcie rocznym przesyłanym Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu nie ma mowy o odsetku zakażeń.

Podsumowując, problemem aktualnym w Polsce jest brak informacji na temat sytuacji epidemiologicznej w większości spośród 700 szpitali. W wielu z nich nie rejestruje się żadnego przypadku zakażenia szpitalnego w ciągu roku, co oznacza brak zgłaszalności i niewydolność zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Według danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, liczba zakażeń szpitalnych wynosi około 1-2 przypadki na 100 hospitalizowanych pacjentów. Dane te uzyskano na podstawie biernej metody monitorowania. Metoda bierna pozwala na wykrycie około 10-15% przypadków zakażeń, co wskazywałoby, że realna liczba zakażeń w Polsce wynosi około 8-10 przypadków zakażeń na 100 hospitalizacji [5].

Koszty związane z zakażeniami szpitalnymi w Polsce nie są znane [3].

Brak danych dotyczących odsetka zakażeń zakładowych w Polsce, nieliczne informacje dotyczące sposobu monitorowania i rejestracji zakażeń w polskich szpitalach spowodowały podjęcie przez autora niniejszej pracy próby oceny tej sytuacji. Celem pracy było pokazanie aktualnej sytuacji monitorowania i rejestracji zakażeń zakładowych w praktyce polskich pielęgniarek epidemiologicznych

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

W celu zbadania, w jaki sposób w swojej codziennej pracy pielęgniarki epidemiologiczne w Polsce monitorują i rejestrują zakażenia zakładowe, zastosowano metodę badawczą sondażu diagnostycznego techniką kwestionariusza ankiety.

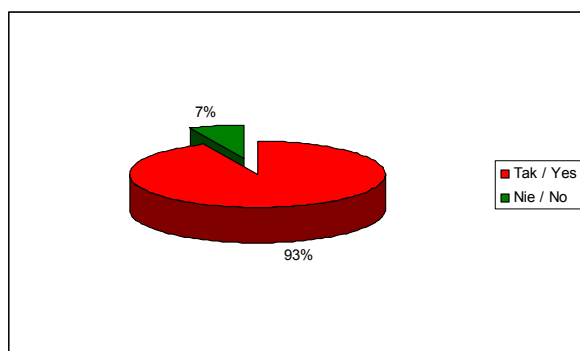
Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące liczby etatów pielęgniarek epidemiologicznych w polskich szpitalach, narzędzi wykorzystywanych do monitorowania i rejestracji zakażeń.

Badania były anonimowe, a udział w nich dobrowolny. Pielęgniarki zostały poinformowane o celu badań i poinstruowane o sposobie wypełnienia kwestionariusza. Badania przeprowadzono w okresie od 03.03.2008r do 18.04.2008r na terenie wszystkich województw w Polsce. Łącznie badania przeprowadzono wśród 200 pielęgniarek epidemiologicznych z 200 polskich szpitali. Z każdego województwa uzyskano minimum 5 ankiet. Badania zostały przeprowadzone podczas zjazdów ogólnopolskich, regionalnych i szkoleń pielęgniarek epidemiologicznych.

WYNIKI BADAŃ

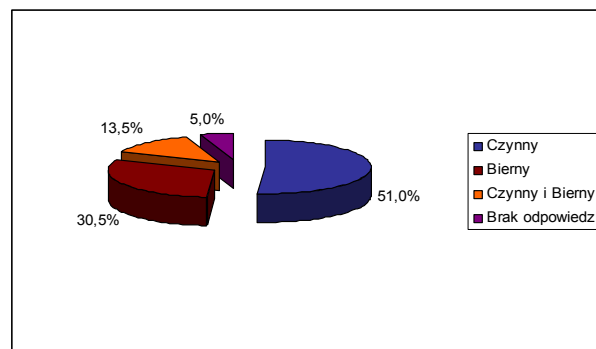
Z przeprowadzonych badań wynika, że najwięcej ankietowanych pielęgniarek epidemiologicznych reprezentowało szpitale z województw: kujawsko-pomorskiego i śląskiego – po 26, małopolskiego – 22 i wielkopolskiego – 20. Najmniej, bo tylko 5, ankietowanych pielęgniarek pochodziło z województwa podlaskiego. Tylko 87% badanych pracuje na etacie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Ponad połowa badanych szpitali (69%) zatrudnia jedną pielęgniarkę epidemiologiczną. W 6% badanych szpitali nie ma etatu pielęgniarstwa epidemiologicznego ani nikogo, kto zajmuje się problematyką zakażeń.

Realizację obowiązku rejestracji zakażeń w zakładach opieki zdrowotnej przedstawiono na rycinie 1.



Ryc. 1. Prowadzenie rejestracji zakażeń zakładowych
Pic. 1. Keeping a register of hospital infections

Zdecydowana większość, bo aż 93% ankietowanych pielęgniarek, prowadzi rejestrację zakażeń. Niestety, pomimo wymogu, nadal w 7% szpitali, w których przeprowadzono badania, nie rejestruje się zakażeń zakładowych.

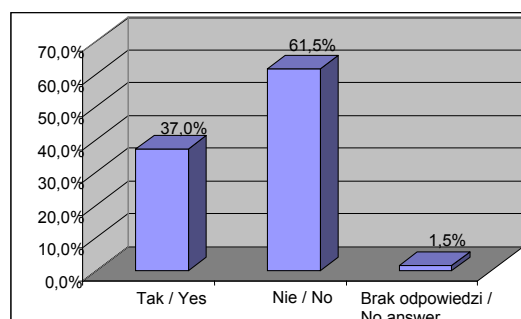


Ryc. 2. System rejestracji zakażeń
Pic. 2. Infection registration system

Ponad połowa (51%) badanych pielęgniarek prowadzi system czynnej rejestracji zakażeń. Część (30,5%) ankietowanych pracuje w systemie rejestracji biernej, a 13,5% łączy dwie metody (ryc.2).

W 86,5% badanych szpitali monitorowaniem i rejestracją objęte są wszystkie oddziały. W pozostałych 7,5% badanych szpitali monitorowaniem i rejestracją zakażeń objęte są tylko oddziały: intensywnej terapii, noworodkowy, chirurgii, urologii, ortopedii, położnictwa i ginekologii, neurologii, hematologii, kardiologii, chemioterapii i paliatywny.

Aby sprawnie rejestrować zakażenia i przygotowywać raporty, niezbędny jest komputerowy program rejestracyjny. Obecność takiego programu w badanych szpitalach przedstawiono na ryc. 3.



Ryc. 3. Obecność komputerowego programu rejestracji zakażeń w szpitalach badanych pielęgniarek epidemiologicznych
Pic. 3. The presence of software to register hospital infections in the hospitals of the surveyed epidemiological nurses

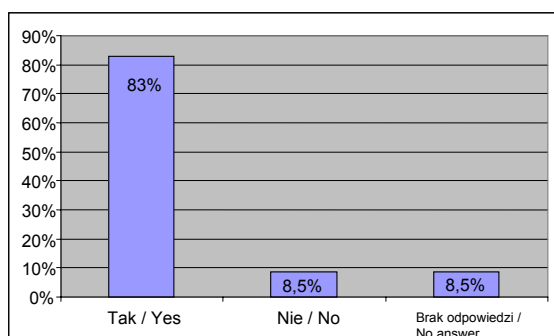
Z badań wynika, że aż 61,5% badanych pielęgniarek nie dysponuje programem rejestracji zakażeń. 37% ankietowanych taki program posiada.

Kolejnym etapem badań było poddanie analizie metod nadzoru, jakie stosują pielęgniarki epidemiologiczne w celu wykrycia zakażeń. Do metod nadzoru najczęściej stosowanych przez pielęgniarki epidemiologiczne należą: karta kontroli drobnoustroju alarmowego – 78%, uzyskiwanie informacji o przypadkach zakażeń zakładowych od lekarzy i/lub pielęgniarek łącznikowych – 72%, rutynowe wizyty w oddziałach – 70%, codzienna analiza dodatnich wyników badań mikrobiologicznych – 69,5%, karta obserwacji miejsca wklucia – 52%, codzienna identyfikacja pacjentów z temperaturą ciała > 38°C – 46,5%, karta obserwacji rany pooperacyjnej – 40,5% i karta kontroli antybiotykoterapii – 22,5%.

Problemy związane z rejestracją zakażeń, z którymi borykają się najczęściej w swojej pracy pielęgniarki epidemiologiczne to: niechęć lekarzy do rejestracji zakażeń i wypełniania kart – 17%, brak komputerowego programu rejestracji zakażeń – 14,5%, trudności we współpracy z lekarzami – 4%, mała liczba pielęgniarek epidemiologicznych w szpitalu i liczne obowiązki – 3,5%, nieprawidłowo wypełniane karty rejestracyjne, przetrzymywanie kart przez lekarzy – 3,5%, brak komunikacji z pracownikami oddziałów – 3%, nierejestrowanie zakażeń przez lekarzy – 3%, mała świadomość lekarzy i pielęgniarek – 3%.

Istotnym problemem w przypadku 2% badanych jest brak komputera.

Realizację obowiązku raportowania zakażeń zakładowych przedstawiono na ryc. 4.



Ryc. 4. Raportowanie rejestracji zakażeń
Pic. 4. Reporting the infection registration

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek epidemiologicznych, bo aż 83%, przygotowuje raporty o występowaniu zakażeń zakładowych w szpitalu

i przekazuje dane do wiadomości dyrektora i kierowników oddziałów. Natomiast 8,5 % ankietowanych nie sporządza raportów.

DYSKUSJA

W ustawie z dnia 6 września 2001r, o chorobach zakaźnych i zakażeniach zawarto informacje o konieczności w każdym zakładzie opieki zdrowotnej w Polsce zatrudnienia pielęgniarki (epidemiologicznej), jednej przypadającej na 250 łóżek [6]. Jak wynika z badań, problem braku pielęgniarki epidemiologicznej nadal dotyczy 13% polskich szpitali.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005r nakłada obowiązek rejestracji zakażeń zakładowych i sporządzania raportów o występowaniu zakażeń [4]. Stałe monitorowanie wymaga odpowiedniej liczby pracowników opracowania właściwego systemu gromadzenia danych oraz sporządzania odpowiednich raportów [7, 8].

Wyniki badań wskazują, że obowiązek rejestracji jest zachowany w 93 % szpitali. Raporty o występowaniu zakażeń 83% badanych pielęgniarek epidemiologicznych sporządza i przekazuje kierownikowi zakładu opieki zdrowotnej.

Celem monitorowania zakażeń jest nie tylko uzyskanie danych o ich występowaniu na oddziale, ale również wykorzystanie tych informacji do opracowania nowych i unowocześnienia już obowiązujących standardów i procedur. Metody monitorowania powinny być indywidualnie dostosowane do specyfiki oddziału, liczby łóżek i możliwości ZKZZ [8].

Słowo „nadzór” oznacza systematyczne zbieranie, porządkowanie, analizowanie i upowszechnianie danych o występowaniu zakażeń szpitalnych. Nadzór nad zakażeniami pozostaje jednym z priorytetów ochrony zdrowia w wielu krajach na całym świecie [7].

Wartość stosowania nadzoru w programach kontroli zakażeń została udowodniona na podstawie przeprowadzonych badań w 338 szpitalach w USA, w których;

- szpitale z czynnie funkcjonującym nadzorem w programie kontroli zakażeń zakładowych uzyskały redukcję zakażeń o 32%;
- szpitale z programem kontroli zakażeń zakładowych, ale bez czynnego nadzoru – redukcję zakażeń o 6%;
- szpitale bez programu kontroli zakażeń – wzrost zakażeń o 19% [3, 8].

Z przeprowadzonych badań wynika, że 51% szpitali w Polsce prowadzi system czynnej rejestracji, 30,5% nadal prowadzi rejestrację bierną, a 13,5% łączy obie metody.

Problemy, z którymi borykają się pielęgniarki epidemiologiczne w monitorowaniu i rejestracji zakażeń są zróżnicowane. Największy problem wg 17% ankietowanych dotyczy niechęci lekarzy do rejestracji zakażeń, w przypadku 14,5% badanych nie ma komputerowego programu rejestracyjnego, a w 2% badanych szpitali nawet nie ma komputera.

WNIOSKI

Badania przeprowadzone wśród 200 polskich pielęgniarek epidemiologicznych pozwalają na sformułowanie następujących spostrzeżeń i wniosków.

1. Wyniki badań pochodzą z 200 polskich szpitali, wśród których 83% zatrudnia pielęgniarkę epidemiologiczną. W 69% zakładów opieki zdrowotnej jest zatrudniona na etacie jedna pielęgniarka epidemiologiczna.
2. Zdecydowana większość, bo aż 93%, ankietowanych pielęgniarek prowadzi rejestrację zakażeń zakładowych.
3. Ponad połowa (51%) badanych pielęgniarek prowadzi system czynnej rejestracji zakażeń zakładowych, a 30,5% ankietowanych pracuje w systemie biernej rejestracji, 13,5% łączy dwie metody.
4. Monitorowanie i rejestracja zakażeń dotyczy w 86,5% badanych szpitali wszystkich oddziałów. Metody nadzoru najczęściej stosowane przez pielęgniarki epidemiologiczne to: karta kontroli drobnoustroju alarmowego – 78%, uzyskiwanie informacji o przypadkach zakażeń zakładowych od lekarzy i/lub pielęgniarek łącznikowych – 72%, rutynowe wizyty na oddziałach – 70%, codzienna analiza dodatknych wyników badań mikrobiologicznych – 69,5%, karta obserwacji miejsca wklucia – 52%, codzienna identyfikacja pacjentów z temperaturą ciała $> 38^{\circ}\text{C}$ – 46,5%, karta obserwacji rany pooperacyjnej – 40,5% i karta kontroli antybiotykoterapii – 22,5%.
5. Problemy, z którymi borykają się najczęściej w swojej pracy pielęgniarki epidemiologiczne związane z rejestracją zakażeń to: niechęć lekarzy do rejestracji zakażeń i wypełniania kart – 17%, brak komputerowego programu rejestracji zakażeń – 14,5%, trudności we współpracy z lekarzami – 4%, mała liczba pielęgniarek epidemiologicznych

w szpitalu i liczne obowiązki – 3,5%, nieprawidłowo wypełniane karty rejestracyjne, przetrzymywanie kart przez lekarzy – 3,5%, brak komunikacji z pracownikami oddziałów – 3%, nierejestrowanie zakażeń przez lekarzy – 3%, mała świadomość lekarzy i pielęgniarek – 3%. Istotnym problemem w przypadku 2% badanych jest brak komputera.

6. Tylko 7,5% badanych pielęgniarek nie ma problemu z rejestracją zakażeń.

PIŚMIENNICTWO

1. Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J.: Zakażenia szpitalne, α -Medica Press, Bielsko-Biała 1999.
2. Dzierżanowska D.: Patogeny zakażeń szpitalnych, α -Medica Press, Bielsko-Biała 2007.
3. Fleischer M., Bober-Gheek B.: Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Urban & Partner, Wrocław 2007.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń (Dz. U. nr 54, poz. 484).
5. Grzesiowski P.: Wybrane problemy zakażeń szpitalnych. Część II – Podstawy programu kontroli zakażeń szpitalnych, Krajowa Grupa Robocza ds. zakażeń szpitalnych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2004.
6. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001r (Dz. U. nr 126 poz. 1384).
7. Wenzel R. i wsp.: Kontrola zakażeń szpitalnych. Vademecum, α -Medica Press, Bielsko-Biała 1999.
8. Bulanda M.: Zakażenia szpitalne w Polsce. Zbiór publikacji związanych z ogólnopolskim programem nadzoru nad zakażeniami Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych wydanych w latach 1999-2003, Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Kraków 2003.

Adres do korespondencji:

mgr Dorota Gregorowicz-Warpas
Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie
ul. Piechowskiego 36
83-400 Kościerzyna
e-mail: d.warpas@szpital.koscierzyna.pl

Otrzymano: 29.07.2008

Zaakceptowano do druku: 28.10.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Paulina Hanc, Wojciech Hagner

**OCENA WYNIKÓW REHABILITACJI U SPORTOWCÓW
PO URAZACH STAWU KOLANOWEGO**

**ASSESSMENT OF THE RESULTS OF REHABILITATION OF ATHLETES
AFTER KNEE JOINT TRAUMAS**

Z Katedry i Kliniki Rehabilitacji UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr hab. Wojciech Hagner, prof. UMK

Streszczenie

W dzisiejszych czasach wzrosło zainteresowanie uprawianiem regularnej aktywności fizycznej w związku z preferowaniem zdrowego stylu życia. Niestety przyczyniło się to do zwiększonej liczby urazów i uszkodzeń, zwłaszcza w obrębie narządu ruchu. Najczęściej dotyczą one stawu kolanowego.

Urazy sportowe mogą zdarzyć się podczas uprawiania każdej dyscypliny sportowej, szczególnie jednak w dyscyplinach, w których dochodzi do bezpośredniego kontaktu przeciwników.

Do najczęstszych następstw urazów stawu kolanowego należą: uszkodzenia ACL, uszkodzenia w zakresie aparatu wyprostnego, złamania śródstawowe, uszkodzenia łąkotec.

W badaniach wzięło udział 17 sportowców po urazach stawu kolanowego. Była to grupa pacjentów ambulatoryjnych Wojewódzkiej Przychodni Sportowo-Lekarskiej i Przychodni Reumatologiczno-Rehabilitacyjnej „REH-MED” w Bydgoszczy.

Metody i techniki badawcze dobrano pod kątem możliwości ich zastosowania w ocenie leczenia rehabilitacyjnego.

Pozwalają one określić efekty usprawniania i są dostępne każdemu fizjoterapeucie. W pracy uwzględniono badanie podmiotowe, które obejmowało wywiad zebrany od każdego pacjenta oraz anonimową ankietę. Przeprowadzono także badanie podmiotowe, które składało się z: pomiaru zakresów ruchów stawu kolanowego, ocenę siły mięśni czworogłowych ud, pomiar obwodów ud oraz test chodu „wstań i idź”.

W analizie statystycznej zastosowano test t-Studenta dla zmiennych zależnych, który porównuje średnie. Pozwala on obiektywnie ocenić oczekiwane zjawiska i wartości. Uzyskane wyniki uwiadcniają postępy usprawniania leczniczego oraz skuteczność tego procesu.

Praca dowodzi, że proces rehabilitacji po uszkodzeniu stawu kolanowego u sportowców jest nieodzownym i skutecznym elementem powrotu do sprawności fizycznej. Uzyskane wyniki pozwoliły sportowcom wyraźniej dostrzec efekty rehabilitacji i przybliżyły znaczenie tego procesu w powrocie do uprawiania dyscypliny sportowej.

Summary

Regular physical activity as a part of healthy lifestyle, has become very popular nowadays. Unfortunately, such a situation contributed to the increasing number of injuries and damages, especially when it comes to the motor system. The injuries and damages of knee joints happen most often.

Sports injuries may occur while practicing any sport discipline, however, most frequently they occur in the disciplines in which opponents are in a direct contact with each other.

The most frequent consequences of knee joint injuries are: ACL damages, damages of extensory apparatus, intra-articular fractures, damages and injuries of meniscus.

The research involved 17 athletes after knee joint injuries. They constituted a group of ambulatory patients of the Regional Sports Medical Outpatient Clinic and the “REH – MED” Reumatology and Rehabilitation Clinic in Bydgoszcz.

The research methods and techniques were chosen taking into account the possibilities of their use in rehabilitation

treatment. These research methods let us evaluate the effects of rehabilitation and are available for all physiotherapists. The study included an interview which encompassed both medical history of a patient, and an anonymous survey. Moreover, a physical examination was conducted, which included: the measurement of the amplitude of knee joint movement, strength evaluation of quadriceps muscles of thighs, measurement of thighs' circumference and the "get up and go" walking test.

In statistical analysis a t-test of a Student for dependant variables was used. The test compares the average values. It

Słowa kluczowe: urazy sportowe, urazy stawu kolanowego, rehabilitacja

Key words: sports injuries, knee joint injuries, rehabilitation

WSTĘP

W dzisiejszych czasach zdrowy styl życia jest priorytetem. Dlatego tak ważne stało się uprawianie aktywności fizycznej. Można by rzec, że czerpiemy wzorce z mitologii śródziemnomorskiej, gdzie gimnastyka była sztuką życia w dobrym zdrowiu. [1] Niestety wzrost zainteresowania sportem przyczynił się do zwiększonej liczby urazów i uszkodzeń, zwłaszcza w obrębie narządu ruchu. Najczęściej dotyczą one stawu kolanowego.

Uszkodzenia te występują u ludzi w różnym wieku, jednak szczególnie u osób młodych, uprawiających różne formy ćwiczeń fizycznych [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Urazy sportowe mogą zdarzyć się podczas uprawiania każdej dyscypliny sportowej, głównie takich dyscyplin, w których dochodzi do bezpośredniego kontaktu przeciwników: piłka nożna, hokej, piłka ręczna, piłka koszykowa, futbol amerykański. A także w innych: narciarstwo, gimnastyka, piłka siatkowa, tenis, podnoszenie ciężarów, może dojść do urazu [3, 4, 5, 10, 11].

Najczęstszymi następstwami urazów stawu kolanowego są: uszkodzenie ACL, uszkodzenie w zakresie aparatu wyprostnego, złamania śródstawowe, uszkodzenia łąkotec [12].

W urazowych obrażeniach stawu kolanowego u osób uprawiających aktywność fizyczną o charakterze sportowym bardzo ważne jest postępowanie lecznicze. Ma ono na celu przywrócenie prawidłowych zależności anatomicznych i czynnościowych w uszkodzonym stawie. Istotnym elementem jest także zapewnienie choremu powrotu do aktywności sportowej przed urazem. Postępowanie lecznicze obejmuje zatem prawidłową diagnostykę, szybkie podjęcie właściwego leczenia oraz etapową rehabilitację [6].

also allows for objective evaluation of the expected values and phenomena. The test results demonstrate progress in therapeutic rehabilitation and the effectiveness of the process.

The research proves that the rehabilitation process after knee injury in athletes is a necessary and effective factor in resuming sport activity. The results gained allowed the athletes to see the effects of rehabilitation more clearly and to appreciate the importance of this process in returning to a sports discipline practiced before injury.

Leczenie usprawniające, powiązane z ruchem, było i jest obecne w różnych nurtach historii medycyny i kultury fizycznej. W tym miejscu należy przywołać opinię twórcy polskiej rehabilitacji medycznej Wiktora Degi: „... już pracźlowiek – podobnie jak my dzisiaj – podświadomie ruchami ręki rozcierał stłuczone miejsce swego ciała lub ruchami kończyny pokonywał sztywnienie uderzonego stawu” [1].

Natomiast w Oświeceniu francuski chirurg C. J. Tissot powiedział, że: „ruch może zastąpić każdy lek, żaden lek nie może zastąpić ruchu” [1].

W późniejszym czasie rehabilitacja zajęła także ważne miejsce w sporcie. Stała się podstawą leczenia w medycynie sportowej [13].

Dzisiaj leczenie usprawniające zajmuje istotną pozycję w kompleksowym leczeniu urazowych uszkodzeń stawu kolanowego u sportowców. Głównymi celami aktualnej rehabilitacji są: przywrócenie pełnej ruchomości, siły, koordynacji i propriocepcji kończyny dolnej, jak najszybszy powrót do aktywności sportowej przed urazem oraz zapobieganie ponownym urazom i przeciążeniom [6, 7, 8, 14, 15].

Kontuzjowany sportowiec potrzebuje pomocy w sferze medycznej, ale także w psychicznej. Urazowe obrażenia stawu kolanowego wywołują u poszkodowanych duży stres biologiczny i emocjonalny. Ważne jest wsparcie, motywacja i dobry kontakt zawodnika z trenerem [6].

Przedstawione powyżej zagadnienia, związane z urazami stawu kolanowego oraz postępowaniem i znaczeniem rehabilitacji dla sportowców, stały się inspiracją do pogłębienia tego tematu.

CEL PRACY

Celem pracy jest udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze:

1. W jakich dyscyplinach sportowych najczęściej dochodzi do urazu stawu kolanowego i jakie są jego następstwa?
2. Dlaczego zastosowane w pracy testy pomiarowe są przydatne i obiektywne w ocenie postępów rehabilitacji?

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do maja 2007 roku w grupie pacjentów ambulatoryjnych Wojewódzkiej Przychodni Sportowo-Lekarskiej i Przychodni Reumatologiczno-Rehabilitacyjnej „REH-MED”. W badaniach wzięło udział 17 sportowców po urazie stawu kolanowego. Osoby te wyraziły zgodę na udział w badaniach.

Metody i techniki badawcze dobrano pod kątem możliwości ich zastosowania w ocenie leczenia rehabilitacyjnego. Należą do nich: wywiad zebrany od każdego pacjenta, pomiar zakresów ruchów w stawie kolanowym, ocena siły mięśni czworogłowych metodą Lovetta, pomiar obwodu uda, test chodu „wstań i idź”.

WYNIKI

Grupa badawcza liczyła 17 osób, w tym 10 mężczyzn – 59% i 7 kobiet – 41%. Wśród tych osób najczęściej urazy stawu kolanowego dotyczyły ludzi młodych między 15 a 25 rokiem życia – 47%. Średni wiek pacjentów w czasie rehabilitacji wynosił 29,23 lat. Najmłodszy sportowiec miał 15 lat (mężczyzna), a najstarszy 58 lat (kobieta). Średnia wieku grupy mężczyzn wynosiła 25,4 lat i była niższa od średniej grupy kobiet, która wynosiła 34,7 lat.

Najwięcej urazów miało miejsce podczas gry w piłkę nożną. Tabela I przedstawia dyscypliny sportowe, podczas których miał miejsce uraz stawu kolanowego.

Spośród 17 analizowanych przypadków najczęściej obserwowano uszkodzeń ACL i łąkotec. Poniżej w tabeli II przedstawiono rodzaje urazów w grupie badawczej.

Tabela I. *Dyscypliny sportowe, w których doszło do urazów stawu kolanowego*

Table I. *Sports disciplines in which knee joint traumas occurred*

Lp. No	DYSCYPLINY SPORTOWE SPORTS DISCIPLINES	LICZBA PACJENTÓW NUMBER OF PATIENTS	%
1	piłka nożna / <i>football</i>	8	47
2	piłka koszykowa / <i>basketball</i>	3	17,5
3	spinning / <i>spinning</i>	3	17,5
4	piłka siatkowa / <i>volleyball</i>	2	12
5	narciarstwo / <i>skiing</i>	1	6

Tabela II. *Rodzaje urazów w grupie badawczej*

Table II. *Kinds of traumas in the study group*

Lp. No	URAZ TRAUMA	LICZBA PACJENTÓW NUMBER OF PATIENTS	%
1	uszkodzenie ACL / <i>ACL damage</i>	10	59
2	uszkodzenie łąkotki / <i>damage of meniscus</i>	9	53
3	uszkodzenie rzepki / <i>damage of kneecap</i>	5	29
4	skręcenie stawu kolanowego / <i>sprain of knee joint</i>	2	12
5	uszkodzenie MCL / <i>MCL damage</i>	1	6

W grupie 17 osobowej przeprowadzono dwukrotnie testy pomiarowe: na początku i na końcu rehabilitacji. Dla oceny istotności różnic między badaniami zastosowano test t – studenta. Weryfikuje on hipotezę zerową (H0), która zakłada brak różnic między badaniami. Natomiast hipoteza alternatywna (H1) zakłada, że występuje różnica między średnimi. Jeżeli $|t| > t$ kryt (odczytanej z tablicy rozkładu t-Studenta) to należy odrzucić hipotezę zerową (H0), w przeciwnym przypadku nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Gdy hipoteza zerowa nie jest prawdziwa, ale przyjąć hipotezę alternatywną. Świadczy to o tym, że rehabilitacja odniosła widoczne efekty. W tabeli III przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań [16, 17, 18].

Na podstawie pomiaru ruchomości w stawie kolanowym za pomocą goniometru w prosty i obiektywny sposób oceniono poprawę stanu pacjenta w tym zakresie. Stwierdzono statystycznie istotne różnice pomiędzy średnimi wyników na początku i na końcu rehabilitacji.

Wzmocnienie siły mięśni czworogłowych ud u sportowców ma istotne znaczenie statystyczne dla oceny postępów rehabilitacji.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między średnimi obwodów ud mierzonych na początku i na końcu rehabilitacji. Masa mięśnia czworogłowego uda przyrasta powoli, dlatego niezbędne jest kontynuowanie usprawniania leczniczego.

Istotny statystycznie jest również funkcjonalny test chodu „wstań i idź”. Pacjenci uzyskali lepsze wyniki czasu pokonywania wyznaczonej trasy, mierzonego na końcu rehabilitacji. Świadczy to o poprawie sprawności fizycznej badanych.

Tabela III. Wyniki przeprowadzonych badań

Table III. Results of the conducted research

BADANIE MEASUREMENT	t t kryt	ZALEŻNOŚĆ t kryt do t INTERRELATION BETWEEN tkryt and t	WYNIK RESULT
zakresu zgięcia w stawie kolanowym <i>amplitude of knee joint flexion</i>	-7, 349 2, 120	$ t > \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>
zakresu wyprostu w stawie kolanowym <i>amplitude of knee joint extension</i>	-2, 219 2, 120	$ t > \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>
zakresu rotacji zewnętrznej goleni <i>amplitude of shin external rotation</i>	-5, 651 2, 120	$ t > \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>
zakresu rotacji wewnętrznej goleni <i>amplitude of shin internal rotation</i>	-4, 898 2, 120	$ t > \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>
siły mięśnia czworogłowego uda <i>strength of quadriceps muscle of a thigh</i>	-4, 693 2, 120	$ t > \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>
obwodu uda <i>thigh's circumference</i>	-1, 198 2, 120	$ t < \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>
testu chodu „wstań i idź” <i>'get up and go' walking test</i>	3, 676 2, 120	$ t > \text{od } t \text{ kryt}$	H0–odrzucona / <i>rejected</i> H1–przyjęta / <i>established</i>

DYSKUSJA

Urazy stawu kolanowego w ostatnim czasie stanowią przewodni temat wielu publikacji naukowych. Autorzy coraz częściej poruszają zagadnienie postępowania usprawniającego, które zajmuje istotne miejsce w kompleksowym leczeniu obrażeń stawu kolanowego.

W ostatnich latach widoczny jest gwałtowny wzrost urazów stawu kolanowego. Spowodowało to większe zainteresowanie tematem. Według Widuchowskiego, Hagnera, Fibigera i współautorów 15-30% wszystkich obrażeń ciała zajmują urazowe obrażenia stawu kola-

nowego. Natomiast do 33-70% urazów tej struktury anatomicznej dochodzi w sporcie [8, 19, 20, 21].

Urazom sportowym przeważnie ulegają mężczyźni. Według Hagnera dwukrotnie częściej sportowe urazy występują u mężczyzn niż u kobiet [3]. Garlicki również zajął się tym zagadnieniem. Otóż w jego materiale badawczym 40% poszkodowanych zajęły kobiety, a 60% mężczyźni [10].

W grupie badawczej uszkodzenie stawu kolanowego częściej występowało u mężczyzn (59%) niż u kobiet (41%).

Urazy stawu kolanowego najczęściej dotyczą aktywnych ludzi młodych. Potwierdzają te dane Widuchowskiego i Hagnera [2, 3, 8]. W materiale badawczym najwięcej osób znalazło się w przedziale wiekowym między 15 a 25 rokiem życia.

Wśród badanej grupy najwięcej urazów miało miejsce podczas gry w piłkę nożną (47%). Potwierdzają to badania Hagnera, Glinkowskiego i Fibigera [3, 11, 20].

Wrzosek w swojej publikacji wymieniła najczęstsze następstwa urazów stawu kolanowego. Należą do nich: uszkodzenia ACL, uszkodzenia w zakresie aparatu wyprostnego, złamania śródstawowe, uszkodzenia łąkotec [12]. Spośród analizowanych przypadków najwięcej urazów dotyczyło uszkodzeń więzadła krzyżowego przedniego oraz łąkotec. Wielu autorów, ze względu na częstość uszkodzeń ACL, zajęło się badaniami dotyczącymi tego tematu. Należą do nich: Hagner i współautorzy, Pasierbiński i Jarząbek, Dziak i Tayara, Czamara, Trzaska, Biel i Dudziński, Frańczuk i współautorzy, Andrzejewski i Trytek-Pysiewicz oraz wielu innych [14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26].

W niniejszej pracy dokonano oceny wyników leczenia na podstawie zakresów ruchów w stawie kolanowym, obwodu uda 10 cm nad rzepką, siły mięśni prostowników i testu chodu. Dla oceny skuteczności postępowania rehabilitacyjnego porównano wyżej wymienione parametry kończyny chorej z parametrami kończyny zdrowej. Wszystkie wyniki poddano analizie statystycznej na podstawie testu t-Studenta.

Oceną postępów rehabilitacji zajęli się również tacy autorzy jak: Frańczuk, Fibiger, Czamara [20, 23, 27]. Poprzez zastosowanie leczenia rehabilitacyjnego uzyskano poprawę zakresów ruchów stawu kolanowego oraz zwiększenie masy i siły mięśni. Wskazują na to dane zarówno w publikacjach tych autorów, jak i w niniejszej pracy.

Uzyskane wyniki pozwoliły sportowcom wyraźniej dostrzec efekty rehabilitacji i przybliżyły znaczenie tego procesu w powrocie do uprawiania dyscypliny

sportowej. Mimo tego, iż wyniki dowodzą skuteczności rehabilitacji, należy podjąć dalsze poszukiwania ulepszeń tego procesu. Tak jak powiedział Paulo Coelho: „Skoro nie można się cofnąć, trzeba znaleźć najlepszy sposób, by pójść naprzód”.

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników własnych badań i przeprowadzonego wywiadu można wysunąć następujące wnioski:

1. Urazy stawu kolanowego stwierdza się podczas uprawiania wielu dyscyplin sportowych, a szczególnie w: piłce nożnej, piłce koszykowej, spenin-gu, piłce siatkowej, narciarstwie. Spośród analizowanych przypadków najczęściej wystąpiło uszkodzenie ACL i łąkotek. Rzadziej pojawiły się: uszkodzenie rzepki, skręcenie stawu kolanowego oraz uszkodzenie MCL.
2. Zastosowane w pracy testy pomiarowe (pomiar zakresów ruchów w stawie kolanowym, ocena siły mięśni czworogłowych ud, pomiar obwodów ud, test chodu „wstań i idź”) są dostępne i przydatne każdemu fizjoterapeucie w ocenie postępów rehabilitacji. Dowiodły one skuteczności procesu usprawniania w grupie badanej.

PIŚMIENNICTWO

1. Zembaty A. (red.): Kinezyterapia. Tom I. Zarys podstaw teoretycznych i diagnostyka kinezyterapii. Wydawnictwo „Kasper”, Kraków 2002.
2. Biliński P.J. i wsp.: Ortopedia i traumatologia u progu nowego Millenium. Wydawnictwo Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Ortopedii Bydgoskiej. Bydgoszcz 2001.
3. Hagner W.: Wpływ rehabilitacji na funkcję stawu kolanowego po rekonstrukcji operacyjnej więzadła krzyżowego przedniego. Rozprawa habilitacyjna. AM. Bydgoszcz 2001.
4. Hagner W., Stec G.: Urazy stawu kolanowego. Cz. I. Więzadło krzyżowe przednie. Podręcznik dla studentów kierunku fizjoterapia. Wydawnictwo „SCRYPT”. Bydgoszcz 2004.
5. Kwiatkowski K.: Ostre uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego, rozpoznawanie i wyniki leczenia. Rozprawa habilitacyjna. WAM, Warszawa 1995.
6. Widuchowski J.: Kolano. Urazy i obrażenia sportowe. Wydawnictwo „G-KWADRAT s.c.”. Katowice 1997.
7. Widuchowski J., Widuchowski W.: Urazowe obrażenia narządu ruchu u sportowców. *Medicina Sportiva* 6 (Suppl. 1), 2002, s. S81-S86.
8. Widuchowski J., Widuchowski W.: Urazy i obrażenia stawu kolanowego oraz ich następstwa – epidemiologia, patomechanika, klasyfikacje. *Fizjoterapia Polska*. Vol. 4, nr 4, 2004, s. 307-315.
9. Widuchowski J., Widuchowski W.: Postępowanie diagnostyczne w uszkodzeniach i schorzeniach stawu kolanowego. *Fizjoterapia Polska*. Vol. 4, Nr 4, 2004, s. 297-306.
10. Garlicki J.: Epidemiologia urazów sportowych. *Medycyna Sportowa* I/1998, rok XIV, nr 78, s. 4-6.
11. Glinkowski W.: Specyfika urazów w piłce nożnej. *Medycyna Sportowa* II/2000, rok XVI, nr 103, s. 28-29.
12. Wrzosek Z.: Zasady fizjoterapii w urazowych uszkodzeniach stawu kolanowego. *Medicina Sportiva* 6 (Suppl. 2), 2002, s. S31-S34.
13. Garlicki J., Kuś W.M.: Traumatologia sportowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988.
14. Pasierbiński A., Jarząbek A.: Rehabilitacja po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. *Acta Clinica* 2, 2002, s. 86-100.
15. Widuchowski J.: Diagnostyka obrażeń stawu kolanowego u sportowców. *Medicina Sportiva* 2 (4), 1998, s. 279-288.
16. Jędrzychowski W., Penar A.: Statystyczna analiza wyników badań naukowych w medycynie i biologii. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
17. Moczko J.A., Bręborowicz G.H., Tadeusiewicz R.: Statystyka w badaniach medycznych. PWN, Warszawa 1998.
18. Borkowski B. i wsp.: Ekonometria. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 279.
19. Dzierżanowski M. i wsp.: Metody oceny sprawności pacjentów w procesie rehabilitacji po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego. *Fizjoterapia* 2003, 11, 2, s. 39-47.
20. Fibiger W. i wsp.: Postępowanie rehabilitacyjne w uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego u osób czynnie uprawiających sport. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. Vol. 6, nr 4, 2004, s. 461-466.
21. Hagner i wsp.: Wyniki leczenia usprawniającego po rekonstrukcji operacyjnej więzadła krzyżowego przedniego kolana. *Fizjoterapia Polska*, Vol. 3, 2003, s. 331-336.
22. Andrzejewski T., Trytek-Pysiewicz A.: Leczenie uszkodzeń więzadeł krzyżowych stawu kolanowego. *Fizjoterapia Polska*. Vol. 4, Nr 4, 2004, s. 331-336.
23. Czamara A.: Analiza wyników dwóch pierwszych etapów programu fizjoterapii pacjentów po rekonstrukcjach więzadeł krzyżowych przednich stawów kolanowych. *Medicina Sportiva* 6 (Suppl. 2), 2002, s. S39-S50.
24. Dziak A., Tayara S.: Urazy i uszkodzenia w sporcie. Wydawnictwo Kasper. Kraków 2000.
25. Tayara S. i wsp.: Usprawnianie w rekonstrukcjach więzadła krzyżowego przedniego przeszczepem autogennym

- z więzadła rzepki. *Medycyna Sportowa* 3/2000, nr 104, Rok 16, s. 26-28.
26. Trzaska T.: Zasady leczenia usprawniającego po rekonstrukcji ACL. *Medicina Sportiva* 6 (Suppl. 2), 2002, s. S35-S38.
27. Frańczuk B. i wsp.: Wczesna rehabilitacja po artroskopowej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. Vol. 6, nr 4, 2004, s. 416-422.

Adres do korespondencji:

Katedra i Klinika Rehabilitacji
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
95-094 Bydgoszcz
tel.: (052) 585 40 42
e-mail: klreh@cm.umk.pl
e-mail: paulinahanc@wp.pl

Otrzymano: 3.04.2008

Zaakceptowano do druku: 4.11.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Tomasz Kowalik, Mirosława Śmiglewska, Andrzej Lewandowski

**WYBRANE KOMPONENTY SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ A WADY POSTAWY CIAŁA
MŁODZIEŻY – NA PRZYKŁADZIE BADAŃ UCZNIÓW VIII LO W BYDGOSZCZY**

**PHYSICAL FITNESS BASED ON RESEARCH OF YOUNG STUDENTS
– FROM HIGH SCHOOL NUMBER VIII IN BYDGOSZCZ**

Z Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr Andrzej Lewandowski

Streszczenie

Nasilenie częstości występowania wad postawy ciała u młodych pokoleń jest faktem, mimo nieustannego postępu cywilizacyjnego i wzrastającej świadomości społecznej o przyczynach oraz dalszych skutkach ich występowania. Zgodnie z wynikami uzyskanymi przez wiele zespołów badawczych problem ten dotyczy kilkudziesięciu, a nawet 80% polskiej populacji dzieci i młodzieży szkolnej. Powszechnie wiadomo także, że zjawisku temu można skutecznie przeciwdziałać przez realizację odpowiednio ukierunkowanej aktywności fizycznej i podejmowanie działań o charakterze profilaktycznym.

W obowiązującym od 1999 roku systemie oświaty szkolne wychowanie fizyczne powinno być podstawą i animatorem prozdrowotnych zachowań młodych pokoleń. Często jednak zajęcia sprowadzane są wyłącznie do procesu kształtowania i oceny zdolności motorycznych oraz technik sportowych bez uwzględniania indywidualnych potrzeb rozwojowych i zdrowotnych ucznia.

Celem badań było poszukiwanie rodzajów i stopnia zależności pomiędzy występowaniem wad postawy a pozio-

mem sprawności fizycznej młodzieży licealnej w oparciu o wybrane próby sprawnościowe.

W roku szkolnym 2006/07 zbadano młodzież pierwszych klas Liceum Ogólnokształcącego nr VIII w Bydgoszczy. Badania przeprowadzono w oparciu o wybrane próby Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej. Dotyczyły one zdolności motorycznych: mocy, zwinności i szybkości oraz poddano je analizie porównawczej.

Wyniki wskazują na brak istotnych różnic pomiędzy wskaźnikami uzyskanymi w wyodrębnionych grupach młodzieży z wadami postawy i zdrowych, szczególnie w zakresie przejawów zdolności szybkościowych. W pozostałych próbach różnice są bardziej widoczne.

Niewielki związek wad postawy wśród młodzieży szkolnej z ich poziomem efektów motorycznych, w tym okresie rozwoju ontogenetycznego, może okazać się złudnym wyznacznikiem sprawności fizycznej warunkującym prawidłowy rozwój i zachowanie zdrowia młodego organizmu.

Wyniki potwierdzają więc zasadność monitorowania zjawiska w celu poszukiwania obiektywnych metod badania sprawności fizycznej nakierowanych na zdrowie.

Summary

A growing number of faulty posture occurrence in young population is a fact, even though our civilization's development and social knowledge is in progress. According to findings of many groups of scientists this problem affects even 80% of Polish children and young people. It is known that to fight efficiently against this problem we have to prepare a better physical activity program. School physical education should be its base, but very often it is reduced to

pure sport without taking care of students' personal needs and their health.

The main point of our research was to find connections between faulty posture and the level of physical fitness. For this purpose we chose special physical fitness tests.

In the school year 2006/2007 first year students of the High School No VIII were tested with International Test of Physical Fitness from which we had selected components such as: power, agility and speed.

The results show that there is no significant difference between students with faulty postures and without them, mainly as for the speed component.

Little connection between faulty posture and sport results can be a misleading point and might not show us the main problem.

Słowa kluczowe: moc, szybkość, zwinność, wady postawy, wychowanie fizyczne

Key words: power, speed, agility, faulty posture, physical education

WSTĘP

W obecnej rzeczywistości ludzie pochłonięci troską o dostatnie i wygodne życie często zaniedbują sprawy swojej biologicznej egzystencji, a postępujący rozwój techniki oraz urbanizacja życia gospodarczego, czyniąc je bardziej wydajnym, zastępuje ruch i wysiłek fizyczny niezbędny do prawidłowego ich rozwoju [1]. Sedynteryjny tryb życia, duża aktywność zawodowa, nieprzebywanie w naturalnym środowisku powodują nadmierne obciążenie układu nerwowego, szereg odchyleń od prawidłowego stanu zdrowia oraz prawidłowej sylwetki [1, 2, 3]. Pogoń niemałej części młodzieży i dorosłych za wyglądem oraz sylwetką spójną z wzorcami narzuconymi przez media lub środowiska kreujące modę na określony wygląd nierzadko pozostaje w sprzeczności z rzeczywistymi zachowaniami prozdrowotnymi.

Możliwe jest, że również i z tego powodu nasilenie częstości występowania wad postawy ciała młodych pokoleń jest faktem, mimo nieustannego postępu cywilizacyjnego i wzrastającej świadomości społecznej o przyczynach oraz dalszych skutkach ich występowania. Potwierdzeniem są wyniki uzyskiwane przez wiele zespołów badawczych. Problem ten dotyczy kilkudziesięciu, a nawet 80% polskiej populacji dzieci i młodzieży szkolnej [3, 4, 5, 6].

Powszechnie wiadomo także, że zjawisku temu można skutecznie przeciwdziałać przez realizację odpowiednio ukierunkowanej aktywności fizycznej i podejmowanie działań o charakterze profilaktycznym. Z tego też względu w obowiązującym od 1999 r. systemie oświaty szkolne wychowanie fizyczne powinno być podstawą i animatorem prozdrowotnych zachowań młodych pokoleń. Fakt ten potwierdzają standardy edukacyjne wychowania fizycznego zawarte w podstawie programowej szkoły ponadgimnazjalnej, które nakładają na nauczyciela obowiązek przygotowania uczniów do nabycia kompetencji w zakresie [7]:

- samooceny możliwości i potrzeb ruchowych na podstawie pomiaru podstawowych właściwości somatycznych i fizjologicznych;

The results confirmed that we still need to find a better way to analyze this problem.

- umiejętnego stosowania ćwiczeń kształtujących prawidłową postawę ciała oraz sprawność fizyczną i ruchową;
- organizowania i aktywnego uczestnictwa w indywidualnych i zespołowych formach aktywności sportowej, rekreacyjnej i turystycznej;
- stosowania różnorodnych form relaksacji po pracy umysłowej i fizycznej;
- przyjęcia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

Często jednak wychowanie fizyczne sprowadzane jest do procesu kształtowania i oceny sprawności motorycznej oraz umiejętności ruchowych o charakterze sportowym bez uwzględniania indywidualnych potrzeb rozwojowych i zdrowotnych ucznia oraz przygotowania do samodzielności i odpowiedzialności.

W najnowszej koncepcji kultury fizycznej i kultury zdrowotnej problem zdrowia i troski o jego zachowanie jest pojmowany nie tylko jako brak choroby i niedośćta, ale jako stan dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a zatem wiąże się on z koniecznością utrzymania odpowiedniego poziomu sprawności fizycznej [8, 9, 10, 11]. Wielu badaczy wykazało, że sprawność fizyczna jest właściwością, która charakteryzuje nie tylko poziom aktualnych możliwości motorycznych i technologii ruchu, ale także uwzględnia strukturalne i funkcjonalne podłoże cech codziennej aktywności fizycznej, występowanie wad postawy może ją ograniczać, a nawet uniemożliwiać (zespoły bólowe kręgosłupa i stawów u osób w różnym wieku) [12, 13].

Z wcześniejszych badań własnych dzieci i młodzieży szkolnej wiadomo nam, że komponenty sprawności fizycznej sprzyjające zdrowiu pozostają w negatywnym związku z występowaniem określonych wad postawy [14, 15]. Różnice w poziomie wybranych komponentów sprawności fizycznej sprzyjających zdrowiu i zdolności motorycznych stwierdziliśmy również w badaniach młodzieży studiującej fizjoterapię w

uczelniah wyższych o różnych profilach kształcenia [16, 17].

Celem badań było poszukiwanie rodzajów i stopnia zależności pomiędzy występowaniem wad postawy a poziomem sprawności fizycznej młodzieży licealnej w oparciu o wyniki wybranych prób sprawnościowych obrazujących poziom zdolności motorycznych.

