

## MATERIAŁY KONFERENCYJNE

# *WIELOWYMIAROWE ASPEKTY OPIEKI NAD PACJENTEM NEUROLOGICZNYM I NEUROCHIRURGICZNYM*

### **Organizatorzy:**

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU



Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych

**Termin:** 22-23 września 2017 roku

**Miejsce:** Centrum Naukowej Informacji Medycznej  
ul. Karola Marcinkowskiego 2-6, 50-368 Wrocław

**Szczegóły:** [www.neuro.umed.wroc.pl](http://www.neuro.umed.wroc.pl)

Ogólnopolska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa

*Wielowymiarowe aspekty opieki nad  
pacjentem neurologicznym i  
neurochirurgicznym*

**KSIĄŻKA STRESZCZEŃ**

Wrocław, 23 września 2017

ORGANIZATORZY



**UNIWERSYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU



Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych

## PATRONAT HONOROWY

Marszałek Województwa Dolnośląskiego

Cezary Przybylski



**DOLNY  
ŚLĄSK**

**PATRONAT HONOROWY  
MARSZAŁKA  
WOJEWÓDZTWA  
DOLNOŚLĄSKIEGO**

JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich

Prof. dr hab. Marek Ziętek



**UNIWERSYTET MEDYCZNY  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU**

Przewodniczący PTPNN

Dr n. med. Marcelina Skrzypek-Czerko

Krajowy Konsultant ds. Neurologii

Prof. dr hab. Danuta Ryglewicz

Krajowy Konsultant ds. Neurologii Dziecięcej

Dr hab. n. med. Ewa Emich-Widera

## **KOMITET NAUKOWY**

### **Przewodnicząca Komitetu:**

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (UM Wrocław)

### **Członkowie Komitetu:**

Dr hab. Izabella Uchmanowicz (UM Wrocław)

Dr hab. Robert Ślusarz (UMK Bydgoszcz)

Dr hab. Krystyna Jaracz, prof. nadzw (UM Poznań)

Dr n. med. Regina Lorencowicz (UM Lublin)

Dr n. med. Marcelina Skrzypek–Czerko (UM Gdańsk)

Dr n. med. Beata Haor (WSHE Włocławek)

## **KOMITET ORGANIZACYJNY**

### **Przewodnicząca Komitetu:**

Dr Aleksandra Koltuniuk (UM Wrocław)

### **Sekretarz Konferencji:**

Dr Robert Dymarek (UM Wrocław)

### **Członkowie Komitetu:**

Dr Aleksandra Pytel (UM Wrocław)

Dr Magdalena Kazimierska – Zając (UM Wrocław)

Dr Anna Rozensztrauch (UM Wrocław)

Mgr inż. Sławomir Jarzab (UM Wrocław)

Mgr Monika Michalak (UM Wrocław)

Mgr Izabela Kuberka (UM Wrocław)

Mgr Jerzy Twardak (UM Wrocław)

Mgr Dorota Blajerska (UM Wrocław)

Mgr Dorota Regner (UM Wrocław)

## PROGRAM SZCZEGÓŁOWY

### **8:00 – 9:00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW W HOLU GŁÓWNYM**

- pobieranie identyfikatorów i materiałów konferencyjnych
- możliwość pozostawienia bagażu w wyznaczonym pomieszczeniu

### **9:00 – 9:30 OFICJALNE OTWARCIE OBRAD KONFERENCJI**

- powitanie Uczestników i Gości przez Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu
- otwarcie Konferencji przez Władze Uczelni
- przemówienia Organizatorów oraz zaproszonych Gości

### **9:30 – 10:30 ROZPOCZĘCIE SESJI INAUGURACYJNEJ**

(3 wykłady po 20 min)

#### **1. Wykład Inauguracyjny: *Współczesne metody leczenia glejaka mózgu.***

Dr hab. n. med. Bogdan Czapiga (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **2. Wykład Inauguracyjny: *Ludwig Guttmann, wrocławski neurolog, Coubertin ruchu paraolimpijskiego.***

Dr n. med. Dariusz Lewera (Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych)

#### **3. Wykład Inauguracyjny: *Podmiotowość pacjenta w przebiegu choroby.***

Mgr Agnieszka Sierko (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **10:30 – 11:00 PRZERWA KAWOWA W HOLU GŁÓWNYM**

### **11:00 – 12:15 ROZPOCZĘCIE SESJI NEUROLOGICZNEJ 1**

(6 wystąpień po 10 min + dyskusja na zakończenie sesji)

Prowadzący sesję: Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk, Dr hab. Krystyna Jaracz, Dr hab. Robert Ślusarz

#### **1. *Wpływ akceptacji choroby na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.***

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Katarzyna Rychła (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Pytel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **2. *Wpływ poziomu akceptacji choroby na jakość życia u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.***

Dr Aleksandra Pytel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Anna Kulik (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **3. *Niepewność w chorobie wśród chorych na stwardnienie rozsiane.***

Mgr Aleksandra Kurta (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Dr hab. Krystyna Jaracz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

#### **4. *Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z padaczką.***

Dr Joanna Girzelska (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

#### **5. *Zachowania zdrowotne przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji neurologicznej.***

Mgr Mariola Ejdys (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

Dr Olga Bielán (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

## **6. Wpływ bólu przewlekłego na jakość życia pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji neurologicznej.**

Dr Olga Bielan (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

Mgr Mariola Ejdyś (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

### **12:15 – 13:15 ROZPOCZĘCIE SESJI NEUROCHIRURGICZNEJ**

(4 wystąpienia po 10 min + dyskusja na zakończenie sesji)

Prowadzący sesję: Dr hab. Bogdan Czapiga, Dr Aleksandra Pytel, Dr Robert Dymarek

#### **1. Wielośrodkowe badania nad wczesną oceną czynnościową pacjentów po operacji guza mózgu – badania wstępne.**

Dr hab. Robert Ślusarz (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Regina Lorencowicz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)

Dr Beata Haor (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku)

Dr Mariola Głowacka (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

Mgr Anna Antczak (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

#### **2. Jakość życia pacjentów operowanych z powodu choroby dyskowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

Mgr Michałak Monika (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **3. Specyfika opieki nad ciężarną z guzem mózgu z uwzględnieniem psychologicznych aspektów opieki.**

Lic. Sebzda Agnieszka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr. n. med. Monika Przestrzelska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr. Małgorzata Pałczyńska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Lic. Barbara Rutka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **4. Zastosowanie stymulacji nerwu błędnego w leczeniu padaczki lekoopornej – studium przypadku.**

Dr Pytel Aleksandra (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **13:15 – 14:00 PRZERWA NA LUNCH**

– bar Kardamon przy holu głównym

### **14:00 – 15:00 ROZPOCZĘCIE SESJI NEUROLOGICZNEJ 2**

(6 wystąpień po 10 min + dyskusja na zakończenie sesji)

Prowadzący sesję: Dr Aleksandra Kołtuniuk, Dr Marcelina Skrzypek-Czerko, Dr Olga Bielan

#### **1. Czynniki warunkujące wypoczynek nocny i jakość opieki pielęgniarskiej pacjentów oddziału neurologicznego.**

Dr Małgorzata Marć (Uniwersytet Rzeszowski)

Mgr Fałara Anna (Uniwersytet Rzeszowski, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 w Rzeszowie)

Mgr Małgorzata Gajdek (Uniwersytet Rzeszowski)

Mgr Krakowiak Anna (Uniwersytet Rzeszowski, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 w Rzeszowie)

#### **2. Skala Northwick Park Dependency Score – nowe narzędzie do wykorzystania w praktyce pielęgniarskiej.**

Mgr Kosakowska Joanna (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Mgr Anna Smelkowska (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Dr Barbara Grabowska – Fudala (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Mgr Maria Wilkiewicz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Dr hab. Krystyna Jaracz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

### **3. Diagnostyka i terapia logopedyczna pacjentki z afazją po udarze niedokrwinnym mózgu.**

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **4. Intensywny nadzór udarowy – doświadczenia własne.**

Lic. Karolina Filipaska (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

Mgr Elżbieta Grzechowiak (Klinika Neurologii Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy)

Mgr Anna Antczak-Komoterska (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

Dr hab. Grzegorz Kozera (Klinika Neurologii Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy)

Dr hab. Robert Ślusarz (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

### **5. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z rdzeniowym zanikiem mięśni – studium przypadku.**

Lic. Katarzyna Świrad (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **6. Toksyna botulinowa w terapii spastyczności poudarowej.**

Dr n. med. Dariusz Lewera (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu)

Dr n. med. Krzysztof Dudek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## **15:00 – 15:30 ROZPOCZĘCIE SESJI PLAKATOWEJ**

(12 wystąpień po 2 min + dyskusja na zakończenie sesji)

Prowadzący sesję: Dr Aleksandra Kołtuniuk, Dr Aleksandra Pytel, Dr Robert Dymarek

### **1. Terapia zaburzeń mowy w przebiegu zatrucia pseudoefedryną. Opis przypadku.**

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Małgorzata Łuczak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **2. Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ataksją mózdkową.**

Mgr Jerzy Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **3. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem otępiennym na oddziale psychiatrycznym – opis przypadku.**

Mgr Jerzy Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Dorota Blajerska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Iwona Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **4. Najczęstsze problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą Alzheimera.**

Mgr Dorota Blajerska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Jerzy Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **5. Postępowanie pielęgniarki z zaburzeniami czucia.**

Mgr Izabela Kuberka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)



#### **6. Dysfagia neurogenna – ważny problem interdyscyplinarny.**

Mgr Izabela Kuberka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Pytel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **7. Opieka pielęgniarska nad pacjentką po leczeniu operacyjnym dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej – studium przypadku.**

Mgr Dorota Regner (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **8. Diagnoza i terapia logopedyczna pacjenta po udarze mózgu.**

Mgr Paulina Bulkowska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Dorota Regner (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **9. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem Guillaina–Barrego. Opis przypadku.**

Lic. Dagmara Waliszewska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **10. Fala uderzeniowa w redukcji spastycznej hipertonii mięśniowej w stwardnieniu rozsianym.**

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr hab. Mirosław Sopol (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **11. Fala uderzeniowa jako metoda fizjoterapeutyczna w poudarowej spastyczności.**

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr hab. Mirosław Sopol (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **12. Fizjoterapia w usprawnianiu kontroli motorycznej u pacjentów po udarze mózgu.**

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr hab. Mirosław Sopol (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### **15:30 – 16:00 OFICJALNE ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI**

– podziękowania oraz uroczyste zamknięcie Konferencji

– pożegnanie Uczestników Konferencji

# WSPÓŁCZESNE METODY LECZENIA GLEJAKA MÓZGU.

## Modern methods of the treatment of brain glioblastoma.

Dr hab. n. med. Bogdan Czapiga (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