MATERIAŁ I METODY

Badania zrealizowano jesienią 2006 roku, obejmując nimi młodzież pierwszych klas Liceum Ogólnokształcącego nr VIII w Bydgoszczy, zakwalifikowaną do realizacji zajęć w ramach szkolnego wychowania fizycznego – uczniowie zwolnieni z tych zajęć i tym samym pominięci w badaniach stanowili niewielki odsetek. Uzyskano rezultaty badań 125 uczniów i 186 uczennic stanowiących blisko 95% młodzieży objętej obserwacją.

Szkoła, w której zrealizowano badania, jest typową dla Bydgoszczy placówką oświatową, do której uczęszcza młodzież z różnych dzielnic miasta oraz jego okolic. Realizacja aktywności fizycznej w ramach zajęć szkolnych i pozalekcyjnych odbywa się na krytym basenie pływackim, sali gimnastycznej oraz boisku sportowym. W tych obiektach zajęcia wychowania fizycznego dla większości uczniów realizowane są trzy razy w tygodniu – dwie klasy sportowe, o profilu ogólnosportowym oraz klasa wioślarska, odbywają je w większym wymiarze czasu i z wykorzystaniem pozaszkolnych obiektów sportowych.

Uzyskany w badaniach materiał stanowiły wyniki wybranych prób sprawnościowych Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej w zakresie pomiaru odległości skoku w dal z miejsca (cm), czasu biegu zwinnościowego 4 x 10 m (s) i rezultatu biegu na dystansie 50 m ze startu wysokiego (s) [11, 12].

Materiał badawczy zróżnicowano występowaniem wad postawy lub ich brakiem, identyfikowanym na podstawie kart zdrowia ucznia. Najczęściej występującymi wadami postawy okazały się skrzywienia kręgosłupa i wady w obrębie kończyn dolnych. Z uwagi na znaczne rozwarstwienie zebranego do badań materiału w porównawczej części opracowania dokonano skumulowania charakterystyk cechujących młodzież ze stwierdzonymi wadami postawy. Tak zebrany materiał badawczy opracowano podstawowymi metodami statystycznymi, obliczając średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe oraz różnice średnich arytmetycznych. Wykorzystano metodę statystyki opisowej, a do

oceny istotności różnic między średnimi cechującymi wyznaczone grupy młodzieży zastosowano test „U” i tabelę testu t-Studenta [18].

WYNIKI BADAŃ

Tabela I. Liczbowa charakterystyka wyników prób sprawnościowych badanej młodzieży

Table I. Numerical characterization of the results of physical fitness test conducted in the study group

Kategoria Category	Młodzież męska Male students			Młodzież żeńska Female students		
	N	M	σ	N	M	σ
Moc (power) (cm)						
Wada kręgosłupa Spinal defect	23	213	18,62	67	189,2	16,69
Wada nóg Leg defect	5	196,5	25,52	19	174,2	21,92
Bez wad postawy No postural defect	97	220,14	22,29	103	197,6	18,55
Łącznie Total	125	217,4	22,52	186	192,6	19,54
Zwinność (agility) (s)						
Wada kręgosłupa Spinal defect	23	10,71	0,51	67	11,13	0,83
Wada nóg Leg defect	5	11,52	1,14	19	11,78	0,67
Bez wad postawy No postural defect	97	10,71	0,68	103	11,32	0,72
Łącznie Total	125	10,75	0,69	186	11,31	0,79
Szybkość (speed) (s)						
Wada kręgosłupa Spinal defect	23	8,61	0,85	67	9,36	1,07
Wada nóg Leg defect	5	8,90	1,14	19	10,27	1,16
Bez wad postawy No postural defect	97	8,05	0,98	103	9,23	1,08
Łącznie Total	125	8,20	0,99	186	9,41	1,17

Zamieszczone w tab. I wyniki badań przejawów zdolności motorycznych wskazują, że grupę młodzieży męskiej bez wad postawy cechują największe średnie długości skoku w dal z miejsca oraz najkrótszy przeciętny czas biegu zwinnościowego i szybkościowego. Dane statystyczne grupy badawczej z wadami w obrębie kończyn dolnych świadczą o najmniej korzystnych wynikach zrealizowanych testów, wyrażają się również najwyższą wartością odchylenia standardowego, która świadczy o największym rozproszeniu wyników tej grupy. Wyniki potwierdzają tym samym niższy poziom mocy i zwinności młodzieży męskiej grupy ze stwierdzoną wadą postawy w obrębie kończyn dolnych. Odmienne wnioski nasuwają wyniki grupy z wadami kręgosłupa, są one porównywalne z grupą bez wad postawy.

W zespołach żeńskich największa średnia długość skoku w dal z miejsca i najkrótsza przeciętna czasu próby szybkości biegowej cechuje grupę badawczą bez stwierdzonych wad postawy.

Najlepsze przeciętne czasu biegu zwinnościowego uzyskała grupa badawcza z wadami kręgosłupa. Najmniej korzystne rezultaty we wszystkich próbach sprawnościowych cechują grupę dziewcząt z wadami w obrębie kończyn dolnych.

Tabela II. Charakterystyka porównawcza wyników badań wyznaczonych grup młodzieży

Table II. Comparison of the results of physical fitness test conducted in particular groups of students

Młodzież męska male students					
Kategoria Category	N	M	σ	D	U
Moc (power) (cm)					
Wada postawy Postural defect	28	208,2	21,22		
Bez wad postawy No postural defect	97	220,14	22,29	11,94	0,26
Zwinność (agility) (s)					
Wada postawy Postural defect	28	11,92	0,69		
Bez wad postawy No postural defect	97	10,71	0,68	1,21	0,48
Szybkość (speed) (s)					
Wada postawy Postural defect	28	9,07	0,88		
Bez wad postawy No postural defect	97	8,05	0,99	1,02	0,53
Młodzież żeńska Female students					
Moc (power) (cm)					
Wada postawy Postural defect	83	186,35	19,04		
Bez wad postawy No postural defect	103	197,6	18,55	11,25	0,39
Zwinność (agility) (n)					
Wada postawy Postural defect	83	12,20	1,09		
Bez wad postawy No postural defect	103	11,12	0,84	1,08	0,62
Szybkość (speed) (s)					
Wada postawy Postural defect	83	9,64	1,24		
Bez wad postawy No postural defect	103	9,23	1,08	0,41	0,29

Analiza porównawcza wyników badań w grupach z wadami postawy i bez wad postawy (tab. II), zarówno w zespołach męskich, jak i żeńskich, wskazuje na niewielkie różnice w średnich wyników zrealizowanych testów, które w świetle danych statystycznych są nieistotne dla $\alpha = 0,01$ oraz $0,05$.

DYSKUSJA

Dążenie do optymalizacji narządu ruchu opartej na podstawach anatomii, fizjologii, biomechaniki i psychologii podczas wszystkich czynności ruchowych jest warunkiem niezbędnym prowadzenia rzetelnej edukacji fizycznej, wychowania fizycznego. Każda forma aktywności fizycznej, która uwzględnia optymalizację czynności ruchowych oraz rozładowanie napięć narządu ruchu wynikających z napięć psychicznych

i zaburzeń funkcjonalnych, zawiera w sobie profilaktykę wad postawy, będzie więc sprzyjać postawie ciała, wydolności ruchowej, ekonomice i estetyce ruchu.

Zdaniem wielu autorów opracowań naukowych, duży udział w powstawaniu i pogłębianiu się wad postawy ma prowadzony styl życia, który w znacznej mierze pozostawia negatywne skutki z punktu widzenia zdrowia i sprawności fizycznej szczególnie młodych pokoleń. Sytuacja ta winna budzić troskę oraz zainteresowanie rodziców, lekarzy, fizjoterapeutów i nauczycieli wychowania fizycznego [2, 3, 4, 12, 19, 20].

Jak wiemy, w Polsce problem wad postawy dotyczy znaczącej grupy dzieci oraz młodzieży, a w zależności od wieku badanej grupy oraz rodzaju zaburzeń jest określany w przedziale od kilkunastu do nawet 80%, najczęściej wymieniany jest 40% odsetek. W badanej przez nas grupie uzyskano podobne wyniki badań,

a stwierdzony 40% odsetek młodzieży męskiej z wadami postawy, podejmującej naukę w liceum, może wskazywać na utrzymywanie się tego zjawiska. Wspomniane wyniki badań świadczą więc o braku samoistnego zanikania wad postawy w miarę dorastania, szczególnie dotyczy to dziewcząt, u których odsetek ten był większy ponad 10%.

Zbieżność wyników prowadzonych badań własnych z rezultatami wcześniejszych badań wskazuje na istniejącą zależność pomiędzy poziomem szybkości i skoczności a wadami kończyn dolnych u dzieci i młodzieży. Zależność nieistotna lub brak różnic występuje pomiędzy grupą uczniów z wadami kręgosłupa i grupą bez wad postawy w zwinności i szybkości [3, 14, 15].

Wyniki badań na temat genotypu i wpływu dziedziczenia na zdolności motoryczne oraz predyspozycji rozwojowych prowadzone przez wiele ośrodków w kraju i zagranicą potwierdzają silne uwarunkowania genetyczne zdolności szybkościowych. Zależność od genotypu, nie zaś od wady kręgosłupa w wynikach zwinności i szybkości, potwierdzają obecne spostrzeżenia [2, 3, 8]. Sądźmy więc, że być może z tego też powodu wady postawy są lekceważone zarówno przez młodzież, jak i rodziców, a często również fakt ich występowania nie jest uwzględniany w pracy edukacyjnej szkolnego wychowania fizycznego.

W świetle uzyskanych wyników badań i przeprowadzonej analizy niepokojący wydaje się fakt powszechności wad postawy wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej. Niekorygowane lub zaniedbywane

z czasem mogą stawać się coraz bardziej uciążliwe i prowadzić do różnego rodzaju zwyrodnień, zaburzeń, zespołów bólowych i być przeszkodą w codziennym funkcjonowaniu. Dlatego też wagę problemu należy nagłaśniać, wskazywać na zagrożenia wynikające z rozwoju wad postawy, by pobudzać odpowiedzialność skłaniającą do podjęcia działań profilaktycznych, edukacyjnych i korygujących. Istotne wydaje się również przyjęcie procedur umożliwiających powszechność możliwie wczesnego ich diagnozowania i rzetelnej oceny sprawności fizycznej dzieci i młodzieży szkolnej. Realizacja tego zadania przez pracowników ochrony zdrowia, rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego może wydatnie zmniejszyć skalę problemu.

W tej sytuacji zastanowienia wymaga właściwy dobór wskaźników stosowanych w szkołach w celu monitorowania zdrowia fizycznego i jego uwarunkowań wśród dzieci i młodzieży.

Bardziej skuteczne wydaje się zastosowanie testów badających komponenty sprzyjające zdrowiu niż możliwości uzyskiwania osiągnięć motorycznych. W rozumieniu sprawności fizycznej jako stanu i zachowań prowadzących do utrzymania lub pomnażania zdrowia są one bardziej miarodajne, co potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań, a także spostrzeżenia wielu badaczy tego zagadnienia [8, 10, 11, 12, 21, 22].

Przedstawione w tej pracy wyniki potwierdzają dotychczasowe spostrzeżenia własne i wielu innych badaczy. Nie dają jednak podstaw do sformułowania daleko idących wniosków. Wykazują jednak, że problem wpływu wad postawy na sprawność fizyczną i tym samym zdrowie młodzieży istnieje, warty jest zainteresowania i wymaga kontynuowania badań w tym zakresie.

WNIOSKI

1. Wady postawy w obrębie kończyn dolnych mają niekorzystny wpływ na rezultaty prób skoczności, zwinności i szybkości. Potwierdzają tym samym zależność pomiędzy zaburzeniami funkcjonalnymi i strukturalnymi nóg a efektami zdolności motorycznych opartych na biegu.
2. Odmienne wnioski nasuwają wyniki badań grupy młodzieży z wadami kręgosłupa, ponieważ są one porównywalne z grupą rówieśniczą bez wad postawy. Brak istotnych różnic w wynikach prób sprawnościowych młodzieży licealnej z wadami postawy i bez wad w zakresie zwinności i szybkości nasuwa wątpliwości związane z doborem wskaźników. W tej sytuacji bardziej miarodajne i skuteczne wydaje się być zastosowanie testów badających komponenty sprzyjające zdrowiu niż zdolności motoryczne, które są silnie uwarunkowane genetycznie.
3. Niewielkie różnice w poziomie komponentów motorycznych sprawności fizycznej, a nawet ich brak w badanej grupie z różnymi wadami postawy może powodować niedostrzeżenie problemu wad postawy i skutkować w późniejszym okresie życia problemami zdrowotnymi – z tego też powodu wynikające z pracy wnioski wydają się uzasadnione.

PIŚMIENNICTWO

1. Drozdowski Z.: Antropologia a kultura fizyczna. AWF Poznań, 1996.
2. Przewęda R.: Uwarunkowania poziomu sprawności fizycznej polskiej młodzieży szkolnej. AWF Warszawa 1985 (3).
3. Basińska H. i inni: Wpływ stylu życia młodzieży szkolnej na dynamikę rozwoju wad postawy w badaniach uczniów Gimnazjum nr 13 w Bydgoszczy, w: Bartuzi Z, red. Wybrane aspekty opieki zdrowotnej. UMK CM Bydgoszcz, 2007.
4. Kasperczyk T.; Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie, Kraków 2004.
5. Graf K., Lebedowski M., Kaźmierska I., Zieniewicz M.; Częstość występowania wad postawy u dzieci i młodzieży. W: postawa ciała i metody jej oceny. AWF Katowice 1992.
6. Adamczyk I., Biliński P., Bożilow W.; Częstość występowania wad postawy u dzieci i młodzieży bydgoskiej. W: Zdrowie i sprawność motoryczna w kulturze fizycznej dzieci i młodzieży. Red. Zasada M., WSP Bydgoszcz 1999, s. 99-104.
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 sierpnia 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół.
8. Szopa J., Mleczko E., Żak S.: Podstawy antropomotoryki. AWF Kraków 1996.
9. Bouchard C., Shephard R.J.: Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. Human Kinetics, Champaign, IL 1994.
10. Howley E.T.; Franks B.D.: Heath fitness instructors. Handbook. Human Kinetics, Champaign, IL 1997
11. Drabik J.: Sprawność fizyczna i jej testowanie u młodzieży szkolnej. AWF, Gdańsk 1992.
12. Osiński W. : Antropomotoryka. AWF, Poznań 2000.
13. Kutner-Kozińska M., Proces korygowania wad postawy, AWF, Warszawa 2001 (2).
14. Cieplik M., Faustmann I., Hagner W., Lewandowski A.; Sprawność fizyczna dzieci szkolnych z wadami postawy. W: Kwartalnik Ortopedyczny, 2006, nr 1, vol. 61 s.5-12.

15. Lewandowski A., Talar J.: Wady postawy a sprawność fizyczna dzieci w wieku szkolnym na przykładzie badanej młodzieży gimnazjum nr 23 w Bydgoszczy. *Medycyna Sportowa*, 2005, vol.21, nr 2, s. 99-110.
16. Sarwińska J., Zasada M., Lewandowski A.: Komponenty sprawności fizycznej wspierające zdrowie studentów fizjoterapii Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. *Annales Academiae Bydgostiensis*, 2005,19/1, 77- 82.
17. Zasada M., Sarwińska J., Lewandowski A.: Komponenty sprawności fizycznej wspierające zdrowie Studentek fizjoterapii Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. *Annales Academiae Bydgostiensis*, 2004,18/4, 157-162.
18. Arska - Kotlińska M., Bartz J., Wieliński D.: Wybrane zagadnienia statystyki dla studiujących wychowanie fizyczne. AWF, Poznań 2002.
19. Śmiglewska M., Sarwińska J., Lewandowski A. Postulaty pedagogiki kultury zdrowotnej w procesie edukacji prozdrowotnej. W: *Medical and Biological Sciences*, 2006, 20/3, 61-66.
20. Kutner-Kozińska M., Dbaj o prawidłową postawę ciała dziecka. WSiP, Warszawa 1995.
21. Wuest D.A.; Bucher C.A.: *Foundations of pchysical education and sport* , 11th ed. Mosby Year Book. Inc., St. Louis 1991.
22. Grabowski H., Szopa J.: „EUROFIT” Europejski test sprawności fizycznej. AWF, Kraków 1991.

Adres do korespondencji:

mgr Tomasz Kowalik
Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
tel.: (052) 585-36-12
e-mail.kizpodskf @ cm umk.pl

Otrzymano: 4.03.2008

Zaakceptowano do druku: 20.05.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Anna Ksykiewicz-Dorota, Iwona Markiewicz

**WPLYW UBEZPIECZENIOWEGO MODELU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH NA ZAKRES ZADAŃ PIELEŃNIAREK
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)**

**TASKS OF PRIMARY HEALTH CARE (PHC) NURSES IN INSURANCE MODEL
OF FINANCING NURSING SERVICES**

Z Katedry i Zakładu Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
kierownik: dr hab. n. med. Anna Ksykiewicz-Dorota, prof. nadzw. UM

Streszczenie

Celem badań było określenie, czy w związku z wprowadzeniem w 1999 r. ubezpieczeniowego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych nastąpiły zmiany w zakresie zadań pielęgniarskiej kadry kierowniczej POZ oraz w obowiązkach pielęgniarek pracujących w POZ. W związku z tym, że model ubezpieczeniowy obowiązuje prawie od dekady, przyjęto następujące hipotezy:

1. Zmiany w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych wpłynęły na rozszerzenie zakresu zadań kierowniczej kadry pielęgniarskiej POZ.
2. Wprowadzenie kontraktów na świadczenia w zakresie opieki pielęgniarskiej wpłynęło na zwiększenie obowiązków pielęgniarek pracujących w POZ.

Badania przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, wśród 40 osób spośród pielęgniarskiej kadry kie-

rowniczej zakładów POZ na terenie miasta Częstochowy, które w latach 2000-2005 zostały przekształcone z SPZOZ w NZOZ. W analizie statystycznej zastosowano test χ^2 (chi – kwadrat) na zgodność z rozkładem jednostajnym, χ^2 na niezależność oraz test χ^2 z poprawką Yates'a. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p \leq 0,05$.

Na podstawie badań stwierdzono, że reforma systemu finansowania świadczeń zdrowotnych przyniosła zmiany w zakresie zadań pielęgniarskiej kadry kierowniczej. Znacznie zwiększył się ich zakres obowiązków i odpowiedzialności, ale nie zostały zwiększone uprawnienia. Nie zmienił się, według opinii badanych kierowników, zakres zadań pielęgniarek pracujących w POZ.

Summary

The objective of the studies was to determine whether the implementation in 1999 of the insurance model of financing health services caused any changes concerning the tasks of managing nursing PHC staff and duties of nurses employed in PHC. Taking into account the fact that the insurance model has been functioning almost for a decade the following hypotheses were adopted:

1. Changes in the system of financing health services resulted in the expansion of the scope of tasks of PHC managing nursing staff.
2. The implementation of contracts for services in the area of nursing care resulted in the increase of duties of the nurses employed in PHC.

The studies were conducted by means of a questionnaire form and covered 40 respondents from among managing

nursing staff of PHC units in the city of Częstochowa, which during the period 2000-2005 were converted from Independent Public Health Care Units into Non-Public Health Care Units. Statistical analyses were conducted by means of chi-square test (χ^2) of deviations from the uniform distribution, χ^2 test of independence, and χ^2 test with Yates' correction. 5% Type I error was adopted, i.e. p values less than 0.05 were considered as statistically significant.

Results of the studies confirmed that the reform of the system of financing health services brought about changes concerning the scope of tasks of managing nursing staff. The scope of their tasks and duties considerably increased, however, no increase was noted with respect to the staff's powers. In the opinion of the managers surveyed the scope of tasks of nurses employed in PHC did not increase.

Słowa kluczowe: świadczenia pielęgniarskie, podstawowa opieka zdrowotna (POZ), kierownicza kadra pielęgniarska
Key words: nursing services, primary health care (PHC), managing nursing staff

WSTĘP

Wprowadzona 1 stycznia 1999 r. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r. [1] spowodowała zmianę zasad finansowania i organizacji zakładów opieki zdrowotnej. Na jej podstawie, model finansowania świadczeń zdrowotnych z systemu budżetowego został zmieniony na system ubezpieczeniowo-budżetowy [2]. Jednym z ważniejszych rozwiązań w reformowanym systemie ochrony zdrowia było wprowadzenie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Głównym płatnikiem zostały Kasy Chorych, a od 2003 roku Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia [3].

Świadczenia pielęgniarские w POZ objęte kontraktowaniem realizowane są przez pielęgniarki/położne środowiskowe/rodzinne świadczące usługi bezpośrednio w środowisku domowym, pielęgniarki/położne, które realizują świadczenia zdrowotne w praktyce lekarza rodzinnego [1], pielęgniarki w domowej specjalistycznej opiece przewlekle chorych i niepełnosprawnych, oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które udzielają świadczeń zdrowotnych na rzecz uczniów/ wychowanków w środowisku nauczania i wychowania [1].

Świadczenia pielęgniarские z tego zakresu są jednym z największych obszarów świadczeń zdrowotnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem [4]. Od pielęgniarki oczekuje się profesjonalizmu, a więc określonego zasobu wiedzy i umiejętności w zakresie pielęgnowania, czyli opieki w zdrowiu i chorobie, promowania zdrowia i profilaktyki chorób [5]. Wymaga to ciągłego doskonalenia umiejętności praktycznych oraz stałego uzupełniania wiedzy.

Poszerzenie zakresu zadań pielęgniarek POZ wymaga od ich kierowników aktualizowania regulaminowej odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków związanych z ich realizacją [5]. Pielęgniarki pełniące funkcje kierownicze ponoszą odpowiedzialność nie tylko za swój rozwój zawodowy, ale również za rozwój podwładnych, za realizację celów i zadań instytucji, którą kierują. Zadaniem kierowniczej kadry pielęgniarской jest osiągnięcie efektywnych wyników w zarządzaniu zespołami pracowniczymi [6].

Celem badań było określenie, czy w związku z wprowadzeniem w 1999 r. ubezpieczeniowego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych nastąpiła zmiany w zakresie zadań pielęgniarской kadry kierowniczej POZ oraz w obowiązkach pielęgniarek pracujących w POZ. W związku z tym, że model ubezpiecze-

niowy obowiązuje prawie od dekady, przyjęto następujące hipotezy:

- 1) zmiany w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych wpłynęły na rozszerzenie zakresu zadań kierowniczej kadry pielęgniarской POZ;
- 2) wprowadzenie kontraktów na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki pielęgniarской spowodowało zwiększenie obowiązków pielęgniarek pracujących w POZ.

MATERIAŁ I METODY

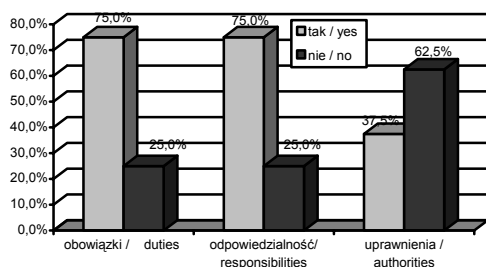
Badania przeprowadzono, przy pomocy kwestionariusza ankiety, wśród 40 osób pielęgniarской kadry kierowniczej 16 zakładów POZ na terenie miasta Częstochowy, które w latach 2002-2005 zostały przekształcone z SPZOZ w NZOZ. Wśród respondentek 37 to mężatki (92,5%), natomiast pozostałe trzy osoby (7,5%) było stanu wolnego. W przeważającej większości, tj. 35 (87%) pielęgniarek ma wykształcenie średnie, dwie (5%) pielęgniarki posiadają wyższe studia pielęgniarские. Pozostałe trzy – (8%) inne wyższe. Tylko 6 spośród badanych pielęgniarek posiada specjalizację. Natomiast wszystkie pielęgniarki posiadają ukończone kursy kwalifikacyjne (40 osób – 100,0%). Z analizy danych wynika, że najwięcej badanych ukończyło kurs kwalifikacyjny z organizacji i zarządzania dla pielęgniarek. Porównując staż pracy badanych pielęgniarek największą grupę stanowiły osoby, które pracują w zawodzie od 26 do 30 lat (55% ogółu badanych). Staż do 15 lat ma tylko jedna pielęgniarka (2,5%). Z analizy wynika, że sporą grupę spośród badanych (27,55%) stanowią te pielęgniarki, które na stanowisku kierowniczym pracują do 5 lat. Pielęgniarki na stanowisku kierowniczym od 25 do 30 lat i powyżej stanowią 5%.

W analizie statystycznej zastosowano test χ^2 (chi – kwadrat) na zgodność z rozkładem jednostajnym, χ^2 na niezależność oraz test χ^2 z poprawką Yatesa. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Dysponowanie uprawnieniami umożliwiającymi samodzielny wybór celu i sposobu działania umożliwił skuteczne realizowanie zadań na pielęgniarских stanowiskach pracy. Zmiany w systemie zawierania umów pielęgniarских z płatnikiem na świadczenia pielęgniarские wpłynęły na zwiększenie zakresu obo-

wiązków (75,0%) oraz odpowiedzialności (75,0%), ale przy tym nie zostały zwiększone uprawnienia pielęgniarskiej kadry kierowniczej (62,5%) POZ (ryc. 1). Z badań wynika, że istotnie więcej zmian ($p < 0,01$) nastąpiło w zakresie obowiązków i odpowiedzialności kierowniczej kadry pielęgniarskiej niż uprawnień.



$$\chi^2 = 11,40 \quad (**) \quad p < 0,01$$

Ryc. 1. Ocena zmian w zakresie obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pielęgniarskiej kadry kierowniczej w opinii pielęgniarek kierowniczych

Fig. 1. Evaluation of changes concerning duties, responsibilities and authorities of managing nursing staff according to nurses - managers

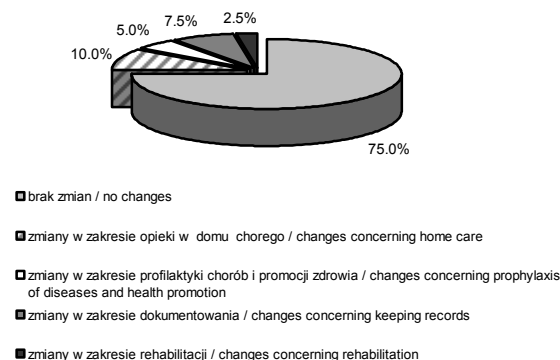
Każde stanowisko pracy musi zawierać prawa pracownika do podejmowania decyzji, sposobu działania, zadania i obowiązki oraz zakres odpowiedzialności.

Zdecydowana większość (75,0%) badanych pielęgniarek kierowniczych uważa, że zakres zadań pielęgniarek pracowników POZ się nie zmienił. Nadal działania pielęgniarskie zdominowane są zadaniami instrumentalnymi, a samodzielność w realizowaniu zadań ogranicza podporządkowanie lekarzowi.

Wśród 25,0% pielęgniarek kierowniczych, które akcentują zmiany po wprowadzeniu nowego modelu finansowania świadczeń pielęgniarskich, 10,0% zauważa zwiększenie zakresu świadczeń pielęgniarskich POZ w domu chorego, 7,5% pielęgniarek kierowniczych zwróciło uwagę na zmiany w sposobie dokumentowania czynności wykonywanych przez pielęgniarki POZ, natomiast 5,0% pielęgniarek kierowniczych wymienia zwiększenie zakresu świadczeń pielęgniarek pracujących w POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia, 2,5% pielęgniarek podaje, że zakres zadań pielęgniarek POZ rozszerzył się o świadczenia w zakresie rehabilitacji (ryc. 2).

Pielęgniarki kierownicy w wieku od 46 lat do 50 lat i powyżej (57,5%) znacznie częściej ($p < 0,01$) uważają, iż zakres zadań pielęgniarek pracujących w POZ się nie zmienił, niż pielęgniarki do 40 lat (10,0%) oraz od 41 lat do 45 lat (7,5%). Porównując wykształcenie

pielęgniarek kierowniczych, istotnie częściej ($p < 0,01$) nie zauważają zmian w zakresie zadań pielęgniarek pracujących w POZ, pielęgniarki kierownicy z wykształceniem średnim (67,5%) niż z wykształceniem wyższym (7,5%).



Ryc. 2. Ocena zmian w zakresie zadań pielęgniarek POZ w opinii kierowniczej kadry pielęgniarskiej

Fig. 2. Evaluation of changes concerning the tasks of PHC nurses according to managing nursing staff

Istotnie częściej ($p < 0,001$) nie zauważają zmian w zakresie zadań pielęgniarek pracowników POZ pielęgniarki (33,3%) mające specjalizację niż pielęgniarki (66,7%) nie posiadające specjalizacji.

Wśród pielęgniarek kierowniczych, które uważają, że zakres zadań pielęgniarek POZ się nie zmienił, istotną grupę stanowią pielęgniarki (32,5%) ze stażem pracy na stanowisku kierowniczym do 10 lat, w porównaniu z pielęgniarkami ze stażem pracy na stanowisku kierowniczym od 11 lat do 20 lat oraz od 21 lat do 30 lat i powyżej.

DYSKUSJA

Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, pomimo zakresu obejmującego cały system, skierowana została w głównej mierze na podstawową opiekę zdrowotną, uznając jej priorytetowe znaczenie dla całości systemu [7].

Ważną cechą zmian prowadzących do urynkowania systemu było zorientowanie podstawowej opieki zdrowotnej na medycynę rodzinną [4]. Głównym założeniem przyjętej koncepcji POZ jest funkcjonowanie jej w miejscu zamieszkania, gdzie jest realizowana przez lekarza rodzinnego i pediatrę [8], lekarza stomatologa, pielęgniarkę i położną środowiskową-rodzinną oraz pielęgniarkę szkolną [9]. Realizacja zadań na

rzecz zdrowia pacjentów obu profesji musi mieć charakter wzajemnie uzupełniający się [10].

Buczowska podaje, że pielęgniarki i położne w podstawowej opiece zdrowotnej pełnią funkcje trojakiemu rodzaju. Przez funkcję komplementarną wspomagają efektywność działań lekarzy w rozpoznawaniu potrzeb i problemów zdrowotnych pacjentów i rodzin. W jej ramach np. planują i realizują działania profilaktyczne, rozwijają samopomoc i organizują opiekę nieprofesjonalną dla przewlekle chorych. Drugi typ funkcji można nazwać suplementarnym; obejmuje świadczenia zdrowotne w procesie pielęgnowania i rehabilitacji przyłóżkowej w domu pacjenta. Wreszcie funkcja substytucyjna wynikająca z konkretnych obowiązków to: wykonywanie badań diagnostycznych, np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, glukometria, EKG, spirometria, badanie ostrości wzroku, badanie słuchu [4].

Liczni autorzy podają, że pielęgniarki i położne w nowym systemie finansowania świadczeń pielęgniarstwa podejmują coraz trudniejsze zadania i realizują je samodzielnie. Świadczą pomoc i wsparcie w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności, uwzględniając fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty życia podopiecznego. Pomagają ludziom w ich środowisku życia, podejmując odpowiedzialność za umocnienie zdrowia. Prowadzą poradnictwo, kontrolę i opiekę zwłaszcza w odniesieniu do szczególnie narażonej populacji. Stają się doradcami i edukatorami, np. w zakresie przygotowania młodzieży do życia w rodzinie, metod planowania rodziny, ochrony rodzicielstwa, promowania zdrowego stylu życia” [11]. Przedstawione wyniki badań w niniejszej pracy nie pokrywają się z opinią innych autorów. Zdecydowana większość (75,0%) badanych pielęgniarek kierowników uważa, że zakres zadań pielęgniarek pracowników POZ się nie zmienił. Nadal działania pielęgniarstwa zdominowane są zadaniami instrumentalnymi a samodzielność w realizowaniu zadań ogranicza podporządkowanie lekarzowi.

Rogala-Pawelczyk podaje, że w przeszłości od pielęgniarstwa kadry kierowniczej oczekiwano raczej realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem zakładu [12]. Niezmienne warunki stabilnego systemu opieki zdrowotnej nie wymuszały odpowiadania na pytanie o skuteczność dotychczasowego sposobu sprawowania opieki pielęgniarstwa [13]. Obecnie zadaniem kierowniczej kadry pielęgniarstwa jest stałe diagnozowanie potrzeb pielęgniarek w zakresie wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do pracy nowymi metodami. Doskonalenie ma również znacze-

nie dla realizacji celów całego zakładu opieki zdrowotnej, a więc: diagnozowania, leczenia, rehabilitacji, pielęgnowania itd. [13]. Przekształcenia systemu ochrony zdrowia, a tym samym przekształcenia w podsystemie pielęgniarstwa, tj.: odejście od tradycyjnego pielęgnowania, wprowadzenie nowych metod pracy, zwiększenie samodzielności i odrębności zawodowej, wprowadzenie kontraktów na świadczenia pielęgniarstwa, dały większe możliwości pielęgniarkom zajmującym kierownicze stanowiska w wypełnianiu swoich funkcji. Opinia ta tylko częściowo znalazła odzwierciedlenie w wynikach badań prezentowanych w niniejszej pracy. Zmiany w systemie kontraktowania świadczeń pielęgniarstwa wpłynęły na zwiększenie zakresu obowiązków (75,0%) oraz odpowiedzialności (75,0%), ale przy tym nie zostały zwiększone uprawnienia pielęgniarstwa kadry kierowniczej (62,5%) POZ. Z badań wynika, że istotnie więcej zmian ($p < 0,01$) nastąpiło w zakresie obowiązków i odpowiedzialności kierowniczej kadry pielęgniarstwa niż uprawnień. Być może opinie badanych są związane z tym, że tylko dwie osoby mają wyższe wykształcenie pielęgniarstwa, a sześć specjalizację, co powoduje, że same nie są przygotowane do aktywizowania pielęgniarek POZ do większej samodzielności decyzyjnej.

WNIOSKI

1. Reforma systemu finansowania świadczeń zdrowotnych przyniosła zmiany w zakresie zadań pielęgniarstwa kadry kierowniczej. Znacznie zwiększył się ich zakres obowiązków i odpowiedzialności, ale nie zostały zwiększone uprawnienia.
2. Zmiana w systemie opieki zdrowotnej wprowadzająca kontrakty na świadczenia pielęgniarstwa nie wpłynęła na zakres zadań pielęgniarek POZ.

PIŚMIENNICTWO

1. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez pielęgniarki i położne w podstawowej opiece zdrowotnej. Projekt. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Warszawa, 2005, Wdowia. 208.
2. Wdowiak L., Walkowska K., Owoc A.: Stan reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 2002, t. 112 [4] s.511-515.
3. Rogala-Pawelczyk G.: Kontraktowanie świadczeń pielęgniarstwa. W: Ksykiewicz-Dorota A. [red.]: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 207.

4. Buczkowska E.: Po co komu jakość, Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2004; 1-2.
5. Krzych E.: Rola pielęgniarki w teorii i praktyce. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2005;1-2, s. 6.
6. Kędra E.: Czy starczy nam sił? Magazyn pielęgniarki i Położnej. 2005;12, s.6.
7. Marcinowicz L., Borzuchowska A., Stocka M.: Funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w opinii lekarzy województwa podlaskiego. Zdr. Publiczne, 2001;111[2], s.88-91.
8. Latański M.: Ogólne założenia strategii przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej. Antidotum, 1994;9-10, s.13-15.
9. Włodarczyk W.C.: Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wyd. I, Kraków 2003;186.
10. Fetlińska J., Reszka W.: Pielęgniarki w nowym modelu POZ. Pielęgniarka i Położna. 1995;7
11. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.: Pielęgniarka, położna-wolne zawody. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2001;4,s. 4-5.
12. Rogala-Pawelczyk G., Luba A.: Podejmowanie decyzji w sprawie wprowadzenia procesu pielęgnowania. W: Ksykiewicz-Dorota A., Rusecki P.[red].: Doskonalenie opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym. Oficyna wydawnicza. ABRYS Kraków-Lublin 1996, s.90.
13. Rogala-Pawelczyk G.: Doskonalenie pielęgniarek w procesie pielęgnowania. W: Ksykiewicz-Dorota A., Rusecki P.[red].: Doskonalenie opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym. Oficyna wydawnicza. ABRYS Kraków-Lublin 1996, s. 113.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

Al. Raławickie 1

20-059 Lublin

tel.: 0 81 528 88 84

tel/faks: 0 81 528 88 85,

e-mail: ksykzarz@am.lublin.pl

Otrzymano: 5.08.2008

Zaakceptowano do druku: 28.10.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Krystyna Kurowska, Larysa Kuligowska

**POCZUCIE KOHERENCJI A STYLE RADZENIA SOBIE Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ
PACJENTÓW PODDAWANYCH CHEMIOTERAPII**

**SENSE OF COHERENCE AND STYLES OF COPING IN CANCER PATIENTS
UNDERGOING CHEMOTHERAPY**

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr n. med. Mirosława Felsmann

S t r e s z c z e n i e

Czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (SOC). Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz określenie zastosowanych przez chorych onkologicznych, poddawanych chemioterapii stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Przebadano 75 pacjentów z Oddziału Chemioterapii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Poczucie koherencji ocenione było

za pomocą kwestionariusza SOC-29, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych – kwestionariuszem CISS. W wyniku badań ustalono, że na poczucie koherencji wpływa płeć, posiadanie dzieci i długość chorowania. Osoby charakteryzujące się wysokim SOC preferowały styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu, rzadziej emocjonalnie podchodziły do zaistniałego problemu.

S u m m a r y

The Sense of Coherence (SOC) influences the ability to cope with stress. The aim of the study was to estimate the level of SOC and styles of coping with the disease in cancer patients undergoing chemotherapy. The study involved 75 patients of the Chemotherapy Ward in the Oncology Center in Bydgoszcz. The SOC was assessed using SOC-29 ques-

tionnaire and the ability to cope was measured using the Coping Inventory of Stressful Situation (CISS) questionnaire. The study shows that the SOC level is influenced by gender, having children and the duration of illness. Patients with a high SOC level prefer task-oriented style of coping and have less emotional attitude towards the disease.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, chemioterapia, style radzenia sobie, poczucie koherencji (SOC)

Key words: cancer, chemotherapy, styles of coping, sense of coherence (SOC)

WSTĘP

Choroby onkologiczne stanowią obecnie jedną z głównych przyczyn śmierci człowieka. Wystąpienie ich, pomimo systematycznego postępu w zakresie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, ciągle jeszcze jest traktowane jako wydarzenie niezwykle dramatyczne. Następstwa, jakie dla psychiki człowieka niesie pojawienie się tej choroby, możliwości przystosowawcze do zaistniałej sytuacji, wpływ psychiki na

efektywność leczenia wzbudzają obecnie zainteresowanie naukowców na całym świecie [1, 2]. Czynnikiem wpływającym na umiejętność radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (SOC), wprowadzone do psychologii przez Aarona Antonovsky'ego [3]. Poczucie koherencji, składające się z trzech skorelowanych elementów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności, stanowi w tej kon-

cepcji kluczowe zagadnienie. Ludzie o rozwiniętym poczuciu koherencji, zdaniem twórcy tego modelu, wybierają określoną strategię radzenia sobie, najbardziej ich zdaniem adekwatną do zaistniałego stresora. Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia koherencji oraz określenie stosowanych przez chorych onkologicznych, poddawanych chemioterapii, stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Badania przeprowadzono w okresie od lipca 2007 do kwietnia 2008 w grupie 75 pacjentów z Oddziału Chemioterapii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/203/2007). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovskiego, kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie (CISS) w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy do oceny stylów radzenia sobie oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F. Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego polskiej wersji STATISTIKA 6.0.

WYNIKI BADAŃ

Z analizy danych wynika, że średni wiek badanych wynosił średnio 51,5 lat. Najmłodsza osoba miała 23 lata, najstarsza 73 lata. Przeciętny pacjent był między 40 a 62 rokiem życia. Wśród pacjentów były 32 (42%) kobiety i 43,7 (57,3%) mężczyzn. Najwięcej osób zamieszkiwało w miastach (61,3%), w środowisku wiejskim (38,7%). Osoby objęte badaniem najczęściej pozostawały w związkach małżeńskich (78,7%), 5,3% to osoby, które owdowiały. Samotni lub też rozwiedzeni łącznie stanowili 16%. Znaczna większość badanych miała dzieci (82,7%), a tylko 17,3% było bez-

dzielnymi. Część badanych zamieszkiwała z rodziną (89,3%), a 10,7% samotnie. Niespełna 9,3% miało wykształcenie podstawowe, 16% posiadało wyższe. Większość badanych miała wykształcenie średnie lub zawodowe. Osób z wykształceniem zawodowym było 33,3%, jednak najwięcej było osób ze średnim – 41,3%. Większa część osób utrzymywała się z pracy zarobkowej, (41,3%), pozostali z renty (20%) lub emerytury (24%). Osób mających jakieś źródło utrzymania na zasadzie świadczeń było łącznie 8,1%, a niemających własnego źródła utrzymania kolejne 6,7%. Sytuacja materialna badanych pokazuje, że pieniędzy nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb niespełna 10% badanych. 57% stwierdza, że wystarcza funduszy na podstawowe potrzeby, ale absolutnie nie poza tym. 20% podaje, że na podstawowe potrzeby i na większe wydatki. Pieniądzy wystarcza na zaspokajanie wszystkich potrzeb tylko 8% badanych, a tylko ponad 5% respondentów uważa swoją sytuację materialną za naprawdę dobrą.

Najczęściej badani przechodzili leczenie chirurgiczne i chemioterapię, ta liczna grupa stanowiła 50%. Tylko chemioterapię przechodziło prawie 18% badanych, leczenie chirurgiczne, radio- i chemioterapeutyczne niespełna 15%. Pojedyncze osoby wskazywały na leczenie chirurgiczne (2,7%) i radioterapeutyczne (5,4%). 5,4% badanych przechodziło leczenie radio- i chemioterapeutyczne. Podsumowując wyniki, można powiedzieć, że leczenie metodą chemioterapii ogólnie miało prawie 90% badanych.

50% badanych uważa swój stan zdrowia w zasadzie za dobry, tylko z okresowymi dolegliwościami, lecz 12,2% określa swój stan zdrowia jako nie najlepszy, z nasilającymi się dolegliwościami bólowymi. U 8,2% stan zdrowia w trakcie leczenia pogarsza się, a 1,4% zgłasza bardzo złe samopoczucie, zaburzające normalne funkcjonowanie, natomiast 28,4% badanych twierdzi, że ich stan zdrowia w trakcie leczenia jest dobry, bez dolegliwości.

Analizie poddano również zagadnienie wzmocnienia organizmu przez badanych po chemioterapii. Największa liczba osób (72%) uznaje spożywanie warzyw i owoców za najlepszy środek wzmocniający organizm po chemioterapii, a suplementy diety wzmocniające system immunologiczny stosuje ponad 14% badanych. Do grupy osób zażywających suplementy oraz owoce i warzywa zalicza siebie ponad 8%. 30% badanych jako sposób dbania o siebie wskazuje zdrowe odżywianie się. Zazwyczaj zdrowe odżywianie się i rezygnacja z używania nałogów (11%) to elementy, które

są stosowane przez pacjentów, a prawie 10% wskazuje na długie spacerowanie i zdrowe odżywianie się. Pozostałe sposoby dbania o swoje zdrowie były różnorodne. 40% badanych wybrało dietę jako sposób radzenia sobie z powikłaniami po chemioterapii, natomiast 10% badanych próbuje sobie radzić z powikłaniami zażywając leki farmakologiczne.

Szczegółowej analizie poddano poziom koherencji i jego składowe u badanych (tabela I). Rozpatrując stopień zrozumiałości widzimy, że zróżnicowanie w tej grupie było duże, bo stanowiło 20% średniej. Jednocześnie można zauważyć, że zrozumiałość była wyższa niż zaradność i sensowność. Natomiast poczucie zaradności było tylko nieco niższe niż sensowność, bo stanowiło 5,69%. W tym przypadku możemy powiedzieć, że było na poziomie mniej więcej 15%, co świadczy o dość dużym zróżnicowaniu. Sensowność osiągnęła wynik 5,73%, świadczący o dużym zróżnicowaniu, które stanowiło niemal 20% średniej. W związku z tym możemy powiedzieć, że zarówno zaradność, jak i sensowność są to skale, które zdecydowanie różnią badanych. Jeśli chodzi o SOC, globalne poczucie koherencji badanych, stanowiące 15,65%, to jest ono dużo niższe niż normy zakładane przez Antonovsky'ego [3]. Jednak maksymalny wynik 169 wskazuje, że potencjał osoby badane posiadają. Odchylenie standardowe równe 15,65% świadczy o tym, że osoby badane różnią się między sobą poziomem poczucia koherencji.

Tabela I. *Poziom istotności różnic poczucia koherencji (SOC) u osób badanych*

Table I. *The level of significance of differences in the sense of coherence (SOC) in the study patients*

	N ważnych N valid	Srednia Mean	Minimum Minimum	Maksimum Maximum	Odchylenie standard. Standard aberration
Zrozumiałość Comprehensibility	74	44,72	17,00	65,00	10,06
Zaradność Manageability	74	37,06	24,00	53,00	5,68
Sensowność Meaningfulness	74	30,60	13,00	52,00	5,72
SOC globalne Global SOC	74	112,40	57,00	169,00	15,65

Z analizy stylów radzenia sobie (tabela II) wynika, że styl zadaniowy był najczęstszym stylem u badanych. Średnia stylu zadaniowego 54,38 była najwyższą średnią, co wskazuje, że osoby z chorobą nowotworową po chemioterapii prezentują głównie styl zadaniowy. Odchylenie standardowe równe 9,89% świadczy o dużym zróżnicowaniu stylu zadaniowego. Rozpatrując styl emocjonalny, gdzie najniższy wynik był równy

16, a maksymalny 69, ze średnią 12,33%, zauważamy bardzo duży rozrzut. Można powiedzieć, że badani zdecydowanie różnią się w zakresie stylu radzenia sobie. Styl unikowy tak samo świadczy o dużym rozrzucie. Analizując wyniki w stosowaniu stylów czynności zastępczych i kontaktów towarzyskich widzimy, że również tu występuje spore zróżnicowanie. Podsumowując uzyskane wyniki można przyjąć, że osoby, które miały wysoki poziom SOC częściej stosowały styl zadaniowy i jednocześnie rzadziej stosowały styl emocjonalny, co jest rzeczą prawidłową.

Tabela II. *Poziom istotności różnic między średnimi stylów radzenia sobie u osób badanych*

Table II. *The level of significance of differences between the mean values of coping styles in the study patients*

Style radzenia Styles of coping	N ważnych N valid	Srednia Mean	Minimum Minimum	Maksimum Maximum	Odchylenie standard. Standard aberration
Zadaniowy Task-oriented coping	71	54,38	26,00	73,00	9,88
Emocjonalny Emotion-oriented coping	71	40,29	16,00	69,00	12,33
Unikowy Avoidance oriented coping	71	46,07	20,00	62,00	8,15
Unikowy – czynności zastępcze Avoidance – substitute activities	71	28,97	13,00	44,00	5,44
Unikowy – kontakty towarzyskie Avoidance- social contacts	72	17,18	5,00	25,00	4,18

Określono również związek między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba nowotworowa (tabela III). Skorelowane pomiędzy sobą wyniki, na podstawie współczynnika korelacji liniowej Pearsona, pokazują, że styl zadaniowy nie był związany istotnie z jakąkolwiek podskalą poczucia koherencji. Styl emocjonalny natomiast był skorelowany ujemnie, przeciętnie ze zrozumiałością, czyli im wyższy poziom zrozumiałości, tym rzadziej występował styl emocjonalny. Analizując sensowność można powiedzieć, że im wyższa sensowność, tym częściej wśród badanych stosowany był styl emocjonalny. W przypadku stylu unikowego nie ma takiej tendencji, czyli istotnej statystycznie, natomiast w „stylu unikowym, czynności zastępcze” współczynnik korelacji był ujemny $r = -0,26$ i można tu powiedzieć, że to korelacja słaba, ale istotna statystycznie. Podsumowując, im wyższy jest stopień zrozumiałości, tym rzadziej są stosowane czynności zastępcze. Natomiast „kontakty towarzyskie” w żaden

sposób nie okazały się czynnikiem, który różnicuje badanych.

Tabela III. *Macierz korelacji poczucia koherencji (SOC) i radzenia sobie u chorych z chorobą nowotworową po chemioterapii*

Table III. *The correlation matrix between the sense of coherence (SOC) and coping with the disease in cancer patients undergoing chemotherapy*

	Zrozumiałość Comprehensibility	Zaradność Manageability	Sensowność Meaningfulness	SOC globalne Global SOC
Zadaniowy Task-oriented coping	0,0274	0,1070	-0,0344	0,0433
	p=0,821	p=0,375	p=0,776	p=0,720
Emocjonalny Emotion-oriented coping	-0,4500	0,1510	0,2340	-0,1457
	p=0,0001*	p=0,209	p=0,050*	p=0,225
Unikowy Avoidance oriented coping	-0,1473	-0,1126	-0,0787	-0,01634
	p=0,220	p=0,350	p=0,514	p=0,173
Unikowy czynności zastępcze Avoidance – substitute activities	-0,2610*	-0,1220	-0,0509	-0,2289
	p=0,028	p=0,311	p=0,674	p=0,055
Unikowy kontakty towarzyskie. Avoidance-social contacts	0,0529	-0,0611	-0,0879	-0,0208
	p=0,661	p=0,612	p=0,466	p=0,863

* p < 0,05

Na podstawie jednoczynnikowej analizy wariacji testu F. Fischera zbadano różnice pomiędzy stopniem poczucia zrozumiałości, zaradności, sensowności i SOC globalnym u kobiet i mężczyzn. Stwierdzono, że płeć w sposób istotny statystycznie zróżnicowała zrozumiałość ($p < 0,0017$), jak i globalne SOC ($p < 0,0199$). Wyższe wyniki średniej SOC globalnego mają mężczyźni (116,07) niż kobiety (107,59). Badając wpływ wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej, sytuacji materialnej na poziom poczucia koherencji, na podstawie takiej samej jednoczynnikowej analizy stwierdzono, że zmienne te w żadnym stopniu istotnie statystycznie nie różnicują badanych. Z danych wynika, że tylko jedna zmienna, taka jak sensowność ($p < 0,0481$) różnicuje ich istotnie statystycznie. Świadczy to o tym, że wyższy poziom sensowności mają te osoby, które posiadają dzieci (31,21) i zdecydowanie niższy poziom sensowności mają osoby, które dzieci nie posiadają (27,76).

Podsumowując, można powiedzieć, że tylko płeć i posiadanie dzieci różnicowały poziom poczucia koherencji. Wykazano, że płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, potomstwo, miejsce i sposób zamieszkania, aktywność zawodowa, wpływ sytuacji materialnej nie była czynnikiem, który w jakikolwiek sposób wpływał na style radzenia sobie pacjentów z chorobą nowotworową po chemioterapii. Podsumowując, style radzenia nie są związane ze zmiennymi socjodemograficznymi.

W dalszym kroku analizie poddano zmienne medyczne (rodzaj leczenia, czas chorowania, ocena stanu zdrowia, troska o zdrowie) wpływające na poziom SOC i jego składowych oraz sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową. Okazuje się, że zarówno poczucie koherencji, jak i style radzenia sobie są związane ze zmiennymi medycznymi, a przede wszystkim z długością chorowania, ponieważ długość chorowania różnicuje zrozumiałość ($p < 0,0103$). Można powiedzieć, że osoby, które dłużej chorują, mają niski poziom zrozumiałości ($p < 0,1830$). W przypadku zaradności takiej istotnej różnicy nie zauważono, natomiast w przypadku sensowności ($p < 0,6445$), dłużej chorujące osoby mają niższy poziom sensowności ($p < 0,239$) i niższy poziom SOC globalnego ($p < 0,1200$). Zauważono, że osoby, które dłużej chorują, mają wyższe wyniki w stylu zadaniowym ($p < 0,0001$), emocjonalnym ($p < 0,0001$), w stylu unikowym ($p < 0,0001$), w czynnościach zastępczych ($p < 0,0001$) oraz kontaktach towarzyskich ($p < 0,0001$). Poniższe wyniki można interpretować w sposób następujący: siła związku pomiędzy długością chorowania a stylami radzenia sobie za każdym razem jest siłą przeciętną. Etapy leczenia, ocena stanu zdrowia nie różnicują ani poczucia koherencji, ani sposobów radzenia sobie badanych.

Wzmacnianie organizmu po chemioterapii było czynnikiem, który różnicuje zrozumiałość ($p < 0,0288$), sensowność ($p < 0,0419$) i SOC globalne ($p < 0,0038$). Okazało się, że wyższy poziom zrozumiałości miały te osoby, które stosowały, jako środki wzmacniające organizm po chemioterapii, zarówno zioła, jak i warzywa oraz owoce, ich poziom zrozumiałości wynosił (53,20), również wyższy mają poziom sensowności (31,00) i globalny poziom poczucia koherencji (122,60). Osoby, które stosują tylko ziołolecznictwo, miały nieco niższy poziom zrozumiałości (42,88) niż te osoby, które stosują warzywa i owoce (44,28). Jeśli chodzi o sensowność, to stosowanie ziołolecznictwa, jak i warzyw i owoców nie różnicuje badanych. Natomiast inne metody mają niższą sensowność (28,75)

w stosunku do pozostałych. Analizując SOC globalne widzimy, że osoby, które stosują ziołolecznictwo, mają nieco niższy poziom koherencji (108,77) niż osoby stosujące w diecie tylko warzywa i owoce (112,55), ale najwyższy poziom osiągnęły te osoby, które na co dzień stosują inne metody wzmacniania organizmu niż ziołolecznictwo, warzywa i owoce (117,25). Dbanie o zdrowie nie okazało się czynnikiem wpływającym na poziom poczucia koherencji, czy też na style radzenia sobie. Podobnie również, radzenie sobie z powikłaniami w znakomitej części nie różnicuje badanych. Jednak okazuje się, że różnicuje ono styl unikowy ($p < 0,0466$). Można wywnioskować, że osoby, które mają wysoki poziom stylu unikowego radzą sobie z powikłaniami optymizmem. Może to być związane z kontaktami towarzyskimi, czynnościami zastępczymi, czyli optymizmem odsuwają od siebie chorobę. Równie wysokie wyniki miały osoby, które wybierają za sposób radzenia sobie z powikłaniami spacer i książki (59,00). Najniższy wynik stylu unikowego zyskały osoby, które stosują sposoby własne (28,00), życie bez stresu i zdrową żywność (38,00). Te osoby mają wyniki wskazujące na twarde radzenie sobie z tym problemem, prawdopodobnie stosują w tym momencie style zadaniowe.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Uzyskane wyniki badań potwierdzają, że osoby, które miały wysoki poziom SOC, częściej stosowały styl zadaniowy i jednocześnie rzadziej styl emocjonalny. Styl zadaniowy jest najczęstszym stylem u badanych. Średnia stylu zadaniowego (54,38) jest najwyższą średnią, świadczy to o tym, że osoby z chorobą nowotworową po chemioterapii prezentują styl zadaniowy. Przeprowadzone badania potwierdziły, że im wyższy jest stopień zrozumiałości, tym rzadziej są stosowane czynności zastępcze. W przypadku, gdy był wyższy stopień zrozumiałości, zaradności, sensowności i SOC globalnego, tym istotnie statystycznie rzadziej występował styl emocjonalny. Osoby, u których był wyższy stopień zaradności, częściej stosowały styl zadaniowy. Taka sytuacja wystąpiła również w przypadku SOC globalnego. Tezę tą potwierdzają wyniki badań uzyskane przez innych badaczy: Słowika, Wysocką-Pleczyk [4], które mówiły, iż osoby o wysokim poczuciu koherencji w sytuacji trudnej nastawione były częściej na koncentrację na zadaniu, rzadziej emocjonalnie podchodziły do zaistniałego problemu. Wysokie globalne SOC wpływało również na funkcjo-

nowanie w innych obszarach. Warto tutaj wspomnieć, że wyniki badań własnych i wymienionych badaczy pokrywają się z założeniami teorii A. Antonovsky'ego, która głosi, że wysokie poczucie koherencji odpowiada za przekonanie jednostki, że życie ma sens, że część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Ludzie o silnym SOC częściej traktują stresory jako wyzwanie, lepiej radzą sobie w sytuacjach trudnych, lepiej mobilizują i wykorzystują posiadane zasoby oraz wierzą w sens swoich działań. [5].

W populacji objętej badaniem na poziom poczucia koherencji i jego składowe wpływała przede wszystkim płeć i posiadanie dzieci, natomiast pozostałe zmienne nie różnicowały poziomu poczucia koherencji. Kobiety różnią się od mężczyzn w zakresie stopnia poczucia zrozumiałości i zaradności, który jest wyższy w grupie badanych mężczyzn, przy równoczesnym braku różnic w zakresie stopnia poczucia sensowności. Sensowność różnicuje ich istotnie statystycznie. Świadczy to o tym, że wyższy poziom sensowności mają te osoby, które posiadają dzieci i zdecydowanie niższy poziom sensowności mają osoby, które dzieci nie posiadają. Poczucie koherencji, jak i style radzenia sobie były związane ze zmiennymi medycznymi, a przede wszystkim z długością chorowania, ponieważ długość chorowania różnicuje zrozumiałość. Wzmacnianie organizmu po chemioterapii jest czynnikiem, który różnicuje zrozumiałość, sensowność i SOC globalne. Okazuje się, że wyższy poziom zrozumiałości miały te osoby, które stosowały, jako środki wzmacniające organizm po chemioterapii, zarówno zioła, jak i warzywa oraz owoce. Poziom zrozumiałości tych osób wynosił 53,20, miały one również wyższy poziom sensowności i globalny poziom poczucia koherencji. Stwierdzono również, że radzenie sobie z powikłaniami różnicuje styl unikowy. Można powiedzieć, że osoby, które mają wysoki poziom stylu unikowego radzą sobie z powikłaniami optymizmem. Z wyżej zamieszczonych informacji wynika, że pacjenci podejmują różne formy zmagania się ze stresem, jaki niesie za sobą rozpoznanie choroby nowotworowej, leczenie i skutki uboczne niektórych metod leczenia onkologicznego. Niektórzy wybierają formę walki nastawioną na działanie bądź sposób ucieczki nastawiony na stan. Należy więc podjąć następne badania, aby pogłębić wiedzę na temat sposobów radzenia sobie przez chorych z chorobą nowotworową. Badania dotyczące związku pomiędzy poczuciem koherencji i radzeniem sobie ze stresem a różnymi czynnikami mogącymi je moderować są prowadzone w Polsce od niedawna. Zależność poczu-

cia koherencji i stylu radzenia sobie w sytuacji trudnej z punktu widzenia salutogenetycznego paradygmatu zdrowia stanowią istotny wątek rozważań naukowych. Dlatego zasadne jest kontynuowanie prac badawczych w tym obszarze, które objęłyby różne i liczniejsze grupy badanych, co umożliwiłoby zobiektywizowanie i uogólnienie wniosków.

WNIOSKI

1. Badana grupa prezentowała przeciętny poziom poczucia koherencji (112,4), w której dominował styl zadaniowy. Osoby, które miały wysoki poziom SOC, częściej stosowały styl zadaniowy i jednocześnie rzadziej stosowały styl emocjonalny, co jest rzeczą najbardziej prawidłową. Im wyższy jest stopień zrozumiałości, tym rzadziej są stosowane czynności zastępcze.
2. Określenie poziomu SOC i rodzajów stylów radzenia sobie z przewlekłą chorobą może posłużyć jako wykładnik prognozowania opieki nad pacjentem na różnych jej etapach.
3. Istnieje potrzeba podjęcia działań ze strony zespołu terapeutycznego o charakterze psychoedukacyjnym, dostosowanym do poziomu i sytuacji życiowej chorych. Interwencja ta powinna przyczynić się do podwyższenia SOC i pozytywnie wpłynąć na zadowolenie z doboru oczekiwanego stylu radzenia sobie ze stresem (zadaniowego) w sytuacji trudnej (choroba), tak aby chory przesunął się bliżej bieguny zdrowia.

PISMIENNICTWO

1. Izdebski P.: Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. Wydawnictwo Uczelniane WSP; Bydgoszcz 1998; 12-45.
2. Solarz B., Ścierański A.: Psychologiczne aspekty chemioterapii u pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej. *Przegląd Lekarski* 37/1980; 27-34.
3. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPiN. Warszawa 1995; 34, 36.
4. Słowik P., Wysocka-Pleczyk M.: Poczucie koherencji a style i sposoby radzenia sobie. *Sztuka Leczenia* 1/1998; 43-48.
5. Wrońska I., Kurowska K., Zając M., Fołtyn B.: Konstelacje poczucia koherencji chorych a ich zachowania zdrowotne. W: *Pielęgniarstwo XXI wieku* 1/2005, 57-60.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki
Pielęgniarskiej
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel.: 052 585 21 94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Otrzymano: 9.09.2008

Zaakceptowano do druku: 7.10.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Agnieszka Łukomska

**REALIZACJA PRAWA DOSTĘPU PACJENTÓW
DO ŚWIADCZEŃ I ZASOBÓW SYSTEMU ZDROWIA**

**REALIZATION OF THE PATIENT'S RIGHT TO ACCESS TO SERVICES AND RESOURCES
PROVIDED BY THE HEALTH SYSTEM**

Z Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr n. med. Justyna Szrajda

Streszczenie

Wstęp. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Władze publiczne są zobowiązane do zorganizowania dostępu do zasobów i świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia jednostce możliwości korzystania z nich. Wszyscy mają takie samo prawo nabywania usług zdrowotnych, a w szczególności świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Celem badań była ocena realizacji prawa dostępu pacjentów do świadczeń i zasobów systemu zdrowia.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród pacjentów korzystających z usług lekarzy w zakładzie leczenia ambulatoryjnego na terenie Włocławka. Grupę

badawczą stanowiło 100 osób. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Pacjenci mają dobry dostęp do lekarza pierwszego kontaktu. Korzystanie z usług specjalistycznych jest utrudnione. W sytuacjach nagłych pacjenci uzyskują potrzebne świadczenia. Respondenci wiedzą, że mają możliwość wyboru oraz zmiany lekarza leczącego lub zakładu opieki zdrowotnej.

Wnioski. Istotne jest wdrożenie działań ułatwiających dostępność pacjentów do świadczeń na poziomie specjalistycznym.

Summary

Introduction. Everyone has the right to healthcare. Public authorities are obliged to provide access to healthcare resources and services and to ensure that the opportunities to use them are equal for everyone especially as far as publicly financed services are concerned.

Purpose. The aim of the research was to assess to what extent the patient's right to access to the healthcare services and resources is respected.

Material and methods. The research involved 100 patients who are provided with ambulatory services in

one of the medical centres in Włocławek. Diagnostic poll was employed as the method.

Results. Patients report good access to a general practitioner. Access to specialist services is difficult. In case of emergency patients have access to necessary services. Respondents are aware of the fact that they may choose or change their doctor and the health centre they consult.

Conclusion. It is essential to undertake measures to facilitate patient's access to specialist services.

Słowa kluczowe: dostępność świadczeń, opinie pacjentów, prawa pacjentów
Key words: availability of services, patients' views, rights of patients

WSTĘP

Zdrowie jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka. Każdy ma prawo do jego ochrony. Prawo to wynika z przepisów ustawy zasadniczej, czyli Konstytucji

Rzeczypospolitej Polskiej. Jest prawem o charakterze uniwersalnym i niezbywalnym, jednostka nie może się go zrzec, nikt nie może jej go odebrać. Prawa

tego nie można sprowadzić jednak tylko do wymiaru ochrony osoby. Stanowi ono także pewną normę gwarancyjną, gdyż obliguje władze publiczne do zorganizowania jednostce dostępu do zasobów i świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie jej możliwości korzystania z nich. Każdy obywatel, bez względu na jakiegokolwiek czynniki różnicujące, takie jak na przykład wiek, płeć czy miejsce zamieszkania, ma takie samo prawo nabywania usług systemu zdrowia, a w szczególności świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Nie zawsze jednak system jest na tyle wydolny i efektywny, aby zapewnić wszystkim możliwość pełnego dostępu do szerokiego i oczekiwanego zakresu świadczeń. Potrzeby pacjentów niejednokrotnie przekraczają możliwości systemowe. Brak wystarczających zasobów osobowych, finansowych, utrudnienia organizacyjne to zaledwie niektóre bariery istotnie ograniczające dostępność do opieki zdrowotnej i często sprzyjające zjawiskom patologicznym w systemie zdrowia.

Celem badań była ocena realizacji prawa dostępu pacjentów do świadczeń i zasobów systemu zdrowia. Przeanalizowano wybrane aspekty, takie jak.:

- dostępność do świadczeń podstawowych udzielanych przez lekarza pierwszego kontaktu;
- możliwość uzyskania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej skierowania do lekarza specjalisty;
- dostępność do lekarzy specjalistów i ich usług;
- możliwość uzyskania świadczeń w stanach nagłych;
- znajomość przez pacjentów ich prawa do zmiany lekarza leczącego i zakładu opieki zdrowotnej;

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono wśród pacjentów korzystających z usług lekarzy w zakładzie leczenia ambulatoryjnego na terenie Włocławka. Grupę badawczą stanowiło 100 osób, które wyraziły chęć udziału w badaniu. Dobór respondentów miał charakter losowy. Szczegółową charakterystykę badanych przedstawia tabela I.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem był kwestionariusz skonstruowany dla celu badań. Zawierał on 20 pytań typu zamkniętego. Dotyczyły one podstawowych praw pacjentów, takich jak: prawo do opieki zdrowotnej, prawo do informacji, prawo do wyrażania zgody na leczenie, prawo do udziału w procesie terapeutycznym oraz

prawo do poszanowania intymności i godności. W artykule wykorzystano jedynie część zebranego materiału badawczego.

Tabela I. *Charakterystyka badanej populacji*
Table I. *Characteristics of the surveyed population*

Charakterystyka / Characteristics	N=100	%	
Płeć / Sex	kobiety / women	88	88
	mężczyźni / men	12	12
Wiek / Age	do 35 lat / under 35	29	29
	36 do 55 lat / 36 to 55	38	38
	powyżej 55 lat / over 55	33	33
Samoocena stanu zdrowia / Self-assessment of the health condition	bardzo dobre / very good	20	20
	dobre / good	68	68
	słabe / poor	12	12

Ankieta była anonimowa. Pacjenci wytypowani do badania otrzymywali kwestionariusz po opuszczeniu gabinetu lekarza. Wypełniali go na miejscu, przy przygotowanym dla tego celu stoliku, po czym oddawali osobie przeprowadzającej badania w zaklejonej kopercie, którą otrzymali wraz z kwestionariuszem.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Tere-nowej Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Badania przeprowadzono w maju 2007 roku.

WYNIKI

Pacjenci mają dobry dostęp do lekarza pierwszego kontaktu. Duża grupa badanych stanowiąca 77% uważa, iż bez problemów może skorzystać z usług lekarza opieki podstawowej, dostęp do świadczeń w tym zakresie uznaje za łatwy i dogodny. Zaledwie 10% badanych ma trudności z odbyciem wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, zaś 13% twierdzi, że czasami dostęp ten jest niemożliwy.

Możliwość kontaktu z lekarzem rodzinnym zdecydowanie lepiej oceniają mężczyźni aniżeli kobiety, osoby do 35 r.ż. oraz pacjenci, którzy ocenili swój stan zdrowia jako bardzo dobry.

Krytycznie oceniają pacjenci dostęp do świadczeń specjalistycznych. Aż 75% badanych ma duże trudności z dostaniem się do lekarza specjalisty, 7% twierdzi, że jest to wręcz niemożliwe. Jedynie 18% respondentów jest zdania odmiennego, według nich uzyskanie porady specjalistycznej jest łatwe i dogodne.

Oceny kobiet i mężczyzn dotyczące możliwości skorzystania z usług specjalistycznych są podobne. Zarówno kobiety jak i mężczyźni bardzo nisko oceniają dostęp do specjalisty. Zdecydowanie lepsze zdanie

w tej kwestii mają respondenci powyżej 55 r.ż., aż 36% badanych z tej grupy zakreśliło odpowiedź, że dostęp jest łatwy i dogodny. Zaskakujące są oceny respondentów, którzy ocenili swój stan zdrowia jako słaby. Wszyscy (100%) ocenili dostęp do specjalisty jako trudny.

Duża grupa badanych, bo 57% twierdzi, że lekarz podstawowej opieki nigdy nie odmówił im wydania skierowania do lekarza specjalisty lub na badania diagnostyczne, jeśli zachodziła taka potrzeba. Spośród ogółu badanych 37% doświadczyło sytuacji, w której lekarz, bez podania istotnej przyczyny, nie chciał wypisać skierowania. Osoby, którym zdarza się to sporadycznie, stanowią 27%, zaś 9% twierdzi, że zdarza się to często.

Stosunkowo większe trudności z uzyskaniem skierowania na leczenie specjalistyczne lub badanie diagnostyczne mają mężczyźni, osoby z grupy wiekowej od 36 do 55 lat oraz respondenci, którzy ocenili swój stan zdrowia jako bardzo dobry. Osoby o słabym stanie zdrowia oraz starsze, powyżej 55 r.ż. najrzadziej doświadczają takich sytuacji.

Generalnie respondenci wiedzą, że mają możliwość wyboru oraz zmiany lekarza leczącego lub zakładu opieki zdrowotnej. Świadomość taką posiada 82% respondentów, zaś pozostali badani stanowiący 18% nie są pewni i zaznaczyli odpowiedź trudno powiedzieć.

Najwyższy poziom wiedzy na temat możliwości zmiany placówki i lekarza leczącego mają respondenci młodzi, do 35 roku życia oraz ci, którzy ocenili stan swojego zdrowia jako bardzo dobry, w tej grupie aż 100% badanych wie o przysługującym im prawie.

Niewielu badanych powyżej 55 r.ż., bo zaledwie 8% oraz aż 42% osób o niskiej samoocenie zdrowia nie wie, że może zmienić lekarza leczącego lub skorzystać z usług innej placówki medycznej.

W sytuacjach nagłych pacjenci z reguły uzyskują świadczenia medyczne. Nigdy z odmową świadczeń medycznych w sytuacji, kiedy zachodziła pilna potrzeba ich uzyskania, nie spotkało się 57% badanych, 27% dotychczas nie znalazło się w takiej sytuacji. Stosunkowo nieliczna grupa, bo stanowiąca 16% ogółu twierdzi, że odmówiono jej świadczeń lub należytą opiekę w sytuacji nagłej potrzeby.

Oceny kobiet i mężczyzn w tym zakresie są podobne, nie występują widoczne różnice. W poszczególnych grupach wiekowych z odmową świadczeń najczęściej spotykają się respondenci do 35 roku życia, natomiast najrzadziej pacjenci od 36 do 55 roku życia.

Trudności z opieką medyczną w sytuacjach nagłych doświadczają także respondenci określający stan swojego zdrowia jako słaby, 42% badanych z tej grupy twierdzi, że nie uzyskało świadczeń pomimo pilnej potrzeby.

Większość pacjentów (63%) nie znalazła się w sytuacji, w której lekarz leczący żądałby od nich dodatkowej opłaty za „lepszą opiekę”, wykonanie badania czy wypisanie skierowania do specjalisty. Osoby, które doświadczyły takiej sytuacji, stanowią 35%, spośród nich 5% twierdzi, że zdarza się to często, zaś 30% uważa, że są to przypadki sporadyczne. Niewielu badanych, bo 2%, nie ma zdania na ten temat.

Częściej z sytuacją żądania dodatkowej opłaty spotkali się mężczyźni aniżeli kobiety, spośród nich 58% twierdzi, że takie sytuacje mają miejsce, ale zdarzają się sporadycznie. Wśród pacjentów z poszczególnych grup wiekowych najczęściej tych niekorzystnych sytuacji doświadczają pacjenci starsi, powyżej 55 roku życia. Podobne są odpowiedzi respondentów o słabym zdrowiu, aż 50% badanych spotkało się z żądaniem przez lekarza dodatkowych środków finansowych, 8% osób z tej grupy ocenia, że sytuacje takie występują często, zaś 42%, że zdarzają się sporadycznie.

DYSKUSJA

Dostępność jest głównym celem każdego systemu zdrowotnego. Stanowi priorytet w rozważaniach o przekształceniach systemowych. Ma niebagatelne znaczenie w podstawowej opiece zdrowotnej, która stanowi, na ogół, pierwsze miejsce kontaktu pacjenta z systemem zdrowia. W roku 1994 rozpoczęto w Polsce proces przekształceń POZ. Wprowadzono instytucję lekarza rodzinnego, a także prawo jego wyboru i zmiany. Rozpoczęcie kształcenia specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej miało zwiększyć liczbę lekarzy rodzinnych i jednocześnie poprawić dostępność do ich usług. Przeprowadzone badania, podobnie jak badania innych autorów pokazują, że pacjenci mają dobry dostęp do swojego lekarza pierwszego kontaktu [1, 2]. Aż 85% respondentów badań opinii na temat opieki zdrowotnej, przeprowadzonych przez CBOS w roku 2007 twierdzi, że bez trudności może dostać się do lekarza pierwszego kontaktu [3]. Wynik ten jest aż o 19 punktów wyższy w porównaniu z analogicznymi badaniami przeprowadzonymi przez CBOS w roku 2000. Dostępność do świadczeń poz jest także wysoko oceniana w wielu innych krajach europejskich [4, 5].

Jednym z aspektów dostępności organizacyjnej pacjentów poz, który jednak budzi ich zastrzeżenia, jest czas oczekiwania w poczekalni na wizytę. Stwierdzono, że pacjenci, którzy doświadczają krótkiego czasu oczekiwania na wizytę, są bardziej zadowoleni z uzyskanych świadczeń i lepiej oceniają ogólną dostępność do lekarza [4, 6, 7, 8].

Według ostatnio przeprowadzonych badań CBOS-u zmniejsza się także liczba osób, które mają trudności z uzyskaniem od swojego lekarza rodzinnego skierowania do specjalisty, jeśli tego potrzebują [3]. W stosunku do roku 2000, liczba tych osób zmniejszyła się o 11 punktów. Nie oznacza to jednak bezproblemowego korzystania z usług specjalistycznych. Badania obecne, podobnie jak badania dostępu do porad specjalistycznych przeprowadzane systematycznie od 1998 roku do 2007 roku przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia pokazują, że dostępność do usług lekarzy specjalistów jest niezadowolająca dla wielu chorych [1, 2]. Najłatwiej jest uzyskać wizytę u pediatry, ginekologa i chirurga, natomiast najtrudniej u okulisty, kardiologa, ortopedy i stomatologa. Główną przyczyną trudności uzyskania wizyty u specjalisty są odległe terminy wizyt. Powoduje to wyraźny wzrost korzystania z porad udzielanych przez prywatnych lekarzy specjalistów. Korzystanie to dotyczy zwłaszcza osób z wykształceniem wyższym i dobrze oceniających własną sytuację materialną.

Sytuacja utrudnionego dostępu do świadczeń specjalistycznych może być przyczyną patologicznych zjawisk w ochronie zdrowia, a w szczególności szerzenia się praktyk korupcyjnych. W roku 2006, w badaniach przeprowadzonych na zlecenie Fundacji im. Stefana Batorego w ramach Programu Przeciw Korupcji, ponad połowa respondentów wskazała służbę zdrowia jako najbardziej skorumpowaną dziedzinę życia społecznego. Po raz pierwszy zajęła ona pozycję lidera tego niechlubnego rankingu, wyprzedzając nawet politykę – dotychczas uznawaną w tym kontekście za bezkonkurencyjną [9]. Badania aktualne, podobnie jak wyniki sondażu CBOS-u na temat korupcji w służbie zdrowia [10] pokazują jednak, że duża grupa osób nie spotkała się z sugestią lub nakłanianiem ze strony lekarza do wręczenia łapówki w zamian za „lepszą opiekę”, przyjęcie do szpitala czy konsultację. Zetknięcie się z tymi typu sytuacjami, zarówno według badań własnych, jak i przeprowadzonych przez CBOS, stosunkowo częściej deklarują mężczyźni niż kobiety.

Ważnym narzędziem zapobiegającym istnieniu w służbie zdrowia tzw. szarej strefy i praktyk korupcyjnych miało być wprowadzenie list oczekujących na świadczenia specjalistyczne. Nie wypracowano jednak metodyki prowadzenia list oczekujących i kontrolowania czasu oczekiwania na świadczenia trudno dostępne. Listy nie zagwarantowały równego dostępu do świadczeń. Analizy przeprowadzone przez W. Góreckiego pokazują, że nadal istnieje problem społecznego zróżnicowania dostępu do świadczeń, a tym samym występowania pozamedycznych czynników godzących w prawo równego i powszechnego dostępu do świadczeń [11].

WNIOSKI

1. Pacjenci mają zapewniony dostęp do lekarza pierwszego kontaktu.
2. Dostęp do lekarza specjalisty jest trudny, czasem niemożliwy. Największe trudności odczuwają pacjenci, którzy najbardziej potrzebują tej opieki, czyli osoby o złym stanie zdrowia.
3. Sytuacje, w których lekarz pierwszego kontaktu odmawia pacjentom wydania skierowania do specjalisty występują sporadycznie.
4. W stanach nagłych pacjenci mają zapewnioną opiekę.
5. Respondenci wiedzą, że mają możliwość wyboru oraz zmiany lekarza leczącego lub zakładu opieki zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Pączkowska M.: Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2007.
2. Borkowska-Kulwas T., Pączkowska M.: Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków 1998 – 2003. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2004.
3. Centrum Badania Opinii Publicznej. Komunikat z badań – opinie o opiece zdrowotnej. Warszawa, marzec 2007.
4. Wensing M., Vedsted P., Kersnik J., Peersman W.: Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int. J. Qual. Health Care* 2002; 14: 111-118.
5. Grol R., Wensing M., Mainz J.: Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *Br. J. Gen. Pract.* 2000; 50: 882-887.
6. Baker R., Streatfield J.: What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br. J. Gen. Pract.* 1995; 45: 654-659.

7. Dolinsky A., Caputto R.: The role of health care attributes and demographic characteristics in the determination of health care satisfaction. *J. Health Care Mark.* 1990; 10: 31-39.
8. Hjortdahl P., Laerum E.: Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 128-1290.
9. Kubiak A.: Codzienne doświadczenia korupcyjne Polaków. *Barometr korupcji 2006*. Fundacja im. Stefana Batorego. Warszawa 2006.
10. Centrum Badania Opinii Publicznej. Komunikat z badań – korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków. Warszawa, marzec 2007.
11. Górecki W.: Listy oczekujących jako narzędzie zarządzania dostępem do świadczeń. *Zdr. Publ.* 2005; 115 (3): 345-351.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Łukomska
Zakład Polityki Zdrowotnej
i Zabezpieczenia Społecznego
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul Sandomierska 16
85-802 Bydgoszcz
tel.: 606 825 378
e-mail: lukomskaagnieszka@wp.pl

Otrzymano: 25.03.2008

Zaakceptowano do druku: 3.06.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Agnieszka Łukomska, Joanna Wachowska

OBLICZA STAROŚCI

ASPECTS OF OLD AGE

Z Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr n med. Justyna Szrajda

Streszczenie

Wstęp. Wizerunek starości zmienia się na przestrzeni wieków. Kiedyś oznaczała ona pozycję i prestiż. Osoby w sędziwym wieku czczono i traktowano z szacunkiem. Dziś, w dobie kultu młodości i piękna utożsamiana jest z upadkiem i bezużytecznością. Zgodnie ze stereotypowym wyobrażeniem stary człowiek to ktoś niezdolny do samodzielnego życia, wymagający stałej pomocy i opieki, będący obciążeniem dla rodziny i niejednokrotnie całego społeczeństwa.

Celem badań była ocena starości dokonana przez seniorów i osoby młode.

Materiał i metoda. Grupa badawcza liczyła łącznie 100 osób, stanowili ją seniorzy i osoby młode. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Dla seniorów starość to radosny czas odpoczynku i realizacji marzeń, jego nieodłącznymi atrybutami są choroba i niedołążność. Osobom młodym starość kojarzy się z bezradnością i zależnością od innych, ale nie oznacza kresu życia. Zarówno seniorzy, jak i młodzież nie utożsamiają starości z samotnością i wycofaniem z życia.

Wnioski. Postrzeganie starości zmienia się wraz z wiekiem. Osoby starsze łagodniej aniżeli osoby młode oceniają starość.

Summary

Introduction. The image of old age has been changing over centuries. It used to signify position and prestige. Aged people used to be venerated and respected. Nowadays, when youth and beauty are objects of cult, old age is associated with decay and uselessness. According to the stereotype elderly people are not able to live on their own, they require constant help and care, they are also a burden on their family and often a burden on the whole society.

Purpose. The research aimed at investigating how the elderly and young people evaluate old age.

Material and methods. The research was conducted with 100 individuals, both the elderly and the young.

Results. Seniors consider old age to be a joyful time for rest and realization of dreams, which is inseparably accompanied by illness and physical decline. Young people connect old age with helplessness and dependence on others; yet, it does not mean the end of life for them. Both the elderly and the young do not connect old age with loneliness and withdrawal from life.

Conclusion. The perception of old age evolves over one's life span. The elderly were more positive in their evaluation of old age than the young.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, oblicza starości, stereotypy, seniorzy, młodzież

Key words: old age, ageing, aspects of old age, stereotypes, seniors, young people

WSTĘP

Starość to naturalna i nieodłączna faza w życiu każdego człowieka. Jest następstwem procesu starzenia, który dotyka wszystkie organizmy żyjące na ziemi. Jest nieunikniona, nikt nie zdoła zatrzymać czasu i rozkoszować się wieczną młodością.

Żyjąc w czasach, w których liczy się siła, młodość, piękno trudno jest zaakceptować i pogodzić się z oznakami starości, często kojarzonej z chorobą, niedołęstwem czy bezużytecznością. Niejednokrotnie lęk przed własną starością i jej następstwem, czyli śmiercią wyzwała negatywne i irracjonalne postawy i obawy przed ludźmi starymi i kontaktem z nimi. Niechęć do starych jest manifestowana słownie, gestami, wyraża się w dowcipach i zwyczajach powszechnie obowiązujących. Istnieje w domach, szkołach, mediach, domach opieki i szpitalach. Wyrażana jest przez dzieci, młodzież, dorosłych, polityków, urzędników i nie tylko. Często także osoby starsze nie akceptują swojej jesieni życia. Rozpatrują ją w kategoriach straty. Oznacza ona dla nich utratę zdrowia, bliskich osób, pozycji społecznej i ekonomicznej, utratę bezpieczeństwa i użyteczności.

W sytuacji szybkiego wzrostu liczby osób starych w naszym społeczeństwie warto przełamać stereotypy i poznać rzeczywiste oblicza starości. Przecież starość, podobnie jak jesień, która może być najpiękniejszą porą roku, może być najpiękniejszym okresem w życiu człowieka.

Celem badań jest przedstawienie starości z punktu widzenia seniorów, osób aktualnie przeżywających ten okres i młodzieży, dla której starość jest czymś odległym i mało rzeczywistym.

MATERIAŁ I METODA

Grupa badawcza liczyła 100 osób, stanowili ją seniorzy korzystający z usług lekarzy placówki lecznictwa ambulatoryjnego na terenie Bydgoszczy oraz osoby młode studiujące na jednej z bydgoskich uczelni wyższych. Dobór respondentów miał charakter losowy. Szczegółową charakterystykę badanych przedstawia tabela I.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. W grupie seniorów zastosowano technikę wywiadów osobistych, natomiast studenci samodzielnie wypełniali kwestionariusz ankiety. Narzędzia badawcze (kwestionariusz wywiadu i kwestionariusz ankiety) skonstruowano odpowiednio dla celu badań,

zawierały one 20 twierdzeń dotyczących starości. Respondenci wyrażali swoje zdanie przy pomocy pięciostopniowej skali, możliwe opcje odpowiedzi to: zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.

Tabela I. *Charakterystyka badanej populacji*
Table I. *Characteristics of the surveyed population*

Grupa wiekowa The age group	PLEĆ SEX	n	%	WIEK AGE	n	%
SENIORZY SENIORS	Kobiety Women	28	56	60 do 75 lat 60 to 75 years	44	88
	Mężczyźni Men	22	44	76 i więcej over 76	6	12
MŁODZIEŻ YOUNG PEOPLE	Kobiety Women	39	78	od 21 do 26 lat 21 to 26 years	50	100
	Mężczyźni Men	11	22			

Wywiady przeprowadzała osoba niebędąca pracownikiem placówki leczniczej. Osoby wytypowane do badania uczestniczyły w nim po opuszczeniu gabinetu lekarza, przeprowadzano je w oddzielnym pomieszczeniu, z zachowaniem zasad intymności i poufności danych.

Studenci otrzymywali kwestionariusz ankiety w trakcie spotkania, na którym objaśniono zasady udziału w badaniu. Po jego wypełnieniu zwracali go osobie przeprowadzającej badania w zaklejonej kopercie, którą otrzymali wraz z kwestionariuszem.

Badania zrealizowano w maju 2007 roku.

WYNIKI

Starość może być okresem radości – świadczą o tym odpowiedzi seniorów, aż 56% badanych z tej grupy zgadza się z tym twierdzeniem, zaś 40% jest odmiennego zdania i zakreśliło odpowiedź negatywną. Młodzież, podobnie jak i seniorzy, w 40% nie postrzega starości jako okresu radosnego, zaledwie 29% kojarzy ten okres z radością, natomiast duża część młodych respondentów, tj. 31% miała trudności z zakreśleniem jednoznacznej odpowiedzi i wybrała opcję – trudno powiedzieć.

Zarówno seniorzy, jak i osoby młode, są zgodni, że starość to czas odpoczynku. Twierdzi tak 75% osób starych i 74% badanej młodzieży. Zaledwie 25% seniorów nie kojarzy starości z czasem odpoczynku, zaś

w grupie osób młodych 14% jest takiego zdania, a 12% zakreśliło odpowiedź – trudno powiedzieć.

Połowa badanej grupy seniorów (tj. 50%) twierdzi, że starość to czas realizacji marzeń, 46% nie zgadza się z tym, a 4% nie potrafiło dać jednoznacznej odpowiedzi. Inaczej przedstawiają się oceny młodzieży – odpowiedź „tak” zakreśliło 30% badanych, kolejne 32% zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”, zaś 38% młodych wyraźnie sprzeciwiło się twierdzeniu, że starość to czas na realizację marzeń.

Seniorzy oraz osoby młode postrzegają starość jako odpowiedni czas na aktywność edukacyjną w Uniwersytetach III wieku. Twierdzi tak aż 82% młodzieży i 64% osób starszych. 34% seniorów i 6% młodych nie łączy starości z czasem na naukę i poszerzanie wiedzy, zaś odpowiednio 12% młodych i 2% starszych nie ma sprecyzowanego zdania na ten temat.

Wielu seniorów, bo aż 54% utożsamia starość z chorobą, nie zgadza się z tym 46% badanych, którzy zakreślili oceny negatywne. Innego zdania są osoby młode. Wśród nich 70% nie kojarzy starości z chorobą. 24% młodych uważa, że choroba nieodłącznie towarzyszy starości, 6% respondentów wstrzymało się od udzielenia odpowiedzi.

Generalnie osoby starsze nie uważają siebie za osoby uzależnione od innych – twierdzi tak 52% badanych seniorów, innego zdania są pozostałe osoby – 44% badanych czuje się zależna od innych osób, 4% nie wyraziło swojego zdania. Podzielone są również wypowiedzi młodzieży, 52% uznaje osoby starsze za zależne od otoczenia.

Sprzeczne oceny dotyczą postrzegania starości jako okresu bezradności. 66% seniorów uważa, że starość nie oznacza bezradności. Przeciwnego zdania są osoby młode, 84% z nich zaznaczyło odpowiedź pozytywną.

Wyniki badań w obu grupach na temat starości jako okresu samotności są podobne. Zarówno seniorzy, jak i osoby młode nie utożsamiają starości z samotnością – twierdzi tak aż 66% osób starszych i 62% młodzieży. W grupie osób młodych 28% zgadza się z faktem, że starości towarzyszy samotność, natomiast 20% respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Seniorzy w przeważającej części (tj. 70%) uważają, że starość nie oznacza wycofania się z życia społecznego i zawodowego, zaledwie 30% nie potwierdza tej tezy. Podobnego zdania są osoby młode. Dla 54% badanych starość nie oznacza rezygnacji i wycofania się z życia, niewiele bo 22% zgadza się z tym, 24% zakreśliło odpowiedź trudno powiedzieć.

Zarówno osoby młode, jak i seniorzy uważają, że starość to czas wspomnień, refleksji i przemyśleń. Dla 100% osób starszych i 84% młodzieży okres ten to czas na przekazywanie doświadczeń i wiedzy życiowej innym pokoleniom.

Przeanalizowane wyniki zostały przedstawione w tabeli II.

Tabela II. *Oblicza starości – opinie seniorów i młodzieży*
Table II. *Aspects of old age – opinions of seniors and young people*

Aspekt / Aspect	Seniorzy / Seniors	Młodzież / Young people
1. starość to czas radosny / old age is a joyful time	raczej tak / rather yes	raczej nie / rather not
2. starość to czas odpoczynku / old age is the time of rest	zdecydowanie tak / definitely yes	zdecydowanie tak / definitely yes
3. starość to czas na realizację marzeń / old age is the time of realization of dreams	raczej tak / rather yes	raczej nie / rather not
4. starość to czas na aktywność edukacyjną / old age is the time of educational activity	raczej tak / rather yes	zdecydowanie tak / definitely yes
5. starość to kres życia / old age is the end of life	raczej tak / rather yes	raczej nie / rather not
6. starość to czas wspomnień / old age is the time of recollections	zdecydowanie tak / definitely yes	raczej tak / rather yes
7. starość to czas refleksji i przemyśleń / old age is time of reflection and serious thoughts	zdecydowanie tak / the resoluteness yes	zdecydowanie tak / definitely yes
8. starość to czas przekazywania wartości / old age is time for teaching values	zdecydowanie tak / definitely yes	raczej tak / rather yes
9. starość to czas wycofania się z życia / old age is time for withdrawal from life	nie / not	raczej nie / rather not
10. starość to czas choroby / old age is time of disease	raczej tak / rather yes	zdecydowanie nie / definitely not
11. starość to bezradność / old age is helplessness	raczej nie / rather not	raczej tak / rather yes
12. starość to zależność od innych / old age is dependence on others	raczej nie / rather not	raczej tak / rather yes
13. starość to samotność / old age is solitude	nie / not	raczej nie / rather not
14. starość to niedołężność / old age is infirmity	zdecydowanie tak / definitely yes	raczej tak / rather yes

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wizerunek starości zmienia się na przestrzeni dziejów. W czasach prehistorycznych ludzie rzadko dożywali wieku starości, więc oznaczał on szczególne błogosławieństwo Boże, wiązał się z pozycją i prestiżem. Osoby w sędziwym wieku czczono, traktowano z szacunkiem, liczono się z ich zdaniem. Odgrywali oni znaczące społecznie role mędrców, kapłanów, sędziów [1, 2]. Tak pozytywny wizerunek starości szybko jednak zmienił się. Współcześnie cennymi i pożąda-

nymi atrybutami są młodość, siła i piękno. Gloryfikacja młodości prowadzi do intensyfikacji działań mających na celu zachowanie bądź przywrócenie młodego wyglądu, zaniżenie wieku kalendarzowego. Co roku ludzie wydają ogromne sumy pieniędzy, aby ukryć oznaki starości za pomocą kosmetyków, peruk, przeszczepów włosów i operacji plastycznych. Starość we współczesnym świecie jest wysoce niepożądana [3]. Osoby starsze postrzega się jako bezużyteczne, zniedołężniałe, nietolerancyjne i ograniczone. Polski stereotyp starości utożsamiany jest z wizją klęski. Kojarzy się z odejściem od pracy zawodowej, rezygnacją z wielu ról społecznych, życiem na marginesie wydarzeń społecznych i politycznych [4]. A przecież, jak wskazują wypowiedzi seniorów w badaniach obecnych, samotność, bezradność, zależność od innych, wcale nie muszą stanowić reguły wieku podeszłego. Starość może być czasem przemyślanej, mądrej aktywności. Zaakceptowanie nieuchronności procesu starzenia pozwala cieszyć się urokami starości pomimo naturalnych i typowych dla tego okresu uciążliwości [5].

Starość może mieć różne oblicza. Może być pogodna i satysfakcjonująca lub uciążliwa i smutna. Jest osobniczo zróżnicowana [5, 6]. Każdy starzeje się inaczej. Niemożliwe jest też wskazanie momentu rozpoczęcia starości. Wiek metrykalny stanowi jedynie kryterium względne. Na co dzień spotykamy ludzi bardzo sędziwych, o których mówi się, że są „wiecznie młodzi”. Jakość życia na emeryturze wyznaczana jest wieloma powiązаныmi ze sobą czynnikami materialnymi, warunkami bytu, stanem zdrowia, poczuciem użyteczności, akceptacją otoczenia. Kolor starości jest naturalną konsekwencją wcześniejszego życia.

Negatywne stereotypy o starości, głęboko zakorzenione w świadomości społecznej są często nieadekwatne i krzywdzące, mogą być podłożem zachowań i poglądów dyskryminacyjnych [7, 8, 9, 10]. Według badań CBOS, do osób starszych obojętnie i z niechęcią odnosi się większość Polaków, głównie w miejscach publicznych, tj. urzędach, placówkach służby zdrowia, środkach komunikacji. Niechętnie i z dystansem odnosi się do osób starszych pokolenie młodzieży. Jedynie co czwarty badany postrzega młode pokolenie jako życzliwe wobec seniorów. Badania innych autorów dowodzą, że nawet osoby, które zawodowo pomagają ludziom starszym – doradcy, opiekunowie, psychoterapeuci, są do nich uprzedzeni równie często jak pozostali ludzie [11, 12, 13, 14]. Reyes-Ortiz twierdzi, że nawet lekarze mają negatywne lub stereotypowe po-

glądy na temat pacjentów w starszym wieku. Często spostrzegają ich jako przygnębiających, zniedołężniałych, trudnych w leczeniu lub nieelastycznych [15]. Poznawcze lub fizyczne ograniczenia starszych ludzi mogą wywoływać u lekarzy frustrację, złość i poczucie, że ich terapeutyczne wysiłki nie przynoszą pożądaných efektów [16].

Uprzedzenia pogłębiają przepaść międzypokoleniową, która jest szczególnie widoczna między generacją ludzi starych i młodych. Wpływa ona na izolowanie się ludzi młodych od starych i unikanie wzajemnego towarzystwa. Osoby młode, aktywne postrzegają seniorów jako „niemodnych”, zgorzkniałych, nieelastycznych [11, 17]. Młodzież koncentruje się zwykle na teraźniejszości, uważając odległą przyszłość za negatywny, pozbawiony nadziei i mało istotny etap życia. Często lęk osób młodych przed własną starością i śmiercią budzić może negatywne nastawienie do osób starych [18]. Badania amerykańskich autorów pokazały, że młodzi i dorośli wyrażają bardziej negatywne poglądy na temat starszych ludzi jako grupy, gdy zaś chodzi o jakąś konkretną osobę, znaną lub bliską, nastawienie zmienia się na pozytywne i przychylne [11]. Potwierdziły to badania Maciantowicz, w których badano postawy młodzieży wobec starszych. Generalnie młodzież negatywnie oceniła starość i osoby stare, ale kiedy pytania dotyczyły własnych dziadków, większość osób młodych wyrażała się o nich ciepło i serdecznie [17].

W obliczu zjawiska starzenia się społeczeństw, negatywnego wizerunku starości nie można bagatelizować. Należy edukować i przygotowywać społeczeństwo do starości, by nie zubożało na potrzeby osób stanowiących coraz większą grupę społeczną.