Istotną część zmian patologicznych w centralnym układzie nerwowym (CNS, central nervous system) stanowią nowotwory. Generalnie guzy CNS obejmują zaledwie 2% wszystkich nowotworów u człowieka. Nowotwór rozwija się zazwyczaj niepostrzeżenie, a deficytowe objawy neurologiczne w początkowym stadium choroby trudno rozpoznać. Guzy glejowe powstają ze zmienionych nowotworowo komórek glejowych mózgu, a najbardziej złośliwą, oporną na leczenie i źle rokującą odmianą guza jest glejak wielopostaciowy (GBM, glioblastoma multiforme). Według obecnie obowiązującej klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) wyróżnia się cztery stopnie złośliwości glejaków oznaczone od G1 do G4. Najbardziej złośliwym przedstawicielem w tej grupie pierwotnych nowotworów CNS jest GBM. Nowotwór ten stanowi 12–15% wszystkich guzów mózgu. GBM (WHO IV), będący w grupie gwiazdziaków naciekających w sposób rozlany, posiada zbliżony profil zmian molekularnych, a także zdolność do znacznej progresji. Chociaż GBM rzadko dają przerzuty poza CNS, są bardzo inwazyjne i destrukcyjne względem sąsiadujących tkanek, co znacznie utrudnia lub całkowicie uniemożliwia doszczętną resekcję guza. Skutkuje to szybkim postępem choroby, niskim poziomem jakości życia oraz ostatecznie, bardzo wysoką śmiertelnością. W glejakach, bez względu na stopień histologicznej złośliwości, postępowanie neurochirurgiczne pozostaje podstawową metodą terapeutyczną. Stosowanie pooperacyjnej radioterapii (RTH, radiotherapy) w naciekających glejakach (WHO II) jest przedmiotem licznych kontrowersji. Z kolei pacjenci nie spełniający warunków kwalifikacji do zabiegu oraz po częściowej resekcji guza, powinni być kwalifikowani do pooperacyjnej RTH, planowanej i realizowanej trójwymiarowo technikami konformalnymi lub z użyciem radiochirurgii (GammaKnife®). Jednoczesne zastosowanie chemioterapii (CTH, chemotherapy) i RTH może teoretycznie powodować apoptozę subtelnie uszkodzonych w wyniku napromieniania komórek nowotworowych oraz oddziaływać na mikroogniska nowotworu poza polem napromienianym dając uszkodzenia tkanek zdrowych. Obecnie poszukiwane są coraz to nowsze i skuteczniejsze formy terapii, do których zalicza się immunoterapię, protonoterapię, terapię NanoTherm®, terapie komórkowe, farmakoterapię z użyciem ALA-5 oraz metody eksperymentalne.

**Słowa kluczowe:** neuroonkologia, neurochirurgia, glejaki, metody terapeutyczne

### ABSTRACT

An important part of pathological changes in the central nervous system (CNS) are tumours. In general, CNS tumours cover only 2% of all cancers in humans. Cancer usually develops unnoticed, and deficiency neurological symptoms in the initial stages of the disease are difficult to diagnose. Glial tumours are caused by tumour-altered glial brain cells, and the most malignant, refractory and malignant tumour is glioblastoma multiforme (GBM). According to the current classification of the World Health Organization (WHO), four grades of glioblastoma are distinguished from G1 to G4. The most malignant agent in this group of primary CNS tumours is GBM. This cancer accounts for 12-15% of all brain tumours. GBM (WHO IV), which is in the group of infiltrated astrocytomas, has a similar profile of molecular changes, and is capable of significant progression. Although GBM rarely metastasized beyond the CNS, they are highly invasive and destructive to adjacent tissues, making it difficult or completely impossible for complete tumour resection. This results in rapid disease progression, poor quality of life, and ultimately, very high mortality. In glioblastomas, regardless of the degree of histological malignancy, neurosurgical treatment remains the primary therapeutic method. The use of postoperative radiotherapy (RTH, radiotherapy) in infiltrating gliomas (WHO II) is subject to numerous controversies. Patients who do not meet eligibility criteria for surgery and after partial resection of the tumour should be qualified for postoperative RTH, planned and performed with 3-D conformal techniques or with radio-surgery (GammaKnife®). Concomitant use of chemotherapy (CTH, chemotherapy) and RTH may theoretically cause apoptosis subtly damaged by irradiation of tumour cells. and affect the cancer micro-focal outside the irradiated field, causing damage to healthy tissues. Currently, newer and more effective forms of therapy, including immunotherapy, proton therapy, NanoTherm® therapy, cell therapies, ALA-5 pharmacotherapy, and experimental methods are being sought.

**Key words:** neuro-oncology, neurosurgery, glioblastomas, therapeutic methods

## LUDWIG GUTTMANN, WROCLAWSKI NEUROLOG, COUBERTIN RUCHU PARAOLIMPIJSKIEGO.

Ludwig Guttman, Wrocław neurologist, Coubertin of the paralympic movement.

Dr n. med. Dariusz Lewera (Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych)