WNIOSKI

1. Dla seniorów starość to radosny czas odpoczynku i realizacji marzeń, jego nieodłącznymi atrybutami są choroba i niedośćność.
2. Osobom młodym starość kojarzy się z bezradnością i zależnością od innych, nie oznacza choroby i kresu życia.
3. Zarówno seniorzy, jak i młodzież, nie utożsamiają starości z samotnością i wycofaniem z życia społecznego.
4. Faza życia ma wpływ na postrzeganie starości.

PIŚMIENNICTWO

1. Minois G.: Historia starości. Od antyku do renesansu. Volumen, Marabut, Warszawa 1995.
2. Branco W., Williamson S.: Stereotyping and the life cycle: Views of ageing and the aged. W: A. G. Miller (red.), In the eye of the beholder: Contemporary issues in stereotyping. New York, Praeger, 1982, 364-410.
3. Kołodziej W.: Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku. W: Stenden S., Marczuk M. Starzenie się, a satysfakcja z życia. Wyd. KUL, Lublin, 2006, s 91-101.
4. Ratyński W.: Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce. Wyd. Difin, Warszawa 2003.
5. Susołowska M.: Psychologia starzenia się i starości. PWN, Warszawa 1989.
6. Grodzki T., Kocemba J., Skalska A.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2006.
7. Szukalski P.: Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek – przyczyny, przejawy, konsekwencje. Polityka społeczna 2004, 2:11-14.
8. Finkelstein T., Burku S., Raju C.: Age discrimination in simulated employment contexts: an integrative analysis. Journal of Applied Psychology 1995, 80 (6): 652-663.
9. Hambrick S., Salthous M., Meinze S.: Predictors of crossword puzzle proficiency and moderators of age – cognition relations. Journal of Experimental Psychology General 1999, 128 (2): 131-164.
10. Czaja S.J., Sharit J.: Ability – performance relationships as a function of age task experience for a data entry task. Journal of Experimental Psychology: Applied 1998, 4 (4): 332-351.
11. Nelson T.: Psychologia uprzedzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
12. Gatz Z., Pearson T.: Ageism revised and the provision of psychological services. American Psychologist 1988, 43 (3): 184-188.
13. James J., Haley D.: Age and health bias in practising clinical psychologists. Psychology and Aging 1995, 10 (4): 610-616.
14. Grant T.: Effects of ageism on individual and health care provider's responses to healthy aging. Health and Social Work 1996, 21: 9-15.
15. Reyes-Ortiz C.: Physicians must confront ageism. Academic Medicine 1997, 72 (10): 831.
16. Levenson A. J.: Ageism: a major deterrent to the introduction of curricula in aging. Gerontology and Geriatrics Education 1981, 1: 161-162.
17. Maciantowicz E.: Poglądy współczesnej młodzieży na starzenie się i starość. W: Steuden S., Marczuk M. Starzenie się, a satysfakcja z życia. Wyd. KUL, Lublin 2006, s 230-237.
18. Bunzel J.: Note on the history of a concept: gerontophobia. The Gerontologist 1972, 12: 116-203.

Adres do korespondencji:

dr n med. Agnieszka Łukomska
Zakład Polityki Zdrowotnej
i Zabezpieczenia Społecznego
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul Sandomierska 16
85-802 Bydgoszcz
tel.: 606 825 378
e-mail: lukomskaagnieszka@wp.pl

Otrzymano: 22.11.2007

Zaakceptowano do druku: 29.01.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Andrzej Nowicki, Ewa Kaliszewska, Małgorzata Maruszak

**SKUTECZNOŚĆ DIAGNOSTYCZNA RAKA PŁUCA W ODDZIALE PULMONOLOGICZNYM
SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO
W CIECHANOWIE W LATACH 2005/2006**

DIAGNOSTIC EFFICACY IN PULMONARY CARCINOMA ON THE PULMONARY WARD OF
THE PROVINCIAL SPECIALIST HOSPITAL IN CIECHANÓW DURING THE YEARS 2005-2006

Z Zakładu Pielęgniarstwa Onkologicznego UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr hab. n. med. Andrzej Nowicki

Streszczenie

Wstęp. Rak płuca jest obecnie jednym z najczęściej występujących nowotworów na świecie. Jest niezwykle istotnym problemem klinicznym. W momencie wykrycia u ponad 75% chorych stwierdza się późne stadium zaawansowania choroby. Nowotwór ten stanowi nieustannie problem diagnostyczno-terapeutyczny.

Celem pracy była próba oceny skuteczności diagnostycznej raka płuca w Oddziale Pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

Materiał i metody. Badania oparte były na retrospektywnej analizie dokumentacji Oddziału Pulmonologicznego Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie w latach 2005/2006. Analizie poddano dokumentację 174 chorych z podejrzeniem raka płuca. Postępowanie diagnostyczne obejmowało: uzupełniające zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej (warstwowe, celowane), bronchofiberoskopię z badaniem cytologicznym i histopatologicznym, nakłucie jamy opłucnowej, tomografię komputerową klatki piersiowej, biopsję przez klatkę piersiową i ultrasonografię jamy brzusznej.

Wyniki. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby palące tytoń – 104 (59,8%), 12 (6,9%) kobiet i 42 (24,1%) mężczyzn paliło tytoń w przeszłości. Chorzy z podejrzeniem raka płuca najczęściej zgłaszali ból klatki piersiowej i duszność. Spośród wszystkich chorych, raka rozpoznano u 141. (81%) w tym raka niedrobnokomórkowego u 110. (63,2%). Nie ustalono rozpoznania raka płuca u 15 (8,6%) osób. Średni czas pobytu chorych w szpitalu do chwili ustalenia rozpoznania wynosił niespełna 23 dni. Czułość i swoistość badań wynosiła odpowiednio dla RTG klatki piersiowej: 90,7 i 60,6%; TK klatki piersiowej: 97,2 i 67,7%; badania cytologicznego wydzielin oskrzeli: 70,9 i 78,8%; wymazu szczoteczki: 69,5 i 93,7%; nakłucia jamy opłucnowej: 80 i 71,4%; biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej przez klatkę piersiową: czułość i swoistość 100%.

Wnioski. U większości chorych z podejrzeniem nowotworu płuca rozpoznawano raka głównie u mężczyzn. Czułość i swoistość badań diagnostycznych była w granicach zaakceptowanych dla raka płuca.

Summary

Introduction. Today pulmonary carcinoma is one of the most frequent carcinomas in the world. It is a vital clinical problem. An advanced stage of the disease is detected in 75% of patients at the moment of diagnosis. This type of carcinoma is still a diagnostic and treatment problem.

Objectives. The main goal of this study was to estimate diagnostic efficacy in pulmonary carcinoma on the Pulmonary Ward of the Provincial Specialist Hospital in Ciechanów.

Material and methods. The research was based on retrospective analysis of files from the Pulmonary Ward of the Provincial Specialist Hospital in Ciechanów in the years 2005 - 2006. Files of 174 patients with suspected pulmonary carcinoma were analysed. Diagnostic procedure included supplemental chest X-ray picture, bronchofiberoscopy with cytological and histopathological examinations, puncture of the pleural cavity, CT of the chest, transthoracic biopsy and ultrasound examinations of the abdominal cavity.

R e s u l t s . Smokers were the largest group of patients – 104 persons (59,8%), 12 women (6,9%), 42 men (24,1%). Pulmonary carcinoma was detected in 141 (81%) patients, among whom non-microcellular pulmonary carcinoma was detected in 110 (63,2%) patients. Pulmonary carcinoma was not diagnosed in 15 (8,6%) patients. The average time of hospitalisation was 23 days from the moment of diagnosis. Sensitiveness and specificity for chest X-ray was: 90,7 and 60,6%; for chest CT: 97,2 and 67,7%; for cytological examination of secretion: 70,9 and 78,8%; for brush- swab: 69,5

and 93,7%; for puncture of pleural cavity: 80 and 71,4%, respectively. Sensitiveness and specificity for fine needle aspiration biopsy were both 100% .

C o n c l u s i o n s : Cancer was detected in most of patients with suspected pulmonary carcinoma, mainly among men. Sensitiveness and specificity of diagnostic examinations were placed between values that could be accepted for pulmonary carcinoma.

Słowa kluczowe: rak płuca, objawy, badania dodatkowe, skuteczność diagnostyczna

Key words: pulmonary carcinoma, symptoms, additional examinations, diagnostic efficacy

Rak płuca jest najczęstszym nowotworem złośliwym u człowieka i stanowi główną przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce [1]. Zajmuje pierwsze miejsce wśród nowotworów złośliwych u mężczyzn. W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost zachorowalności na ten nowotwór u kobiet [1].

Dokładna diagnostyka raka płuca ma zasadnicze znaczenie w ocenie rozległości procesu chorobowego i planowania leczenia. Podstawowym badaniem, które przechodzi każdy chory, jest zdjęcie rentgenowskie klatki [2]. Tomografia komputerowa (TK) służy do uściślenia rozpoznania i do oceny rozległości stwierdzonych zmian nowotworowych, co ma zasadniczy wpływ na wybór postępowania terapeutycznego [3]. Pozwala to na bardziej precyzyjną ocenę węzłów chłonnych wnek i śródpiersia, a ponadto umożliwia wykrycie ewentualnych przerzutów w wątrobie i nadnerczu [4]. Magnetyczny rezonans (MR) umożliwia odwzorowanie nawet niewielkich zmian nowotworowych. Precyzyjne określenie wielkości guza w MR pozwala na zakwalifikowanie chorego do operacji [5]. Scyntygrafia płuc jest badaniem czułym, ale mało specyficznym, wykonuje się ją w celu określenia miejscowego zaawansowania procesu nowotworowego oraz wykrycia ognisk przerzutowych lokoregionalnych i do odległych narządów [6]. Szczególnym badaniem, które, mimo braku badania histologicznego, może ocenić proces nowotworowy jest pozytonowa emisyjna tomografia (PET). Metoda ta pozwala między innymi na różnicowanie zmian w węzłach chłonnych.

Do badań cytologicznych w rozpoznawaniu raka płuca należą badania płwociny, popłuczyn oskrzelowych (BAL), płynu opłucnowego, wymazy szczoteczki i biopsja cienkoigłowa przez ścianę klatki piersiowej. Wśród osób chorujących na centralną postać raka płuca komórki nowotworowe udaje się wyizolować w płwocinie tylko u około 20% chorych [7].

Bronchofiberoskopia jest jednym z podstawowych badań w diagnostyce raka płuca, ponieważ pozwala oglądać zmiany w oskrzelach [8]. Technika ta umożliwia zidentyfikowanie zmiany, pobranie tkanki i ocenę stopnia zaawansowania raka. Podczas bronchofiberoskopii można również uzyskać materiał do badania cytologicznego z popłuczyn oskrzelowych i wymazu oskrzelowego [9].

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa przez ścianę klatki piersiowej (BAC) jest efektywną i w miarę bezpieczną techniką, dzięki której możemy uzyskać materiał diagnostyczny. Duża liczba odpowiedzi nieprawdziwie ujemnych powoduje konieczność prowadzenia dalszej, z reguły bardziej inwazyjnej diagnostyki. Czułość i dokładność tej metody ocenia się na 74-96% [9].

Mediastinoskopia przymostkowa jest pomocna w ocenie powiększonych węzłów chłonnych „okna” aortalno-płucnego [9]. Mediastinoskopia daje ponadto możliwość palpacyjnej i wzrokowej oceny ruchomości śródpiersia w przypadku podejrzenia nacieku nowotworowego na tchawicę lub duże naczynia [10].

Toraskopia (wideotoraskopia/VATS) umożliwia obserwację przestrzeni pomiędzy płucami i ścianą klatki piersiowej i może być przeprowadzona metodą klasyczną lub z użyciem techniki wideo. Toraskopia jest najczęściej wykorzystywana w diagnostyce położonych obwodowo guzów, węzłów chłonnych trudno dostępnych lub niedostępnych dla innych metod oraz patologii w obrębie śródpiersia. W tym przypadku czułość i swoistość VATS sięga 100% [9]. Celem pracy była próba oceny skuteczności diagnostycznej raka płuca w Oddziale Pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

MATERIAŁ I METODA

Badania oparte były na retrospektywnej analizie historii chorób Oddziału Pulmonologicznego Specjali-

stycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie w latach 2005/2006. Analizie poddano dokumentację 174. chorych, u których podejrzewano raka płuca. Byli to chorzy w wieku 25 do 84 lat, średnia wieku wynosiła 64,2 lata. Wśród nich było 143 mężczyzn i 31 kobiet. Postępowanie diagnostyczne obejmowało wykonanie uzupełniających zdjęć radiologicznych klatki piersiowej w projekcjach P-A i bocznej oraz warstwowych i celowanych (pacjenci zgłaszali się do szpitala z wcześniej wykonanymi zdjęciami klatki piersiowej), bronchofiberoskopię, wykonywaną przy użyciu toru wizyjnego firmy Pentax, oraz w zależności od wskazań tomografię komputerową klatki piersiowej, biopsję cienkoigłową przez klatkę piersiową oraz ultrasonografię jamy brzusznej. Oprócz badań rutynowych (badania laboratoryjne krwi, EKG) wykonywano badania gazometryczne i czynnościowe płuc. Informacje dotyczące rozpoznania histopatologicznego uzyskano na podstawie badań, które były wykonywane w Zakładzie Patomorfologii Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

Otrzymane wyniki zostały poddane analizie statystycznej, za pomocą programu Excel, wchodzącego w skład pakietu Microsoft Office. Obliczono wartości ilościowe i procentowe, korelacje przeprowadzono przy zastosowaniu testu nieparametrycznego Spearmana, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Czulość i swoistość obliczono za pomocą wzorów, gdzie czulość testu określono dzieląc liczbę wyników prawdziwie pozytywnych przez liczbę wyników prawdziwie pozytywnych, do których dodawano liczbę wyników fałszywie negatywnych. Natomiast swoistość testu uzyskano dzieląc liczbę wyników prawdziwie negatywnych przez liczbę wyników prawdziwie negatywnych, do których dodano liczbę wyników fałszywie pozytywnych.

Badania przeprowadzono po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medium im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

WYNIKI

1. Charakterystyka grupy badanej (tab. I)

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiło 143 (82,2%) mężczyzn. Średnia wieku wszystkich chorych wynosiła 64,2 lata. Przeważali mieszkańcy wsi – 102. (58,6%) osoby. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy z wykształceniem zawodowym – 67 (38,5%) osób, oraz z wykształceniem podstawowym –

64 (36,8%). Najwięcej było palących tytoń – 104 (59,8%), 12 (6,9%) kobiet i 42 (24,1%) mężczyzn paliło tytoń w przeszłości. Średni czas pobytu w szpitalu do chwili ustalenia rozpoznania wynosił 22,6 dnia.

Tabela I. Charakterystyka badanych

Table I. Characteristics of examined patients

		n	%
Wiek	Średnia	64,2	
	Płeć		
Płeć	Kobieta	31	17,8
	Męczyzna	143	82,2
Miejsce zamieszkania	Wieś	102	58,6
	Miasto	72	41,4
Wykształcenie	Wyższe	12	6,9
	Średnie	31	17,8
	Zawodowe	67	38,5
Palenie tytoniu	Podstawowe	64	36,8
	Była paląca	12	6,9
	Były palący	42	24,1
	Nie	55	9,2
Dni pobytu w szpitalu	Tak	119	59,8
	Średnia	22,6 ± 9,87	

2. Najczęściej występujące objawy kliniczne u pacjentów z podejrzeniem raka płuca (tab. II)

Występowanie bólów w klatce piersiowej zgłaszało znamiennej najwięcej chorych - 62 (35,6%) ($p < 0,05$). Kaszel występował u 55. (31,6%) osób, krwiotłucie u 50 (28,7%), duszność występowała u 66 (37,9%) badanych.

Tabela II. Objawy zgłaszane przez chorych przy przyjęciu do szpitala

Table II. Symptoms that were reported by patients with suspected pulmonary carcinoma

Objaw		n	%	p
Kaszel	Tak	55	31,6	NS
	Nie	119	68,4	
Stan podgorączkowy	Tak	22	12,6	NS
	Nie	152	87,4	
Ból w klatce piersiowej	Tak	62	35,6	<0,05
	Nie	112	64,4	
Duszności	Tak	66	37,9	NS
	Nie	108	62,1	
Krwiotłucie	Tak	50	28,7	NS
	Nie	124	71,3	
Osłabienie	Tak	24	27,0	NS
	Nie	60	73,0	

3. Badania diagnostyczne wykonywane pacjentom z podejrzeniem raka płuca (tab. III)

Wszyscy badani w obu analizowanych latach poddani zostali bronchoskopii. Dwukrotnej bronchoskopii poddano 34 (19,5%) chorych. W trakcie pierwszej bronchoskopii nie uzyskano wyniku cytologicznego z wydzieliny potwierdzającego raka płuca u 95 (54,6%) osób. U chorych, którzy zostali poddani drugiej bronchoskopii nie uzyskano rozpoznania cytolo-

gicznego raka płuca z wydzieliną u 20 (59%). W trakcie pierwszej bronchoskopii, pobrano wycinki od 164. pacjentów, natomiast rozpoznano histopatologicznie raka płuca u 115 (66,1%). Nie pobierano wycinków od 10 (5,7%) chorych z powodu braku widocznej makroskopowo zmiany. U tych, którzy zostali poddani drugiej bronchoskopii pobrano materiał do badania histopatologicznego od 30 (50%), z czego u 15 chorych nie uzyskano potwierdzenia raka. Podczas pierwszej bronchoskopii, wymaz szczoteczkowy wykonano u 29 (16,7%) pacjentów, nie uzyskano potwierdzenia raka u 13 (45%). Podczas drugiej bronchoskopii pobrano wymaz od 15 (8,6%), u 13 osób (87%) nie uzyskano rozpoznania raka płuca. Nakłucie jamy opłucnowej wykonano u 17 (9,8%). Badanie to wykazało obecność komórek rakowych u 11 (65%) osób, u 6 (35%) nie uzyskano rozpoznania cytologicznego. Biopsję aspiracyjną cienkoigłową przez klatkę piersiową wykonano u 19 (10,9%) pacjentów, rozpoznano raka płuca u 11 (58%). W TK klatki piersiowej u 115 (66,1%) chorych, u których wykonano to badanie, u wszystkich podejrzewano zmianę rozrostową. Nie uzyskano wyniku potwierdzającego raka płuca w badaniu cytologicznym lub histopatologicznym u 5 (2,9%) osób.

Tabela III. *Badania diagnostyczne wykonane chorym z podejrzeniem raka płuca*

Table III. *Diagnostic examinations in patients with suspected pulmonary carcinoma*

Badanie		n	%
Liczba bronchoskopii	1 raz	140	80,5
	2 razy	34	19,5
Badanie cytologiczne wydzieliny podczas pierwszej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Tak*	79	45,4
	Nie	95	54,6
Badanie cytologiczne wydzieliny podczas drugiej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Tak	14	41,0
	Nie	20	59,0
Pobranie wycinków podczas pierwszej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Tak	115	66,1
	Nie	49	29,4
Pobranie wycinków podczas drugiej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Chorzy, od których nie pobierano wycinków**	10	5,7
	Tak	15	50,0
Pobranie wycinków podczas drugiej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Nie	15	50,0
	Pobranie wymazu szczoteczkowego podczas pierwszej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Tak	16
Nie		13	45,0
Pobranie wymazu szczoteczkowego podczas drugiej bronchoskopii i rozpoznanie raka	Tak	2	13,0
	Nie	13	87,0
Pobranie płynu z opłucnej i rozpoznanie raka	Tak	11	65,0
	Nie	6	35,0
Biopsja cienkoigłowa płuca i rozpoznanie raka	Tak	11	58,0
	Nie	8	42,0
Tomografia komputerowa klatki piersiowej	Tak***	110	63,2
	Nie	5	2,9

*Tak – rozpoznanie raka

**Brak makroskopowo widocznej zmiany

***Podejrzenie raka płuca w TK klatki piersiowej potwierdzone badaniem cytologicznym lub histopatologicznym

4. Rozpoznanie histopatologiczne i stopień zaawansowania raka płuca (tab. IV, V)

Spośród wszystkich chorych raka płuca rozpoznano u 141 (81%), w tym raka niedrobnokomórkowego u 110 (63,2%). Nie ustalono rozpoznania raka płuca u 15 (8,6%) osób. Pacjenci ci zostali skierowani na dalszą diagnostykę do Instytutu Chorób Płuc i Gruźlicy w Warszawie. U pozostałych chorych rozpoznano różne choroby płuc i opłucnej. Raka płuca w I i II stopniu zaawansowania miało 52 (33,3%) chorych, w III stopniu – 47 (30,1%) i w IV stopniu – 42 (26,9%).

Tabela IV. *Rozpoznanie histopatologiczne u chorych z podejrzeniem raka płuca*

Table IV. *Histopathological diagnosis in patients with suspected pulmonary carcinoma*

Rozpoznanie		N	%
Rak płuca	niedrobnokomórkowy	110	78,0
	gruczołowy	6	4,3
	drobnokomórkowy	25	17,7
	Razem	141	81,0
Nie ustalono rozpoznania		15	8,6
Gruźlica		9	5,2
Sarkoidoza		6	3,4
Ropniak opłucnej		1	0,6
Amyloidoza		1	0,6
Atopowe zapalenie pęcherzyków płucnych		1	0,6
Razem		174	100,0

Tabela V. *Stopnie zaawansowania raka płuca*

Table V. *Stages of pulmonary carcinoma*

Stopień	N	%
I i II	52	33,3
III	47	30,1
IV	42	26,9
Razem	141	100,0

5. Skuteczność diagnostyczna badań (tab. VI)

W obu analizowanych latach czułość badania cytologicznego wydzieliny z oskrzeli wyniosła 70,9%, wymazu szczoteczkowego 69,5%, natomiast swoistość tych badań odpowiednio 78,8% i 93,7%. Czulość tomografii komputerowej wyniosła 97,2%, RTG klatki piersiowej 90,7%, nakłucia jamy opłucnowej 80%, natomiast swoistość tych badań odpowiednio 67,7%, 60,6%, i 71,4%. Czulość i swoistość biopsji cienkoigłowej aspiracyjnej poprzez klatkę piersiową wyniosła 100%.

Tabela VI. *Czułość i swoistość badań diagnostycznych*
Table VI. *Sensitiveness and specificity of diagnostic examinations*

Badanie		Czułość			Swoistość		
		prawdziwie pozytywne	falszywie negatywne	%	prawdziwie negatywne	falszywie pozytywne	%
Bronchoskopia	Wydzielina- cytologia	100	41	70,9	26	7	78,8
	Wymaz szczotecz- kowy- cytologia	16	7	69,5	15	1	93,3
	RTG klatki piersiowej	127	13	90,7	20	13	60,6
	TK klatki piersiowej	104	3	97,2	21	10	67,7
	Nakłucie jamy opłucnowej - cytologia	8	2	80,0	5	2	71,4
	BAC poprzez klatkę piersiową	11	0	100,0	8	0	100,0

DYSKUSJA

Wczesne rozpoznanie raka płuca jest bardzo trudne. Jedną z przyczyn opóźnienia w diagnozowaniu i złym rokowania w tej chorobie jest jej podstępny przebieg. W momencie wykrycia u ponad 75% chorych stwierdza się późne stadium zaawansowania choroby, które nie pozwala na podjęcie radykalnego leczenia [11]. Najważniejszym czynnikiem rokowniczym jest stopień zaawansowania raka w chwili jego rozpoznania, który w zasadniczy sposób decyduje o wyborze leczenia [12]. W pracy oceniono skuteczność badań diagnostycznych raka płuca w Oddziale Pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Badania oparte były na retrospektywnej analizie historii chorób z lat 2005/2006. Analizie poddano dokumentację 174 pacjentów z wstępnym rozpoznaniem raka płuca, które ustalono na podstawie badania podmiotowego, fizykalnego oraz radiologicznego klatki piersiowej.

Największą grupę wśród chorych z podejrzeniem raka płuca zdecydowanie stanowili mężczyźni. Istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka płuca był wiek. Średnia wieku wyniosła 64 lata. Podobne wyniki uzyskali inni polscy autorzy, gdzie średnia wieku wyniosła powyżej 60 roku życia [13]. W całej grupie chorych najczęściej było z wykształceniem zawodowym i podstawowym mieszkańców wsi. Prawdopodobnie wśród tej populacji jest najmniejsza świadomość szkodliwości inhalacji dymu nikotynowego.

Najistotniejszym czynnikiem, odgrywającym rolę w zachorowaniach na raka płuca, jest palenie tytoniu [14]. Najliczniejszą grupę wśród chorych z podejrzeniem raka płuca stanowiły osoby palące tytoń, była ich ponad połowa. Natomiast u innych autorów, wśród osób chorych na raka płuca, palących tytoń było dużo więcej [15]. Ta znaczna różnica mogła wynikać z faktu, że wśród naszych chorych byli również ci, u których nie potwierdzono rozpoznania wstępnego. Najlepszym sposobem zapobiegania rakowi płuca jest zaprzestanie palenia papierosów. Co 3. osoba zaprzestała palenia tytoniu. Znaczący wpływ podjęcia takiej decyzji mogło mieć uświadamianie pacjentów o szkodliwości palenia tytoniu przy kolejnych wizytach u pulmonologa, jak również fakt podejrzenia nowotworu.

Rak płuca przez dość długi okres czasu może przebiegać bezobjawowo. U większości chorych początkowe objawy ograniczone są do układu oddechowego. Najczęściej pacjenci z podejrzeniem raka płuca zgłaszają objawy takie jak: kaszel, stany podgorączkowe, ból klatki piersiowej, duszność, krwioplucie, osłabienie.

Wśród chorych z podejrzeniem raka płuca kaszel zgłaszał co 3. pacjent. Nie był to objaw znamieny. Kaszel u chorych z rakiem płuca występuje u około 50 do 75% [2]. W analizowanej grupie byli również chorzy z innymi chorobami dróg oddechowych, tak więc kaszel występował rzadziej. Kolejnym objawem zgłaszanym przez pacjentów było występowanie stanów podgorączkowych.

Ból w klatce piersiowej był znamienne najczęstszym objawem występującym u chorych z podejrzeniem raka płuca. Zgłosił taki objaw co 3. chory. U autorów, którzy analizowali chorych z rakiem płuca, ból klatki piersiowej występował częściej, bo u prawie połowy [16, 11]. Innym objawem była duszność, występowała u co 2. chorego. Podobne wyniki w tym zakresie uzyskali inni autorzy [2, 11].

Stosunkowo częstym objawem raka płuca jest krwioplucie. U chorych z podejrzeniem raka płuca krwioplucie występowało stosunkowo często, prawie u połowy chorych. Inni podobnie często zaobserwowali ten objaw u chorych z rakiem płuca [2, 11]. Kolejnym objawem było osłabienie, które zgłaszał co 3. pacjent. Ogólnie, objawy u chorych z podejrzeniem raka były w naszym materiale bardzo zbliżone do objawów u chorych z ustalonym rozpoznaniem, prawdopodobnie dlatego, że odsetek chorych u których potwierdzono raka wyniósł ponad 80%.

Podczas bronchoskopii możemy uwidocznić zmianę, ocenić jej lokalizację, wielkość oraz obszar naciekania w oskrzelach, a także pobrać materiał do badania histopatologicznego i cytologicznego [17, 15].

Każdy podejrzany o raka płuca miał wykonane badanie bronchoskopowe. Określano położenie guza w drzewie oskrzelowym oraz pobierano materiał do badania histopatologicznego i cytologicznego. Badanie to powtórzono u co 5. chorego. W trakcie pierwszej bronchoskopii pobrano wycinki u prawie wszystkich. U tych chorych potwierdzono histopatologicznie raka u ponad połowy. Natomiast u innych autorów raka płuca potwierdzano w mniejszym odsetku [15]. Nieliczna grupa pacjentów została poddana drugiej bronchoskopii. Materiał do badania histopatologicznego pobrano od wszystkich chorych, z czego tylko u połowy uzyskano potwierdzenie raka. Prawdopodobnie przyczyną niepowodzeń w ustaleniu rozpoznania mogło być położenie (obraz RTG wskazywał na obwodowe umieszczenie zmiany) i morfologia zmiany, które ograniczały możliwość pobrania materiału, pobranie zbyt małej liczby wycinków oraz obecność mas martwiczych.

Podczas bronchofiberoskopii rutynowo każdemu choremu pobierano wydzielinę do badania cytologicznego. W trakcie pierwszej bronchoskopii nie uzyskano wyniku cytologicznego z wydzieliny potwierdzającego raka płuca u połowy osób. Natomiast u innych autorów na podstawie bronchoskopii i badań cytologicznych rozpoznawano raka u 62% chorych [15]. Jeszcze inni autorzy podają, że badanie cytologiczne komórek obecnych w popłuczynach oskrzelowych pozwala na rozpoznanie raka płuca w 40 do 80% przypadków [7]. U chorych, którzy zostali poddani drugiej bronchoskopii, pomimo pobrania wydzieliny do badania, nie uzyskano rozpoznania cytologicznego raka płuca u ponad połowy tych chorych.

Inną metodą pobierania materiału cytologicznego w czasie bronchoskopii jest wymaz szczoteczkowy. Podczas pierwszej bronchoskopii rzadko wykonywano ten wymaz, bo tylko u co 4. chorego, z czego potwierdzenie raka płuca uzyskano u ponad połowy. Natomiast podczas drugiej bronchoskopii wymaz szczoteczkowy wykonano u kilkunastu chorych, z czego tylko u 2. uzyskano wynik potwierdzający raka. U innych autorów raka płuca za pomocą wymazu szczoteczkowego rozpoznano dwukrotnie częściej [8].

W przypadkach trudnych diagnostycznie kolejnym badaniem, jakie wykonano było nakłucie jamy płucnowej. W obu analizowanych latach wykonano je tylko

u kilkunastu chorych, a obecność komórek rakowych w płynie opłucnowym stwierdzono u ponad połowy z nich.

Biopsja poprzez klatkę piersiową, aspiracyjna cienkoigłowa, jest metodą uzyskiwania materiału do diagnostyki cytologicznej nowotworów, szczególnie o lokalizacji obwodowej [18]. Wykonano ją tylko u co 5. chorego, rozpoznano raka płuca u połowy z nich. Podobne wyniki otrzymali inni polscy autorzy. W ich materiale rozpoznano raka tą metodą u 41,5 – 87% chorych [18, 19, 20, 21].

Ustalenie stopnia zaawansowania choroby ma duże znaczenie w wyborze metody leczenia. W tym celu stosuje się metody obrazowe służące do oceny zaawansowania guza. W TK klatki piersiowej, w którym podejrzewano raka płuca i nie uzyskano wyniku potwierdzającego w badaniu cytologicznym lub histopatologicznym tylko u kilku chorych. U innych autorów skuteczność diagnostyczna raka płuca za pomocą TK była gorsza [22].

Zdecydowanie najczęściej u chorych z rakiem płuca rozpoznano raka płaskonabłonkowego. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy [15, 21]. W dalszej kolejności rozpoznano raka drobnokomórkowego i gruczolakoraka. Nie uzyskano rozpoznania, a także rozpoznano inne choroby układu oddechowego. u co 10. chorego. Chorych w celu pogłębienia diagnostyki kierowano do innego ośrodka. U chorych z rozpoznaniem rakiem płuca, w celu podjęcia leczenia, konieczne jest ustalenie stopnia zaawansowania choroby z uwzględnieniem wielkości guza pierwotnego, ocena regionalnych węzłów chłonnych i obecności przerzutów odległych. Po ustaleniu rozpoznania raka, określono jego stopień zaawansowania i skierowano chorych do leczenia onkologicznego. Co trzeci chory miał raka w I i II stopniu zaawansowania. Rak płuca u ponad 80% rozpoznawany jest w zaawansowanych stadiach, uniemożliwiających podjęcie leczenia chirurgicznego [23].

Rak płuca stanowi nieustannie problem diagnostyczno-leczniczy. Ponadto, nowotwór ten obciążony jest bardzo złym rokowaniem. Z tego punktu widzenia niezwykle istotne znaczenie ma w miarę szybka diagnostyka i równie szybkie wdrożenie leczenia [24]. Średni czas pobytu chorych w szpitalu, do chwili ustalenia rozpoznania, wynosił niespełna 23 dni. W badaniach innych czas diagnostyki był dwukrotnie dłuższy [25].

W diagnostyce raka płuca istotną rolę odgrywają wzajemnie uzupełniające się badania histopatologiczne, cytologiczne oraz badania obrazowe [25]. Celem

pracy była próba oceny skuteczności diagnostycznej raka płuca. Bronchofibroskopia jest jednym z podstawowych badań inwazyjnych. Podczas bronchoskopii uzyskiwano materiał do badania cytologicznego. Czulość tego badania cytologicznego wydzieliny wyniosła 70,9%, swoistość natomiast 78,8%. U innych autorów czulość badania cytologicznego była niewiele mniejsza i wyniosła 62 do 64,5% [15], swoistość 100% [7]. Wyniki nasze były podobne i mieściły się w średniej procentowej uzyskanej przez innych autorów.

Kolejnym badaniem cytologicznym był wymaz szczoteczkowy. Wykonano go tylko u 44 chorych. W obu analizowanych latach czulość tej metody wyniosła 69,5%, swoistość 93,7%. U innych autorów czulość wymazu szczoteczkowego była wyższa i wyniosła 81% [7], natomiast nie oceniono swoistości tego badania.

Zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej jest jednym z podstawowych badań obrazowych wykonywanych w celu diagnozowania raka płuca. Badanie to jest powszechnie dostępne, mało kosztowne i w niektórych przypadkach umożliwia niemal natychmiastowe podejrzenie choroby nowotworowej. Czulość badania radiologicznego klatki piersiowej wyniosła 90,7%, natomiast swoistość 60,6%. Analizowano wyniki badań wykonywane nie tylko w oddziale, ale również te, z którymi skierowany był chory.

Konwencjonalny radiogram ma jednak ograniczone zastosowanie w odniesieniu do oceny węzłów chłonnych. Dokładniejszą metodą, niezbędną w ustaleniu stopnia zaawansowania klinicznego jest TK klatki piersiowej. Czulość tego badania wyniosła 97,2%, natomiast swoistość 67,7%. U innych autorów czulość TK wyniosła 58 do 65%, a swoistość 80 do 90% [11, 26].

Kolejnym badaniem diagnostycznym było nakłucie jamy opłucnowej. Czulość tego badania wyniosła 80%, natomiast swoistość 71,4%. Inni autorzy nie ocenili nakłucia jamy opłucnowej w tym zakresie.

Biopsja aspiracyjna cienokłowa poprzez klatkę piersiową okazała się skuteczną metodą diagnostyczną. Czulość i swoistość tej metody wyniosła w obu analizowanych latach 100%. U innych autorów czulość od 39 do 95% dla raka płuca o lokalizacji przyścienniej [22], dla raka o lokalizacji obwodowej od 75 do 86% i 81 do 82% dla raka o lokalizacji przywędkowej [18], natomiast swoistość wyniosła od 70 do 100% [18, 5].

Celem pracy była próba oceny skuteczności diagnostycznej raka płuca w Oddziale Pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciecha-

nowie w latach 2005/2006. W analizie statystycznej określono czulość i skuteczność poszczególnych metod stosowanych w diagnostyce raka płuca. Dane, którymi dysponowaliśmy, pochodziły z historii chorób pacjentów przebywających na oddziale. W przedstawionej pracy na podstawie posiadanego materiału klinicznego można stwierdzić, iż badania diagnostyczne, począwszy od klasycznej radiodiagnostyki poprzez bronchosfibroskopię, wykonywane były z dobrą skutecznością diagnostyczną.

WNIOSKI

1. U większości chorych z podejrzeniem nowotworu płuca rozpoznawano raka, głównie u mężczyzn.
2. Czulość i swoistość badań diagnostycznych była w granicach akceptowalnych dla raka płuca.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojciechowska U., Dzikowska I., Tarkowski W.: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku. Warszawa Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, 2005.
2. Porębska I.: Przyczyny i skutki opóźnionej diagnozy pierwotnego raka płuca oraz perspektywa badań przesiewowych. *Pol. Med. Rodz.*, 2004, 6, 939-941.
3. Gąsiorek D., Sosnowska-Pacuszko D., Turek T., i wsp.: Postępy w diagnostyce nowotworów płuc z zastosowaniem tomografii komputerowej. *Adv. Clin. Exp. Med.*, 2005, 14, 333-342.
4. Rowińska-Zakrzewska E.: Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca. *Med. po Dypł.*, 2005, 1, 39-43.
5. Kasprzyk M.: Techniki małoinwazyjne w diagnostyce i ocenie stopnia zaawansowania raka płuca. *Nowa Klin.*, 2004, 12, 17-18.
6. Nowicka M.: Rola radiologa w diagnozowaniu i leczeniu raka płuca. *Nowa Klin.*, 2005, 12, 15-16.
7. Sikora J.: Cytodiagnostyka raka płuca. *Nowa Klin.*, 2005, 12, 10-14.
8. Kulawik-Domagała J.: Znaczenie badań cytologicznych we wczesnej diagnostyce raka płuca. *Stand. Med. .Lek. Rodz.*, 2002, 2, 469-474.
9. Pweliżyk K., Marciniak M., Kołodziej J.: Diagnostyka inwazyjna w nowotworach klatki piersiowej. *Adv. Clin. Exp. Med.*, 2004, 13, 1067-1072.
10. Jabłonka S., Jabłonka A., Sagan D.: Chirurgia klatki piersiowej. *Med. Prakt.*, 2002, 5, 163-178.
11. Tymieńska K.: Diagnostyka raka płuca i postępowanie w gabinecie lekarza rodzinnego. *Nowa Klin.* 2002, 9, 35-39.
12. Krzakowski M., Olszewski W.: Nowotwory złośliwe płuc. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne Polskiej Unii Onkologii. *Nowotwory*, 2003, 53, 438-452.

13. Kozielski J.: Chory na raka płuca w praktyce lekarza rodzinnego. *Nowa Klin.*, 2004, 11, 8-14.
14. Lange D., Zembala-Nożyńska E.: Nowoczesna diagnostyka histopatologiczna i immunohistochemiczna guzów płuc i opłucnej. *Kardiochir. i Torakochir. Pol.*, 2004, 1, 118-124.
15. Paciorek M., Domagała-Kulawik J., Droszcz P.: Zgodność rozpoznań bronchoskopowych i histopatologicznych u pacjentów z podejrzeniem raka płuca. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2002, 6, 1193-1197.
16. Romantowska-Dziób H., Kiss B.: Rola lekarzy rodzinnych we wczesnej diagnostyce nowotworów płuc. *Przew. Lek.* 2005, 8, 70-74.
17. Reid P., Rudd R.: Diagnostic investigations In lung cancer. *Eur. Respir. Monogr.* 2001, 6, 151-169.
18. Włodarczyk R., Jahnz-Różyk K.: Ocena skuteczności transtorakalnej biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej pod kontrolą rentgenoskopii przy użyciu aparatu z ramienia C w diagnostyce raka płuca. *Współ. Onk.* 2001, 5, 24-28.
19. Piorunek T., Świerkocki K., Cofta Sz.: Przewodnoskrzelowa biopsja płuca w diagnostyce zmian nowotworowych. *Współ. Onk.* 2002, 6, 17-19.
20. Grodzki T., Alchimowicz J., Siedlaczek A.: Ocena przydatności biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej w torakochirurgii. *Pol. Przegl. Chir.* 2003, 3, 276-284.
21. Piorunek T., Świerkocki K., Cofta Sz, [i wsp.]. Biopsja igłowa płuca przez ścianę klatki piersiowej w diagnostyce zmian nowotworowych położonych obwodowo. *Współ. Onk.* 2002, 6, 141-143.
22. Hanley K, Jeffrey B, Rubins B.: Klasyfikacja pojedynczych guzków płuca. *Med. po Dypl.* 2004, 13, 23-29.
23. Krzakowski M.: Rak płuca – rola leczenia systemowego w ramach standardów postępowania. *Nowa Klin.* 2005, 12, 19-25.
24. Piorunek T, Młynarczyk W, Nowicka A.: Biopsja kleszczkowa w diagnostyce wewnątrzskrzelowej zmian nowotworowych. *Współ. Onk.* 2005, 9, 61-64.
25. Radzikowska E, Roszkowski K, Głaz P.: Rak płuca. Opóźnienia w procesie diagnostyczno-leczniczym. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2001, 11, 600-610.
26. Scott J, Hollett P.: Cost effectiveness of Positron Emission Tomography in Canada. *Med. Sci. Monitor.* 2005, 11,1-6.

Adres do korespondencji:

dr hab. Andrzej Nowicki prof. UMK
ul. Boruckiego 18
85-799 Bydgoszcz
tel.: 602383210
e-mail: anow1_xl@wp.pl

Otrzymano: 4.03.2008

Zaakceptowano do druku: 20.05.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Dorota Rogala, Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Żaneta Skinder

**ZASTOSOWANIE FARMAKOLOGICZNYCH I NIEFARMAKOLOGICZNYCH
METOD ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO**

**NONPHARMACOLOGICAL AND PHARMACOLOGICAL WAYS
OF ALLEVIATING LABOR PAIN**

Z Zakładu Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr Dorota Jachimowicz-Wołoszynek

Streszczenie

Popularność zastosowania farmakologicznych środków przeciwbólowych w czasie porodu ciągle rośnie, mimo udowodnionych niepożądanych konsekwencji ich zastosowania. Prawa kobiet do korzystania z możliwości łagodzenia bólu porodowego nikt nie kwestionuje. Czasem jednak zapomina się, że najprostsze rozwiązania mogą okazać się najskuteczniejsze. W przeprowadzonym wśród położnych i kobiet rodzących badaniu szukano odpowiedzi na pytania dotyczące rodzaju stosowanych na sali porodowej sposobów zmniejszania dolegliwości bólowych, opinii położnych o skuteczności poszczególnych metod, znajomości niepożądanych konsekwencji ich zastosowania oraz preferencji kobiet rodzących. Badania przeprowadzono za pomocą dwóch ankiet własnych skierowanych do 212 kobiet rodzących i 21 położnych pracujących na sali porodowej. Badania pokazały, że położne, mimo dobrej znajomości udowodnionych ujemnych konsekwencji zastosowania znieczulenia farmakologicznego,

często wyprzedzają prośbę rodzącej i same proponują podanie leku (59%). Jednocześnie wszystkie wskazały na możliwość zmiany pozycji w czasie porodu (100%), skorzystanie z kąpeli (90,5%) i masaż (42,9%) jako bardzo skuteczne metody walki z bólem. W praktyce szpitalnej niestety zbyt rzadko wykorzystuje się te proste i naturalne sposoby (zmiana pozycji 59,4%, kąpiel 3,8%, masaż 6,1%). Spośród metod farmakologicznych znacznie częściej stosuje się środki domięśniowe niż znieczulenie przewodowe (dolargan - 53,3%, ZOP - 9,0%). Ze znieczulenia zewnątrzoponowego częściej korzystały kobiety z wykształceniem średnim, pomaturalnym i wyższym (od 9,3 do 16,7%) w stosunku do osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym (od 0,0 do 5,3%). Najlepiej z bólem radziły sobie kobiety z wykształceniem zawodowym (39,5% korzystało z analgezji), najgorzej kobiety z wykształceniem pomaturalnym (94,5%).

Summary

Popularity of pharmacological help in labor is still growing, although there are many undesirable consequences of drug misuse and most of them are proved. Women have the right to have their labor pain alleviated and nobody can question it. However, it is worth mentioning that simple ways to do it might be sometimes the most effective. The goal of conducted research was to find out how the medical staff alleviate the labor pain, how effective these methods are, what the staff's knowledge about unwanted consequences of the methods use is and what the laboring women's preferences are. The research tools included two questionnaire forms for 212 laboring women and 21 midwives working in a hospital's delivery room. Results of the research showed that

midwives do not wait for laboring woman's demand and offer a drug to alleviate labor pain despite their knowledge of the undesirable consequences of its administration (59%). The midwives marked the following options in the questionnaire: opportunity to change position during labor (100%), bath making (90.5%) and massage (42.9%) as effective ways of allivating labor pain. Unfortunately, there are not many examples of using these easy and natural ways of alleviating labor pain in hospital practice (changing position during labor - 59.4%, bath making - 3.8% and massage - 6.1%). From among all the pharmacological methods of alleviating labor pain intramuscular injection is much more frequently used than perineural anaesthetic (Dolargan - 53.3%, ZOP -

9.0%). As for the use of peridural anaesthetic, we compared women regarding their education (secondary education – 9.3%, higher education – 16.7%, primary and vocational education – 0,0%-5.3%). Pregnant women cope with labor

Słowa kluczowe: poród, znieczulenie, ból porodowy

Key words: delivery, anaesthetic, labor pain

WSTĘP

Środki znieczulające stosowane w czasie porodu są obecnie coraz bardziej popularne zarówno wśród lekarzy, położnych, jak i samych kobiet rodzących. Panująca obecnie moda na poród bezbolesny spowodowała, że odsetek porodów znieczulanych nie tylko w Polsce, ale i na świecie ciągle rośnie. W latach 2004-2005 w naszym kraju 49,1% rodzących miało poród znieczulany farmakologicznie, z tego 32,2 % otrzymało dolargan, a u pozostałych 16,9 % zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe – ZOP [1]. Stanowi to jeszcze większy odsetek niż w latach 2000/2001, kiedy to poród znieczulony stał się udziałem 23,4% kobiet (dolargan - 20%, ZOP – 3,4%) W wielu krajach odsetek porodów znieczulanych w sposób farmakologiczny jest podobny jak w Polsce lub jeszcze wyższy (np. we Francji - 58%, w Niemczech – 30%, w Luksemburgu – 54% [2]. Najniższy odsetek tego typu porodów w Europie ma Holandia, (poniżej 9%), co jest ewenementem na skalę światową, jeśli chodzi o system opieki okołoporodowej. Należy zaznaczyć, że nadal ok. 30% holenderskich porodów odbywa się w domu, a ciąża i poród traktowane są przez personel medyczny, jak i całe społeczeństwo, jako naturalny, fizjologiczny proces wpisany w życie każdej kobiety, nie zaś jak wydarzenie medyczne [3].

W poniższym badaniu dotyczącym stosowania środków przeciwbólowych w czasie porodu szukano odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie metody zmniejszania dolegliwości bólowych znajdują zastosowanie na sali porodowej?
2. Jaka jest znajomość wpływu środków farmakologicznych na przebieg porodu, stan matki i dziecka wśród położnych?
3. Czy wykształcenie kobiet rodzących ma związek z korzystaniem ze środków przeciwbólowych?
4. Kto zainicjował podanie znieczulenia farmakologicznego?
5. Które z niefarmakologicznych metod zmniejszania bólu porodowego uważają położne za najskuteczniejsze?

pain in many ways. The most popular is analgesic drug. 94.5% of women with higher education chose analgesic drug in comparison to only 39.5% of women with vocational education.

MATERIAŁ I METODY

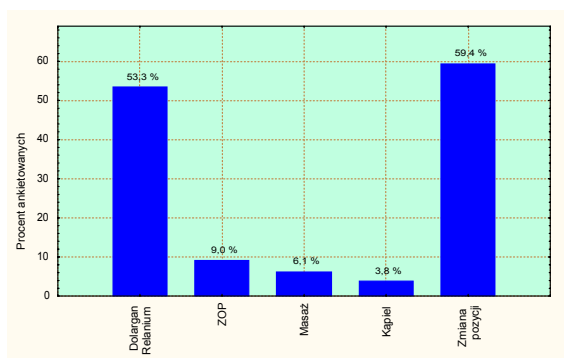
Badaniami objęto 212 kobiet rodzących w Oddziałach Położniczych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy oraz 21 położnych pracujących na ww. oddziałach tegoż szpitala. W celu poznania opinii położnych na temat konsekwencji stosowania środków przeciwbólowych, preferowanych metod łagodzenia bólu porodowego oraz wpływu wykształcenia kobiet rodzących na korzystanie ze znieczulenia w czasie porodu wykorzystano ankiety własnej konstrukcji: jedną skierowaną do kobiet, drugą do położnych. W obliczeniach statystycznych posłużono się liczbami bezwzględnyymi, stosunkami procentowymi i średnimi wartościami – średnią arytmetyczną.