### STRESZCZENIE

Celem pracy jest przybliżenie postaci wrocławskiego lekarza Ludwiga Guttmanna oraz jego dorobku jako pioniera w leczeniu i rehabilitacji pacjentów po urazach rdzenia kręgowego, a także twórcy ruchu paraolimpijskiego na świecie. Materiały pozyskano w wyniku kwerendy w bibliotekach: UM, AWF, UW we Wrocławiu, Fryburgu i Hamburgu, w Gminie Wyznaniowej Żydowskiej i Żydowskim Instytucie Historycznym, a także z wywiadów z osobami, które współpracowały z L. Guttmannem. L. Guttman urodził się w 1899 r. w śląskim Toszku, w rodzinie żydowskiej. Po studiach medycznych w Breslau (Wrocław) i Fryburgu Bryzgowijskim rozpoczął pracę w szpitalu Wenzel-Hanckego we Wrocławiu pod kierownictwem Otfrida Foerstera – jednego z najwybitniejszych ówczesnych neurologów i pioniera neurochirurgii. W 1933 r. ze względu na pochodzenie był zmuszony opuścić aryjski szpital i przeniósł się do szpitala żydowskiego, gdzie wkrótce został dyrektorem medycznym. Po dramatycznej nocy kryształowej polecił do szpitala przyjmować pacjentów nawet z lekkimi dolegliwościami chroniąc ich w ten sposób przed aresztowaniem przez gestapo. W marcu 1939 r. w obliczu zbliżającej się wojny i coraz większego prześladowania żydów podjął decyzję o ucieczce do Anglii. Było to możliwe dzięki przypadkowi. Poproszony przez Joachima von Ribbentropa o konsultację lekarską portugalskiego dyktatora Antonio Salazara otrzymał paszport, i 14 marca 1939 opuścił Niemcy. Wsparcia w Wielkiej Brytanii udzieliła brytyjska organizacja wspierająca naukowców – uchodźców. Po kilkuletniej pracy w Oxfordzie powierzono mu stworzenie Narodowego Ośrodka Leczenia Uszkodzeń Rdzenia Kręgowego, głównie dla weteranów II wojny światowej. Guttman wprowadził nowatorski sposób rehabilitacji i aktywizacji pacjentów przez sport. Widział konieczność nie tylko rehabilitacji fizycznej, ale też reintegracji społecznej i szacunku dla siebie. Wprowadzona rehabilitacja przez sport i rywalizację stała się przyczynkiem do powstania ruchu paraolimpijskiego. Pierwsze zawody w Stoke Mandeville odbyły się 28 lipca 1948 r. w dniu inauguracji Igrzysk Olimpijskich w Londynie. Królowa Elżbieta II nadała Guttmannowi tytuł szlachecki, a papież Jan XXIII przy okazji Igrzysk Olimpijskich w Rzymie w 1960 r. mówił o nim Coubertin ruchu paraolimpijskiego. Zmarł w 1980 r. w Aylesbury.

**Słowa kluczowe:** urazy rdzenia, paraplegia, sport inwalidów, ruch paraolimpijski, rehabilitacja

### ABSTRACT

The aim of the work is to present Ludwig Guttman and his accomplishments as a pioneer in the treatment and rehabilitation of patients suffering from spinal cord injuries as well as the creators of the paralympic movement in the world. Materials obtained from queries in libraries of universities in Wrocław, Freiburg and Hamburg, the Jewish Community and the Jewish History Institute, as well as interviews with people who worked with L. Guttman. L. Guttman was born in 1899 in Silesian Toszek, in a Jewish family. After medical studies in Breslau (Wrocław) and Freiburg im Breisgau, he began his career at Wenzel-Hancke Hospital in Wrocław, under direction of Otfrid Foerster - one of the outstanding neurologists and pioneer of neurosurgery. In 1933, because of his origin, Guttman was forced to leave Aryan hospital and move to Jewish one. He soon became medical director. After a dramatic night of crystal-clearing - as a result of his decision - hospital accepted patients even with mild ailment to protect them from Gestapo. In March 1939, in the face of the approaching and increasing persecution of the Jews, he went to United Kingdom. Joachim von Ribbentrop asked him for medical consultation of the Portuguese dictator Antonio Salazar. Because of that Guttman was given a passport and on March 14, 1939 he left Germany. In England he was supported by refugee organizations. After several years at Oxford he was entrusted with the creation of the National Center for Spinal Cord Injury - place for veterans of the Second World War. Guttman has introduced a method of rehabilitation and activation of research through sport. He saw the need not only for physical rehabilitation but also for social reintegration and respect for oneself. Reinforced rehabilitation through sport and competition has been a contributor to the rise of the Paralympic movement. The first competition at Stoke Mandeville took place on July 28, 1948, at the inauguration of the London Olympics. Queen Elizabeth II gave Guttman the title of nobleman. Pope John XXIII, during the Olympic Games in Rome (1960) named him as "Coubertin of the Paralympic movement". Guttman died in 1980 in Aylesbury.

**Key words:** core injuries, paraplegia, handicapped sport, paralympic movement, rehabilitation

## PODMIOTOWOŚĆ PACJENTA W PRZEBIEGU CHOROBY.

Subjectivity of the patient in the course of the disease.

Mgr Agnieszka Sieńko (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

Choroba to zjawisko interdyscyplinarne. Choroba wiąże się z medycyną, psychologią, psychiatrią, prawem. Choroba jest źródłem wielu zmian w codziennym życiu. Zmiany te opierają się także o rozwiązania o charakterze prawnym. Intencją autorki jest zasygnalizowanie potrzeby stworzenia kodeksu chorego. Opracowanie ma odpowiadać na pytania chorego i opiekunów. Pytania dotyczące codziennych spraw chorego. Najważniejszą sprawą jest informacja o chorobie osoby bliskiej. Kolejną sprawą jest informacja o możliwych kierunkach terapii. W tym zakresie prawo zawiera wiele zakazów. Udzielenie informacji o chorobie innej osoby jest bezprawne. W praktyce jednak wydaje się, że ten zakaz jest niezgodny z interesem chorego. W jaki sposób osoba bliska ma się opiekować chorym bez informacji o szczegółach tej choroby? Jak ma dbać o leczenie chorego bez zaleceń od lekarza? Skąd opiekun ma wiedzieć kiedy należy chorego umówić na badanie lekarskie? Innym problemem jest udzielenie choremu pomocy w sprawach urzędowych, prowadzeniu korespondencji, etc. W opracowaniu autorka przeprowadziła krótką analizę przepisów prawa. Autorka postawiła tezę, że zakazy zawarte w przepisach nie są zakazami bezwzględnymi (iuris cogentis). Przegląd prawa tezę tę potwierdza. W przypadku choroby, w czasie której chory nie może wydać żadnych upoważnień istnieje możliwość przekazania przez lekarza, pielęgniarkę informacji innej osobie. Istnieje także możliwość załatwiania spraw i odbierania korespondencji bez dokumentu pełnomocnictwa.