WYNIKI

Grupa kobiet rodzących zróżnicowana była pod względem wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i sposobu ukończenia porodu. Wiek badanych mieścił się w przedziale 18-42 lata, ze średnią równą 27,46 i odchyleniem standardowym równym 16,97 lat. Najwięcej kobiet miało wykształcenie średnie (35,4%) i wyższe (32,5%), najmniej badanych podstawowe (5,7%). Zdecydowaną większość kobiet stanowiły mężatki (77,4%), najmniej było wdów (0,9%); co piąta rodząca była panną. Najwięcej kobiet rodziło drogami natury (74,5%), cięciem cesarskim (21,7%), najmniej było porodów kleszczowych (3,8%).

Grupa położnych zróżnicowana była pod względem wieku, stażu pracy, wykształcenia i stanu cywilnego. Wiek badanych mieścił się w przedziale 20-49 lat, ze średnią równą 39,1 i odchyleniem standardowym równym 20,5 lat. Najliczniejszą grupę wśród położnych stanowiły absolwentki Pomaturalnego Studium Położnictwa (76,1%), 3 osoby miały ukończone studia wyższe, a 2 osoby posiadały dodatkowe specjalizacje. Ponad 90% położnych posiadało staż pracy dłuższy niż 10 lat. W grupie położnych zdecydowaną większość stanowiły mężatki (85,7%), tylko 3 kobiety były pannami.

Jakie sposoby zmniejszania dolegliwości bólowych stosowane były na sali porodowej pokazuje rycina 1.

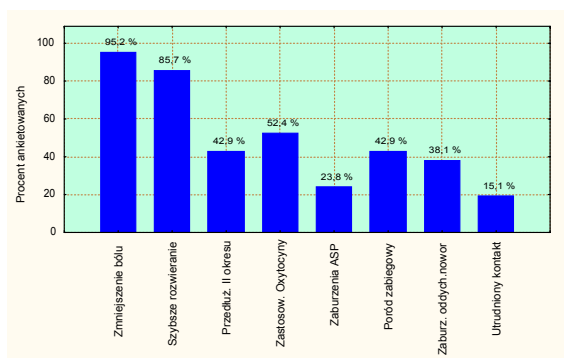


Ryc. 1. Sposoby zmniejszania dolegliwości bólowych stosowane na sali porodowej

Fig. 1. Methods of alleviating labor pain in a hospital's delivery room

Ponad 60 % rodzących w czasie porodu otrzymała środki farmakologiczne, w tym 53,3% dolargan i relanium, a 9% ZOP. W 59,4% przypadków położne proponowały kobietom zmianę pozycji jako sposób na radzenie sobie z bólem porodowym. Niewielki procent kobiet mógł korzystać z kąpieli (3,8 %) lub miał wykonany masaż w czasie porodu (6,1 %).

Znajomość wśród położnych wpływu przeciwbólowych środków farmakologicznych na przebieg porodu i stan dziecka pokazuje rycina 2.



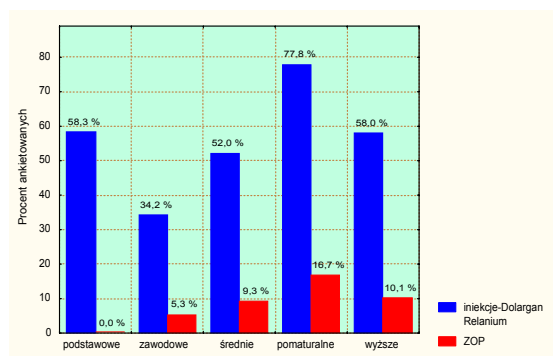
Ryc. 2. Skutki działania przeciwbólowych środków farmakologicznych

Fig. 2. Effects of analgesic drug administration

Położne wskazywały jako zaletę stosowania środków farmakologicznych zmniejszenie dolegliwości bólowych rodzącej (95,2%) i szybsze rozwieranie się szyjki macicy (85,7%). Dostrzegały również wynikające z ich zastosowania niepożądane konsekwencje, takie jak: przedłużanie się II okresu porodu (42,9%) i konieczność zastosowania oksytocyny jako środka na-

skurczowego (52,4%), nieprawidłowości w zapisie KTG (23,8%) oraz zaburzenia oddychania w noworodka (38,1%). Znaczna część położnych twierdzi, że porody znieczulane częściej kończą się w sposób zabiegowy (42,9%).

Zastosowanie znieczulenia farmakologicznego pozostawało w związku z wykształceniem kobiet rodzących, co pokazuje rycina 3.



Ryc. 3. Wykształcenie kobiet rodzących a korzystanie z farmakologicznych środków przeciwbólowych

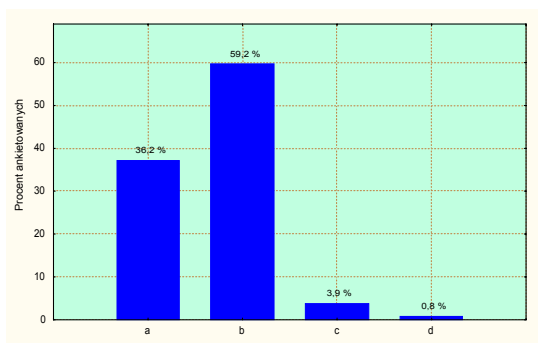
Fig. 3. Laboring women's education and use of analgesic drugs

Najczęściej ze znieczulenia korzystały kobiety z wykształceniem pomaturalnym (94,5%), najrzadziej z wykształceniem zawodowym (39,5%). Występowała zasadnicza różnica w korzystaniu z ZOP wśród osób z wykształceniem średnim (9,3 %), pomaturalnym (16,7 %) i wyższym (10,1 %) w stosunku do osób z wykształceniem podstawowym (0 %) i zawodowym (5,3 %).

Jaki wpływ miał personel na podanie środka znieczulającego pokazuje rycina 4.

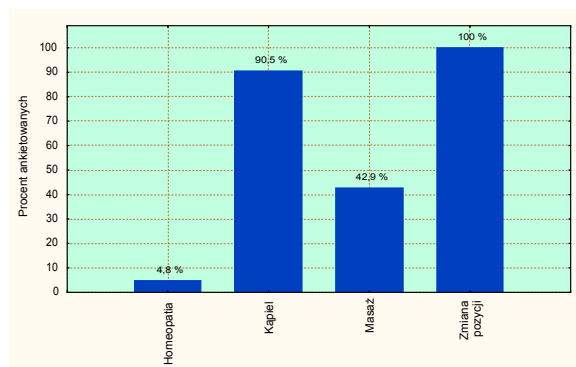
Częściej ze strony personelu padała propozycja podania środka przeciwbólowego (59,2 %) niż wynikało to z prośby kobiety rodzącej (36,2 %). Prawie 4% kobiet nie wiedziało, że taki środek im podano.

Które z metod niefarmakologicznych uznają położne jako najbardziej skuteczne w walce z bólem pokazuje rycina 5.



Ryc. 4. Wpływ personelu na decyzję o podaniu środków farmakologicznych: a – wynikało to z prośby rodzącej, b – była to propozycja ze strony personelu, c – podano je bez wiedzy i zgody rodzącej, d – podano je mimo sprzeciwu rodzącej

Fig. 4. Staff's influence on the decision of drug administering: a – result of pregnant woman's demand, b – result of staff's suggestion, c – drug administered without pregnant woman's knowledge, d – drug administered on staff's demand (in spite of woman's objection)



Ryc. 5. Najskuteczniejsze niefarmakologiczne metody zmniejszenia dolegliwości bólowych w opinii położnych

Fig. 5. The most effective nonpharmacological methods of labor pain alleviation in midwives' opinion

Wszystkie położne były przekonane, że zmiana pozycji przynosi kobiecie ulgę w cierpieniu. Aż 90.5% wskazywało na kąpanie w wodzie jako środka znieczulającego, ponad 40% opowiadało się za masażem.

DYSKUSJA

Od 1994 roku Fundacja Rodzić po Ludzku zorganizowała cztery akcje pod hasłem „Rodzić po ludzku”, w których wzięła udział większość szpitali w Polsce, a na temat warunków rodzenia w polskich szpitalach wypowiedziało się kilka tysięcy kobiet. Dane przedstawiane przez Fundację każdorazowo po przeprowa-

dzionej akcji (ostatnia w 2006 roku) pokazują, że liczba porodów z zastosowaniem farmakologicznych środków przeciwbólowych z roku na rok rośnie. W latach 2000/2001 ze znieczulenia w czasie porodu korzystało 23,4% kobiet, w latach 2004/2005 już 49,1% [1]. W szpitalu, w którym przeprowadzono powyższe badanie, ponad 60% kobiet otrzymało środki przeciwbólowe w czasie trwania porodu. Tak duży odsetek porodów znieczulanych powinien spowodować do zastanowienia się nad zasadnością tak częstej interwencji farmakologicznej. W szczególności jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że jak pokazują nasze wyniki, w przeważającej większości przypadków to personel proponował kobiecie rodzącej skorzystanie z tego środka (59%), zanim sama o to poprosiła (36%).

Prawa kobiety do korzystania z możliwości łagodzenia bólu porodowego raczej nikt nie kwestionuje. Należy jednak pamiętać, że oprócz niepodważalnej zalety zastosowania farmakoterapii, jaką jest częściowe lub wręcz całkowite zniesienie bólu porodowego, może ona nieść za sobą również niepożądane konsekwencje [4, 5, 6, 7].

W Polsce najbardziej popularnym środkiem (patrz: ryc. 3) ze względu na dostępność i niski koszt, stosowanym w czasie porodu jest petydyna – narkotyczny lek o silnym działaniu przeciwbólowym, działający rozkurczowo, pochodna morfiny (handlowa nazwa „Dolargan”). Badania potwierdzają, że dzieci matek, którym go podano, uzyskują mniej punktów Apgar z powodu niższego napięcia mięśniowego, słabszych odruchów i zaburzeń oddychania [8, 9, 10, 11]. Mimo że petydyna zostaje wydalona z organizmu w ciągu dwóch, trzech dni, może wpływać na karmienie piersią. Poprzez karmienie matka nieświadomie przekazuje dziecku drugą dawkę leku powodując senność u dziecka i trudności z przyssaniem się do piersi [2, 9]. Nie wiele jest badań dotyczących długotrwałych efektów zastosowania petydyny, ale kilkakrotne badania przeprowadzone w latach 1987-1990 przez Jacobsona wskazywały na zależność między zastosowaniem narkotycznych środków przeciwbólowych w czasie porodu a późniejszym uzależnieniem od amfetaminy u dzieci z takich porodów [12, 13].

Również badania nad skutkami zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego (ZOP) dotyczą przede wszystkim jego wpływu na sam przebieg porodu, znacznie mniej jest badań dotyczących jego wpływu na dzieci. W badaniach potwierdzono, że ZOP spowalnia akcję porodową [2, 7, 10, 14, 15], zwiększa prawdopodobieństwo użycia oksytocyny [2, 14, 15] oraz zwią-

zenia jej dawki [16]. Inni donoszą o skróceniu czasu trwania porodu po zastosowaniu ZOP-u, braku zaburzeń u dziecka w ocenie KTG i punktacji Apgar po urodzeniu [17].

W ostatnich latach zmienia się technikę podawania ZOP-u tak, aby zmniejszyć uboczne skutki znieczulenia. Jednym z nich jest wstrzymanie znieczulenia w późnym okresie porodu w celu wzmocnienia zdolności parcia przez kobietę i zmniejszenia częstości porodów zabiegowych. Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Bibliotekę Cochrane wskazują, że brak jest na to wystarczających dowodów [18]. Również badania Liebermanna i O'Donognea wykazały, że wprowadzone zmiany nie wywołały oczekiwanego efektu lub nie ma wystarczających dowodów, iż go wywołały [11].

W związku z tym, że w naszym badaniu nie ograniczono skutków stosowania środków przeciwbólowych na zastosowanie petydyny i ZOP-u, nie można dokonać zróżnicowania oceny położnych w zależności od konkretnego środka.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 38% położnych wskazuje zaburzenia oddychania u noworodka i 23,8% zaburzenia ASP w czasie porodu jako konsekwencje stosowania analgezji i anestezji w czasie porodu. Dostrzegają one również związek między stosowaniem środków farmakologicznych a przedłużaniem się II okresu porodu (42,9 %) i koniecznością zastosowania oksytocyny (52,4 %). Z ich obserwacji (85,7 %) wynika też, że szybciej postępuje rozwieranie się szyjki macicy, przez co skraca się I okres porodu. Podobne wyniki przedstawia Klimek w swoim badaniu [10]. Możliwe, że wydłużenie I okresu porodu w opinii innych polskich klinicystów (Bręborowicz, Mączka, Rogoszewski) związane jest z brakiem stymulacji porodu oksytocyną, która występowała w przypadku badania Klimka i badania w szpitalu. Można wnioskować, że dopiero połączenie zastosowania środka przeciwbólowego i stymulacji oksytocyną powoduje skrócenie I okresu porodu. Ponad 42 % położnych (co ma potwierdzenie w statystyce dotyczącej porodów w szpitalu) zauważa, że porody znieczulane częściej kończą się w sposób zabiegowy. Na podobne zależności wskazują inne doniesienia [2, 7, 8, 10]. Niestety już tylko samo zastosowanie oksytocyny, jako środka stymulującego skurcze macicy, i związana z tym konieczność ciągłego monitorowania płodu, zwiększa prawdopodobieństwo zakończenia porodu w sposób zabiegowy [2].

Preferowanie przez położne jako znieczulenia środków domięśniowych można tłumaczyć łatwością dostępu do leku (sugestia położnej – aprobata lekarza), przy jednoczesnych trudnościach w uzyskaniu znieczulenia ZOP (wstępne badanie krwi u rodzącej, przetaczanie kroplówek nawadniających, zamówienie anestejzjologa).

Przeprowadzone badania wykazały również, że bez względu na poziom wykształcenia, wszystkie kobiety korzystały ze środków przeciwbólowych. Najlepiej z bólem radziły sobie kobiety z wykształceniem zawodowym (39,5% korzystało z analgezji), najgorzej kobiety z wykształceniem pomaturalnym (odpowiednio 94,5%). Znacząca różnica występowała w częstotliwości zastosowania ZOP-u. Częściej korzystały z niego kobiety z wykształceniem średnim, pomaturalnym i wyższym (od 9,3 do 16,7%) w stosunku do osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym (od 0,0 do 5,3 %). Można przypuszczać, że wiąże się to po pierwsze z brakiem wiedzy u kobiet z niższym wykształceniem o możliwości skorzystania z tego typu znieczulenia, a także podyktowane jest obawą, że jest to odpłatna, jak w większości szpitali w Polsce, procedura. Wydaje się, że kobiety te bardziej wierzą we własne siły i możliwości, bardziej ufając naturze i instynktowi. Grupa kobiet z wykształceniem średnim i wyżej jest grupą najczęściej korzystającą ze znieczulenia.

Niestety często zapomina się, że najprostsze metody zmniejszania dolegliwości bólowych mogą okazać się najskuteczniejsze i w pełni wystarczające. Zalety niefarmakologicznych sposobów walki z bólem, w tym w szczególności odprężającej roli wody i możliwości poruszania się, wskazywane były wielokrotnie [19, 20, 21, 22, 23]. Znakomita większość położnych jest przekonana, że zmiana pozycji (100%) i kąpiel (90,5%) mogą bardzo skutecznie niwelować ból porodowy. Niestety niewielki odsetek kobiet rzeczywiście mógł korzystać z kąpeli w czasie porodu (3,8%). Zastosowanie bardzo prostego, a skutecznego według położnych sposobu zmniejszania bólu, jakim jest masaż (42,9%), było bardzo rzadkie (6,1%). Należałoby przeanalizować przyczyny wystąpienia takiej sytuacji.

Nie znalazły również zastosowania na sali porodowej w badanym szpitalu inne alternatywne metody łagodzenia bólu, o których skuteczności donoszą niektórzy badacze. Wśród nich najczęściej wymienia się: aromaterapię [11], akupunkturę [24, 25], muzykoterapię [26], TENS [27, 28]. W metaanalizie Biblioteki Cochrane znaleźć można potwierdzenie skuteczności

akupunktury i hipnozy. Nie stwierdzono zaś istotnych różnic w odczuwaniu bólu przy zastosowaniu aromaterapii, słuchaniu muzyki lub audioanalgezji (słuchanie głośniejszych nagrań szumu morza). Podkreśla się jednak, że w prawidłowy sposób oceniono dotychczas niewiele terapii uzupełniających, a liczba zbadanych kobiet jest ciągle zbyt mała, aby można wyciągać daleko idące wnioski [29]. Ze względu na niskie koszty zastosowania niektórych z wyżej wymienionych metod mogłyby one stanowić cenne i interesujące uzupełnienie konwencjonalnych sposobów łagodzenia dolegliwości bólowych.

WNIOSKI

1. Ze względu na bardzo częste propozycje ze strony personelu sali porodowej zastosowania interwencji farmakologicznej należałoby przeszkolić personel w zakresie sposobów łagodzenia bólu porodowego z uwzględnieniem metod zarówno nefarmakologicznych, jak i farmakologicznych, ze zwróceniem uwagi na ewentualne uboczne skutki ich zastosowania.
2. Należy stworzyć warunki do korzystania z immersji wodnej i możliwości przybierania dowolnej pozycji jako najbardziej skutecznych i udowodnionych sposobów walki z bólem porodowym bez interwencji farmakologicznej.
3. Dopiero po wykorzystaniu możliwości zmniejszenia bólu porodowego sposobami nefarmakologicznymi należy rozważyć możliwość interwencji farmakologicznej.
4. Należy informować kobiety rodzące o zaletach i wadach stosowania farmakologicznych środków przeciwbólowych, szanując ich prawo do wyboru określonej metody.

PIŚMIENNICTWO

1. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A.: Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2007.
2. Otffinowska A.: Opieka okołoporodowa w Polsce i przestrzeganie praw pacjenta w świetle opinii konsumenckiej. Analiza danych z lat 1999-2002, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2002.
3. Smulders B.: Jak pracują położne w Holandii? [W:] Witajcie na świecie! O perspektywach i kierunkach rozwoju światowego i polskiego położnictwa, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2006.
4. Ostheimer G.W.: Anestezjologia w położnictwie, PZWL, Warszawa 1994.
5. Lewis M.: Zewnątrzpojonowe i podpajęczynówkowe znieczulenie porodu, Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne, 1996, 4.
6. Kamińska B., Kubler A. (red.): Anestezjologia i intensywne terapię, PZWL, Warszawa 2002.
7. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia, t. I, PZWL, Warszawa 2005.
8. Benson R.C.: Położnictwo i ginekologia, PZWL, Warszawa 1988.
9. Wagner M.: Pursuing the birth machine, ACE Graphics, Camperdown 1994
10. Klimek R.: Wybrane zagadnienia z opieki okołoporodowej. [W:] Położnictwo, Szymański W. (red.), Dream Publ. Comp., Inc., Kraków 1999.
11. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Pietrusiewicz J.: O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2006.
12. Jacobson B. et al.: Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment, Br. Med. J., 1990, vol. 301, 1067-1070.
13. Jacobson B. et al.: Obstetric pain medication and eventual adult amphetamine addiction in offspring, Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1998, vol. 67, 677-682.
14. Mączka M. i in.: Analiza porównawcza porodów w znieczuleniu zewnątrzpojonowym z grupą rodzących „tradycyjnie” na materiale szpitala ginekologiczno-położniczego i noworodków im. Dr S. Mossora w Opolu, Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2002, supl. XXV, 41-46.
15. Rogoszewski M. i in.: Ocena przebiegu porodu u rodzących w znieczuleniu zewnątrzpojonowym z uwzględnieniem stanu pourodzeniowego noworodków, Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2002, supl. XXV, 47-53.
16. Alexander J.M. et al.: The course of labor with and without epidural analgesia, Am. J. Obstet. Gynecol., 1998, vol. 178, 516-520.
17. Ryniak S.: Ocena przydatności mepiwakainy w indukcji znieczulenia zewnątrzpojonowego porodu, praca doktorska, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, 2004.
18. Torvaldsen S., Roberts CL., Raynes-Greenow CH.: Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.
19. Alexander J.: Opieka okołoporodowa, [w:] Nowoczesne położnictwo, Alexander J., PZWL, Warszawa 1995.
20. Odent M.: Odrodzone narodziny, Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997.
21. Laudański T.: Hydroterapia w perinatologii, Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, supl. XXV, 84-87, Poród nowoczesny, Tychy 2000.
22. Laudański T.: Modyfikacja środowiska narodzin – potrzeby matki i dziecka a potrzeby nowoczesnego położnictwa, [w:] Ginekologia Polska, 2001; 72,8, s. 668-673.
23. Wybrańczyk K.: Poród w immersji wodnej, Nowiny Lekarskie, 2003, 6, 477-479.
24. Laudański T., Fijałkowski W., Zdziennicki A., Tyliński W.: Sztuka rodzenia – wyuczona umiejętność rozegrania

- porodu naturalnego, Międzynarodowy Kongres Jakość Narodzin – Jakość Życia, Warszawa, 1993.
25. Darikhuu S. i wsp.: Zastosowanie akupunktury we współczesnym położnictwie, Ginekologia Polska, 2006, t. 6.
 26. Sidorenko V.: Zastosowanie muzykoterapii w położnictwie, Międzynarodowa Konferencja Wspierająca Moc Dotyku, Warszawa 1999.
 27. Thorburn J., Reid I.A.: Alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego, Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne, 1996, 4.
 28. Mazurek M., Caus I., Warmuz A.: TENS - jako przykład nefarmakologicznej metody łagodzenia bólu porodowego, II Międzynarodowe Sympozjum Postępy w leczeniu bólu, Zakopane 2002.
 29. Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A.: Complementary and alternative therapies for pain management in labour, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2.

Adres do korespondencji:

Dorota Rogala
86-005 Białe Błota
ul. Chlebowa 12
tel.: 880 44 55 91
e-mail: dorotarogala@op.pl

Otrzymano: 25.03.2008
Zaakceptowano do druku: 10.04.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Jan Styczyński¹, Robert Dębski¹, Anna Krenska¹, Hanna Górnicka², Elżbieta Hulek², Paweł Wojtylak², Wiesława Windorbska³, Barbara Drzewiecka³, Krzysztof Ostrowski³, Jerzy Tujakowski³, Leszek Marciniak³, Krzysztof Kusza⁴, Maria Goc⁴, Andrzej Prokurat⁵, Małgorzata Chrupek⁵, Tomasz Urański⁶, Jarosław Peregud-Pogorzelski⁶, Tomasz Ociepa⁶, Maryna Krawczuk-Rybak⁷, Elżbieta Leszczyńska⁷, Anna Balcerska⁸, Maciej Niedźwiecki⁸, Mariusz Wysocki¹

**TRANSPLANTACJE KOMÓREK HEMATOPOETYCZNYCH
W ŚWIETLE 5-LETNICH DOŚWIADCZEŃ**

HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATIONS IN 5-YEAR EXPERIENCE

¹Z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

kierownik: prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki

²Z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

dyrektor: mgr Paweł Wojtylak

³Z Centrum Onkologii w Bydgoszczy

dyrektor: dr n. med. Zbigniew Pawłowicz

⁴Z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

kierownik: dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK

⁵Z Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

kierownik: dr hab. Andrzej Prokurat, prof. UMK

⁶Z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

kierownik: dr hab. n. med. Tomasz Urański

⁷Z Kliniki Onkologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

kierownik: prof. dr hab. n. med. Maryna Krawczuk-Rybak

⁸Z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Akademii Medycznej w Gdańsku

kierownik: prof. dr hab. n. med. Anna Balcerska

Streszczenie

Wstęp. Przeszczepienie hematopoetycznych komórek macierzystych (HSCT) jest nowoczesną, szybko rozwijającą się metodą terapeutyczną dla znacznej grupy pacjentów, u których zwykle zawodzi lub zawiodła konwencjonalna terapia.

Celem pracy jest analiza wyników HSCT w ośrodku bydgoskim w świetle doświadczeń 5-letnich.

Pacjenci i metodyka. Badaniami objęto 85 zabiegów transplantacji, przeprowadzonych u 82 pacjentów (u 3 pacjentów zabieg wykonano 2-krotnie). Pacjentów poddano terapii wysokodawkowej i HSCT w latach 2003-2008. W 59 przypadkach wykonano transplantację komórek autologicznych, a w 26 allogenicznych (w 20 przypadkach od dawcy rodzinnego, a w 6 od dawcy niespokrewnionego). Źródłem komórek hematopoetycznych była krew obwodowa u 62 pacjentów, szpik kostny u 22 pacjentów oraz krew pępowinowa u 1 pacjenta.

Wyniki. W momencie zakończenia analizy żyło 49 pacjentów (59,8%). Spośród 33 zgonów, 7 było zależnych od

procedur transplantacyjnych, a 26 od wznowy choroby podstawowej. Śmiertelność zależna od powikłań transplantacyjnych wyniosła 8,2%, w tym 5 (5,8%) we wczesnym okresie (do dnia +100), a 2 (2,3%) w późnym okresie poprzszczepowym (po dniu +100). Prawdopodobieństwo przeżycia dla całej badanej grupy wyniosło: pDFS=0,494±0,070 (średnie przeżycie bez wznowy 2,6 lat, 95%CI=2,1-3,1 lat), pOS=0,429±0,084 (średnie przeżycie 2,7 lat, 95%CI=2,2-3,1 lat), pEFS=0,451±0,066 (średnie przeżycie bez zdarzenia 2,4 lat, 95%CI=1,9-2,9 lat). Najlepsze wyniki terapii uzyskano u pacjentów z: chłoniakami (HD i NHL), w pierwszej remisji (CR1) i w dobrym stanie ogólnym (90-100 punktów w skali Lansky'ego lub Karnofsky'ego).

Wniosek. Terapia wysokodawkowa z transplantacją komórek hematopoetycznych jest ważną i atrakcyjną opcją terapeutyczną w onkologii i hematologii u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.

Summary

Background. Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a modern and fast developing therapeutic method for a large group of patients, for whom conventional therapy fails.

Objective. Analysis of results of HSCT in Bydgoszcz Transplant Center over a period of first 5 years.

Patients and methods. A total number of 85 transplants were performed in 82 patients (3 had two HSCT's) between 2003-2008. In 59 patients an autologous HSCT, and in 26 patients an allogeneic (including 20 family and 6 unrelated donors) HSCT was performed. The source of hematopoietic stem cells was peripheral blood in 62 patients, bone marrow in 22 patients and cord blood for 1 patient.

Results. At present, 49 (59.8%) patients stay alive. Among 33 deaths, 7 was regarded as transplant-related mortality, and 26 as a relapse of disease. Transplant-related

mortality was 7/85 (8.2%), including 5 (5.8%) in early post-transplant period (before day +100), and 2 (2.3%) in late post-transplant period (after day +100). Probability of survival for all patients was: pDFS=0.494±0.070 (mean disease-free-survival was 2.6 years, 95%CI=2.1-3.1 years), pOS=0.429±0.084 (mean survival was 2.7 years, 95%CI=2.2-3.1 years), pEFS=0.451±0.066 (mean event-free-survival was 2.4 years, 95%CI=1.9-2.9 years). The best results of therapy were obtained in patients with lymphomas (HD and NHL), in first complete remission and in patients with good general condition (90-100 points in Lansky or Karnofsky score).

Conclusion. High-dose therapy with stem cell transplantation is an important and attractive therapeutic option in hematology and oncology for children, adolescents and young adults.

Słowa kluczowe: terapia wysokodawkowa, komórki hematopoetyczne, przeszczepianie komórek macierzystych, dzieci, młodzież i młodzi dorośli

Key words: high-dose therapy, hematopoietic stem cells, stem cell transplantation, children, adolescents and young adults

WSTĘP

Przeszczepienie hematopoetycznych komórek macierzystych (hematopoietic stem cell transplantation, HSCT) jest nowoczesną, szybko rozwijającą się metodą terapeutyczną dla znacznej grupy pacjentów, u których zwykle zawodzi lub zawiodła konwencjonalna terapia. Metoda ta znajduje zastosowanie u chorych z nowotworami – zarówno pochodzenia hematologicznego, jak i niehematologicznego, nabytymi i wrodzonymi zespołami niewydolności szpiku kostnego, zespołami braku odporności, hemoglobinopatiami, wrodzonymi defektami metabolicznymi oraz chorobami autoimmunologicznymi [1-2].

Ze względu na pochodzenie przeszczepianych komórek krwiotwórczych rozróżnia się dwa rodzaje HSCT, tj. autologiczne (auto-HSCT) lub allogeniczne (allo-HSCT). W pediatrii przeszczepienie autologiczne jest aktualnie zarezerwowane przede wszystkim dla chorób nowotworowych. Na wyniki auto-HSCT niekorzystnie wpływa wciąż duże ryzyko nawrotu choroby. W odróżnieniu od auto-HSCT, wskazania do allo-HSCT obejmują także choroby nienowotworowe, a przebieg leczenia, zwłaszcza po transplantacjach od dawców alternatywnych (częściowo zgodni dawcy rodzinni, dawcy niespokrewnieni), wiąże się z wysokim ryzykiem powikłań związanych z procedurą transplantacyjną. W ostatnim dziesięcioleciu zakres wskazań i możliwości zastosowania HSCT znacznie rozszerzyły się dzięki wykorzystaniu alternatywnych źródeł

komórek hematopoetycznych, tj. poza szpikiem, także krwi obwodowej i krwi pępowinowej, a w przypadku allo-HSCT także dzięki coraz większej dostępności dawców niespokrewnionych i częściowo zgodnych dawców rodzinnych.

Początki transplantacji szpiku kostnego sięgają wczesnych lat 70. W tym okresie postęp w dziedzinie szeroko pojętych nauk medycznych sprzyjał rozwojowi tej metody terapii. Spośród wielu osiągnięć należy podkreślić postęp, jaki dokonał się w zakresie typowania antygenów zgodności tkankowej (HLA), ostatnio także na poziomie molekularnym, oraz rozwój farmakologii, a w szczególności odkrycie i wprowadzenie do rutynowych działań klinicznych cyklosporyny i rekombinowanych czynników wzrostu układu krwiotwórczego. Po niespełna trzydziestu latach przeszczep szpiku stał się z procedury doświadczalnej – postępowaniem z wyboru w wielu schorzeniach hematologicznych.

Ośrodek bydgoski jest jednym z pięciu pediatrycznych ośrodków transplantacji komórek hematopoetycznych w kraju. Bydgoski ośrodek transplantacyjny rozpoczął swoją działalność w 2003 r. Pierwszym dokonany przeszczepieniem była transplantacja szpiku u 9-letniej dziewczynki, chorej na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) w dniu 8 października 2003 r. Dawcą była zdrowa, zgodna w układzie HLA siostra pacjentki. Od tego czasu wykonano w ośrodku 85

transplantacji auto- i allogenicznych. Pierwszą transplantację autologiczną przeprowadzono w dniu 7 maja 2004 r. u 2-letniego chłopca z wznową nerwiaka zarodkowego (neuroblastoma), natomiast pierwszą transplantację od dawcy niespokrewnionego wykonano w Klinice w dniu 29 marca 2007 (dla 6-letniej pacjentki po 3 wznowach ALL).

Celem pracy jest analiza wyników leczenia metodą transplantacji komórek hematopoetycznych w ośrodku bydgoskim w świetle doświadczeń 5-letnich.

PACJENCI

Badaniami objęto 85 zabiegów transplantacji, przeprowadzonych u 82 pacjentów (u 3 pacjentów zabieg wykonano 2-krotnie). Pacjentów poddano terapii wysokodawkowej i transplantacji komórek hematopoetycznych (HSCT, hematopoietic stem cell transplantation) w latach 2003-2008 w Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy. W badanej grupie było 39 dziewcząt/kobiet i 43 chłopców/mężczyzn w wieku od 0,9 do 32 lat, mediana 11,8 lat. Pacjenci byli leczeni z powodu następujących chorób: ostra białaczka limfoblastyczna (ALL, n=14), ostra białaczka mieloblastyczna (AML, n=8), przewlekła białaczka szpikowa (CML, n=4), choroba Hodgkina (HD, n=9), niezłazienny chłoniak złośliwy (NHL, n=3), ciężka anemia plastyczna (SAA, n=4), guz mózgu (OUN, n=10), neuroblastoma (NBL, n=19), guz Ewinga (EWING, n=5), inne guzy lite (n=5). U 51 pacjentów transplantację wykonano w pierwszej remisji, w 26 przypadkach w drugiej remisji, a w 7 przypadkach w 3 lub 4 remisji. Wskaźnik Lansky'ego (LPS – Lansky Performance Score, dla dzieci do lat 16) lub Karnofsky'ego (KPS – Karnofsky Performance Score, dla pacjentów >16 rż) wynosił powyżej 80 u 77 pacjentów, a 80 lub mniej u 8 pacjentów. W 59 przypadkach wykonano transplantację komórek autologicznych, a w 26 allogenicznych (w 20 przypadkach od dawcy rodzinnego, a w 6 od dawcy niespokrewnionego). Źródłem komórek hematopoetycznych była krew obwodowa u 62 pacjentów (72,9%), szpik kostny u 22 pacjentów (25,9%) oraz krew pępowinowa u 1 pacjenta (1,2%).

METODYKA

Pobieranie i przygotowanie szpiku do przeszczepienia oraz transplantacja szpiku

Szpik do przeszczepienia pobierano w znieczuleniu ogólnym z kolców biodrowych tylnych górnych na podłoże hodowlane RPMI-1640. W czasie zabiegu dawcy szpiku przetaczano 150-400 ml krwi własnej pobranej w tym celu ok. 2 tygodnie wcześniej. W przypadkach dużej niezgodności grup krwi pobrany szpik pozbawiano krwinek czerwonych metodą sedimentacji. Natomiast w razie małej niezgodności grup krwi ze szpiku po jego odwirowaniu usuwano osocze.

Separacje komórek hematopoetycznych krwi obwodowej wykonywano po mobilizacji z udziałem G-CSF (Neupogen, Amgen), na separatorze Cobe Spectra (Gambro) w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy. Preparatykę i krioprezerwację komórek hematopoetycznych wykonywano w odpowiednich Pracowniach w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

Cewniki centralne do separacji autologicznych komórek hematopoetycznych oraz do zabiegu transplantacji auto- i allogenicznych, zakładano w Katedrze i Klinice Chirurgii Dziecięcej.

Komórki hematopoetyczne przetaczano poprzez cewnik centralny typu Selingera lub Broviaca wprowadzony w znieczuleniu ogólnym przez żyłę podobojczykową do żyły głównej górnej. W transplantacjach autologicznych przeszczepiano $1,3-92 \times 10^8$ komórek jednojądrowych szpiku dawcy/kg m.c. biorcy (mediana: $10,8 \times 10^8$), w tym $1,0-78 \times 10^6$ komórek CD34 (mediana $5,0 \times 10^6$); natomiast w transplantacjach alogenicznych $0,4-14,2 \times 10^8$ komórek jednojądrowych szpiku dawcy/kg m.c. biorecy (mediana: $6,3 \times 10^8$), w tym $0,1-8,1 \times 10^6$ komórek CD34 (mediana $2,8 \times 10^6$).

Zapobieganie, rozpoznawanie, klasyfikacja i leczenie ostrej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi w transplantacjach allogenicznych

U wszystkich chorych odrzuceniu przeszczepionego szpiku i ostrej chorobie przeszczep przeciw gospodarzowi (acute graft-versus-host disease, aGvHD) zapobiegano za pomocą cyklosporyny A (CsA) (Sandimmune, Sandoz) i metotreksatu (MTX) (Lederle). Cyklosporynę A podawano od dnia -1 przed zabiegiem do dnia +25 po transplantacji w dawce 3 mg/kg m.c./dobę dożylnie, a następnie od dnia +26 do dnia

+90 w dawce 2 x 3 mg/kg m.c./dobę doustnie modyfikując dawkę tak, aby stężenie CsA we krwi mieściło się w przedziale 100-200 ng/ml. Ponadto dawkę CsA zredukowano, jeśli wzrastało stężenie kreatyniny i/lub stężenie bilirubiny w powyżej normy. Od dnia +90 stopniowo zredukowano dawkę CsA, aż do jej całkowitego odstawienia. Metotreksat podawano w dniu +1 w dawce 15 mg/m², a następnie w dniach +3, +6 i +11 w dawce 10 mg/m² dożylnie. U części pacjentów podawano metotreksat w dawce 5 mg/m².

Dekontaminacja

Do przeszczepienia kwalifikowano chorych w oparciu o wyniki badań wieloośrodkowych i wytyczne EBMT. Stosowano powszechnie przyjęte definicje remisji choroby, oporności i wznowy oraz opracowania prognostyczne. U wszystkich chorych przeprowadzono ocenę stanu ogólnego, wydolności poszczególnych narządów i stopnia zaawansowania choroby podstawowej oraz analizę współistniejących schorzeń.

Wszyscy pacjenci w okresie okołotransplantacyjnym otrzymywali dietę o niskim ryzyku kontaminacji mikrobiologicznej i byli umieszczeni w izolatkach transplantacyjnych wyposażonych w system klimatyzacji i wentylację z filtrami HEPA (high-efficiency particulate air filtration). Zintensyfikowane zasady higieniczne w oddziale obejmowały stosowanie masek, rękawiczek i fartuchów dla personelu oraz dla osoby opiekującej się dzieckiem (jedno z rodziców). Woda i powietrze były testowane mikrobiologicznie odpowiednio co 1 i 3 miesiące.

Wszyscy chorzy w okresie okołotransplantacyjnym przebywali w jednoosobowych izolatkach od doby poprzedzającej rozpoczęcie terapii ablacyjnej do rekonstrukcji krwiotworzenia. W profilaktyce infekcji stosowano antybiotyk (ciprofloksacynę i/lub biseptol), acyklowir, a u pacjentów poddawanych transplantacji allogenicznej również flukonazol do czasu wzrostu liczby granulocytów powyżej 0,5 G/l lub zmiany terapii w związku z wystąpieniem zakażenia.

Przygotowanie biorców szpiku do zabiegu przeszczepienia szpiku i opieka po zabiegu

Kondycjonowanie przeprowadzono wg protokołów obowiązujących w Europejskiej Grupie Przeszczepiania Komórek Hematopoetycznych (EBMT) (tabela I). Całkowite napromienianie organizmu (TBI, total body irradiation) przeprowadzono w Centrum Onkologii

w Bydgoszczy (Zakład Teleradioterapii i Zakład Fizyki).

Tabela I. *Terapia wysokodawkowa u pacjentów poddanych transplantacji*

Table I. *High-dose therapy in patients undergoing transplantation*

Mieloablacyjno-immunosupresyjna terapia przed HSCT	Liczba transplantacji (n=85)
Busulfan + Melfalan (BuMel)	22
Tiotepa + Karboplatyna + Topotecan	15
Busulfan + Cyklofosfamid ± Etopozyd	14
BCNU + Etopozyd + Cytarabina + Melfalan (BEAM)	11
TBI + Etopozyd ± Cyklofosfamid	10
Tymoglobulina (ATG) + Cyklofosfamid	4
Fludarabina + Melfalan (FluMel)	2
Tiotepa + Karboplatyna + Etopozyd	1
Tiotepa	1
Fludarabina + Busulfan (FB2)	1
Treosulfan + Cyklofosfamid + Etopozyd	1
Paclitaxel + Karboplatyna + Etopozyd	1
Ifosfamid + Karboplatyna + Etopozyd	1
Cyklofosfamid + BCNU + Etopozyd (CBV)	1

TBI – całkowite napromienianie organizmu

DEFINICJE

Czas przeżycia (OS, overall survival) – czas od dnia transplantacji do dnia dokonywania analizy lub dnia zgonu pacjenta.

Czas przeżycia wolny od choroby (DFS, disease-free survival) – czas od dnia transplantacji do wznowy, lub (jeśli pacjent pozostaje w całkowitej remisji) do chwili zakończenia obserwacji.

Czas przeżycia wolny od zdarzeń (EFS, event-free survival) – czas od dnia transplantacji do dnia zakończenia analizy lub dnia stwierdzenia zdarzenia. Pod pojęciem zdarzenia (*event*) rozumie się: wznowę lub śmierć w CR (tzw. TRM, transplant related mortality).

ANALIZA STATYSTYCZNA

Prawdopodobieństwo przeżycia wolnego od choroby (*pDFS, probability of disease-free survival*), wolnego od zdarzeń (*pEFS, probability of event-free survival*) i przeżycia (*pOS, probability of overall survival*) w zależności od różnych czynników wyznaczono metodą Kaplana-Meiera, a różnice pomiędzy grupami określono testem log-rank (SPSS 15.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois). Średni czas przeżycia wolnego od zdarzeń określono metodą Kaplana-Meiera (50), z 95% przedziałem ufności (*CI, confidence interval*).

WYNIKI

W okresie 5 lat przeprowadzono 85 transplantacji u 82 pacjentów. W momencie zakończenia analizy żyło 49 pacjentów (59,8%). Spośród 33 zgonów, 7 było zależnych od procedur transplantacyjnych, TRM, tj. powikłań toksycznych, infekcyjnych lub GVHD), a 26 od wznowy choroby podstawowej. Śmiertelność zależna od powikłań transplantacyjnych wyniosła 8,2%, w tym 5 (5,8%) we wczesnym okresie (do dnia +100), a 2 (2,3%) w późnym okresie poprzyszczepowym (po dniu +100).

Wskaźniki prawdopodobieństwa przeżycia dla całej badanej grupy wyniosły: pDFS=0,494±0,070 (średnie przeżycie bez wznowy 2,6 lat, 95%CI=2,1-3,1 lat), pOS=0,429±0,084 (średnie przeżycie 2,7 lat, 95%CI=2,2-3,1 lat), pEFS=0,451±0,066 (średnie przeżycie bez zdarzenia 2,4 lat, 95%CI=1,9-2,9 lat).

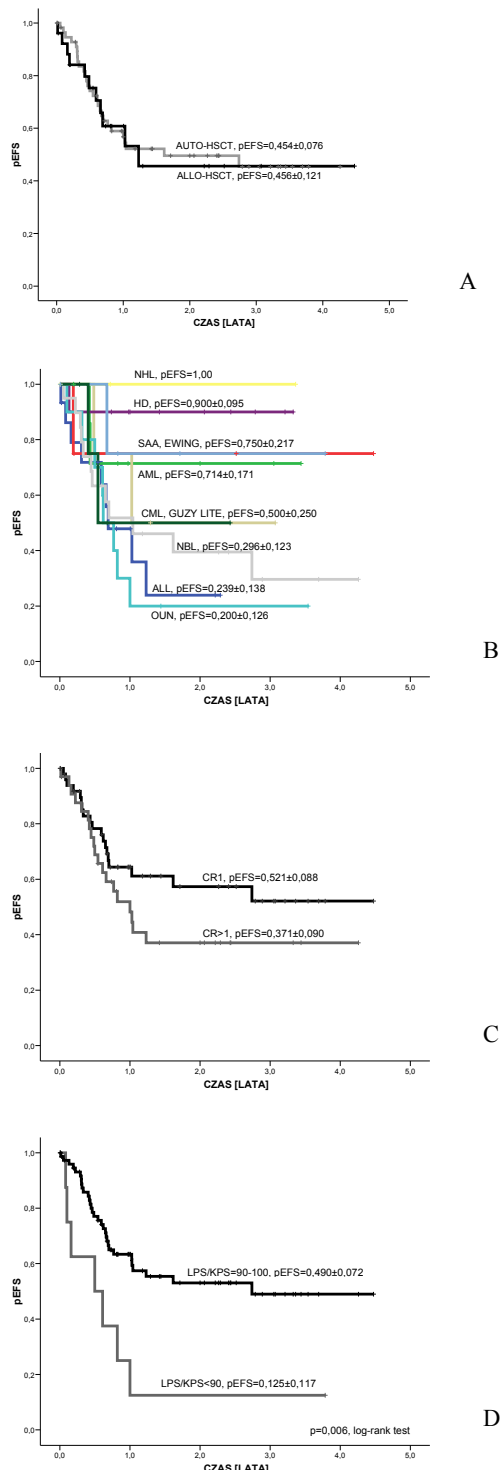
Wskaźniki prawdopodobieństwa przeżycia dla pacjentów poddawanych transplantacji autologicznej (n=59) wyniosły: pDFS=0,481±0,079 (średnie przeżycie bez wznowy 2,5 lat, 95%CI=2,0-3,0 lat), pOS=0,472±0,101 (średnie przeżycie 2,8 lat, 95%CI=2,3-3,3 lat), pEFS=0,454±0,076 (średnie przeżycie bez zdarzenia 2,3 lat, 95%CI=1,8-2,8 lat).

Wskaźniki prawdopodobieństwa przeżycia dla pacjentów poddawanych transplantacji allogenicznej (n=26) wyniosły: pDFS=0,527±0,146 (średnie przeżycie bez wznowy 2,7 lat, 95%CI=1,7-3,7 lat), pOS=0,325±0,131 (średnie przeżycie 2,1 lat, 95%CI=1,2-2,9 lat), pEFS=0,456±0,121 (średnie przeżycie bez zdarzenia 2,4 lat, 95%CI=1,5-3,3 lat).

Różnice pomiędzy wynikami leczenia transplantacją autologiczną i allogeniczną nie różniły się statystycznie (dla kolejnych wskaźników odpowiednio: p=0,584, p=0,087 i p=0,846) (rycina 1A).

Nie stwierdzono różnic w wynikach terapii w transplantacjach allogenicznych w zależności od rodzaju dawcy komórek: w transplantacjach rodzinnych (MSD, n=20) pEFS=0,490±0,132 (średnie przeżycie bez zdarzenia 2,6 lat, 95%CI=1,6-3,5 lat), natomiast w transplantacjach od dawców niespokrewnionych (MUD, n=6) pEFS=0,417±0,222 (średnie przeżycie bez zdarzenia 0,4 lat, 95%CI=0,1-0,7 lat).

Wyniki transplantacji w zależności od choroby podstawowej, fazy choroby i stanu ogólnego pacjenta przedstawiono na rycinie 1. Najlepsze wyniki terapii uzyskano u pacjentów z: chłoniakami (HD i NHL), w pierwszej remisji (CR1) i w dobrym stanie ogólnym (90-100 punktów w skali Lansky'ego lub Karnofsky'ego).



Ryc. 1. Wyniki (pEFS) transplantacji komórek hematopoetycznych w zależności od: (A) rodzaju transplantacji; (B) choroby podstawowej; (C) fazy choroby; (D) stanu ogólnego pacjenta

Fig. 1. Results (pEFS) of hematopoietic stem cell transplantation with respect to: (A) type of transplantation; (B) disease; (C) phase of disease CR1 vs CR≥2; (D) overall status of patient (Lansky or Karnofsky score)

DYSKUSJA

Pierwsze 5 lat działalności bydgoskiego ośrodka Transplantacji Szpiku Kostnego jest związane z rozszerzaniem działalności w celu umożliwienia wszystkim potrzebującym pacjentom przeprowadzenie najlepszej dla nich metody leczenia. Obecnie w ośrodku wykonywane są praktycznie wszystkie rodzaje przeszczepień: autologiczne, allogeniczne od dawców rodzinnych, niespokrewnionych, częściowo niezgodnych oraz z krwi pępowinowej. Wyniki przeprowadzonej analizy są zależne od szeregu czynników, związanych z heterogennością badanej grupy pacjentów, doбором pacjentów niekorzystnej prognozy (pacjenci z neuroblastoma i guzami mózgu) oraz stosunkowo krótkim czasem obserwacji.

Aktywność ośrodka jest widoczna w Polsce i za granicą [3-14]. W ośrodku realizowane są projekty międzynarodowe (ALL-SCT, Registration Study, NBL-HR-ESIOP i inne), wdrażane są nowoczesne technologie (dożylny busulfan, czynnik wzrostu keratynocytów, stymulowanie dawców przy użyciu czynników wzrostu i inne [6-9]). Ośrodek aktywnie uczestniczy w grupach roboczych EBMT, Pediatric Diseases Working Party [10], w międzynarodowym projekcie ECIL [11-13] oraz współpracuje z Columbia University w Nowym Jorku [14].