**Słowa kluczowe:** chory, prawo, tajemnica lekarska

### ABSTRACT

Illness is an interdisciplinary issue. Illness is connected with medicine, psychology, psychiatry, law. Illness is the source of many changes in the daily living. These changes are also matter of the law. There is legal answers. Indicating the need of creating the code of the sick person is intention of the author. The study is supposed to answer questions of the sick person and carers. Questions concerning everyday matters of the sick person. Information about illness is the most important case for this, who take care about sick person. The case is another information about possible directions of therapy. In this respect the law contains a lot of bans. Sovereign of information about illness of other person is unlawful. In practice however it seems that this ban is at variance with the business of the sick person. In what way is the close person supposed to look the sick person after without information about details of this illness? How is he supposed to care for treating the sick person without recommendations from the doctor? Where from is the carer supposed to know when one should arrange the meeting for the sick person for the medical check-up? He is other problem sovereign for the sick person of the help in official businesses, for maintaining correspondence, etc. In the study the author conducted the brief analysis of provisions of the law. The author put forward the thesis that bans included in provisions aren't bans without exceptions (iuris cogentis). The review of the law is confirming this thesis. In case of illness, which the sick person cannot issue no authorizations, it is possible sovereign of medical information. There is a possibility of maintaining correspondence without the certificate of the proxy, as well.

**Key words:** sick person, law, doctor-patient privilege

# WPLYW AKCEPTACJI CHOROBY NA STOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH U PACJENTÓW ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM.

The influence of disease acceptance on therapeutic adherence in patients with multiple sclerosis.

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Katarzyna Rychła (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Pytel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Stwardnienie rozsiane to choroba, która często powoduje zmianę dotychczasowego życia pacjenta i osób z jego najbliższego otoczenia. Brak etiologii, młody wiek zachorowania a także niemożność kontroli nad dynamiką rozwoju choroby i brak możliwości całkowitego wyleczenia to czynniki utrudniające akceptację choroby. **Cel:** Celem pracy była ocena wpływu akceptacji choroby na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane. **Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono wśród 128 osób (93 kobiety oraz 35 mężczyzn) chorujących na stwardnienie rozsiane wykorzystując kwestionariusz WHOQoL BREF służący do oceny jakości życia, skalę akceptacji choroby (AIS), test Moriskyego – Greena służący do oceny stopnia współpracy pacjenta z lekarzem oraz kwestionariusz własnego autorstwa. Materiał badawczy poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica 13.1. **Wyniki:** Analiza materiału badawczego wykazała, iż: tylko co trzeci ankietowany była zadowolony lub bardzo zadowolony ze stanu swojego zdrowia, najniżej respondenci ocenili jakość swojego życia w domenie somatycznej, co czwarty ankietowany nie akceptuje własnej choroby, połowa pacjentów w stopniu umiarkowanym stosuje się do zaleceń terapeutycznych, im wyższy wynik uzyskany w kwestionariuszu WHOQoL BREF, tym wyższy poziom akceptacji choroby, nie istnieje związek między stopniem akceptacji choroby a stosowaniem się do zaleceń terapeutycznych. **Wnioski:** Nie wykazano wpływu akceptacji choroby na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane.

**Słowa kluczowe:** stwardnienie rozsiane, akceptacja choroby, zalecenia terapeutyczne

## ABSTRACT

**Introduction:** Multiple sclerosis is a disease which often causes substantial changes in the life of patients and their immediate family. Unknown etiology, early onset, inability to control the dynamics of disease development and the lack of cure are factors that make it difficult to accept the disease. **Aim:** The aim of the study was to evaluate the influence of disease acceptance on therapeutic adherence in patients with multiple sclerosis. **Material and methods:** The study was conducted among 128 patients (93 women and 35 men) with multiple sclerosis using the WHOQoL BREF questionnaire assessing the quality of life, Acceptance of Illness Scale (AIS), Morisky-Green test assessing the patient's co-operation with a doctor and authors' own questionnaire. The study material was subjected to statistical analysis with the Statistica 13.1 program. **Results:** The analysis of the study material showed that: only one out of three respondents was satisfied or very satisfied with the health condition, lowest assessment results of the quality of life were found in the somatic domain, one out of four respondents did not accept the disease, 50 % of patients showed moderate therapeutic adherence, higher score in WHOQoL BREF questionnaire correlated with a higher level of disease acceptance there is no correlation between the disease acceptance and therapeutic adherence. **Conclusion:** No correlation was found between the disease acceptance and therapeutic adherence

**Key words:** multiple sclerosis, disease acceptance, adherence

# WPŁYW POZIOMU AKCEPTACJI CHOROBY NA JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM.

The influence of disease acceptance on the quality of life in patients with multiple sclerosis.

Dr Aleksandra Pytel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Anna Kulik (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, którą charakteryzuje obecność rozszanych ognisk w demielinizacji mózgu i rdzeniu kręgowym. Objawiającą się licznymi zaburzeniami neurologicznymi, które wraz z trwaniem choroby zostają utrwalone. **Cel pracy:** Celem pracy było określenie wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. **Materiał i metody:** Badanie objęło 100 chorych na stwardnienie rozsiane, z których 62% stanowiły kobiety, a 38% mężczyźni. Badania przeprowadzono we wrocławskim ośrodku Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. W badaniu posłużono się ankietą własnej konstrukcji, Skalą Wpływu Stwardnienia Rozsianego na Codzienne Życie (MSIS 29), Skróconą Skalą Niewydolności Ruchowej Kurtzke'go (EDSS), Skalą Akceptacji Choroby (AIS), Skalą Odczuwania Stresu (PSS 10), Skalą Satysfakcji z Życia (SWLS), Skróconą Wersją Ankiety Oceniającą Jakość Życia WHO (WHOQOL-BREF). **Wyniki:** Przebadana grupa charakteryzowała się średnią wieku 56,8 lat. Wśród badanych (68%) stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Wszyscy badani są mieszkańcami miast. Badani mężczyźni nie byli aktywni zawodowo w przeciwieństwie do kobiet, które w 14,51% zachowały aktywność. Wśród badanych dominowała postać rzutowo-remisyjna (57%). Wśród badanych 80% choruje na SM ponad 15 lat. Z powodu konieczności hospitalizacji 69% chorych przebywa w szpitalu rzadziej niż raz w roku, 22% raz w roku, kilka razy w roku 9%. Z pomocy poradni specjalistycznych 47% pacjentów korzysta raz na pół roku, 40% raz na trzy miesiące, 9% rzadziej niż raz w roku, 4% badanych z poradni specjalistycznych korzysta raz w roku. Z programów lekowych korzysta 14% badanych. Analizie poddano korelację pomiędzy ogólną jakością życia, satysfakcją z życia, poziomem natężenia stresu, poziomem akceptacji choroby, stopniem niewydolności ruchowej oraz pytaniami ankietowymi. **Wnioski:** Wykazano, że wraz ze wzrostem akceptacji choroby wzrasta jakość i satysfakcja z życia oraz zmniejsza się poziom natężenia odczuwanego stresu. Jednocześnie wykazano różnice między płciowe - kobiety deklarują niższą akceptację choroby oraz niższą jakość życia w wymiarze fizycznym. Jednocześnie SM ma większy wpływ na życie codzienne kobiet

**Słowa kluczowe:** stwardnienie rozsiane, jakość życia, akceptacja choroby

## ABSTRACT

**Introduction:** Multiple Sclerosis (MS) is a central nervous system disease characterized by the demyelination of the brain and spinal cord. MS causes many neurological disorders, which remain permanent as the disease advances. **Aim of the study:** The aim of the study was to determine the impact of illness acceptance on the quality of life in patients with MS. **Material and methods:** The study involved 100 patients with multiple sclerosis, 62% of them were women and 38% were men. The study was conducted in the Wrocław Multiple Sclerosis Association. The study tools included: the authors' own questionnaire, Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS 29), Kurtzke's *Expanded Disability Status Scale (EDSS)*, *Acceptance of Illness Scale (AIS)*, *Perceived Stress Scale (PSS 10)*, *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, a shortened version of the WHO Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF). **Results:** The mean age of the study group was 56.8 years. 68% of the study group had secondary education. All patients were urban residents. The men were not economically active, contrary to women, who were economically active in 14.51%. The majority of patients had a relapsing-remitting MS type (57%). 80% of the study group suffered from MS for more than 15 years. 69% of patients were hospitalized less than once a year, 22% of them once a year and only 9% several times a year. The number of patients who visited the MS clinic every six month was 47%, another 40% visited MS clinic every three months and 9% of patients visited MS clinic less than once a year. 14% of patients benefited from the special pharmaceutical program. The analysis focused on the correlation between the general quality of life, life satisfaction, stress level, illness acceptance, physical disability and the questionnaire questions. **Conclusions:** The study showed the correlation between the higher illness acceptance and the higher quality and satisfaction of life. It results also in lower stress level. Gender showed also significant differences as women are characterized by lower illness acceptance and quality of life in the physical domain than men. At the same time MS had a greater impact on women's daily life.

**Key words:** multiple sclerosis, quality of life, acceptance of illness

## **NIEPEWNOŚĆ W CHOROBIE WŚRÓD CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE.**

**Uncertainty in the disease - among patients with multiple sclerosis.**

Mgr Aleksandra Kurta (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Dr hab. Krystyna Jaracz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

### **STRESZCZENIE**

Niepewność to stan psychiczny, nieodłączny w życiu człowieka. Niepewność jest naturalną częścią odczuwania ostrej i przewlekłej choroby. Ludzie doznają niepewności w sytuacjach, gdy nie są pewni swojej wiedzy, a informacje jakie pozyskują są niespójne. Jest to stan psychiczny doświadczany przez osoby, które mogą obawiać się odrzucenia i izolacji społecznej. Stwardnienie rozsiane jest chorobą przewlekłą, nieuleczalną. Biorąc pod uwagę jej nieprzewidywalność, częstotliwość i nasilenia rzutów, pacjenci są narażeni na doświadczanie wysokiego poziomu niepewności.

**Słowa kluczowe:** niepewność; stwardnienie rozsiane

### **ABSTRACT**

The uncertainty of the mental state, inherent in human life. Uncertainty is a natural sensation of acute and chronic illness. People experience uncertainty in situations where they are not confident and obtained information are inconsistent. It is a mental state experienced by people who can be afraid of social rejection and isolation. Multiple sclerosis is a chronic, incurable disease. Taking into account its unpredictability, frequency and severity of projections, patients are exposed to high levels of uncertainty.

**Key words:** uncertainty; multiple sclerosis

# OCENA JAKOŚCI ŻYCIA I WSPARCIA SPOŁECZNEGO PACJENTÓW Z PADACZKĄ.

Evaluation of quality of life and social support for patients with epilepsy.