Aktualne kierunki rozwoju i przyszłość w dziedzinie transplantacji komórek krwiotwórczych u dzieci dotyczą: 1. dalszego zwiększenia dostępu do alternatywnych dawców i źródeł komórek macierzystych, zwłaszcza wykorzystania krwi pępowinowej, 2. zmniejszenia toksyczności postępowania przygotowawczego z zastosowaniem procedury o zredukowanej intensywności, 3. optymalizacji efektu przeciwnowotworowego i/lub immunosupresyjnego procedury poprzedzającej HSCT w zależności od rozpoznania, fazy choroby i rodzaju transplantacji, 4. ułatwienia zagnieżdżenia się przeszczepionych komórek macierzystych, 5. profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia zakażeń w okresie rekonstrukcji krwiotworzenia, immunosupresji i rekonstrukcji immunologicznej, 6. zmniejszenia ryzyka choroby przeszczep-przeciwko-gospodarzowi (graft versus host disease, GvHD) przy zachowaniu i/lub selektywnemu wzmocnieniu efektu przeszczep przeciwko komórce nowotworowej (graft versus tumor, GvT) oraz 7. eradykacji minimalnej choroby resztkowej (minimal residual disease, MRD). Dzięki postępom wiedzy dotyczącej komórek macierzystych na coraz większą skalę podejmowane są eks-

perymentalne próby ich terapeutycznego zastosowania również w innych działach medycyny, takich jak kardiologia, hepatologia czy neurologia.

Wydaje się, że wykorzystanie komórek macierzystych może wkrótce przyczynić się do znacznego postępu w wielu dziedzinach medycyny. Już obecnie coraz większa liczba pacjentów może być leczona dzięki komórkom hematopoetycznym, a w przyszłości także dzięki komórkom mezenchymalnym. Przemawiają za tym doniesienia o zastosowaniu komórek mezenchymalnych w zawale mięśnia sercowego, w uszkodzeniu wątroby i w chorobach neurologicznych u pacjentów dorosłych. W przyszłości być może zastosowanie komórek mezenchymalnych będzie też możliwe u dzieci. Rozszerzają się możliwości terapeutyczne dla pacjentów oczekujących na transplantację szpiku. Zwiększa się dostępność dawców, wykorzystywane są nowe źródła komórek hematopoetycznych, zmniejsza się ryzyko powikłań związanych z procedurą transplantacyjną i wzrasta jej efektywność.

PODZIĘKOWANIA

Lekarze Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego składają wyrazy ogromnej wdzięczności za pracę personelu pielęgniarskiego (kierowanego kolejno przez: Katarzynę Klajbor, Annę Wojciechowską i Ewę Dembną), zespołowi Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej (Małgorzata Kubicka, Beata Rafińska-Kuryło, Beata Kołodziej) oraz wszystkim lekarzom kierującym pacjentów i sprawującym opiekę nad nimi w systemie dyżurowym i w późnym okresie po-transplantacyjnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Ljungman P., Urbano-Ispizua A., Cavazzana-Calvo M. et al.: European Group for Blood and Marrow. Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: definitions and current practice in Europe. *Bone Marrow Transplant.* 2006 Mar; 37(5):439-49.
2. Gratwohl A., Baldomero H., Schwendener A. et al.: Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy; European Group for Blood and Marrow Transplantation; European Leukemia Net. Predictability of hematopoietic stem cell transplantation rates. *Haematologica.* 2007 Dec; 92(12):1679-1686.
3. Gil L., Styczynski J., Komarnicki M.: Infectious complication in 315 patients after high-dose chemotherapy and autologous hematopoietic stem cell transplantation: risk factors analysis and outcome. *Infection* 2007; 35: 421+427.

4. Gil L., Kozłowska-Skrzypczak M., Mol M. et al.: Increased risk for invasive aspergillosis in patients with lymphoproliferative diseases after autologous hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 2008 (accepted for publication).
5. Styczyński J., Gil L.: Prevention of infectious complications in pediatric HSCT. *Bone Marrow Transplant*, 2008 (accepted for publication).
6. Styczynski J., Debski R., Gornicka H. et al.: Higher efficacy of peripheral blood stem cell collection in children mobilized with high-dose G-CSF. *Blood*, 2005;106 (abstrakt 5274), 402b.
7. Styczynski J., Debski R., Krenska A. et al.: Keratinocyte Growth Factor for Prophylaxis of Oral Mucositis in Children Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Blood*, 2006; 108: (#5247): 403B.
8. Styczynski J., Wysocki M., Debski R. et al.: G-CSF primed bone marrow from pediatric donors as a stem cell source for allogeneic bone marrow transplant. *Bone Marrow Transplant*, 2007; 39 (suppl1), R1123, S305.
9. Styczyński J., Dębski R., Krenska A. i wsp.: Wstępna ocena skuteczności i bezpieczeństwa stosowania dożylnego busulfanu przed przeszczepianiem komórek hematopoetycznych (HSCT). *Onkol Pol*, 2008; Supl. 1/08, [PI-19], 79.
10. Styczynski J., Elarouci N., Labopin M., Dini G. for the Pediatric Diseases Working Party of EBMT. Allogeneic sibling donor complications of haematopoietic progenitor cell collection in children: a multi-institutional survey of the PDWP-EBMT Group. *Bone Marrow Transplant*, 2008; 41 (suppl1): S35, O233.
11. Ljungman P., de la Camara R., Cordonnier C. et al. for the European Conference on Infections in Leukemia. Management of CMV, HHV-6, HHV-7 and kaposi-sarcoma herpesvirus (KSHV/HHV-8) infections in patients with hematological malignancies including stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 2008; 42: 227-240
12. Styczynski J., Reusser P., Einsele H. et al. for the European Conference on Infections in Leukemia. Management of herpes simplex, varicella-zoster and Epstein-Barr virus infection in patients with hematological malignancies and after stem cell transplantation. Guidelines from the Second European Conference on Infections in Leukemia. *Bone Marrow Transplant*, 2008 (submitted).
13. Styczyński J., Einsele H., de la Camara R. et al.: Role of rituximab for prophylactic or preemptive therapy of EBV-DNA-emia and therapy of EBV-PTLD in HSCT recipients: a systematic review. *Biol Blood Marrow Transplant*, 2008; 14 (suppl 2): 118-119 (abstract 322).
14. Styczynski J., Cheung Y.K., Garvin J. et al.: Outcomes of unrelated cord blood transplantation in pediatric recipients. *Bone Marrow Transplant*, 2004; 34(2):129-136.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Jan Styczyński

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii

UMK w Toruniu

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera

ul. Curie-Skłodowskiej 9

85-094 Bydgoszcz

tel: (52) 585 4860

faks: (52) 585 4867

e-mail: jstyczynski@cm.umk.pl

Otrzymano: 9.09.2008

Zaakceptowano do druku: 7.10.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Łukasz Woda¹, Marta Wyszowska¹, Anna Bielecka¹, Julia Kęczkowska¹, Joanna Linka¹, Anita Wylupek¹
Jacek Budzyński²

**SYMPTOMATOLOGIA SCHORZEŃ PRZEWODU POKARMOWEGO U PACJENTÓW
Z OBJAWOWĄ MIAŻDŻYCĄ NACZYŃ WIEŃCOWYCH I OBWODOWYCH
– BADANIE ANKIETOWE, PILOTAŻOWE**

**Część 1. Częstość występowania poszczególnych objawów gastroenterologicznych u pacjentów
hospitalizowanych w klinice z powodów „niegastroenterologicznych”**

**GASTROINTESTINAL SYMPTOMATOLOGY IN PATIENTS WITH SIGNS OF CORONARY
AND PERIPHERAL VESSEL ATHEROSCLEROSIS – A QUESTIONNAIRE PILOT STUDY**

**Part 1. The prevalence of respective gastrointestinal symptoms in patients hospitalized
because of non-gastroenterological reasons**

¹Ze Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

²Z Katedry i Kliniki Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych

UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

kierownik: prof. dr hab. n. med. Maciej Świątkowski

Streszczenie

Celem pracy była ocena częstości występowania poszczególnych objawów brzusznych u pacjentów hospitalizowanych w oddziale internistycznym z przyczyn innych niż gastroenterologiczne.

Metodologia. Badanie, przy pomocy kwestionariusza diagnostycznego przeprowadzono na grupie 97 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych z powodów „niegastroenterologicznych”.

Wyniki. Przynajmniej jeden z ocenianych objawów gastroenterologicznych stwierdzono u 80% pacjentów. Najczęściej występowały: zgaga (u 21%), zaparcie stolca (u 21%) i wzdęcia (u 13%). Obecność krwi w kale i/lub pozostałe objawy alarmowe (utrata wagi ciała, dysfagia, niedokrwistość, stany gorączkowe) stwierdzono u 25% badanych. U większości pacjentów wspomniane objawy występowały

stosunkowo rzadko i nie zaburzały codziennej aktywności chorych. Stwierdzono znamienne korelacje między: liczbą tabletek przyjmowanych w ciągu dnia a nasileniem bólu i wzdęcia brzucha oraz między klasą dławicy piersiowej wg klasyfikacji CCS i odczuwaniem nudności.

Wnioski. (1) Dolegliwości gastroenterologiczne współistniały z symptomatologią miażdżycy u 80% badanych. Dominującymi objawami były zgaga, zaparcie stolca i wzdęcie brzucha. (2) Częstość występowania objawów ze strony górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego była podobna. (3) U większości chorych częstotliwość występowania objawów gastroenterologicznych była stosunkowo mała, ich wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjentów był przeważnie mniejszy niż symptomatologii miażdżycy. (4) U 25% chorych stwierdzono w wywiadzie objawy alarmowe.

Summary

The aim of this study was to determine the prevalence of abdominal symptoms in patients hospitalized because of non-gastroenterological reasons.

Methodology. The investigation was performed using an independently prepared diagnostic questionnaire in

97 subjects hospitalized in the Clinic of Gastroenterology, Vascular Diseases, and Internal Medicine because of non-gastroenterological causes.

Results. In 80% of individuals at least one of estimated gastrointestinal symptoms was found, in patients

hospitalized because of both cardiological and the remaining reasons. The most frequent were: heartburn (21%), constipation (21%) and bloating (13%). The presence of blood in the stool and/or other alarm symptoms (weight loss, dysphagia, anaemia, fever) were reported by 25% of the patients. The majority of patients considered their symptoms as a rare condition which did not disturb their everyday activity. There were found statistically significant correlations between the number of pills taken daily and the intensity of abdominal pain and bloating as well as between the class of angina pectoris according to the CCS classification and the intensity of nausea.

Słowa kluczowe: objawy gastroenterologiczne, choroby układu sercowo-naczyniowego, epidemiologia, etiologia
Key words: gastroenterological symptoms, cardiovascular diseases, epidemiology, etiology

WPROWADZENIE

Problemy gastroenterologiczne stanowią jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej opieki zdrowotnej. Wynika to z jednej strony ze znacznej, bo sięgającej 20-40%, częstości występowania tych zaburzeń w populacji osób dorosłych [1], a z drugiej z niejasnej patogenezы i częstej oporności ich objawów na standardowe leczenie. Duży problem kliniczny stanowi także częste nakładanie się symptomatologii chorób przewodu pokarmowego i układu sercowo-naczyniowego. Wynika ono z wielu faktów. Po pierwsze, choroby układu krążenia i przewodu pokarmowego mają podobne czynniki ryzyka (cukrzyca, otyłość, dieta bogatotłuszczowa, dyslipidemia, palenie tytoniu, starszy wiek) [2-6]. Po drugie, w obu grupach schorzeń istotny wpływ na ich kliniczną manifestację mają współistniejące zaburzenia lękowo-depresyjne (30-50%) [4-7]. Po trzecie, zachodzą patofizjologiczne relacje między funkcjonowaniem układu krążenia i przewodu pokarmowego, wynikające głównie z anatomicznego położenia serca i przetyku w klatce piersiowej oraz wspólnej regulacji czynnościowej drogą układu nerwowego, humoralnego, hormonalnego i immunologicznego [4-9]. Po czwarte, przewód pokarmowy stanowi z jednej strony ważny rezerwuár krwi, a z drugiej jest drugim z kolei, po mózgowiu, „narządem” pod względem zapotrzebowania na niesione przez nią składniki (20-30% rzutu minutowego serca). Dlatego wszelkie zaburzenia powodujące zmniejszenie objętości minutowej serca i/lub zastój krwi w krążeniu trzewnym oraz czynniki prowadzące do niedrożności naczyń trzewnych (np. miażdżyca i zapalenie naczyń, zatory skrzepliny i, wobec rozpowszechnienia wykonywania zabiegów endowasku-

Conclusions. (1) The respective gastroenterological symptoms coexisted with the symptomatology of atherosclerosis in 80% patients. The predominant were: heartburn, constipation and gas bloating. (2) The prevalence of symptoms derived from upper and lower parts of gastrointestinal tract was similar. (3) In most patients the frequency of gastrointestinal symptoms was relatively low and mostly did not disturb their daily activity more than signs of atherosclerosis. (4) In 25% of the subjects some alarm symptoms were observed.

larnych, także cholesterolowe [10, 11]) mogą skutkować zmianami czynnościowymi (zaburzenia motoryki

lub organicznymi (np. *ischaemic colitis*) przewodu pokarmowego [2]. Po piąte, układ trawienny jest ważnym źródłem substancji naczynioruchowych, aktywatorów i inhibitorów krzepnięcia krwi oraz mediatorów zapalenia. Jest też istotnym miejscem ich metabolizmu. Po szóste, leki stosowane w terapii chorób układu krążenia mogą zmieniać czynność, a niekiedy wręcz uszkadzać śluzówkę przewodu pokarmowego (aspiryna, antagoniści wapnia) i vice versa (H₂-blokery) [6].

Przedstawiona powyżej złożoność relacji między funkcjonowaniem układu krążenia i przewodu pokarmowego sugeruje i jednocześnie tłumaczy ich skomplikowaną manifestację kliniczną. Do tej pory dość dobrze zbadano zależności między funkcjonowaniem układu krążenia i górnego odcinka przewodu pokarmowego [4, 5], brakuje jednak opracowań dotyczących związku patologii układu sercowo-naczyniowego z symptomatologią ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Celem pracy była ocena częstości występowania głównych objawów gastroenterologicznych u pacjentów hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych z powodów niezwiązanych ze schorzeniami przewodu pokarmowego.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono na grupie 97 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w Pododdziale Chorób Serca, Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Oddziału Klinicznego Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych między 01.02 a 31.05.2007.

W tym okresie w Klinice leczonych było 714 osób. Prośbę o udział w badaniu skierowano do 105 (14,7%) pacjentów hospitalizowanych z przyczyn „niegastroenterologicznych”. Ośmiu chorych odmówiło zgody na wypełnienie kwestionariusza. Ostatecznie analizie poddano dane pochodzące od 13,6% wszystkich hospitalizowanych i 92% poproszonych u udział w badaniu. 79% z nich leczonych było z powodów kardiologicznych (ostry zespół wieńcowy, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze) i angiologicznych (objawowej miażdżycy tętnic kończyn dolnych), a pozostałych 21% z powodu innych chorób internistycznych (zapalenie płuc, oskrzeli, cukrzyca). Dane demograficzne i kliniczne badanych przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Demograficzne i kliniczne dane badanych pacjentów (n=97)

Table I. Demographic and clinical data of surveyed patients (n=97)

Parametr	Mediana ± zakres lub n, %
Wiek (lata)	68 ± 59-73
Płeć (M/K)	56 (58%) / 41 (42%)
Kardiologiczna przyczyna hospitalizacji	79 (81%)
Wykształcenie (podstawowe/zawodowe, średnie, wyższe)	60 (62%)/ 17(18%) / 8 (8)/ 12 (12%)
Lata nauki (lata)	11 ± 10- 12
Menopauza (k)	34 (83%K)
Palenie tytoniu (n, %)	30 (31%)
Lata palenia (lata)	30 ± 12 – 40
Liczba papierosów wypalanych dziennie	10 ± 0 – 20
Nadciśnienie (n, %)	69 (71%)
Skurczowe ciśnienie tętnicze (mmHg)	140 ± 125 – 150
Rozkurczowe ciśnienie tętnicze (mmHg)	80 ± 75- 90
Choroba niedokrwienna serca w wywiadzie	66 (68%)
PCI w wywiadzie (n, %)	10 (10%)
CABG w wywiadzie (n, %)	9 (9%)
Niewydolność serca w wywiadzie (n, %)	59 (61%)
Miażdżycy tętnic obwodowych w wywiadzie	51 (53%)
Udar niedokrwienny mózgu w wywiadzie	15 (15%)
Aktywność fizyczna (brak/ <1 tyg./ 1x w tyg./ 1-3x w tyg./ >3 x tyg.)	37 (38%)/ 30 (31%)/ 5 (5%)/ 8 (8%)/ 17 (18%)
Ciężar ciała (kg)	75 ± 67- 85
Liczba tabletek przyjmowanych dziennie	6 ± 4 – 10

Objaśnienia: PCI – przeszłona interwencja wieńcowa, CABG – rewaskularyzacja kardiologiczna.

Abbreviations: PCI – percutaneous coronary intervention, CABG – coronary artery by-pass graft.

Badanie polegało na zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu skróconego badania przedmiotowego przez uprzednio przeszkolonych członków Studenckiego

Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych. Ich podsumowaniem było wspólne z pacjentem wypełnienie specjalnie przygotowanego kwestionariusza diagnostycznego. Nasilenie dolegliwości stopniowano wg czterostopniowej skali: brak objawu, nie przeszkadza, przeszkadza, uniemożliwia codzienną aktywność.

Projekt badania uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB 63/2007). Każdy z pacjentów podpisał formularz świadomej zgody na udział w badaniu.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy wykorzystaniu licencjonowanej wersji programu STATISTICA 5,0 PL dla systemu operacyjnego Windows. Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono przy pomocy testu Kołmogorowa-Smirnowa. Dane przedstawiono jako mediana ± (dolny kwartył – górny kwartył) lub n, %. Znamienność statystyczną różnic między porównywanymi wartościami oceniono przy pomocy testu U Manna-Whitneya lub dokładnego testu Fishera. Sprawdzono nieparametryczne korelacje rank Spearmanna.

WYNIKI

Przynajmniej jeden z ocenianych objawów brzusznych stwierdzono u 80% badanych, z podobną częstością u chorych hospitalizowanych z powodów kardiologicznych, angiologicznych i pozostałych (p=0,51). Każdy z objawów z osobna występował u średnio 20-40% badanych (tab. II). Najbardziej dokuczliwymi były: zgaga (21%), zaparcie stolca (21%) i wzdęcia (13%) (ryc. 1). U większości pacjentów wspomniane objawy występowały stosunkowo rzadko i nie zaburzały codziennej aktywności chorych (tab. II). Obecność krwi w kale i/lub pozostałe objawy alarmowe ze strony przewodu pokarmowego (utrata wagi ciała, stany gorączkowe, dysfagia, niedokrwistość, nocne występowanie dolegliwości) zgłosiło 25% badanych (tab. II). Siedmiu pacjentów początek swoich dolegliwości wiązało z włączeniem farmakoterapii „kardiotropowej” (głównie aspiryny, statyn), żaden z badanych nie odczuł natomiast ulgi w nasileniu dolegliwości po zastosowaniu leczenia poprawiającego funkcjonowanie układu krążenia (aspiryna, statyny, beta-bloker, antagonisty wapnia, ACE-inhibitor i/lub sartan). W podgrupie pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego, chorzy poddani wcześniej przez-

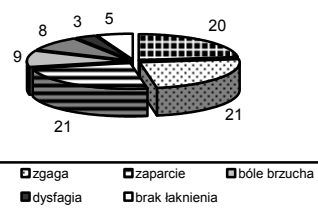
skórnej interwencji wieńcowej (PCI) zmiennie rzadziej zgłaszali występowanie zaburzeń połykania (0 vs. 100%, $p=0,03$). Natomiast pacjenci po rewaskularyzacji kardiochirurgicznej (CABG) rzadziej skarżyli się nie tylko na zaburzenia połykania (0 vs. 100%, $p=0,012$), ale także na nudności (0 vs. 100%, $p=0,012$) i bóle brzucha (89% vs. 11%, $p=0,054$). Stwierdzono ponadto znamienne korelacje między:

- liczbą tabletek przyjmowanych w ciągu dnia a nasileniem bólu ($R=0,26$, $p=0,025$) i wzdęcia brzucha ($R=0,27$, $p=0,013$)
- klasą dławicy piersiowej w klasyfikacji Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *Canadian Cardiovascular Society, CCS*) i stopniem odczuwania nudności ($R=0,39$, $p=0,0006$)

Tabela II. Częstość poszczególnych objawów gastroenterologicznych w badanej grupie chorych ($n=97$)

Table II. Prevalence rates of particular gastrointestinal symptoms in the group of surveyed patients ($n=97$)

Objaw / częstość / nasilenie	n, %
Objawy gastroenterologiczne – ogólnie	78 (80%)
Brak łaknienia	30 (30%)
>2 tyg./ <1 x w tyg./ <1 x w mies.	16 / 6 / 8
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	7 / 11 / 4
Zgaga	37 (38%)
>2 tyg./ <1 x w tyg./ <1 x w mies.	17 / 8 / 12
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	11 / 23 / 3
Nudności	22 (22%)
>2 tyg./ <1 x w tyg./ <1 x w mies.	12 / 4 / 6
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	8 / 7 / 7
Dysfagia	18 (19%)
>2 tyg./ <1 x w tyg./ <1 x w mies.	14 / 3 / 1
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	9 / 9 / 3
Bóle brzucha	30 (31%)
>2 tyg./ <1 x w tyg./ <1 x w mies.	10 / 5 / 3
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	5 / 21 / 4
Luźne stolce	18 (19%)
<3 x dz./ 30-10x dz./ >10 dz.	9 / 7 / 2
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	10 / 5 / 3
Konieczność stosowania leków przeciwbiegunkowych	6
Zaparcia	39 (40%)
>3 w tyg./ 1-3 w tyg./ <1 w tyg.	12 / 15 / 12
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	10 / 17 / 6
Konieczność stosowania leków przeczyszczających	18 (19%)
Wzdęcia	42 (40%)
>3 w tyg./ 1-3 w tyg./ <1 w tyg.	14 / 19 / 9
Nie przeszkadza/ przeszkadza/ zaburza funkcjonowanie	16 / 22 / 5
Krew w stolcu	24 (25%)
Wymioty fusowate	6 (6%)
Smoliste stolce	9 (9%)



Ryc. 1. Odsetki pacjentów, którzy uznali określony objaw za dominujący spośród odczuwanych dolegliwości gastroenterologicznych

Fig. 1. The percentage of patients who considered a particular symptom as dominant among other gastroenterological symptoms.

DYSKUSJA

W niniejszej pracy podjęto się oceny współistnienia objawów brzusznych u pacjentów hospitalizowanych głównie z powodów kardiologicznych. Przynajmniej jeden z ocenianych objawów gastroenterologicznych stwierdzono u 80% badanych. Podobną częstość występowania tego typu dolegliwości obserwowano u pacjentów przewlekle dializowanych [12].

Zgagę stwierdzono u 38% badanych (tab. II). Odsetek ten jest zbliżony do obserwacji Reguły i wsp. [1], którzy objawy choroby refluksowej przełyku stwierdzili u 34% polskich pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniach własnych skuteczność omeprazolu w łagodzeniu bólu zamostkowego (ekwiwalent diagnostyczny kwaśnego refluksu żołądkowo-przełykowego) stwierdzono u około 30% pacjentów z chorobą niedokrwienną serca [13]. Zbliżone dane podają także Wasińska-Krawczyk i wsp. [14], którzy, powołując się na dane szwedzkie [15], stwierdzili, że istotne klinicznie nasilenie zgagi, wyrażające się koniecznością stosowania inhibitorów pompy protonowej, występowało u 41-81% pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, 18% pacjentów z chorobami płuc, 34% pacjentów ze schorzeniami reumatologicznymi i 13% wszystkich hospitalizowanych.

W niniejszej pracy pojedyncze objawy gastroenterologiczne stwierdzano u 19-40% badanych (tab. II). Podobnie, wśród 109 przewlekle dializowanych pacjentów bóle brzucha zgłaszało 28%, dyspepsję- 48%, bóle brzucha pochodzenia jelitowego – 20%, zaparcia stolca – 40%, a przewlekłą biegunkę – 24%. Zespół jelita drażliwego zdiagnozowano u 11% badanych [12]. Dla porównania, w dużym badaniu australijskim, obejmującym 423 pacjentów z cukrzycą i 8185 osobową grupą kontrolną, częstość występowania niektórych

objawów gastroenterologicznych wynosiła odpowiednio: objawów przelykowych – 11,5% vs. 15,4%, biegunki – 10% vs. 15,6%, a zaparcia stolca – 9,2% vs. 11,4% [3]. Traktując cukrzycę, jako równoważnik miażdżycowej choroby naczyń, stwierdzić należy, iż częstość poszczególnych objawów gastroenterologicznych w naszej populacji była wyższa (tab. II). Mogło to wynikać z badania przez nas pacjentów „szpitalnych”, a nie ambulatoryjnych oraz ich znacznie starszego wieku (średnio o 20 lat). Częstość objawów gastroenterologicznych i kardiologicznych wzrasta bowiem ze starzeniem się badanej populacji [2].

Potencjalne patomechanizmy tłumaczące obserwowane skojarzenie objawów gastroenterologicznych i kardiologicznych przedstawiono we wprowadzeniu do pracy. Wydaje się, że warte podkreślenia jest jednak znaczenie kliniczne uzyskanych wyników. Po pierwsze, zwracają one uwagę na możliwość współistnienia schorzeń gastroenterologicznych i sercowo-naczyniowych. Po drugie, ich obecność może wskazywać na ryzyko wystąpienia, niejednokrotnie groźnych dla życia, gastroenterologicznych powikłań farmakoterapii „kardiologicznej”, głównie leków przeciwplatek i antykoagulantów. Mimo postępów w zakresie farmakologicznych, endoskopowych, radiologicznych i chirurgicznych metod tamowania krwotoku z przewodu pokarmowego, śmiertelność w jego przebiegu nie zmniejszyła się i nadal wynosi 5-10%. Po trzecie, wystąpienie objawów brzusznych u „pacjentów kardiologicznych” może być wskaźnikiem, a zarazem czynnikiem ryzyka progresji schorzenia sercowo-naczyniowego. Ma to miejsce głównie w przypadku chorób serca przebiegających z małym rzutem minutowym i/lub zastojem żylnym w krążeniu trzewnym [16]. W przebiegu tych zaburzeń może dochodzić do niedokrwienia jelit, które poza martwicą jego ściany, prowadzić może do utraty białka, krwawienia do światła przewodu pokarmowego oraz przedostawania się endotoksyn do krążenia systemowego. Uważa się, że w stanach przewlekłych czynniki te mogą odpowiadać za progresję miażdżycy i dalsze upośledzenie inotropizmu serca [16]. Po czwarte, współistniejące objawy gastroenterologiczne mogą pogarszać jakość życia pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi w stopniu większym niż choroba podstawowa (choroba refluksowa przełyku) [17]. Należy pamiętać bowiem, że współczesne cele terapii nakazują dążenie nie tylko do wydłużenia życia chorego, ale także poprawy jego satysfakcji. W naszych obserwacjach przeważali jednak chorzy, u których objawy gastroenterologiczne nie

wpływały istotnie na ich codzienne funkcjonowanie (tab. II).

WNIOSKI

1. Objawy brzuszne zgłaszała większość pacjentów hospitalizowanych w oddziale internistycznym z powodów niegastroenterologicznych.
2. Częstość występowania objawów ze strony górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego była podobna.
3. Najczęstszymi objawami były: zgaga, zaparcie stolca i wzdęcia. Większość z nich występowała jednak stosunkowo rzadko i nie zaburzała codziennej aktywności badanych.
4. U 25% chorych stwierdzono w wywiadzie „objawy alarmowe”.

PIŚMIENNICTWO

1. Reguła J.: Obciążenie polskich pacjentów związane z chorobą refluksową przełyku. *Przegl. Epidemiol.*, 2005; 59:75-85.
2. Korotinski S, Katz A, Malnick SD.: Chronic ischaemic bowel diseases in the aged--go with the flow. *Age and Ageing*. 2005; 34(1):10-6.
3. Bytzer P., Talley N.: Prevalence of gastrointestinal symptoms associated with diabetes mellitus. *Arch. Intern. Med.*, 2001; 161:1989-1996.
4. Budzyński J., Kłopocka M., Świątkowski M.: Choroba refluksowa przełyku jako ważny element diagnostyki różnicowej bólu w klatce piersiowej. *Pol. Arch. Med. Wewn.*, 1999; 102(3):807-14.
5. Pulkowski G., Majer M., Budzyński J., Świątkowski M.: Choroba refluksowa przełyku a choroba wieńcowa-współistnienie, czy zależność? *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2006; 20(115):104-108.
6. Świątkowski M., Budzyński J., Kłopocka M., Pulkowski G.: Gastroenterologiczne przyczyny dolegliwości kardiologicznych. *Kardiolog. Pol.*, 2002; 57(9): 261-267.
7. Jansson C, Nordenstedt H, Wallander MA, Johansson S, Johnsen R, Hveem K, Lagergren J.: Severe gastro-oesophageal reflux symptoms in relation to anxiety, depression and coping in a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 26(5):683-91.
8. Jansson C, Nordenstedt H, Wallander MA, Johansson S, Johnsen R, Hveem K, Lagergren J.: Severe symptoms of gastro-oesophageal reflux disease are associated with cardiovascular disease and other gastrointestinal symptoms, but not diabetes: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008; 27(1):58-65.
9. Liuzzo JP, Ambrose JA, Diggs P.: Proton pump inhibitors for patients with coronary artery disease associated with reduced chest pain, emergency department visits, and hospitalizations. *Clin Cardiol.* 2005; 28(8):369-74.

10. Ben-Horin S, Bardan E, Barshack I, Zaks N, Livneh A.: Cholesterol crystal embolization to the digestive system: characterization of a common, yet overlooked presentation of atheroembolism. *Am J Gastroenterol.* 2003; 98(7):1471-9.
11. Małecki R.: Zatorowość cholesterolowa. *Kardiologia w Praktyce* 2007; 1: 84-90.
12. Hammer J, Oesterreicher C, Hammer K, Koch U, Traindl O, Kovarik J.: Chronic gastrointestinal symptoms in hemodialysis patients. *Wien Klin Wochenschr.* 1998; 110(8):287-91.
13. Budzyński J., Kłopocka M., Pulkowski G., Suppan K., Fabisiak J., Majer M., Świątkowski M.: The effect of double dose of omeprazole on the course of angina pectoris and treadmill stress test in patients with coronary artery disease- a randomised, double-blind, placebo controlled, crossover trial. *Int J Cardiol.* 2007- przyjęta do druku.
14. Wasińska-Krawczyk A., Fiderkiewicz B., Rydzewski A.: Zaburzenia gastroenterologiczne u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2006; 1 (4): 192–196.
15. Strid H, Simrén M, Björnsson ES.: Overuse of acid suppressant drugs in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant.* 2003; 18(3):570-5.
16. Krack A, Sharma R, Figulla HR, Anker SD.: The importance of the gastrointestinal system in the pathogenesis of heart failure. *Eur Heart J.* 2005; 26(22):2368-74.
17. Przytułski K.: Jakość życia w chorobie refluksowej. *Gastroenterol Pol* 2004, 11 (6): 559-563.

Adres do korespondencji:

Łukasz Woda, dr n. med. Jacek Budzyński
Katedra i Klinika Gastroenterologii, Chorób Naczyń
i Chorób Wewnętrznych
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz
tel./faks: 52- 3 714 912
e-mail: lukasz.woda@wp.pl, kikgast@umk.cm.pl

Otrzymano: 25.03.2008

Zaakceptowano do druku: 30.05.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Julia Kęczkowska¹, Joanna Linka¹, Anna Bielecka¹, Anita Wyłupek¹, Łukasz Woda¹, Marta Wyszowska¹,
Jacek Budzyński²

**SYMPTOMATOLOGIA SCHORZEŃ PRZEWODU POKARMOWEGO U PACJENTÓW
Z OBJAWOWĄ MIAŻDŻYCĄ NACZYŃ WIEŃCOWYCH I OBWODOWYCH
– BADANIE ANKIETOWE, PILOTAŻOWE**

**Część 2. Zależność między występowaniem i nasileniem objawów gastroenterologicznych oraz manifestacją
kliniczną miażdżycy naczyń u pacjentów hospitalizowanych w klinice
z powodów „niegastroenterologicznych”**

**GASTROINTESTINAL SYMPTOMATOLOGY IN PATIENTS WITH SIGNS OF CORONARY
AND PERIPHERAL VESSEL ATHEROSCLEROSIS – A QUESTIONNAIRE PILOT STUDY**

Part 2. The relationship between the prevalence and intensity of gastrointestinal symptoms and the clinical manifestation of atherosclerosis in patients hospitalized because of non-gastroenterological reasons

¹Ze Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
²Z Katedry i Kliniki Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: prof. dr hab. n. med. Maciej Świątkowski

Streszczenie

Celem pracy była ocena związku między występowaniem objawów gastroenterologicznych oraz symptomatologią miażdżycy w zakresie tętnic wieńcowych, tętnic kończyn dolnych lub cechami miażdżycy rozsianej.

Metodologia. Badanie, przy pomocy kwestionariusza diagnostycznego, przeprowadzono na grupie 97 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych z powodów „niegastroenterologicznych”. Pacjentów podzielono na 4 podgrupy, tzn. mających objawy choroby wieńcowej (CAD), tętnic kończyn dolnych, z objawami miażdżycy rozsianej oraz hospitalizowanych z powodów „nienaczyniowych”.

Wyniki. U pacjentów z CAD stwierdzono znamienne częstsze występowanie zgagi i bólów brzucha, łagodzonych oddaniem stolca, niż w pozostałych podgrupach chorych. Wśród pacjentów z objawową miażdżycą naczyń odsetek badanych oddających twarde stolce był znamienne większy niż chorych mających luźne wypróżnienia. U pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc lub cukrzycy różnic takich nie stwierdzono. Pozostałe objawy gastroente-

rologiczne występowały z podobną częstością we wszystkich czterech wyróżnionych podgrupach, choć zaznaczał się trend do częstszego zgłaszania ich przez chorych z CAD i rzadszego przez pacjentów z dominującymi objawami miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Nasilenie objawów gastroenterologicznych powodowało upośledzenie codziennego funkcjonowania 1/4 pacjentów.

Wnioski. 1. Pacjenci z chorobą niedokrwinną serca znamienne częściej zgłaszali występowanie zgagi i czynnościowego bólu brzucha niż pozostali badani. 2. Współistnienie chorób gastroenterologicznych powinno być brane pod uwagę u każdego pacjenta hospitalizowanego z powodu powikłań miażdżycy naczyń, zarówno ze względu na „nakładanie się” i maskowanie objawów, jak i z powodu ich znaczenia jako czynników ryzyka ciężkich powikłań ze strony przewodu pokarmowego. 3. Epidemiologia, patomechanizm i znaczenie kliniczne współistnienia objawów ze strony przewodu pokarmowego z symptomatologią chorób układu krążenia wymagają dalszych badań.

Summary

The aim of this study was to determine the relationship between the prevalence of respective gastrointestinal symptoms and the prevalent clinical manifestation of atherosclerosis of coronary or peripheral (leg's) arteries and in some vascular beds (diffuse type).

Methodology. The investigation was conducted using an independently prepared diagnostic questionnaire in 97 subjects hospitalised in the Clinic of Gastroenterology, Vascular Diseases and Internal Medicine because of non-gastroenterological reasons. The patients were divided into four groups regarding the cause of hospitalisation: acute coronary syndromes, symptomatic peripheral artery disease (PAD), diffuse atherosclerosis signs, with "non-vascular" causes of hospitalisation (i.e. pneumonia).

Results. Patients with coronary artery disease (CAD) more frequently than the remaining patients reported heartburn and abdominal pain which usually got better or stopped after a bowel movement or passing gas. In all patients with atherosclerosis the percentage of patients with hard lumps was significantly greater than the percentage of subjects with soft or watery stools. At the same time in patients hospital-

ised because of "non-vascular" causes such differences were not found. There were not found significant differences in prevalence of the remaining symptoms in all four distinguished subgroups. However, in patients with CAD the tendency toward more frequent gastrointestinal signs occurred and in individuals with peripheral artery disease the trend towards less frequent symptoms was observed. The intensity of respective gastrointestinal symptoms limited or restricted daily activity of 1/4 of the subjects.

Conclusions. 1. Heartburn and functional abdominal pain were more prevalent in patients with CAD, than in the others. 2. The coexistence of diseases of alimentary tract should be taken into consideration in every patient hospitalized due to symptoms of atherosclerosis because of frequent overlapping and mutual masking of the gastrointestinal and atherosclerosis-related symptoms, as well as because of their clinical importance as risk factors for severe gastrointestinal complications of therapy. 3. The epidemiology, pathomechanism and clinical importance of coexistence of circulatory and alimentary tract diseases need further study.

Słowa kluczowe: objawy gastroenterologiczne, choroby układu sercowo- naczyniowego, epidemiologia, etiologia

Key words: gastroenterological symptoms, cardiovascular diseases, epidemiology, etiology

WPROWADZENIE

Patologie przewodu pokarmowego, rozwijające się na podłożu przewlekłego niedokrwienia jelit, wtórne do zwężenia naczyń trzewnych, są stosunkowo rzadkie. Ze względu na sieć anastomoz między gałęziami pnia trzewnego, tętnicy kręzkowej górnej i dolnej ich objawy pojawiają się najczęściej dopiero w przypadku współistnienia istotnych zwężeń co najmniej dwóch z trzech wymienionych naczyń. Należy pamiętać, iż do niedokrwienia jelit mogą prowadzić także stany przebiegające z małym rzutem minutowym serca i/lub zaburzoną autoregulacją przepływu trzewnego (tzw. „nieokluzyjne”, czynnościowe niedokrwienie jelit) [1-3]. Obserwuje się je m.in. u pacjentów z chorobą wieńcową (ang. *coronary artery disease, CAD*), niewydolnością serca, po zabiegach kardiochirurgicznych, u osób leczonych preparatami naporstnicy lub lekami moczopędnymi oraz u chorych z miażdżycą rozwidlenia aorty i tętnic biodrowych w mechanizmie podkradania drogą tętnic nadbrzuszných. Także miażdżycowe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, na drodze zmian funkcji neurogennej osi „mózg-jelito” (ang. *brain-gut axis*), może zmieniać czynność przewodu pokarmowego, a tym samym wpływać na symptomatologię ze strony budujących go narządów. Przykładami takich stanów klinicznych mogą być zaburze-

nia połykania lub zaparcia w przebiegu zespołów pozapiramidowych, zespołu opuszkowego, rzekomopuszkowego oraz neurogenne zaburzenia funkcji zwieraczy [4]. Schorzenia te, wskutek zmian równowagi poziomu neuromediatorów (np. tlenu azotu, serotoniny), mogą wpływać na tonus naczyniowy oraz czynność motoryczną i wydzielniczą przełyku, żołądka, jelit, trzustki i wątroby [5, 6]. Dlatego przeprowadzono badanie ankietowe, którego celem była ocena związku między występowaniem objawów gastroenterologicznych oraz objawami miażdżycy poszczególnych łóżysk naczyniowych, tzn. krążenia wieńcowego, mózgowego i tętnic kończyn dolnych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono na grupie 97 pacjentów, których głównym powodem hospitalizacji w Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych nie były objawy gastroenterologiczne. W okresie między 01.02 a 31.05.2007. leczono w Klinice 714 osób. Prośbę o udział w badaniu skierowano do 105 (14%) pacjentów, z czego 8 odmówiło zgody na wypełnienie kwestionariusza. Ostatecznie analizie poddano dane pochodzące od 13,6% wszystkich hospi-

talizowanych i 92% poproszonych u udział w badaniu. Dane demograficzne i kliniczne badanych podzielonych na 4 podgrupy w zależności od dominującej manifestacji klinicznej miażdżycy przedstawiono w tabeli I. Dwudziestu pięciu pacjentów (26%) hospitalizowano z powodu ostrych powikłań miażdżycy naczyń wieńcowych (dusznicy bolesnej lub zawału mięśnia sercowego (ang. *coronary artery disease*, CAD), 13 (13%) zgłaszało wyłącznie objawy uwarunkowane miażdżycą kończyn dolnych (ang. *peripheral artery disease*, PAD), a u 42 (43%) manifestacja kliniczna miażdżycy naczyń dotyczyła przynajmniej dwu spośród trzech jej głównych lokalizacji narządowych, tzn. sercowej, mózgowej i/lub obwodowej (podgrupa miażdżycy rozsianej). Udar mózgu przeżyło 15 pacjentów, każdy z nich miał jednak współistniejące objawy sercowe lub ze strony tętnic kończyn dolnych (tab. I). U 17 (18%) badanych powodem hospitalizacji nie były objawy związane z miażdżycą naczyń, ale inne schorzenia (np. zapalenie płuc).

Tabela I. Demograficzne i kliniczne dane badanych pacjentów w poszczególnych podgrupach (n=97)

Table I. Demographic and clinical data of surveyed patients in respective groups (n=97)

Parametr	CAD (n=25)	PAD (n=13)	Rozsiana (n=42)	Bez objawów miażdżycy (n=17)
Wiek (lata)	68 ± 59-73	70 ± 61-75	67 ± 59-74	58 ± 42-70 *
Płeć (M)	14 (56%)	8(62%)	9(21%) *	10(59%)
Palenie tytoniu	5 (20%)	4 (31%)	17 (40%)	4 (23%)
Nadciśnienie	20 (80%)	10 (77%)	32 (76%)	7 (41%)
RRS	140 ± 130-150	150 ± 150-155	140 ± 125-150	120 ± 115-135*
RRR	80 ± 70-85	90 ± 80-95	80 ± 80-90	80 ± 72-85
PCI	4 (16%)	0	6 (14%)	0
CABG	0	0	9 (21%)*	0
CHF	15 (68%)	3 (25%)	37 (92%)*	4 (24%)*
Udar w wywiadzie	0	0	15 (36%)*	0
Ciężar ciała (kg)	73 ± 66-85	70 ± 69-76	75 ± 69-85	77 ± 61-97
Liczba tabletek przyjmowanych dziennie	9 ± 5-11*	5 ± 4-9	7 ± 5-10	4 ± 2-6

Objaśnienia: dane przedstawiono jako: mediana ± zakres lub n, %; w wywiadzie: PCI – przeszłona interwencja wieńcowa, CABG – rewaskularyzacja kardiochirurgiczna, CHF – niewydolność serca, RRS – skurczowe ciśnienie tętnicze, RRR – rozkurczowe ciśnienie tętnicze. * -p<0,05 w stosunku do pozostałych grup

Abbreviations: data are presented as median ± range, PCI - percutaneous coronary intervention, CABG – coronary artery by-pass graft, CHF – cardiac heart failure, RRS – systolic blood pressure, RRR – diastolic blood pressure, * - p<0.05 – in relation to remained groups.

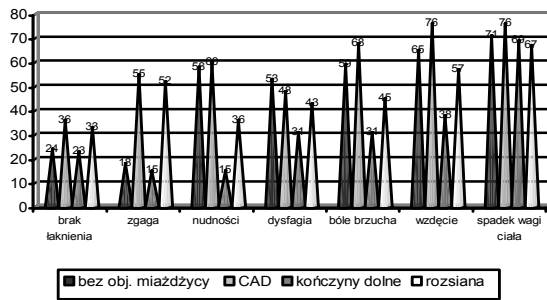
Badanie polegało na zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu skróconego badania przedmiotowego przez uprzednio przeszkolonych członków Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych. Ich podsumowaniem było wspólne z pacjentem wypełnienie specjalnie przygotowanego kwestionariusza diagnostycznego. Charakter wypróżnień określano zgodnie z „Bristolską Skalą Uformowania Stolca”, prosząc pacjentów o wskazanie na rysunku jego wyglądu w więcej niż połowie wypróżnień. Poszczególne typy oznaczały: typ 1 – stolec w formie grudek, typ 2 – stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty, typ 3 – stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni, typ 4 – smukły, węzowaty, gładki, typ5 – smukłe węzowate kawałki gładkiego stolca, typ 6 – kłaczkaste kawałki z postrzępionymi brzegami, typ 7 – wodnisty, bez stałych elementów [7].

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB 63/2007) oraz pisemną zgodę każdego pacjenta.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy wykorzystaniu licencjonowanej wersji programu STATISTICA 5,0 PL dla systemu operacyjnego Windows. Dane przedstawiono jako mediana ± zakres lub n, %. Znamienność statystyczną różnic między porównywanymi wartościami oceniono przy pomocy testu U Manna Whitneya lub dokładnego testu Fishera.

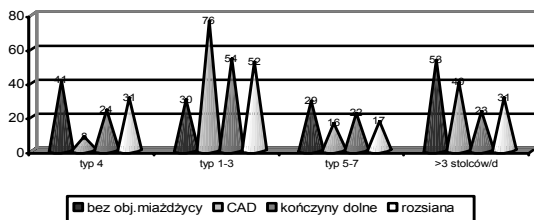
WYNIKI

Częstość występowania poszczególnych objawów ze strony przewodu pokarmowego w podgrupach pacjentów podzielonych w zależności dominującej symptomatologii miażdżycy naczyń przedstawiono na rycinach 1 i 2. Odsetek chorych z nasileniem poszczególnych objawów w stopniu wpływającym w ich subiektywnej ocenie na codzienne funkcjonowanie przedstawiono na rycinie 3. W większości porównań różnice odsetków pacjentów z poszczególnymi objawami gastroenterologicznymi nie były znamienne. Jedynie zgaga występowała znamienne częściej u pacjentów z CAD niż u pozostałych (55% vs. 25%, p=0,012). W grupie tej większa była też częstotliwość pojawiania się tego objawu, a jego nasilenie znamienne częściej upośledzało codzienne funkcjonowanie chorych.



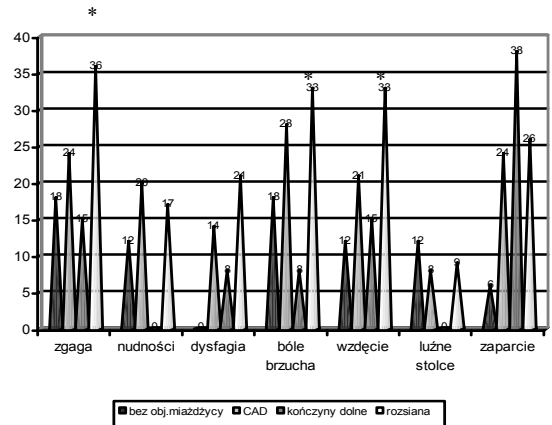
Ryc. 1. Odsetki pacjentów zgłaszających poszczególne objawy gastroenterologiczne w zależności od dominującej manifestacji klinicznej miażdżycy. *- $p < 0,05$

Fig. 1. The percentage of patients with respective gastrointestinal symptoms in relation to the prevalent clinical manifestation of atherosclerosis. *- $p < 0,05$



Ryc. 2. Odsetki pacjentów z poszczególnym typem zaburzeń wypróżnienia klasyfikowanych wg typu w Bristolskiej Skali Uformowania Stolca oraz częstości wypróżnień dziennie (>3 stolców dziennie) w podgrupach chorych podzielonych w zależności od lokalizacji dominującej manifestacji miażdżycy. Różnice odsetków pacjentów oddających twarde stolce (typ 1-3) w stosunku do zgłaszających luźny charakter wypróżnień były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Objasnienia w rozdziale: metodologia

Fig. 2. The percentage of patients with respective kind of defecation disorder according to the Bristol Stool Form Scale and the frequency of bowel movement (more than 3 stools per day) in subgroups of patients divided with regard to the prevalent clinical manifestation of atherosclerosis. The differences in percentages of patients with hard lumps (type 1-3) and soft or watery stool were statistically significant ($p < 0,05$). Explanations in the chapter: methodology



Ryc. 3. Odsetki pacjentów z nasileniem poszczególnych objawów w stopniu przeszkadzającym lub uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie w podgrupach chorych podzielonych w zależności od lokalizacji dominującej manifestacji miażdżycy

Fig. 3. The percentage of patients with respective gastrointestinal symptoms at the intensity level which deteriorates or makes impossible daily activity in subgroups of the patients divided with regard to the prevalent clinical manifestation of atherosclerosis

U pacjentów z CAD znacznie częściej występowały także bóle brzucha ustępujące po oddaniu stolca (87% vs. 0%, $p = 0,002$). Natomiast dysfagia, nudności, bóle brzucha niezależnie od lokalizacji, oddawanie luźnych lub twardych stolców (odpowiednio typ 5-7 lub 1-3 wg Bristolskiej Skali Uformowania Stolca), wzdęcia, krew w stolcu występowały w grupie pacjentów z CAD z podobną częstością, jak u pozostałych chorych, mimo tego, że pacjenci ci przyjmowali dziennie średnio znacznie więcej tabletek niż pozostali (tab. I). W podgrupie pacjentów z CAD, PAD i miażdżycą rozszianą odsetek chorych oddających stolce twarde (typ 1-3 wg skali brystolskiej) był znacznie większy, niż pacjentów zgłaszających luźny charakter wypróżnień (ryc. 2). W podgrupie badanych z CAD, chorzy po przebytym zawale serca istotnie rzadziej raportowali występowanie wzdęcia brzucha niż osoby z pozostałymi postaciami CAD (38,5% vs. 74,5%, $p = 0,012$).