Dr Joanna Girzelska (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Wsparcie społeczne jest elementem codziennego życia każdego człowieka, wywiera istotny wpływ zarówno na stan jego zdrowia, jak i percepcję jakości życia. Wsparcie nabiera nowego wymiaru w sytuacji, gdy człowiek doświadcza problemów związanych z chorobą. **Cel badań.** Celem pracy jest ustalenie zależności między jakością życia a poziomem wsparcia społecznego osób chorych na padaczkę, stąd też przedmiotem badań uczyniono jakość życia oraz wsparcie społeczne respondentów. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Poradni Padaczki działającej przy Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej w Lublinie, w Poradni Padaczki działającej przy Przychodni Specjalistycznej i Chorób Zawodowych Wsi w Lublinie oraz w Poradni Neurologicznej działającej przy Neuro – Psycho-Centrum w Lublinie. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w obrębie której uwzględniono ankietowanie jako technikę badawczą. Narzędzie badawcze niniejszej pracy to autorski kwestionariusz ankiety, kwestionariusz: „WHOQOL BREF”, kwestionariusz ankiety: „Jakość życia osoby chorej na padaczkę: QOLIE – 31 (Version1.0)”, 3) kwestionariusz „Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). **Wyniki badań.** Z badań wynika, że ponad połowa badanych (51,95%) oceniała jakość swojego życia jako średnią a 39,6% badanych uznała swoją jakość życia za dobrą. Zaledwie 2,6% badanych oceniła jakość swojego życia jako bardzo dobrą. Badania wykazały, że większość osób w grupie chorych na padaczkę (75,97%) ma w swoim życiu osoby, na których zawsze może polegać. **Wnioski.** Badania wykazały, że wraz ze wzrostem poziomu wsparcia społecznego badanych rośnie poziom jakości życia.

**Słowa kluczowe:** padaczka, jakość życia, wsparcie społeczne

## ABSTRACT

**Introduction.** Social support is an integral part of every person's daily life and has a significant impact both on their health and perception of quality of life. Support takes on a new dimension when a person experiences problems related to illness. **Objective.** The aim of the study is to determine the relationship between the quality of life and the level of social support granted to people with epilepsy thus the quality of life and social support of respondents constitute the issue of the study. **Material and methods.** The study was conducted in the Epilepsy Clinic operating at the Provincial Specialist Clinic in Lublin, in the Epilepsy Unit operating at the Specialist Clinic of Rural Occupational Diseases in Lublin and in the Neurological Clinic at the Neuro-Psycho-Center in Lublin. The method employed a diagnostic survey, which included surveying as a research technique. The research tool of this paper is an original questionnaire, questionnaire: "WHOQOL BREF", questionnaire: "The quality of life of patients with epilepsy: QOLIE - 31 (Version1.0)", 3), Berlin Social Support Scope (BSSS) questionnaire. **Results.** The study shows that over half of respondents (51.95%) rated their quality of life as average and 39.6% of respondents rated their quality of life as good. Only 2.6% of respondents rated the quality of their life as very good. Studies show that most people in the epilepsy group (75.97%) have people in their lives who they can always rely on. **Conclusions.** The study shows that as the level of social support increases, the quality of life increases accordingly.

**Key words:** epilepsy, quality of life, social support



**ZACHOWANIA ZDROWOTNE PRZEWLEKLE CHORYCH PACJENTÓW W STARSZYM WIEKU  
HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ.**  
Health behaviour of patients with chronic diseases hospitalized in the neurological rehabilitation ward.

Mgr Mariola Ejdys (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)  
Dr Olga Bielán (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

**STRESZCZENIE**

**Cel:** Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych i kryteriów zdrowia pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji neurologicznej. **Materiał i metody:** Przebadano 90 chorych hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji neurologicznej Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych oraz Listą Kryteriów Zdrowia. **Wyniki:** 23% chorych uznało stres za czynnik wywołujący chorobę przewlekłą, 17% wiązało swoją chorobę z procesem starzenia się organizmu. Natomiast 12% pacjentów uznało palenie tytoniu za czynnik biorący udział w rozwoju choroby. **Wnioski:** Pacjenci prezentują niższe zachowania zdrowotne, co wskazuje na konieczność przeprowadzenia edukacji i zmian nawyków zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, rehabilitacja neurologiczna

**ABSTRACT**

**Objective:** The purpose of the work is analysis of health behaviours and criteria of the health of patients hospitalized at the ward of the neurological rehabilitation. **Material and methods:** 90 patients were examined at the ward of the neurological rehabilitation with the Livestock of health behaviours and the list of criteria of the Health. **Results:** 23% of patients recognized stress as the factor of chronic disease, 17% combined its illness with the ageing process of the organism. However, 12% of patients recognized smoking as the factor participating in the progression of the disease. **Conclusions:** Patients present lower health behaviours what indicates the need of conducting the education and changing health habits.

**Key words:** health behaviours, neurological rehabilitation

# WPLYW BÓLU PRZEWLEKŁEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ.

Influence of chronic pain on the quality of life of patients hospitalized in the neurological rehabilitation ward.

Dr Olga Bielan (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)  
Mgr Mariola Ejdys (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Ból jest jedną z najczęściej zgłaszanych dolegliwości przez pacjentów oddziałów rehabilitacji neurologicznej. **Cel pracy:** Ocena wpływu bólu przewlekłego na jakość życia pacjentów. **Material i metody:** Badaniem objęto 150 pacjentów (52%M, 48%K) hospitalizowanych celem rehabilitacji neurologicznej. Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę numeryczną (NRS), skalę słowną (VRS) oraz skróconą wersję Kwestionariusza McGill, do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36. **Wyniki:** Badania potwierdziły wpływ bólu przewlekłego na jakość życia hospitalizowanych. **Wnioski:** Istnieje związek między natężeniem bólu, a poziomem jakości życia i poszczególnymi składowymi, przed leczeniem, rehabilitacją i po jej zakończeniu. **Słowa kluczowe:** ból przewlekły, pacjent neurologiczny, jakość życia.