Pacjenci z przebytym udarem mózgu oraz dominującymi objawami PAD mieli podobną częstość występowania ocenianych objawów ze strony przewodu pokarmowego jak pozostali. Nie stwierdzono zależności nasilenia objawów gastroenterologicznych od występowania niedowładu, dystansu chromania i okresu przewlekłego niedokrwienia kończyn wg klasyfikacji Fontaine'a.

DYSKUSJA

W piśmiennictwie najwięcej jest danych epidemiologicznych wskazujących na związek objawów ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego, głównie choroby refluksowej przełyku (ang. *gastroesophageal reflux disease, GERD*), z symptomatologią choroby niedokrwiennej serca. Potwierdziły go ostatnio publikacje następujących badaczy: Jansson i wsp. [8], Li i wsp. [9], Ruigomez i wsp. [10] Liuzzo i wsp. [11] i Budzyńskiego i wsp. [12]. W niniejszej pracy częstość występowania zgagi u pacjentów z objawami miażdżycy naczyń była większa niż u pacjentów hospitalizowanych z powodów „nienaczyniowych”, w przypadku chorych z CAD – znamienne. W piśmiennictwie spotkać można natomiast różne opinie w tej kwestii. Część autorów prezentuje dane wskazujące na podobną częstość występowania objawów GERD u pacjentów z CAD i w populacji ogólnej, inni sugerują natomiast, że są one częstsze u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca niż u osób zdrowych [8, 13-17].

Brakuje populacyjnych badań oceniających relacje między objawami ze strony dolnego odcinka przewodu a symptomatologią miażdżycy. Wiadomo jednak, że choroby serca i naczyń obwodowych stanowią czynnik ryzyka ostrego i przewlekłego niedokrwienia jelit. Potwierdziła to praca Folsoufi i wsp. [18], w której wykazano, iż występowanie w wywiadzie m.in. przebytego zawału serca oraz miażdżycy tętnic kończyn dolnych stanowiło niezależny czynnik ryzyka, względnie rzadkich (<1%), powikłań gastroenterologicznych (krwotok żołądkowo-jelitowy, niedokrwienie jelita) po operacjach kardiochirurgicznych. Podobną (ok. 1%) częstość tych powikłań raportowali Katz i wsp. [1], a 5-krotnie mniejszą (ok. 0,2%) Kurt i wsp. [19]. Zbliżona była również częstość powikłań jelitowych po operacjach „otwartych” na aorcie brzusznej (1,1%) [20] i po zabiegach endowaskularnych (ang. *endovascular repair of abdominal aortic aneurysms, EVAR*) – <2% [21].

Opisane relacje między symptomatologią ze strony przewodu pokarmowego i miażdżycy tętnic wyjaśniać może kilka patomechanizmów. Częstsze występowanie zgagi, głównego objawu GERD, u pacjentów z objawami CAD tłumaczą: wspólne czynniki ryzyka (palenie tytoniu, otyłość, niski poziom statusu socjalno-ekonomicznego), funkcjonowanie autonomicznych odruchów nerwowych, czynniki zapalne (np. zakażenie *Helicobacter pylori*) oraz działania uboczne farmakote-

rapii [12, 13]. Z kolei częstsze występowanie bólów brzucha o charakterze czynnościowym (tzn. ustępujących po oddaniu stolca) oraz zaburzeń wypróżniania u pacjentów z objawami GERD można tłumaczyć częstym współistnieniem („nakładaniem się”) choroby refluksowej przełyku i czynnościowych zaburzeń jelitowych [8, 22]. Nie bez znaczenia jest zapewne niedokrwienno mechaniczny mechanizm prowokowania objawów ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Może on zachodzić zarówno na drodze zaburzeń „okluzyjnych” (zweżenie naczyń trzewnych) oraz „nieokluzyjnych”, np. wskutek zmniejszenia rzutu minutowego serca i ubocznego działania leków prowokujących skurcz naczyń i/lub zwiększenie naprężenia ściany jelita (digoxin, leki moczopędne) [6, 23]. Z kolei zwiększoną częstość zaparć stolca u pacjentów z objawową miażdżycą naczyń tłumaczyć można mniejszą aktywnością fizyczną tych chorych [24, 25], nakładaniem się czynnościowych zaburzeń jelitowych [8], działaniem ubocznym antagonistów wapnia, aspiryny, leków moczopędnych [25] oraz zwiększeniem aktywności sympatycznej autonomicznego układu nerwowego, towarzyszącym chorobom układu krążenia i starzeniu się [26].

Znaczenia klinicznego poczynionych obserwacji nie da się przecenić. Przede wszystkim potwierdzają one możliwość współistnienia schorzeń, co, wobec zawężania się podspecjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, coraz rzadziej jest brane pod uwagę w prowadzeniu pacjentów [8]. Nakładanie się symptomatologii schorzeń kardiologicznych i przewodu pokarmowego powinno być uwzględniane w diagnostyce różnicowej objawów (np. przy pomocy „testu omeprazolowego”), właściwe rozpoznanie podłoża dolegliwości umożliwia bowiem włączenie „celowanej” terapii, mogącej poprawić losy i jakość życia chorego [1, 11, 12, 19]. Dokładne zebranie wywiadu, m.in. pod kątem współistnienia objawów ze strony obu układów, pomaga też w śledzeniu występowania objawów ubocznych farmakoterapii.

WNIOSKI

1. Pacjenci z chorobą niedokrwinną serca znamienne częściej zgłaszali występowanie zgagi i czynnościowego bólu brzucha niż pozostali badani.
2. Współistnienie chorób gastroenterologicznych powinno być brane pod uwagę u każdego pacjenta hospitalizowanego z powodu powikłań miażdżycy naczyń, zarówno ze względu na „nakładanie się”

i maskowanie objawów, jak i z powodu ich znaczenia jako czynników ryzyka ciężkich powikłań ze strony przewodu pokarmowego.

3. Epidemiologia, patomechanizm i znaczenie kliniczne współistnienia schorzeń układu krążenia i przewodu pokarmowego wymagają dalszych badań.

PIŚMIENNICTWO

1. Katz M.G., Schachner A., Ezri T., Kravtsov V. et al.: Nonocclusive mesenteric ischemia after off-pump coronary artery bypass surgery: a word of caution. *Am. Surg.* 2006; 72(3):228-31.
2. Ohri S.K., Velissaris T.: Gastrointestinal dysfunction following cardiac surgery. *Perfusion.* 2006; 21(4):215-23.
3. Sanchez L.D., Corwell B., Berkoff D.: Medical problems of marathon runners. *Am. J. Emerg. Med.* 2006; 24(5):608-15.
4. Jones M.P., Dilley J.B., Drossman D., Crowell M.D.: Brain-gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol. Motil.* 2006; 18(2):91-103.
5. Raybould H.E., Cooke H.J., Christofi F.L.: Sensory mechanisms: transmitters, modulators and reflexes. *Neurogastroenterol. Motil.* 2004; 16 Suppl 1:60-3.
6. Hansen M.B.: The enteric nervous system II: gastrointestinal functions. *Pharmacol. Toxicol.* 2003; 92(6):249-57.
7. Mulak A., Waško-Czopik D., Paradowski L.: Choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego i zespół czynnościowego bólu brzucha według Kryteriów Rzymskich III. *Gastroenterol. Pol.* 2006; 13(6): 473-478
8. Jansson C., Nordenstedt H., Wallander M.A. et al.: Severe symptoms of gastro-oesophageal reflux disease are associated with cardiovascular disease and other gastrointestinal symptoms, but not diabetes: a population-based study. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2008; 27(1):58-65.
9. Li Y.M., Du J., Zhang H., Yu C.H.: Epidemiological investigation in outpatients with symptomatic gastroesophageal reflux from the Department of Medicine in Zhejiang Province, east China. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2008; 23(2):283-9.
10. Ruigómez A., Rodríguez L.A., Wallander M.A. et al.: Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. *Fam. Pract.* 2006; 23(2):167-74.
11. Liuzzo J.P., Ambrose J.A., Diggs P.: Proton-pump inhibitor use by coronary artery disease patients is associated with fewer chest pain episodes, emergency department visits and hospitalizations. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2005; 22(2):95-100.
12. Budzyński J., Kłopocka M., Pulkowski G. et al.: The effect of double dose of omeprazole on the course of angina pectoris and treadmill stress test in patients with coronary artery disease – a randomised, double-blind, placebo controlled, crossover trial. *Int. J. Cardiol.* 2007-przyjęta do druku
13. Pulkowski G., Majer M., Budzyński J., Świątkowski M.: Choroba refluksowa przełyku i choroba niedokrwienna serca- współistnienie czy współzależność?. *Pol. Merkur. Lekarski.* 2006; 20(115):104-8.
14. Świątkowski M., Budzyński J., Kłopocka M. et al.: Suppression of gastric acid production may improve the course of angina pectoris and the results of treadmill stress test in patients with coronary artery disease. *Med. Sci. Monit.* 2004; 10(9): CR524-529.
15. Dobrzycki S, Baniukiewicz A, Musiał WJ et al.: Choroba niedokrwienna serca a choroba refluksowa przełyku- ocena za pomocą jednoczasowego 24-godzinnego monitorowania EKG i pH w przełyku. *Przegl Lek.* 2002; 59(9):675-7.
16. Dickman R, Fass R.: Noncardiac chest pain. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006; 4(5):558-63.
17. Fass R, Navarro-Rodrigues T.: Non-cardiac chest pain. *J. Clin. Gastroenterol.* 2008; 42(5): 636-646.
18. Filsoufi F., Rahmanian P.B., Castillo J.G. et al.: Predictors and outcome of gastrointestinal complications in patients undergoing cardiac surgery. *Ann Surg.* 2007; 246(2):323-9.
19. Kurt M., Litmathe J., Roehrborn A. et al.: Abdominal complications following open-heart surgery: a report of 12 cases and review of the literature. *Acta Cardiol.* 2006; 61(3):301-6.
20. Brewster D.C., Franklin D.P., Cambria R.P. et al.: Intestinal ischemia complicating abdominal aortic surgery. *Surgery.* 1991; 109(4):447-54.
21. Nevelsteen I., Duchateau J., De Vleeschauwer P., De Leersnijder J.: Ischaemic colitis after endovascular repair of an infrarenal abdominal aortic aneurysm: a case report. *Acta Chir. Belg.* 2006; 106(5):588-91.
22. Talley N.J.: Overlapping abdominal symptoms: why do GERD and IBS often coexist? *Drugs Today (Barc).* 2006; 42 Suppl B:3-8.
23. Hass D.J., Kozuch P., Brandt L.J.: Pharmacologically mediated colon ischemia. *Am. J. Gastroenterol.* 2007; 102(8):1765-80.
24. Kligman E.W., Pepin E.: Prescribing physical activity for older patients. *Geriatrics* 1992; 47(8):33-4, 37-44, 47.
25. Dukas L., Willett W.C., Giovannucci E.L.: Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am. J. Gastroenterol.* 2003; 98(8):1790-6.
26. Lee P.Y., Yun A.J., Bazar K.A.: Conditions of aging as manifestations of sympathetic bias unmasked by loss of parasympathetic function. *Med. Hypotheses.* 2004; 62(6):868-70.

Adres do korespondencji:

Julia Kęczkowska, dr n. med. Jacek Budzyński
Katedra i Klinika Gastroenterologii, Chorób Naczyń
i Chorób Wewnętrznych
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz
tel./faks: 52- 3 714 912
e-mail: j.keczkowska@gmail.com,
kikgast@umk.cm.pl

Otrzymano: 25.03.2008

Zaakceptowano do druku: 30.03.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Halina Zielińska-Więczkowska, Jolanta Dębińska

ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ (CZĘŚĆ I)

HEALTH BEHAVIOUR OF JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS (PART I)

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr Mirosława Felsmann

Streszczenie

Wstęp. Celem badań była diagnoza i ocena zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej pochodzącej ze środowiska wiejskiego. W pierwszej części pracy szczegółowej analizie poddano zwyczaje żywieniowe, nawyki higieniczne, formy aktywności i wypoczynku.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na grupie 106 uczniów (61 dziewcząt i 45 chłopców) I, II i III klasy gimnazjalnej pochodzącej ze środowiska wiejskiego zlokalizowanego na pograniczu miasta Torunia. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Śniadanie przed wyjściem do szkoły zawsze spożywa 42% gimnazjalistów, przy czym chłopcy czynią to istotnie częściej niż dziewczęta. Naukę w szkole rozpoczynają na czczo 26% dziewcząt i 7% chłopców. Dziewczęta częściej niż chłopcy stosują dietę (odpowiednio: 41% i 20%). Obiad zjada w warunkach domowych 90% gimnazjalistów. Większa część (60%) ankietowanej młodzieży zjada kolację,

chłopcy istotnie częściej. Prawie $\frac{3}{4}$ dziewcząt i połowa chłopców systematycznie dba o porządek w swoim pokoju, jednak chłopcy sprzątaję tylko wówczas, kiedy oczekują wizyty kolegi lub koleżanki. Wśród uczniów przeważa bierna forma spędzania czasu wolnego (75%). Dominującą formą aktywności ruchowej młodzieży gimnazjalnej ze środowiska wiejskiego jest jazda rowerem (61% dziewcząt i 51% chłopców) oraz gra w piłkę (69% chłopców i 41% dziewcząt). Dziewczęta częściej niż chłopcy starają się poszerzać wiedzę dotyczącą zdrowia (odpowiednio: 70% i 42%), zwłaszcza te, których matki posiadają niższy poziom wykształcenia.

Wnioski. Kształtowanie nawyków żywieniowych jest skorelowane z płcią, korzystniej pod tym względem wypadają chłopcy. Preferowana przez młodzież gimnazjalną forma aktywności jest zróżnicowana w zależności od płci. Większą dbałość o porządek wykazują dziewczęta. Niższy poziom wykształcenia rodziców stanowi impuls do poszerzenia wiedzy na temat zdrowia.

Summary

Introduction. The aim of the study was to diagnose and assess health behaviour in junior high school students. The first part of the study is a detailed analysis of their eating and hygiene habits and forms of physical and leisure activities.

Material and methods. The study was conducted in the group of 106 students (61 girls and 45 boys) of the first, the second and the third form of junior high school from the rural environment localized on the outskirts of Toruń. Diagnostic survey and author's original questionnaire were used in the study.

Results. 42% of junior high school students always have breakfast; however, this group includes significantly more boys than girls. 26% of girls and 7% of boys go to school with an empty stomach. Girls more often than boys

(42% and 20%, respectively) go on a diet. 90% of junior high school students have dinner at home. 60% of the surveyed students have supper, boys significantly more often than girls. Almost 75% of girls and 50% of boys systematically keep their rooms in order; however boys clean their rooms only when they expect guests. The students prefer passive ways of spending free time (75%). Riding a bike (61% of girls and 51% of boys) and football (69% of boys and 41% of girls) are prevailing forms of physical activity among junior high school students who live in the countryside. Girls more often than boys try to broaden their knowledge about health (70% and 42%, respectively), especially the girls whose mothers' education level is low.

Conclusions. Eating habits correlate with gender, boys' habits tend to be better. The form of activity junior

high school students choose, depends on gender. Girls keep their rooms tidy more often than boys. Children whose par-

ents' education level is lower, are more eager to broaden their knowledge about health.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, młodzież gimnazjalna, środowisko wiejskie

Key words: health behaviour, junior high school students, rural environment

WSTĘP

Zdrowie człowieka wyznacza wiele czynników, w tym – biologicznych z zadatkami genetycznymi, środowiskowych, medycznych (organizacja opieki medycznej) oraz w decydującej mierze (w 52 % ogółu wpływów) preferowany przez jednostkę styl życia [1]. Duży wpływ na kształtowanie stylu życia dzieci i młodzieży mają oddziaływania wychowawcze oraz środowisko psychospołeczne, przede wszystkim rodziny oraz różnych instytucji wychowujących, takich jak przedszkole, szkoła zakład pracy, grupa rówieśnicza [2]. Ważnym źródłem zachowań zdrowotnych młodzieży są środki masowego przekazu [3].

Zdrowy styl życia powinien przejawiać się w dbałości o higienę ciała oraz psychiczną, przejawianiu aktywności fizycznej, racjonalnym odżywianiu, dbałości o bezpieczeństwo, poddawaniu się okresowym badaniom stanu zdrowia, unikaniu używek, zwłaszcza papierosów i narkotyków [4]. We współczesnym świecie dla zachowania zdrowia psychicznego niezwykle pożądana jest umiejętność radzenia sobie ze stresem, z którym nie tylko młody człowiek na co dzień musi się zmagać. Wnioski z trudnych sytuacji powinny służyć jednostce do całonocnego rozwoju.

Prowadzenie badań dotyczących zachowań zdrowotnych umożliwi określenie zakresu deficytów i potrzeb, służy do opracowania programów promocji zdrowia. Przekazując młodemu człowiekowi wiedzę o zdrowiu kształtujemy postawy prozdrowotne służące zachowaniu zdrowia i poprawie jakości życia [1, 5].

MATERIAŁ I METODA

Badaniom poddano grupę 106 uczniów (61 dziewcząt i 45 chłopców) I, II, III klasy gimnazjalnej, pochodzącą ze środowiska wiejskiego zlokalizowanego na pograniczu miasta Torunia. Badaniem objęto 28 uczniów klasy I, 38 uczniów klasy II i 40 uczniów klasy III. Wśród rodziców dominowało wykształcenie średnie (43% matek i 35% ojców) i zawodowe (25% matek i 30% ojców). Wykształcenie wyższe posiadało 9% matek i 10% ojców, zaś podstawowe – 2% matek i 1% ojców.

Natomiast 21% dzieci nie znało wykształcenia matek, a 24% badanych uczniów nie potrafiło określić wykształcenia ojców.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, narzędziem – ankieta własnej konstrukcji. Kwestionariusz ankiety zawierał dane metrykalne (wiek, płeć, wykształcenie rodziców), zwyczaje żywieniowe, nawyki higieniczne, formy aktywności i wypoczynku, dbałość o bezpieczeństwo, podejmowanie zachowań ryzykownych, przejawianie agresji oraz poczucie zadowolenia z życia badanych uczniów. Badania prowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 729/2007 z dnia 11.12.2007 r.), przy zachowaniu wszelkich zasad dotyczących badań na osobach niepełnoletnich. Badania ankietowe prowadzono w okresie od stycznia do końca kwietnia 2008 roku.

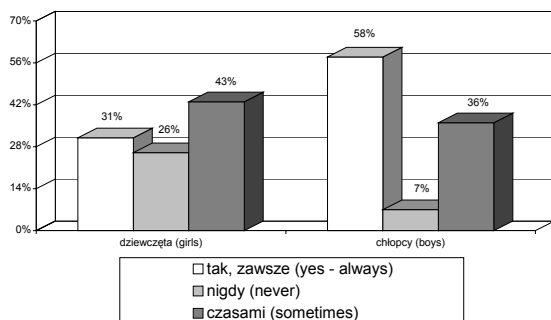
Analizę korelacji między jakościowymi cechami przeprowadzono w programie Microsoft Excel, wykorzystując standardowe funkcje tego arkusza. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI BADAN

W części pierwszej pracy, analiza wyników dotyczyła zwyczajów żywieniowych, nawyków higienicznych, aktywności fizycznej i form spędzania czasu wolnego oraz wybranych aspektów dotyczących wartościowania zdrowia.

Zwyczaje żywieniowe

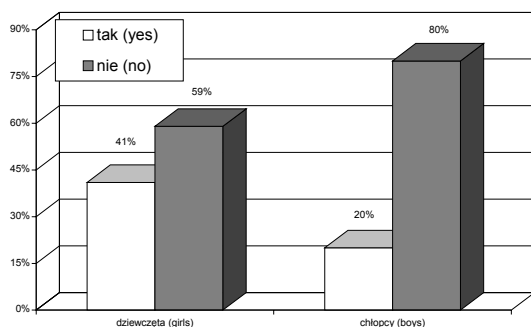
Na pytanie „Czy przed wyjściem do szkoły jesz śniadanie?” – 42% młodzieży zaznaczyło odpowiedź „tak, zawsze”, 40% ankietowanych spożywa śniadanie czasami, a 18% uczniów naukę w szkole rozpoczyna na czczo. Nieco ponad połowa młodzieży zabiera ze sobą drugie śniadanie do szkoły, z kolei co piąty uczeń zaopatruje się w szkolnym sklepiku i prawie tyle samo uczniów nie bierze do szkoły drugiego śniadania. W spożywaniu porannego śniadania przez dziewczęta i chłopców, wykazano różnicę pomiędzy tymi grupami ($\chi^2 = 10,18137$, $df = 2$, $p = 0,006$). Chłopcy prawie dwukrotnie częściej spożywają śniadanie (ryc. 1).



Ryc. 1. Spożywanie śniadania przed wyjściem do szkoły według płci

Fig. 1. Having breakfast before leaving for school according to gender

Większa część (60%) ankieterowanej młodzieży zjada kolację, 34% robi to nieregularnie, a 6% nie spożywa posiłku wieczornego. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy spożyciem kolacji a płcią badanych ($\chi^2 = 10,04293$, $df=2$, $p= 0,007$). Chłopcy także znacząco częściej spożywają kolację (odpowiednio: 78% i 48%). Młodzież ze środowiska wiejskiego zjada posiłek głównie w domu. Obiad spożywa w warunkach domowych 90% badanych uczniów. Niektórzy (13%) jedzą w porze obiadowej kanapki, jeszcze inni (8%) – produkty typu fast food, a tylko nieliczni (7%) korzystają z obiadu w szkole. Nieznaczny odsetek uczniów przyznał, że nic nie spożywa w tym czasie. Co trzeci uczestnik badania naukowego stosował dietę. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w stosowaniu diety w zależności od płci badanych ($\chi^2 = 5,23357$, $df = 1$, $p=0,02$). Badania wykazały, że dziewczęta dwukrotnie częściej stosują dietę (ryc. 2).



Ryc. 2. Stosowanie diety według płci

Fig. 2. Dieting according to gender

Nawyki higieniczne

W przeważającej większości (84%) młodzież myje zęby co najmniej dwa razy dziennie. Dwukrotnie mniej uczniów systematycznie korzysta z wizyt w gabinecie

stomatologicznym, a co trzeci do gabinetu udaje się tylko w razie bólu. Nieliczni (8%) przyznają, że jamę ustną płuczą wodą po każdym zjedzonym posiłku. Do nieregularnego mycia zębów przyznało się 6% ankieterowanych. Żadna badana osoba nie wymieniła dodatkowych środków do higieny jamy ustnej, typu nici dentystyczne, czy wykałaczki.

Na pytanie „W jakich sytuacjach myjesz ręce” – 98% badanej młodzieży zaznaczyło odpowiedź „po wyjściu z toalety”, $\frac{3}{4}$ respondentów czyni to przed każdym posiłkiem, tyle samo respondentów myje ręce po powrocie do domu, 34% po każdorazowym zetknięciu się z osobą chorą, 15% po kontakcie z pieniędzmi.

W zachowaniu porządku w swoim pokoju wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy płcią badanej młodzieży ($\chi^2 = 8,40225$, $df = 3$, $p= 0,038$). Współczynnik korelacji liniowej Pearsona w grupie dziewcząt i chłopców jest bliski wartości 1,000 ($r(Dz - Ch) = 0,957$). Prawie $\frac{3}{4}$ dziewcząt i połowa chłopców systematycznie dba o porządek w swoim pokoju, przy czym chłopcy dwukrotnie częściej sprzątajają tylko wówczas, kiedy mają przyjść koledzy/ koleżanki.

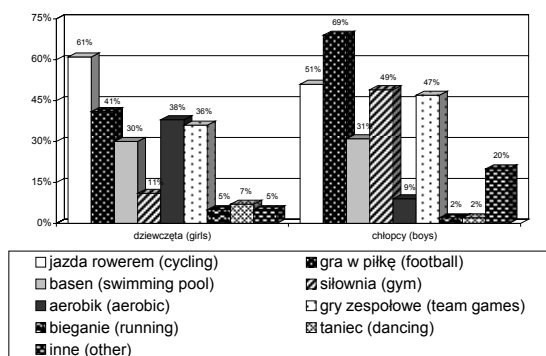
Aktywność fizyczna i czas wolny

Ponad połowa młodzieży (54%) przyznała, że w ich środowisku domowym wypoczywa się biernie. Co trzecia ankieterowana osoba (31%) zaznaczyła czynną formę spędzania czasu wolnego i podobny odsetek (33%) uczniów deklarował łączoną.

Najbardziej popularną formą spędzania wolnego czasu przez uczniów jest słuchanie muzyki (75%) oraz spędzanie czasu przed komputerem (75%). Również, dużym zainteresowaniem cieszą się spotkania z przyjaciółmi (69%), które deklaruje blisko $\frac{3}{4}$ młodzieży oraz oglądanie programów telewizyjnych (61%). Co trzeci uczeń (36%) wymienił, że w wolnym czasie czyta książki i przegląda prasę młodzieżową.

Najczęściej przejawianą formą aktywności ruchowej młodzieży ze środowiska wiejskiego jest jazda rowerem (61% dziewcząt i 51% chłopców) oraz gra w piłkę (chłopcy 61%, dziewczęta 41%). Dużym zainteresowaniem cieszą się gry zespołowe, tę formę wybiera 41% młodzieży. Z innych zajęć ruchowych: 30% gimnazjalistów spędza czas na basenie, 27% na siłowni, a 25% trenuje aerobik. W pytaniu otwartym, nieliczni wskazali sporty indywidualne, m.in.: kilku uczniów podało taniec oraz biegi, pojedyncze osoby interesują się wioślarstwem, jazdą konną i tenisem ziemnym. Płeć jest czynnikiem wyraźnie różnicującym

strukturę aktywności ruchowej młodzieży. Uzyskano zależność istotną statystycznie pomiędzy preferowaną formą aktywności a płcią badanych ($\chi^2 = 30,51276$, $df = 8$, $p < 0,050$). Preferowaną formą aktywności ruchowej dziewcząt jest jazda na rowerze, aerobik i taniec. Natomiast chłopcy, częściej grają w piłkę, spędzają czas na siłowni, preferują gry zespołowe oraz czterokrotnie częściej wybierają sporty indywidualne (ryc. 3).



Ryc. 3. Preferowana forma aktywności według płci
Fig. 3. Preferred activity form according to gender

Analiza przyczyn uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego wykazała istotny związek z płcią badanych ($\chi^2 = 10,01175$, $df = 3$, $p = 0,018$). Chłopcy dwa razy częściej niż dziewczęta deklarują uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego z przyjemności. Dziewczęta zaś ćwiczą głównie z uwagi na korzyści zdrowotne i sprawnościowe.

Ponadto, dziewczęta znamienne częściej (70%) niż chłopcy (42%) starają się poszerzać wiedzę dotyczącą zdrowia ($\chi^2 = 8,52387$, $df = 1$, $p = 0,004$). Wykształcenie matki jest czynnikiem istotnie różnicującym chęć zdobywania tejże wiedzy. Dzieci matek z wykształceniem zawodowym/podstawowym czynią to zdecydowanie częściej.

DYSKUSJA

Badania pozwoliły poznać niektóre błędy w zakresie zwyczajów żywieniowych i nawyków higienicznych oraz określić deficyty w sferze aktywności zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej, aczkolwiek ta stosunkowo nieduża grupa badawcza ($N=106$) nie może stanowić podstawy do jednoznacznego wnioskowania. Wyniki z przeprowadzonych badań potwierdzają pewne nieprawidłowości w żywieniu nastolatków, przy czym wyraźną tendencję przejawiają w tym zakresie dziewczęta. To one dwukrotnie czę-

ściej, w porównaniu z chłopcami, wychodząc do szkoły, nie spożywają śniadania oraz zdecydowanie częściej (odpowiednio: 41% i 20%) odchudzają się. We współczesnym świecie zauważa się zachodzące zmiany w postrzeganiu ciała, co przejawia się zwiększoną nad nim kontrolą, głównie odnoszącą się do płci żeńskiej [1]. Młody człowiek dla zachowania szczupłej sylwetki i piękna ciała stosuje niekiedy zabójcze diety, prowadzące w skrajnych przypadkach do anoreksji czy bulimii. Obecnie, człowiek pozostaje pod silnym wpływem kultury masowej. Proces tzw. „cywilizowania” ciała, którego koncepcja została zapoczątkowana w 1980 roku przez Eliasa, przebiega na trzech poziomach – proces socjalizowania ciała, racjonalizacji i indywidualizacji [1]. Zauważa się zmiany w kwestii dbałości o ubiór, wykonywania różnych zabiegów upiększających, operacji plastycznych, diet odchudzających, uprawiania kulturystyki [1]. Niewątpliwie, duże znaczenie w promowaniu ideału piękna ciała mają mass media. Młody człowiek bywa bardzo podatny na reklamy promujące piękno i wartość ciała, jako gwaranta na sukces osobisty. Istnienie poważnych nieprawidłowości w żywieniu nastolatków potwierdzają również inne badania [6, 7]. Należy jednak pamiętać, że racjonalne żywienie, zwłaszcza odnoszące się do młodego człowieka, jest podstawą prawidłowego rozwoju.

Niepokoić powinien fakt, że $\frac{3}{4}$ młodzieży czas wolny spędza przy komputerze, preferując bierną formę wypoczynku. Badania Lewandowskiego [8] i Rudzika [9] potwierdzają właśnie taką tendencję wśród współczesnej młodzieży. Warto podkreślić, że czas przeznaczony na drastyczne gry komputerowe podsycane agresją, jakże powszechne we współczesnym świecie, negatywnie wpływa na psychikę młodego człowieka i jego zachowanie w różnych sytuacjach społecznych. Poprzez obserwację i naśladowanie dziecko uczy się zachowań agresywnych.

Dziewczęta i chłopcy istotnie różnicuje forma aktywności, co jest zbieżne z doniesieniami Lewandowskiego i wsp. [8].

Ponadto zauważa się, że przemiany cywilizacyjne, zwłaszcza szybki rozwój motoryzacji i komputeryzacja życia, mają niekorzystny wpływ na poziom sprawności społeczeństwa.

Z niektórych doniesień dowiadujemy się, co powinno szczególnie niepokoić i skłaniać do dalszych badań, o stosowanej przemocy nauczycieli wychowania fizycznego wobec uczniów szkół podstawowych [10]. Z badań tych [10] można wyciągnąć wnioski, że uprzedzenie uczniów do tychże zajęć wynika „ze

strachu przed upokorzeniem, krzykiem, karą lub brakiem obiektywności nauczycieli”. Jednak do tego typu doniesień należy podejść z pewną dozą ostrożności i nie można ich jeszcze uogólniać. Warto jednak w tym miejscu zasignalizować, że kształtowanie pożądaných umiejętności i nawyków zdrowotnych powinno zawsze odbywać się w atmosferze poszanowania praw ucznia i wzajemnego dialogu, gdyż nieufni i upokorzeni wychowankowie szybko tracą motywację do udziału w zajęciach wychowania fizycznego. Powinno się przy tym unikać monotonii zajęć oraz zbyt forsownych ćwiczeń.

WNIOSKI

1. Kształtowanie nawyków żywieniowych jest skorelowane z płcią, korzystniej wypadają chłopcy.
2. Przeważa bierna forma spędzania czasu wolnego.
3. Preferowana przez młodzież gimnazjalną forma aktywności jest zróżnicowana w zależności od płci.
4. Większą dbałość o porządek wykazują dziewczęta.
5. Niższy poziom wykształcenia rodziców stanowi impuls do poszerzania wiedzy na temat zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.
2. Kowalski M., Gawel A.: Zdrowie - Wartość - Edukacja. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2006.
3. Chrobot A.M., Łoboda J.: Wpływ środków masowego przekazu na zachowania zdrowotne i społeczne młodzieży. *Ann. Academiae Medicae Bydgosiensis* 2003, 17/2, 13-16.
4. Woynarowska B., Sokołowska M.: Szkoła promująca zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych, wojewódzkich. KOWEZ, Warszawa 2000.
5. Sygit K., Sygit M., Talerczyk M. i wsp.: Znaczenie znajomości zachowań zdrowotnych młodzieży wiejskiej dla poprawy stanu zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 2003, 113, 139-143.
6. Sygit K., Sygit M., Talerczyk M i wsp.: Edukacja zdrowotna a zachowania dzieci wiejskich. *Zdrowie Publiczne* 2003, 113, 135-138.
7. Twardowska-Rajewska J., Solarczyk-Ambrozik E., Rolska M. i wsp.: Od juniora do seniora – edukacja dla zdrowej starości. *Gerontologia* 2004, 12 (3), 149-151.
8. Lewandowski A., Śmiglewska M., Lipińska W.: Wybrane uwarunkowania aktywności fizycznej młodzieży na przykładzie badań środowisk gimnazjalnych regionu pomorskiego. *Medical and Biological Sciences*, 2006, 20/4, 139-146.
9. Rudzik J.: Aktywność fizyczna młodzieży jako czynnik promocji zdrowia. *Med. Dyd. Wych.* 2004, 1, 33-35.
10. Wiza A.: Przemoc nauczycieli wychowania fizycznego wobec uczniów szkół podstawowych. W: Papież A., Plukis A. (red.); *Przemoc dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, 350-360.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Halina Zielińska-Więczkowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel.: (052) 585 21 94

Otrzymano: 16.09.2008

Zaakceptowano do druku: 28.10.2008

PRACA ORYGINALNA / ORIGINAL ARTICLE

Halina Zielińska-Więczkowska, Jolanta Dębińska

ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ (CZĘŚĆ II)

HEALTH BEHAVIOUR OF JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS (PART II)

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr Mirosława Felsmann

Streszczenie

Wstęp. Celem badań była diagnoza i ocena zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież gimnazjalną. W drugiej części pracy analizie poddano zachowania ryzykowne dla zdrowia, takie jak: palenie papierosów, spożywanie używek alkoholowych, wczesną inicjację seksualną, stosowanie przemocy, wybrane zachowania społeczne oraz poczucie ogólnej satysfakcji z życia.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na grupie 106 uczniów (61 dziewcząt i 45 chłopców) I, II i III klasy gimnazjalnej pochodzącej ze środowiska wiejskiego zlokalizowanego na pograniczu miasta Torunia. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Najwięcej młodzieży gimnazjalnej sięga po używki alkoholowe. W klasie I 54%, II – 71 % i w klasie III – 73%. Z klasy pierwszej taki sam procent uczniów (54%) pali papierosy, z II – 20% a z klasy III – 43% ankietowanej

młodzieży. W kontaktach seksualnych uczestniczyło 50% uczniów z klasy I, 16% z klasy II i 15% z klasy III. Zażywanie substancji psychoaktywnych kształtuje się na podobnym poziomie we wszystkich oddziałach klasowych (I – 14%, II – 11%, III – 13%). Chłopcy prawie trzykrotnie częściej niż dziewczęta, biorą udział w przemocy fizycznej (58% i 21%) i niewerbalnej (51% i 16%). Wśród dziewcząt dominuje przemoc słowna (59%). Podejmowanie zachowań ryzykownych oraz udział w formach przemocy wykazuje istotny związek z poczuciem niezadowolenia z życia.

Wnioski. Sięganie przez młodzież gimnazjalną po alkohol wzrasta wraz z wiekiem. Uczestnictwo w kontaktach seksualnych na poziomie gimnazjum jest największe w klasie pierwszej. Chłopcy wykazują większą skłonność do stosowania przemocy. Niezadowolenie z własnego życia prowadzi do podejmowania zachowań ryzykownych i stosowania przemocy.

Summary

Introduction. The aim of the study was to diagnose and assess risky behaviours in junior high school students. The second part of the study focuses on the analysis of health-threatening behaviours such as smoking cigarettes, drinking alcohol, early sexual initiation and violence as well as on some social behaviours and sense of satisfaction with life.

Material and methods. The study was conducted in the group of 106 students (61 girls and 45 boys) of the first, second and third form of junior high school from the rural environment localized on the outskirts of Toruń. Diagnostic survey and author's original questionnaire were used in the study.

Results. The biggest number of junior high school students use alcohol. In the 1st form – 54%, in the 2nd – 71% and in the 3rd – 73%. In the 1st form 54% smoke cigarettes, in the 2nd – 20% and in the 3rd form there are 43% of smokers.

Sexual intercourse experience have 50% of the 1st form students, 16% - 2nd form students and 15% of 3rd form students. Psychoactive substances are used by 14% of 1st form students, 11% of 2nd form students and 13% of 3rd form students. Boys almost three times more often than girls use physical violence (58% and 21%) and non-verbal violence (51% and 16%). Verbal abuse is more common among girls (59%). Taking risks and use of violence are significantly related to the sense of dissatisfaction with life.

Conclusions. Use of alcohol is more common among older students than in younger ones. Sexual contacts are the most common among 1st form junior high school students. Boys tend to be more violent than girls. Sense of dissatisfaction with life leads to use of violence and risky behaviour.

Słowa kluczowe: zachowania ryzykowne, zdrowie, młodzież gimnazjalna
Key words: risky behaviours, health, junior high school students

WSTĘP

Transformacja ustrojowa przyniosła poważne nasilenie zjawisk patologii społecznej, takich jak alkoholizm, narkomania, przestępczość [1].

We współczesnym świecie mówi się o „brutalizacji życia” [1, 2]. Niestety, przemoc stała się zjawiskiem charakterystycznym dla transformacji [1]. Źródłem przemocy wśród młodzieży należy dopatrywać się na płaszczyźnie aksjologicznych przemian. Młodociani często podważają dotychczasowy system wartości ponadczasowych [3].

Niepokoją nie tyle rozmiary zjawiska przemocy, co obniżająca się granica wieku sprawców różnych czynów przestępczych. Przemoc i agresja stała się charakterystyczną formą reakcji człowieka na wszechogarniający go stres - życia i pracy [4].

Zachowania agresywne młodzieży są swego rodzaju „środkiem zaradczym” na podwyższone napięcie odczuwanego lęku oraz obronę własnego „Ja”. Stanowią mechanizm obronny przed skutkami przeżywanego frustracji [5].

MATERIAŁ I METODA

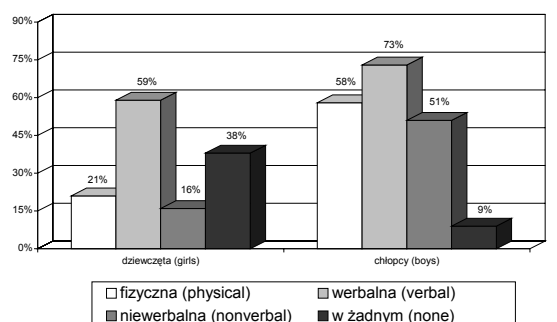
Metodyka badań oraz charakterystyka próby badawczej została szczegółowo omówiona w pierwszej części pracy. Z uwagi na to, iż zakres problematyki badań dotyczący zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej był szeroki, wyniki badań podzielono i zaprezentowano w dwóch częściach pracy.

W drugiej części pracy podjęto próbę analizy i oceny głównie zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak m. in., palenie papierosów, spożywanie używek alkoholowych, wczesną inicjację seksualną, stosowanie przemocy, wybranych zachowań społecznych oraz poczucia ogólnej satysfakcji z życia.

WYNIKI

Dorastająca młodzież podejmuje wiele zachowań ryzykownych, jednym z nich jest stosowanie przemocy. Blisko $\frac{3}{4}$ uczniów przyznaje się do stosowania przemocy werbalnej (groźby, przewiska, ośmieszanie), co trzecia badana osoba brała udział w przemocy fizycznej (bójki), natomiast niewerbalną przemoc (groźenie pięścią, pokazywanie nieprzyzwoitych gestów) stosowało 31% młodzieży. Co czwarty badany gimnazjalista twierdził, że nie uczestniczył w żadnym rodzaju przemocy. Chłopcy prawie trzykrotnie częściej brali

udział w przemocy fizycznej i niewerbalnej ($\chi^2 = 22,86410, df = 3, p=0,000$). Wśród dziewcząt dominowała przemoc słowna (ryc. 1).



Ryc. 1. Rodzaje przemocy rówieśniczej w zależności od płci
Fig. 1. Kinds of peer violence in relation to gender

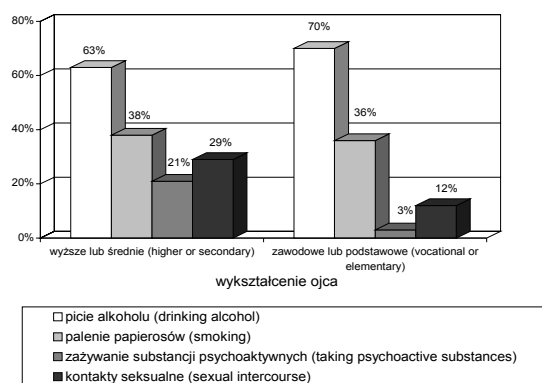
Analiza uczestnictwa uczniów w sytuacjach ryzykownych dla zdrowia wykazała, że 67% gimnazjalistów przyznaje się do picia alkoholu, 41% uczniów - do palenia papierosów, co czwarta osoba zaznaczyła kontakty seksualne, a 12% miało już kontakt z narkotykami. Największym zagrożeniem jest alkohol. W poszczególnych klasach sięganie przez młodzież po używki alkoholowe przedstawia się następująco: w klasie I – 54%, w klasie II – 71% i w klasie III – 73%. Z klasy I taki sam procent uczniów (54%) pali papierosy, z II – 20%, a z klasy III – 43% ankietowanej młodzieży. W kontaktach seksualnych uczestniczyło 50% uczniów z klasy I, 16% z klasy II i 15% z klasy III. Zazywanie substancji psychoaktywnych kształtuje się na podobnym poziomie we wszystkich oddziałach klasowych (I – 14%, II – 11%, III – 13%).

Uczniowie, których ojcowie mają wykształcenie zawodowe lub podstawowe w większym stopniu sięgają po alkohol i z niewielką przewagą palą papierosy. Natomiast w przypadku wyższego bądź średniego wykształcenia ojca zauważa się u dzieci tendencję w kierunku podejmowania wczesnej inicjacji seksualnej oraz sięgania po narkotyki (ryc. 2).

Na pytanie „Jak reagujesz na krzywdę wyrządzoną rówieśnikom?” – 58% respondentów deklarowało, iż staje wówczas w obronie osoby poszkodowanej, 30% stara się w takiej sytuacji wezwać pomoc, 14% udaje, że nie widzi, a 2% reaguje ucieczką.

Analizując pytanie „Co robisz widząc osobę niewidomą przed przejściem dla pieszych?” wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy deklaracją pomocy a wykształceniem ojca ($\chi^2=8,54557, df=3$,

$p=0,036$). Uczniowie, których ojcowie posiadają wykształcenie zawodowe lub podstawowe mają większą skłonność niesienia pomocy innym. Podobnie, dzieci matek z niższym wykształceniem częściej deklarowały pomoc.



Ryc. 2. Uczestnictwo w sytuacjach ryzykownych w zależności od wykształcenia ojca

Fig. 2. Participation in risky situations in relation to father's education

Ankieta zawierała również pytania o poczucie satysfakcji z życia i najczęściej doświadczanych emocji. Przeważająca większość uczniów (63%) deklarowała zadowolenie z życia. Prawie co piąty ankietowany (18%) stwierdził, że nie jest usatysfakcjonowany z własnego życia, a 19% uczniów nie potrafiło się w tej kwestii jednoznacznie określić. Otrzymano zależność istotną statystycznie ($p<0,050$) pomiędzy poziomem zadowolenia z życia a udziałem młodzieży w przemoc. Badania wykazały, że uczniowie, którzy nie są zadowoleni z życia oraz ci, którzy nie potrafią się pod tym względem określić, są bardziej podatni na udział w różnych formach przemocy.

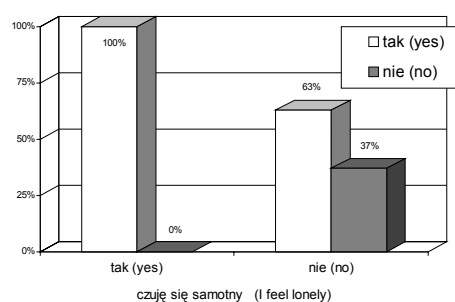
Blisko połowa (44%) badanej młodzieży deklarowała, że najczęściej czuje się dobrze (spokojna). Co czwarty ankietowany (26%) wyznaje, że brak mu pewności siebie, 18% odczuwa niepokój i zdenerwowanie, a 12% respondentów ma poczucie osamotnienia.

Stwierdzono istotny związek ($p<0,050$) między poczuciem osamotnienia a sięganiem przez młodzież po alkohol (ryc. 3).

W sytuacjach trudnych młodzież najczęściej (65%) zwraca się o pomoc do koleżanki lub kolegi, w dalszej kolejności (42%) – do rodziców, co czwarta osoba do rodzeństwa i taki sam odsetek uczniów szuka pomocy u nauczyciela, a 13% nie dzieli się swoimi problemami z nikim, trudności szkolne starają się rozwiązać sami.

Wśród uczniów gimnazjum, 43% deklaruje dobry kontakt z rodzicami, niewiele więcej (45%) przyznało,

że nie zawsze te relacje są poprawne a 12% ujawniło, że nie ma dobrego kontaktu z rodzicami.



Ryc. 3. Kontakt uczniów a alkoholem w zależności od ich poczucia osamotnienia

Fig. 3. Use of alcohol in relation to the sense of loneliness

DYSKUSJA

Przeprowadzone badania potwierdzają przejawianie przez młodzież gimnazjalną różnych form przemocy oraz skłonność do zachowań ryzykownych.

Źródeł przemocy nieletnich należy dopatrywać się w złym funkcjonowaniu rodziny, która dopuszcza się różnych form przemocy wobec własnych dzieci. Młody człowiek, który już od dzieciństwa nie czuje się przez najbliższe mu osoby akceptowany i kochany, a przy tym doświadcza bicia i poniewierania, zdaniem Sztumskiego [6], dorastając będzie wykazywał chęć odwetu na innych. Według Sztumskiego [6], nasilenie skłonności do przemocy będzie wzrastać pod wpływem doświadczanych frustracji, w wyniku niemożności zaspokojenia wielu ważnych potrzeb. Należy pamiętać, że zachowanie agresywne jest często kompensatą własnych niepowodzeń życiowych, w tym - szkolnych. Innym, niebezpiecznym źródłem zachowań agresywnych u młodzieży są mass media [6, 7, 8], ukazujące w reklamach i programach telewizyjnych kult pieniądza, hedonizmu czy przysłowiowego cwaniactwa [6]. Zdaniem Gałasia [8] „wielowymiarowa rzeczywistość kultury w perspektywie mediów jest często redukowana do przyjemności i rozrywki, przesyconej brutalnością i przemocą”. Młody człowiek dopuszcza się przemocy także z nudy oraz z braku odpowiednich wzorców zachowań i wartości.

Ponadto, w społeczeństwie, w którym istnieje duża konkurencja i to nie tylko na rynku pracy, nie wszyscy są w stanie poddać wielu wymaganiom i nadążać za szybkim tempem przemian. Człowiek, żyjąc w poczuciu nieustającego zagrożenia, zainteresowany jest własnym przetrwaniem, staje się nieczuły na krzywdę ludzką, dopuszcza się różnych przejawów przemocy

[1]. Niestety, przemoc i agresja we współczesnych społeczeństwach przyjmuje coraz to drastyczniejsze formy i dotyczy coraz młodszych grup wiekowych.

Z niektórych doniesień wynika, że na brutalizację życia wśród nieletnich wpływ ma środowisko rówieśnicze pozbawione właściwych wzorców postępowania, filmy ukazujące sceny okrucieństwa, niektóre gry komputerowe, niewłaściwy styl wychowania, brak dobrego przykładu ze strony rodziców [3], a także przemoc przejawiana w różnych formach przez szkołę [1].

Badania własne dowiodły, że największym zagrożeniem są używki alkoholowe (67%), do których większą skłonność wykazują chłopcy (odpowiednio: 76% i 61%). Jest to zbieżne z doniesieniami innych badaczy [9, 10]. Z kolei - badania Sygita [11] wykazały nieco niższy odsetek uczniów sięgających po alkohol (około 50%). W badaniach Papieża [12], większość młodzieży przyznała, że picie używek alkoholowych poprawia nastrój, eliminuje stres, ułatwia pokonanie nieśmiałości.

Picie alkoholu tylko pozornie i chwilowo zagłusza stres i poprawia nastrój. Z czasem prowadzi do degradacji sfery umysłowej, nałogu i staje się przyczyną zachowań agresywnych.

Zachowania problemowe pozostają w związku z realizacją potrzeby niezależności i akceptacji w grupie rówieśniczej oraz zbliżaniem się do fazy dorosłości [13].

Wykazano istotny związek pomiędzy sięganiem przez młodzież po alkohol a poczuciem osamotnienia i niezadowolenia z życia. Powinno to stanowić ceną wskazówkę dla wychowawców. U podłoża tychże zachowań może tkwić brak wsparcia w okresie dość przełomowym dla młodego człowieka. Przede wszystkim to rodzina powinna dostarczać dziecku pożądanych społecznie wzorców postępowania i stanowić główne źródło wsparcia, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, w przeciwnym razie młody człowiek będzie go szukać w grupie rówieśniczej, w której nie zawsze znajduje dobry przykład.

Innym, równie niepokojącym zjawiskiem, także częściej dotyczącym chłopców, jest palenie papierosów (odpowiednio: 53% i 31%). Dość zaskakującym wynikiem okazał się fakt, że uczniowie z klasy I pałą częściej (54%) niż ich starsi koledzy. Badania wykazały, że 12% gimnazjalistów miało już kontakt z substancjami psychotropowymi, co jest zbieżne z doniesieniami Woynarowskiej [14]. Sieganie po ten typ używek bywa podyktowane młodzieżową modą, chę-

cią odreagowania stresu, inny powód to chęć uzyskania wyższych wyników w nauce, oddziaływanie mass mediów.

Powinien niepokoić również fakt, wynikający z przeprowadzonych badań, że co czwarty gimnazjalista bezpośrednio uczestniczył w kontaktach seksualnych, przy czym chłopcy blisko dwukrotnie częściej niż dziewczęta.

Zauważono, że wykształcenie ojca istotnie różnicuje rodzaj podejmowanego przez młodzież zachowania ryzykownego. Niższe wykształcenie usposabia do sięgania po alkohol, natomiast w przypadku wyższego poziomu wykształcenia zauważa się większą skłonność do narkotyków i kontaktów seksualnych.

Warto podkreślić, że głównym inicjatorem stylu życia dzieci są rodzice, przede wszystkim od ich poczynań zależy ukierunkowanie zachowań – na prozdrowotne lub antyzdrowotne. W kształtowaniu nawyków prozdrowotnych niezmiernie ważny jest czas poświęcony wychowankowi, zainteresowanie się jego problemami oraz wielowymiarowe wsparcie, przede wszystkim ze strony rodziców.

Z przeprowadzonych badań oraz doniesień innych autorów [15] jednak wynika, że rodzina nie zawsze jest pierwszoplanową grupą wsparcia. W dbałości o zdrowie psychiczne dziecka i jego rozwój osobowości niezwykle pożądana jest zgodność i spójność poglądów w zakresie oddziaływań wychowawczych. W okresie adolescencji dla obrony własnego zdania oraz szanowania cudzych poglądów ważne jest kształtowanie u wychowanka postaw asertywnych.

Niestety, współczesny człowiek w ciągłej gonitwie za dobrobytem i karierą zapomina o tych niezmiernie ważnych dla wychowania młodego człowieka kwestiach.

WNIOSKI

1. Sieganie przez młodzież gimnazjalną po alkohol wzrasta wraz z wiekiem.
2. Uczestnictwo w kontaktach seksualnych na poziomie gimnazjum jest największe w klasie pierwszej.
3. Połowa uczniów klasy pierwszej bezpośrednio uczestniczyła już w picu alkoholu, paleniu papierosów oraz w kontaktach seksualnych.
4. Chłopcy wykazują większą skłonność do stosowania przemocy.

5. Poziom wykształcenia ojca różnicuje formę podejmowanych przez młodzież zachowań ryzykownych.
6. Niezadowolony z własnego życia prowadzi do podejmowania zachowań ryzykownych i stosowania przemocy.

PIŚMIENNICTWO

1. Maria Szczepka-Pustkowska M.: Młodzież – Przemoc – Transformacja. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, 11-30.
2. Kawula S.: Brutalizacja życia: człowiek z drugim człowiekiem czy idziemy ubić klienta? W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, 114-125.
3. Żebrowski J.: Psychospołeczne skutki przemocy i agresji w szkole. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, 267-276.
4. Panasiuk B.: Przemoc i agresja jako specyficzna forma reakcji człowieka na stres życia i pracy. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, 81-94.
5. Mendecka G.: Źródła agresji w środowisku szkolnym determinujące gotowość do przemocy. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, 310-319.
6. Sztumski J.: Społeczne uwarunkowania przemocy. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2000, 31-35.
7. Krahe' B.: Agresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
8. Gałaś M.: Przemoc w mediach. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2000, 95-106.
9. Łepecka-Klusek C., Majsiak E., Bucholec M. i wsp.: Uczniowie gimnazjum wobec palenia papierosów i stosowania używek. Zdrowie Publiczne 2002, 112, 130-132.
10. Chrobot A.M., Łoboda J.: Wpływ środków masowego przekazu na zachowania zdrowotne i społeczne młodzieży. Ann. Academiae Medicae Bydgosiensis 2003, 17/2, 13-16.
11. Sygit K., Sygit M., Talerczyk M. i wsp.: Znaczenie znajomości zachowań zdrowotnych młodzieży wiejskiej dla poprawy stanu zdrowia. Zdrowie Publiczne 2003, 113, 139-143.
12. Papież J.: Spożywanie alkoholu przez wiejskich gimnazjalistów. Rocznik PZH 2006, supl. (55), 121-124.
13. Bobrowski K.J., Czabała J.C., Brykczyńska C.: Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, 14 (4), 285-292.
14. Woynarowska B. (red.): Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Raport z badań. Warszawa 2003.
15. Grochocińska R.: Przemoc w rodzinie zjawiskiem zagrożenia rozwoju dziecka w wieku wczesnoszkolnym. W: Papież J., Płukis A. (red.): Przemoc dzieci i młodzieży. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2000, 413-417.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Halina Zielińska-Więczkowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel.: (052) 585 21 94

Otrzymano: 16.09.2008

Zaakceptowano do druku: 28.10.2008

PRACA KAZUISTYCZNA / CASE REPORT

Jan Remplewicz, Mikołaj Kurczewski, Andrzej Lewandowski

SPECYFIKA AKTYWNOŚCI SPORTOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

SPECIFICITY OF SPORT ACTIVITY OF HANDICAPPED PERSONS

Z Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
p.o. kierownik: dr Andrzej Lewandowski

Streszczenie

Prawidłowa rehabilitacja jako proces interdyscyplinarnego oddziaływania na pacjenta jest warunkiem rozpoczęcia kształtowania aktywności ruchowej. Różni się ona jednak, również jej skutki, od realizowanej przez osoby pełnosprawne. Niezbędne jest stosowanie w niej różnych metod i środków uwzględniających specyfikę wynikającą z porażień i niedowładów mięśni. Tym samym więc prowadzący ją musi znać osobliwe zachowania osób niepełnosprawnych, wynikające z porażień lub dysfunkcji mięśni.

Przedstawione w pracy rezultaty sportowe uzyskane przez niepełnosprawnych lekkoatletów ukazują konieczność znajomości zachowań emocjonalnych, stanu intelektu i zmysłów, które w większym stopniu niż w przypadku pełnosprawnych osób wpływają na efekty motorycznego ich kształcenia.

Sformułowano wnioski wskazujące na duże prawdopodobieństwo napotkania na podobne problemy podczas realizacji codziennej aktywności ruchowej, również standardów terapeutycznych, z osobami niepełnosprawnymi nieuprawiającymi sportu.

Summary

Correct rehabilitation as a process of an interdisciplinary influence on a patient is the precondition of developing motor activity. However, motor activity of the handicapped, as well as its results, differ from the one realized by fully fit persons. In motor activity of the disabled it is necessary to apply various methods and equipment taking into account the specificity resulting from palsy and muscle paresis. The person conducting activities for the handicapped has to know their peculiar behaviours resulting from the dysfunction of muscles.

Sport results achieved by handicapped athletes, as presented in the study, indicate the necessity of knowing their emotional behaviours, state of mind and senses, which to a higher degree than in the case of fully fit persons, influence the effects of their motor education.

Formulated conclusions point to the great probability of encountering similar problems during realization of motor activity, and also therapeutic standards, with the disabled non-athletes.

Słowa kluczowe: lekkoatleci, wynik sportowy, uwarunkowania, wskazania

Key words: athletes, sport result, conditions, indications

WSTĘP

Rehabilitacja jako proces kompleksowego, systematycznego i ciągłego oddziaływania poprzez system odpowiednich ćwiczeń, służy maksymalnemu usprawnianiu człowieka. Odpowiedni dobór zabiegów fizykalnych, psychologicznych, manualnych, socjologicznych kształci także cechy osobowości zmniejszające niekorzystne skutki porażień i niedowładów [1].

Proces ten jest więc skierowany nie tylko na sferę ruchową, lecz w równym niemal stopniu na sferę emocjonalną i intelektualną pacjenta. Tym samym więc dobrze realizowana rehabilitacja powinna skutkować zadumą, myśleniem, planowaniem, odkrywaniem i wynajdywaniem działalności pacjenta, czyli szukaniem twórczej jego aktywności.

W działaniu twórczym następuje aktywizacja cech psychiki – głównie myślenia i ekspresji. Powoduje to stopniowo powstającą integrację wewnętrzną osobowości, społeczne przystosowanie oraz indywidualizację i samorealizację będącą najwyższym stopniem edukacji procesu usprawniania – jest to początek terapii kreatywnej [1]. Występują w nim, u osób niepełnosprawnych, zmiany w dziedzinie motywacyjno-efektywnej, poznawczo-kreatywnej oraz w obszarze usprawnienia psycho-ruchowego. W tak realizowanym procesie niepełnosprawna osoba nabywa umiejętności wykorzystywania osiągniętej sprawności do nauki odpowiednich ruchów w nowo powstałej sytuacji dla swojego organizmu. Zaczyna tym samym pokonywać trudności wydolnościowo-techniczne, które otwierają drogę do uprawiania sportu [2, 3].

Najczęściej w naszej praktyce mamy do czynienia z zawodnikami po mózgowym porażeniu dziecięcym, w wyniku którego występują różnorodne, zmieniające się wraz z wiekiem, zaburzenia ruchu i postawy (porażenia, niedowłady, ruchy mimowolne, zaburzenia napięcia mięśniowego, zaburzenia równowagi), współistniejące z innymi zaburzeniami, np. mowy, wzroku, słuchu i intelektu. W uwarunkowaniach tych mogą występować zmiany napięcia mięśniowego, niedowłady ruchowe, upośledzenia czucia, bóle i przykurcze w obrębie narządu ruchu, a także zaburzenia równowagi [1, 3]. W wyniku tych uszkodzeń niejednokrotnie powstają stany emocjonalne, które zwiększają napięcie psychiczne wywołujące napięcie mięśniowe, aktywują układ hormonalny i nerwy autonomiczne.

Sport niepełnosprawnych poprzez czynnik rywalizacji z innymi osobami niepełnosprawnymi budzi motywację do porównania swoich osiągnięć z wynikami konkurentów, motywuje do dalszej pracy i treningu w celu uzyskania lepszych rezultatów [4]. Sytuacja ta, jak każdy etap rehabilitacji medycznej, powinna zakończyć się diagnozą fizjoterapeutyczną, która obejmuje:

- ocenę napięcia mięśniowego,
- ocenę kontroli motorycznej,
- ocenę siły mięśniowej,
- ocenę zakresu ruchów w stawach obwodowych

[1, 5].

Tym samym więc, specyfika pracy z niepełnosprawnymi w obszarze ich aktywności fizycznej sprowadza się do przedstawienia bilansu motoryki niepełnosprawnego.

SPECYFIKA POSTĘPOWANIA W TRENINGU NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Po zakończeniu rehabilitacji medycznej osoby, u której wskazać można predyspozycje do uprawiania sportu (budowa somatyczna predysponująca do uprawiania wybranej konkurencji sportowej, zdolności motoryczne, motywacja do podejmowania systematycznego i dużego wysiłku fizycznego), proponujemy na początek zabawę w sport.

Należy jednak pamiętać, że w przypadku osób niepełnosprawnych można stosunkowo szybko wywołać stan zniechęcenia do uprawiania sportu przez zbyt duży wysiłek fizyczny, stawianie celów o wygórowanych ambicjach, zbyt szybkie oczekiwanie na rekordy i medale.

Powyższe opracowanie zrealizowano na przykładzie lekkiej atletyki, która proponuje stosunkowo szeroki wachlarz możliwości dla zawodników z porażeniami i niedowładami. Mogą oni rzucać stojąc i na siedząco, mogą biegać, ścigać się na wózkach, mogą skakać w dal i wżwyz [2, 5, 6, 7] nie oznacza to jednak, że problemy w nim poruszone nie występują w innych formach aktywności sportowej osób niepełnosprawnych lub też nawet we wcześniejszym procesie rehabilitacyjnym.

Trening sportowy stawia jednak cele, które zmierzają do podniesienia sprawności motorycznej, wydolności, opanowania techniki różnych konkurencji i sprawdzenia ich w formie rywalizacji podczas zawodów sportowych [4].

Przy treningu sprawnościowo-wydolnościowym można stosować podobne metody jak w przypadku zawodników zdrowych, jednak intensywność i wielkość obciążeń musi uwzględniać indywidualne możliwości osób niepełnosprawnych [4, 8]. Przejawy właściwości motorycznych niezbędne do osiągania coraz lepszych wyników (siła, szybkość, wytrzymałość, gibkość) są bazą przy nauce techniki. Należy pamiętać, że trudności czy niepowodzenia w nauce techniki wybranych konkurencji często mają źródła w niskim poziomie sprawności ogólnej i specjalnej. Wynika to z nowych warunków, w jakich znalazł się niepełnosprawny. Stąd też szczególnie na początku etapu szkoleniowego należy bardzo konsekwentnie realizować trening na bazie dobrego ogólnego przygotowania sprawnościowego [3, 5, 9].

Technika wykonania rzutu, skoku czy biegu przez zawodnika niepełnosprawnego z porażeniami lub niedowładami nie odbiega obrazem ogólnym od techniki zawodnika zdrowego. Nauka techniki jest jednak treningiem monotonnym, wymagającym bardzo wielu

powtórzeń, cierpliwości, systematyczności, odpowiedniego poziomu intelektualnego. Specyfiką w nauczaniu techniki u osób niepełnosprawnych jest liczba serii oraz powtórzeń w serii.

W treningu tym następuje zmęczenie dróg poznawczych, dlatego należy wykonywać dużo powtórzeń. W konkurencjach rzutowych proponuje się np. 10-15 serii, 4-5 powtórzeń w serii z przerwą 2-3 minut. Taka organizacja treningu jest możliwa wówczas, kiedy trener ma pod opieką 3-4 zawodników, co wydłuża czas treningu, ale jest niezbędne, aby można było realizować zasadę indywidualizacji – szczególnie istotną w pracy z osobami niepełnosprawnymi.

W nauczaniu techniki obserwuje się słabą trwałość pamięci. Stwarza to często potrzebę powrotu już po trzech tygodniach do pewnych elementów techniki skoku czy rzutu, którą już ćwiczyli wcześniej. Wynika to z faktu, że zawodnik zapominał pewne elementy uprzednio już opanowane. Należy więc ponownie ćwiczyć wyuczone elementy techniki co jest jednym z przykładów specyfiki pracy z osobami niepełnosprawnymi [10].

W nauce techniki często występują niepowodzenia. Wywołują one zniechęcenie, co może być powodem rezygnacji wielu niepełnosprawnych zawodników z dalszych treningów [3]. W tym ogniwie istotne są cechy indywidualne trenera, który powinien wykazać się nie tylko wiedzą i zaangażowaniem, ale także cierpliwością, wytrwałością, konsekwencją w treningu. Powinien umieć zmotywować zawodnika do pokonania występującego kryzysu – wykorzystując metodę drobnych sukcesów można pokonać ten trudny etap.

PRAKTYCZNE DOŚWIADCZENIA

W treningu sportowym osób niepełnosprawnych istotna jest sfera intelektualno-emocjonalna. Zarówno w czasie treningu, jak i w trakcie zawodów sportowych obserwuje się dziwne zachowania zawodników, którzy przejawiają bardzo emocjonalnie reakcje, kiedy dochodzi do rywalizacji. Często podczas treningu rzutów czy skoków zawodnik osiąga wyniki w granicach swoich rekordów a nawet je przekracza. W trakcie sprawdzianu realizowanego podczas treningu lub rozpoczęcia konkursu na zawodach u wielu zawodników obserwuje się znacznie słabsze rezultaty niż uzyskiwane wcześniej wyniki. Zawodnik usztywnia się, popełnia błędy techniczne, co rzutuje ujemnie na wynik sportowy – przykładem są wyniki uzyskane przez zawodników z porażeniem połowicznym (hemiplegia).

Tabela I. Wyniki sportowe zawodników Igrzysk Paraolimpijskich w Atenach 2004 r.

Table I. Sport results of competitors at the Paralympic Games in Athens 2004 r.

Kategoria Category	Wynik uzyskany przed południem Result achieved in the morning	Wynik uzyskany w trakcie zawodów Result achieved during competition	Wynik kontrolny uzyskany po południu Control result achieved in the afternoon
Pchnięcie kulą (m) shot put (m)			
Zawodnicy z Polski Competitors from Poland	12,80 14,80	11,98 13,94	12,68 14,60
Zawodnik z Ukrainy Competitor from Ukraine	13,98	13,15	13,82
Rzut dyskiem (m) discus throw (m)			
Zawodnicy z Polski Competitors from Poland	54,80 48,50	49,60 45,60	54,40 48,10
Zawodnik z Egiptu Competitor from Egypt	55,50	49,00	54,80

Zawodnik niepełnosprawny zaczyna walczyć zarówno ze swoją niepełnosprawnością, jak i stresem wynikającym ze startu, z przeciwnikami, presją reprezentanta oraz indywidualnymi i prywatnymi oczekiwaniami (medal, nagroda). Bardzo istotny staje się więc trening mentalno-emocjonalny, który powinien być realizowany podczas treningów na zawodach o różnej randze. W wyniku takiego postępowania zachowanie zawodnika może się zmienić zgodnie z oczekiwaniami, jeżeli jednak wcześniej zostaną spełnione poniższe uwarunkowania:

- zawodnik będzie dobrze przygotowany pod względem sprawnościowo-wydolnościowym,
- zawodnik bardzo dobrze opanuje technikę swej konkurencji,
- zawodnik będzie miał szansę wielu startów o różnej randze,
- w czasie startu będzie stworzona przyjazna zawodnikowi atmosfera,
- zawodnik będzie miał wsparcie w swoim trenerze,
- zawodnik będzie pozytywnie zmotywowany i przekonany o swojej wartości i sile sportowej,
- zawodnik będzie miał ustabilizowany status materialno-bytowy,
- podczas zawodów będą zachowane komfortowe warunki termiczne (temp. powietrza 22⁰-30⁰C).

W niniejszej pracy zasygnalizowano jedynie niektóre problemy treningu i startu niepełnosprawnych zawodników, które należą do skomplikowanych zagadnień z dziedziny psychologii, fizjologii, rehabilitacji większości osób niepełnosprawnych. Podane przykłady,

piśmiennictwo i doświadczenia własne wynikające z pracy w obszarze sportu paraolimpijskiego pozwoliły na sformułowanie poniższych wniosków.

WNIOSKI

1. Warunkiem skutecznie realizowanej aktywności sportowej jest bardzo poprawna realizacja wcześniejszego procesu rehabilitacji medycznej oraz dogłębne poznanie, przez prowadzącego zajęcia sportowe, indywidualnych możliwości niepełnosprawnego w zakresie mentalnym, ruchowym i emocjonalnym.
2. Specyfika sportu niepełnosprawnych może mieć odniesienie do całego procesu rehabilitacji ruchowej i wymaga profesjonalnej wiedzy merytorycznej w zakresie wybranej dyscypliny sportowej oraz zespołu pozytywnych cech charakteru trenera-instruktora

LITERATURA

1. Kwolek A.: Rehabilitacja medyczna, t. 1. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.
2. Kowalik St. (red.): Sport dla osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne dla sportu. AWF, Poznań 1999.
3. Zębaty A.: Kinezyterapia, t. II. Wydawnictwo „Kasper” 2003.
4. Wolański N.: Rozwój biologiczny człowieka. PWN, Warszawa 1975.
5. Sozański H.: Postawy teorii treningu sportowego. Biblioteka Trenera, Warszawa 1999.
6. Dziedzic J.: Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych, psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne. AWF, Poznań 1996.
7. Milanowska K.: Kinezyterapia. PZWL, Warszawa 1967.
8. Witczak T., Sozański H.: Trening siły mięśniowej inwalidów. Zakład CZAR, Warszawa 1979.
9. Sozański H., Śledziewski D.: Obciążenia treningowe. Biblioteka Trenera, Warszawa 1995.
10. Dziedzic J., Remplewicz J.: Kultura fizyczna w szkołach i zakładach dla niewidomych i niedowidzących. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej
UMK w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
tel.: (052)585-36-12
e-mail: kizpodsckf@cm.umk.pl

Otrzymano: 25.03.2008

Zaakceptowano do druku: 16.09.2008

PRACA KAZUISTYCZNA / CASE REPORT

Iwona Szymkuć, Sabina Lach-Inszczyk, Magdalena Mackiewicz-Milewska, Anna Daria Talar, Wojciech Hagner

PŁODOWE ZBLIZNOWACENIE MIĘŚNI – OPIS PRZYPADKU

ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA – A CASE REPORT

Z Katedry i Kliniki Rehabilitacji UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Hagner, prof. UMK

Streszczenie

W pracy autorzy przedstawili opis przypadku dziecka z ciężką postacią płodowego zbliznowacenia mięśni. Chłopiec trafił do Kliniki Rehabilitacji celem leczenia usprawniającego w wieku 3 lat z powodu dużych dysfunkcji narządu ruchu. Rehabilitacja pacjentów dotkniętych tym schorzeniem wymaga interdyscyplinarnego podejścia do leczenia. Niezwykle

istotne jest nieodwlekanie w czasie wykonania niezbędnych zabiegów ortopedycznych, które umożliwiają kontynuację leczenia usprawniającego i osiąganie przez dziecko kolejnych etapów rozwoju ruchowego. Prawidłowy rozwój intelektualny i psychiczny dzieci jest niewątpliwie istotnym czynnikiem ułatwiającym postępowania terapeutyczne.

Summary

The authors present a case report of a child with severe arthrogryposis multiplex congenita. The three year old boy was admitted to the Rehabilitation Clinic in Bydgoszcz for rehabilitation treatment. In patients touched by this illness the process of rehabilitation requires interdisciplinary attitude. It

is essential not to delay any necessary orthopaedic interventions, which make it possible to continue rehabilitation and to achieve by child next stages of motor development. Correct intellectual and psychical development of a child facilitates therapeutic procedures.

Słowa kluczowe: płodowe zbliznowacenie mięśni, deformacje stawowe

Key words: arthrogryposis multiplex congenita, joints deformations

WSTĘP

Płodowe zbliznowacenie mięśni (*arthrogryposis multiplex congenita*) jest zespołem nieodwracalnych objawów, w którym dominują: ograniczenie zakresów ruchomości oraz przykurcze w stawach kończyn, rzadziej tułowia. Częstość występowania określa się około 3 :10 000 żywo urodzonych noworodków. Deformacje występują najczęściej symetrycznie i dotyczą w szczególności stawów obwodowych. Stopień zaawansowania choroby bywa bardzo różny. Przykurcze często doprowadzają do podwichnięć i zwichnięć w stawach, jak też do powstania wad postawy i skolioz. Zaburzenia obejmujące twarz prowadzą do szczękościsku, twarz opisuje się jako maskowatą.

Inne objawy charakterystyczne dla tego schorzenia to: znaczne osłabienie, aż do zniesienia odruchów głębokich, ścieńczenie tkanki podskórnej, opóźnienie wzrostu, występowanie podniebienia gotyckiego, hipoplastyczne rzepki, występowanie przepuklin pachwinowych, wnetrostwo, zespół krótkiego jelita, można również zaobserwować zmiany skórne w postaci naczynek, czy też „pępkowate” wciągnięcia skóry, Schorzeniu mogą towarzyszyć wady serca i nerek. [1]

W literaturze spotkać można dwie różne klasyfikacje arthrogrypozy; jeden podział według Goldberga: 1) uogólnione płodowe zbliznowacenie mięśni (zajęcie czterech kończyn),

- 2) dystalny zespół artrogrypotyczny (zajęcie stóp, rąk i twarzy),
- 3) zespół płetwiastości,
- 4) zespoły synostoz.

Podział wg Halla: [2, 3]

- 1) artrogrypoza dotycząca jedynie kończyn,
- 2) artrogrypoza dotycząca kończyn oraz innych od-cinków ciała,
- 3) artrogrypoza dotycząca kończyn z zajęciem OUN.

Spór o etiologię schorzenia nie został nadal rozstrzygnięty. Podejrzewa się, że etiologia może być pierwotnie mięśniowa lub pierwotnie neurogenna [4] lub też różne jednostki etiologiczne powodują powstanie choroby. Podkreśla się również istnienie genetycznego podłoża schorzenia. [5, 6, 7, 8]

OPIS PRZYPADKU

Chłopiec 3-letni został przyjęty do Kliniki Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy celem leczenia usprawniającego. Dziecko z ciąży I, poród drogami natury w 38 Hbd, masa urodzeniowa 2500 g z cechami hipotrofii wewnątrzmacicznej < 5 pc. U dziecka stwierdzono mnogie wady rozwojowe w zakresie układu kostno-stawowego, obustronną dysplazję stawów biodrowych, stopy szpotawe. Ponadto, stwierdzono lewostronne wnetrostwo, lewostronną przepuklinę pachwinową oraz niedokrwistość. Po przeprowadzonych badaniach klinicznych u dziecka rozpoznano artrogrypozę typ I-B (zespół Guerin-Sterna). Wykonano również badania wykluczające wrodzoną toksoplazmozę. Od urodzenia prowadzono usprawnianie: stosowano łóżeczko Zimmera oraz przez około 1 miesiąc opatrunki gipsowe na stawy kończyn górnych i dolnych, które nie przyniosły oczekiwanych efektów. Równocześnie prowadzono kinezyterapię. Od 2005 roku chłopiec leczony był w Centrum Medycznym w Aschau, tam też dwukrotnie operowany z powodu stóp szpotawych. W czerwcu 2006 roku przeprowadzono operacyjną korekcję części miękkich stopy szpotawej prawej. Po 1 tygodniu od operacji stosowano gipsy redresyjne. Następnie wykonano dla pacjenta łuski korekcyjne dzienne i nocne. W sierpniu 2006 roku wykonano podobny zabieg lewej stopy. Przy przyjęciu do Kliniki Rehabilitacji w Bydgoszczy badaniem przedmiotowym stwierdzono: prawidłowy rozwój psychiczny i emocjonalny dziecka, pacjent z dobrym kontaktem słowno-logicznym. Wzrost 86 cm, masa ciała 10 kg. Chłopiec samodzielnie obracał się z brzucha na plecy i odwrotnie, przyjmował pozycje

czworaczą, samodzielnie siadał podciągając się, posadzony siedział pewnie, postawiony na krótko przejmował podpór. Dziecko nie rozwinęło zdolności lokomocji. Przemieszczało się przesuwając na pośladkach lub pełzając. Odruchy głębokie z kończyn górnych i dolnych osłabione obustronnie, symetryczne P=L. Obustronnie ujemny objaw Babińskiego, nie stwierdzano patologicznych odruchów. Czynność zwieraczy prawidłowa, chłopiec zgłaszał potrzeby fizjologiczne. Rozwój ruchowy dziecka nieharmonijny, przy przyjęciu do Kliniki Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy oceniono na etapie 7-8 miesiąca życia. Ponadto, u dziecka stwierdzono liczne deformacje stawów. Zwłaszcza prawego stawu nadgarstkowego i palców ręki prawej, z zachowaną funkcją chwytną obu dłoni, nieco lepszą po stronie lewej, ruchy precyzyjne utrudnione. Dziecko potrafiło trzymać kredkę, próbowało rysować lewą kończyną górną. Ruchomość w stawach nadgarstkowych znacznie ograniczona, możliwa w zakresie około 10 stopni w lewym stawie nadgarstkowym i około 5° w prawym. Lewa kończyna górna, (stan po złamaniu kości ramiennej – widoczna deformacja). Staw nadgarstkowy prawy z tendencją do ustawienia zgięciowego około 70°, pełen zakres zgięcia możliwy do kąta 90°, wyprost do 0°, tendencja do zgięciowego układania palców, ale bez utrwalonych przykurczy w stawach międzypaliczkowych. Badając kończyny dolne rozpoznano zwichnięcie stawu biodrowego lewego.



Ryc. 1. Dłoń prawa. Deformacje dłoni
Fig. 1. Wright hand. Hand deformations

Kończynę dolną lewą dziecko ustawia w przywiedzeniu w stawie biodrowym, obserwuje się skrócenie długości względnej lewej kończyny dolnej około 1 cm., wyszczuplenie uda i podudzia lewego około 0,5

cm. Stopy po operacji obustronnej szpotawości, blizny dobrze zagojone. Obie stopy sztywne, ustawione w pozycji zerowej. Możliwe niewielkie ruchy bierne zgięcia grzbietowego i podeszwowego około 5^0-10^0 .

Ponadto u dziecka stwierdzono: skoliozę lewostronną I stopnia według Cobba, przodopochylenie miednicy. Przepuklinę pachwinową lewostronną. Osłabienie siły mięśniowej kończyn górnych i dolnych zarówno zginaczy, jak i prostowników, około 3 w skali Lovetta.

W trakcie pobytu stosowano leczenie usprawniające metodami neurofizjologicznymi, wykorzystano terapię metoda NDT-Bobath, Wojty, techniki manualne, ćwiczenia w basenie i hydroterapię, leczenie fizykalne: stosowano magnetostymulację apatatem Viofor, laseroterapię stawów nadgarstkowych. Uzyskano poprawę sprawności ogólnej, poprawę zakresów ruchomości w stawach średnio o około 5^0 . Stosowano również kinesiotaping oraz logoterapię. Chłopiec jest zaopatrzony w łuski dzieńne oraz nocne i aparaty szynowo opaskowe oraz łuski na kończyny dolne.



Ryc. 2. Zaopatrzenie ortopedyczne. Łuska dzienna
Fig. 2. Orthopaedic appliance. Day splint



Ryc.3. Zaopatrzenie ortopedyczne. Łuska nocna
Fig. 3. Orthopaedic appliance. Night splint



Ryc. 4. Zaopatrzenie ortopedyczne. Aparaty szynowo-opaskowe na udo i goleń
Fig. 4. Orthopaedic appliance. Splint and bandage apparatus for thigh and shin



Ryc. 5. Aparaty szynowo-opaskowe na podudzie i stopę
Fig. 5. Splint and bandage apparatus for shank and foot.

Ze względu na zwichnięcie stawu biodrowego lewego rozważane jest leczenie operacyjne. Biorąc pod uwagę dobry rozwój psychiczny i emocjonalny dziecka należy stworzyć warunki dla umożliwienia nauki chodzenia. Celem leczenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego jest obecnie umożliwienie pacjentowi lokomocji, przygotowanie do nauki czynnej pionizacji i chodzenia, a w dalszej perspektywie zapewnienie możliwie niezależnego i samodzielnego życia dziecka.

Badania dodatkowe

- Usg przeciemieniowe: grudzień 2002: mózgowie dojrzałe, układ komorowy położony pośrodkowo, nieposzerzony, symetryczny. W lewym splocie naczyniówkowym torbiel. Przestrzeń przymózgowa nieposzerzona.
- Usg mózgowia: 07.02.2005 : Struktury mózgowia w badaniu usg w normie. Układ komorowy prawidłowy, odległość między rogami przednimi komór bocznych do 23 mm, głębokość rogów przednich do 3,5 mm. Komory III i IV w normie. Przestrzeń płynowa na sklepiści mózgu do 2,8 mm, szczelina podłużna mózgu do 3,9 mm. Obraz usg spłotów naczyniówkowych w normie, po stronie lewej torbielka przysplotowa do 3,0 mm.

- Uszgow mózgowia 02.03.2006: Mózgowie nie wykazuje zmian ogniskowych. Układ komorowy i przestrzeń podtwardówkowa w normie.
- ECHO styczeń 2005: Echokardiogram prawidłowy. Nie stwierdza się wady serca ani kardiomiopatii.
- EKG styczeń 2005 : Rytm zatokowy 158 min. Normogram. Przewaga prawej komory.
- USG jamy brzusznej styczeń 2005: Wątroba położona prawidłowo, kształt i wielkość oraz miąższ w normie. Przebieg żył wątrobowych i żyły wrotnej prawidłowy. Pęcherzyk żółciowy prawidłowy. Trzustka, duże naczynia jamy brzusznej w normie. Śledziona miernie powiększona, o prawidłowym rozkładzie echa. Obie nerki położone prawidłowo, prawidłowego kształtu i echogeniczności. Nie stwierdza się poszerzenia UKM, ani moczowodów. Pęcherz moczowy zawierał około 10 ml moczu, gładkościenny – bez zmian. Po mikcji opróżnia się całkowicie. Wymiar śledziony: oś długa 41 mm, oś krótka 23 mm. Indeks śledziony ID=9,4. Wymiary nerek: nerka lewa 47x22x23 mm, nerka prawa 45x22x22 mm.
- Rtg kregosłupa piersiowo-lędźwiowego: lewostronne wygięcie kregosłupa, zastarzałe wyleczone złamanie trzonu kości ramiennej.



Ryc. 6. Rtg kregosłupa
Fig. 6. X-ray of the spine

- Rtg miednicy: Zwichnięcie stawu lewego biodrowego.



Ryc. 7. Rtg stawów biodrowych
Fig. 7. X-ray of the hip joints

- Rtg dłoni i stóp: deformacje stawowe. Dłonie ustawione w zgięciu dłoniowym, stopy szpotawe.



Ryc. 8. Rtg lewej kończyny górnej
Fig. 8. X-ray of the left upper limb



Ryc. 9. Rtg stopy prawej
Fig. 9. X-ray of the right foot



Ryc. 10. Rtg stopy prawej
Fig. 10. X-ray of the right foot

Konsultacja okulistyczna: grudzień 2002 dno oczu bez zmian.

Rozpoznanie ostateczne

Płodowe zbliznowacenie mięśni. Skolioza Th-L lewostronna I °. Zwichnięcie stawu biodrowego lewego. Przepuklina pachwinowa lewostronna. Wnętrostwo lewostronne. Stan po obustronnej operacji stóp szpotawych.

DYSKUSJA

Płodowe zbliznowacenie mięśni jest wrodzoną chorobą przebiegającą z zeszywnieniem najczęściej kilku stawów. Jest to schorzenie nieuleczalne, niepostępujące, powodujące jednak często znaczną niepełnosprawność. Niezwykle ważne jest bardzo wczesne podjęcie leczenia rehabilitacyjnego. Sukcesy terapeutyczne możliwe są bowiem pod warunkiem prowadzenia właściwej fizykoterapii i kinezyterapii z wykorzystaniem metod neurofizjologicznych takich jak NDT – Bobath i metoda Vojty oraz medycyny manualnej. Efektywność tych metod jest największa w pierwszych latach życia. W wieku późniejszym można ją zmniejszyć bez większych konsekwencji dla stanu funkcjonalnego pacjenta. W leczeniu nie można zapomnieć o stosowaniu środków zaopatrzenia ortopedycznego, takich jak szyny i łuski bierne lub czynne, aparaty szynowo-opaskowe, korygujące nieprawidłowe ustawienie w stawach, wspomagające leczenie operacyjne [9, 10].

Częścią integralną leczenia w przypadku artrogrypozy są zabiegi operacyjne, które powinny być przeprowadzone w przypadku, gdy dziecko jest tak bardzo uszkodzone, że same zabiegi rehabilitacyjne nie umożliwią przywrócenia funkcji i wszystkie możliwości leczenia fizjoterapeutycznego zostały wyczerpane. Należy również pamiętać o tym, aby zabieg operacyjny był wykonany w odpowiednim wieku dziecka, tak aby wrodzone deformacje nie hamowały dalszego rozwoju. Rozwój intelektualny dzieci z artrogrypozą bardzo często jest prawidłowy, dlatego też niezwykle istotne jest to, by nabywanie nowych umiejętności odbywało się, jeśli tylko to możliwe, w odpowiednim wieku rozwojowym. Zawsze w ustalaniu programu usprawniania należy brać pod uwagę rozwój psychiczny i emocjonalny dziecka. Szkodliwe może być stosowanie zarówno zbyt intensywnej rehabilitacji, jak też niewłaściwej, bądź zbyt łagodnej. Nadrzędnym celem usprawniania jest przygotowanie małego pacjenta do możliwie samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. Jednocześnie istotnym aspektem jest także wyedukowanie rodziców dziecka, aby wspierali rozwój dziecka, jednocześnie unikając postawy nadmiernie opiekuńczej.

WNIOSKI

Artrogrypoza jest chorobą wymagającą integralnego podejścia i długotrwałego procesu usprawniania. Efekty terapii nie zawsze przynoszą oczekiwane rezultaty, mimo wczesnie podjętego kompleksowego leczenia zarówno chirurgicznego, jak też rehabilitacyjnego. Przez nieodwracalne deformacje stawów i zniekształ-

cenia ciała nie zawsze udaje się uzyskać zadawalające wyniki leczenia. Niektórzy z pacjentów nie są w stanie rozwinąć zdolności lokomocji i samodzielnego funkcjonowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Marciniak W. Szulc A. (red.): Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. PZWL, Warszawa 2003, 2004.
2. Tachdjian M.O.: Arthrogriposis congénita múltiple (contractura congénita múltiple). En: Tachdjian (Ed) Ortopedia pediátrica. 2da ed. Volumen 3 Interamericana Nueva York 1994, pp 2252-2287.
3. Harold Chen Professor Department of Pediatrics, Medicine. Arthrogriposis Article Last Updated: Aug 8, 2007.
4. Mari Joaquina Marques-Dias. Physiopathogeny of mobius syndrome and arthrogriposis due to in utero misoprostrol ex posure. Arguivos de Neuro-Psiquiatria vol 58 n. 2B Sao Paulo June 2000.
5. Hall J.C.: Genetics aspect of arthrogriposis. Clin. Orthop. 1985, 194: 44-47.
6. Ho N.C.: Monozygotic twins with fetal akinesia: the importance of clinicopathological work-up in predicting risks of recurrence. Neuropediatrics 2000, 31: 252-256.
7. Hyett J., Noble P., Sebire N. et al.: Lethal congenital arthrogriposis present with increased nuchal translucency at 10-14 week of gestation. Ultrasound Obstet. Gynecol. 1997, 9: 310-313.
8. Philpot J, Counsell S, Bydder G et al.: Neonatal arthrogriposis and absent limb muscles: a muscle developmental gene defect?. Neuromusc. Disord.. 2001, 11:489-493.
9. Zanella B, Frengelli R, Gentilini C.: A case of congenital multiplex arthrogriposis. Some observation. Minerva Pediatr. 1990, 42: 201-205.
10. Albisetti W., Facchini R., Prina A., Scotti L. Borzani M.: Congenital multiple arthrogriposis. Raport of a case. Minerva Pediatr. 1989, Sep; 41(9); p.477-80.

Adres do korespondencji:

Katedra i Klinika Rehabilitacji
Szpital Uniwersytecki CM UMK w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
tel.: (052) 585 43 30

Otrzymano: 12.02.2008

Zaakceptowano do druku: 4.11.2008

Regulamin ogłaszania prac w *Medical and Biological Sciences*

1. Redakcja przyjmuje do druku wyłącznie prace poprzednio nie publikowane i nie zgłoszone do druku w innych wydawnictwach.
2. W *Medical and Biological Sciences* zamieszcza się:
artykuły redakcyjne
prace
 - a) pogładowe,
 - b) oryginalne eksperymentalne i kliniczne,
 - c) kazuistyczne,które mogą być napisane w języku polskim lub angielskim.
3. Objętość pracy wraz z materiałem ilustracyjnym, piśmiennictwem i streszczeniem nie powinna przekraczać 15 stron maszynopisu przy pracach pogładowych oraz 12 stron przy pracach oryginalnych i kazuistycznych. Przekroczenie objętości skutkuje opłatą 100 zł od dodatkowej strony.
4. Praca powinna być napisana jednostronnie w programie Word (na jednej stronie może być do 32 wierszy, tj. 1800 znaków, margines z lewej strony – 4 cm), czcionką 12 pkt., interlinia – 1,5.
5. W nagłówku należy podać:
 - a) imiona i nazwiska autorów oraz tytuły naukowe,
 - b) tytuł pracy (również w j. ang.),
 - c) nazwę kliniki (zakładu) lub innej instytucji, z której praca pochodzi,
 - d) tytuł naukowy, imię i nazwisko kierownika kliniki (zakładu), innej instytucji,
 - e) adres do korespondencji, który powinien zawierać również e-mail, tel i faks.
6. Każda praca powinna zawierać streszczenie w języku polskim i angielskim oraz słowa kluczowe w j. polskim i angielskim, a także piśmiennictwo.
7. Praca przygotowana w języku angielskim powinna zawierać tytuł w j. polskim, streszczenie w j. angielskim i polskim oraz słowa kluczowe w j. angielskim i polskim.
8. Prace oryginalne powinny mieć następujący układ: streszczenie w języku polskim i angielskim, słowa kluczowe w j. polskim i angielskim, wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo.
9. Tabele i ryciny należy ograniczyć do niezbędnego minimum. Tabele numerujemy cyframi rzymskimi. Tytuł tabeli w jęz. polskim i angielskim umieszczamy nad tabelą. Opisy wewnątrz tabeli zamieszczamy w języku polskim i angielskim.
10. Ryciny (fotografie, rysunki, wykresy itp.) numerujemy cyframi arabskimi. Tytuł ryciny w jęz. polskim i angielskim umieszczamy pod ryciną. Opisy wewnątrz rycin zamieszczamy w języku polskim i angielskim.
11. Odnośniki do piśmiennictwa zaznaczamy w tekście cyframi arabskimi i umieszczamy w nawiasie kwadratowym.
12. Streszczenie powinno mieć charakter strukturalny, tzn. zachować podział na części, jak tekst główny. Objętość streszczenia zarówno w języku polskim jak i angielskim – ok. 250 wyrazów.
13. Autor dostarcza pracę na dyskietce oraz 3 egzemplarze, w tym 1 kompletny, zgodny z dyskietką, zawierający nazwiska autorów i nazwę instytucji, z której praca pochodzi (patrz pkt. 5 i 9) oraz 2 egz. przeznaczone dla recenzentów bez nazwisk autorów, nazwy instytucji i innych danych umożliwiających identyfikację.
14. Na dyskietce w odrębnych plikach powinny być umieszczone:
 - a) tekst pracy,
 - b) tabele,
 - c) ryciny (fotografie w formacie BMP, TIF, JPG lub PCX; ryciny w formacie WMF, EPS lub CGM),
 - d) podpisy pod ryciny i tabele w formacie MS Word lub RTF.
15. Fotografie powinny mieć postać kontrastowych zdjęć czarno-białych na błyszczącym (ewentualnie matowym) papierze. Na odwrocie należy podać imię i nazwisko autora, tytuł pracy, numer oraz oznaczyć górę i dół.
16. Należy zaznaczyć w tekście miejsca, w których mają być zamieszczone ryciny. Wielkość rycin: podstawa nie powinna przekraczać 120 mm (z opisami).
17. Piśmiennictwo – tylko prace cytowane w tekście (maksymalnie 30 pozycji) – powinno być ponumerowane i ułożone wg kolejności cytowania, każdy tytuł od nowego wiersza. Pozycja piśmiennictwa dotycząca czasopisma musi zawierać kolejno: nazwisko, inicjał imienia autora (ów) – maksymalnie trzech – tytuł pracy, tytuł czasopisma wg skrótów stosowanych w „Index Medicus”, rok, numer tomu i stron. Przy cytowaniu pozycji książkowej (monografii, podręczników) należy podać nazwisko i inicjały imion autorów, tytuł dzieła, wydawcę, miejsce i rok wydania.

18. Z pracą należy przesłać oświadczenie, iż nie była ona dotąd publikowana, a także że nie została złożona do innego wydawnictwa oraz zgodę kierownika zakładu na publikację.
19. Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie podpisane przez wszystkich współautorów, że aktywnie uczestniczyli w jej realizacji i przygotowaniu do druku oraz akceptują bez zastrzeżeń tekst pracy w formie przesłanej do redakcji.
20. Prace niespełniające wymogów regulaminu będą zwracane autorom.
21. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania usterek stylistycznych oraz dokonywania skrótów.
22. Za prace zamieszczone w *Medical...* autorzy nie otrzymują honorarium.
23. Redakcja nie przekazuje autorom bezpłatnych egzemplarzy *Medical...*
24. Prace publikowane w *Medical...* są oceniane przez dwóch recenzentów.
25. *Medical and Biological Sciences* są punktowane zgodnie z listą czasopism Ministerstwa Nauki i Informatyzacji i otrzymują 2 punkty.

Redakcja:

Medical and Biological Sciences
ul. Powstańców Wielkopolskich 44/22
85-090 Bydgoszcz

Dyżury sekretarza Redakcji: wtorek 11.00-13.00
tel.: (052) 585 33 26

Opracowanie redakcyjne i realizacja wydawnicza:



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Mikołaja Kopernika

Redakcja z siedzibą w Bydgoszczy: Krystyna Frąckowiak, Ewa Wiśniewska
ul. Powstańców Wielkopolskich 44/22, 85-090 Bydgoszcz
tel./faks: 052 585 33 25, e-mail: wydawnictwa@cm.umk.pl
COLLEGIUM MEDICUM im. LUDWIKA RYDYGIERA
BYDGOSZCZ 2008

Nakład: 150 egz.

Druk i oprawa: Drukarnia cyfrowa UMK, ul. Gagarina 5, 87-100 Toruń, tel.: 056 611 22 15