**Słowa kluczowe:** ból przewlekły, pacjent neurologiczny, jakość życia

## ABSTRACT

**Introduction:** Pain is one of the most commonly reported complaints among patients in neurological rehabilitation units. **Aim:** Effect of chronic pain in hospitalized patients in their daily quality of life. **Material and methods:** The study included 150 patients(52%M,48%K) hospitalized due to neurological rehabilitation. To evaluate the intensity of the pain we used the numerical scale (NRS), the verbal scale (VRS) and the abbreviated version of the McGill Questionnaire, to measure the quality of life questionnaire SF-36. **Results:** The results confirmed the impact of chronic pain on quality of patient's life. **Conclusion:** There is a relationship between pain intensity and the level of the quality of life and individual components, before and after treatment and rehabilitation. **Key words:** chronic pain, neurological patient, quality of life.

**Key words:** chronic pain, neurological patient, quality of life

# WIELOOŚRODKOWE BADANIA NAD WCZESNĄ OCENĄ CZYNNOŚCIOWĄ PACJENTÓW PO OPERACJI GUZA MÓZGU – BADANIA WSTĘPNE.

A multicenter study on the early assessment of functional capacity of patients with brain tumor in the early period after surgical treatment – preliminary studies.

Dr hab. Robert Ślusarz (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Regina Lorencowicz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)

Dr Beata Haor (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku)

Dr Mariola Głowacka (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

Mgr Anna Antczak (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Guzy mózgu stanowią duży problem terapeutyczny, ponieważ najczęściej powodują zaburzenia podstawowych dla życia funkcji oraz różnego stopnia inwalidztwo. W całościowej ocenie chorego po operacji guza mózgu, szczególną uwagę należy zwrócić na jego wydolność czynnościową, która to ocenia jego samodzielność w zakresie codziennego funkcjonowania. Głównym celem badań była ocena czynnościowa pacjentów we wczesnym okresie po leczeniu operacyjnym guza mózgu. **Materiał i Metody.** W badaniu wieloośrodkowym uczestniczyło 165 chorych poddanych leczeniu operacyjnemu guza mózgu, hospitalizowanych na oddziałach neurochirurgii w Bydgoszczy, Lublinie i we Wrocławiu. Badanie polegało na dwukrotnej ocenie (w dniu przyjęcia — ocena 1 i w dniu wypisu — ocena 2) stanu czynnościowego chorego za pomocą Functional Capacity Scale (FCS). Otrzymane wyniki oceny stanu czynnościowego pacjentów porównano z wynikami otrzymanymi za pomocą oceny standardowymi narzędziami pomiarowymi takimi jak: Karnofsky Performance Scale (KPS) and Glasgow Outcome Scale (GOS). **Wyniki.** Średni wynik wydolności czynnościowej według skali FCS w dniu przyjęcia wyniósł 43,72 punkty a w dniu wypisu 43,07 punkty. Otrzymana różnica okazała się nie istotna statystycznie ( $p>0.05$ ). W istotnej statystycznie korelacji pozostawały grupy wiekowe ( $R=0.373$ ;  $p=0.000$ ) i stan przytomności ( $R=-0.418$ ;  $p=0.000$ ) z wynikami oceny czynnościowej wykonanej za pomocą FCS. Pomiędzy zastosowanymi skalami do oceny czynnościowej zachodzi istotna statystycznie ( $p=0.000$ ) korelacja ( $r_s$  od 0.680 do 0.835). **Wnioski.** Większość badanych w dniu wypisu z oddziału wykazywała samodzielność w zakresie wydolności czynnościowej. Znaczącym czynnikiem wpływającym na wydolność czynnościową jest wiek pacjenta oraz jego stan przytomności. Zaproponowana do oceny czynnościowej pacjentów po operacji guza mózgu skala FCS jest narzędziem trafnie rozpoznającym stan czynnościowy chorego. Istotnie koreluje z KPS i GOS, co wskazuje na jej prawidłową konstrukcję i właściwości prognostyczne.

**Słowa kluczowe:** ocena czynnościowa, skale, guz mózgu

## ABSTRACT

**Introduction.** Brain tumors pose a great therapeutic problem as they cause the impairment of basic vital functions and disability of various levels. In a general assessment of patients with brain tumor close attention should be paid to their functional capacity. It shows their independence in terms of daily functioning. The main goal of the research was the functional assessment of patients in an early period after surgical treatment of brain tumor. **Methods.** This multicenter study included 165 patients who underwent surgical treatment of brain tumor. They were hospitalized on neurosurgical wards in Poland. The research was based on the assessment of patient's functional capacity measured with Functional Capacity Scale (FCS). The patients were examined twice, i.e. on the day of admission (assessment 1) and on the day of discharge (assessment 2). The scores obtained by the patients were compared with the scores obtained with the use of standard assessment tools, i.e. Karnofsky Performance Scale (KPS) and Glasgow Outcome Scale (GOS). **Results.** The mean score for functional capacity measured with FCS was 43,72 points on the day of admission and 43,07 points on the day of discharge from hospital. The difference that was obtained appeared to be statistically significant ( $p>0.05$ ). There was a statistically important correlation between the age groups ( $R=0.373$ ;  $p=0.000$ ) and the consciousness level ( $R=-0.418$ ;  $p=0.000$ ) in a juxtaposition with the assessment of functional capacity measured with FCS. A high correlation ( $p=0.000$ ) was found between the scales used for the assessment of functional capacity ( $r_s$  from 0.680 to 0.835). **Conclusions.** The majority of patients showed independence in terms of functional capacity on the day of discharge. The significant factors that influence the functional capacity of patients are their age and the level of their consciousness. The use of Functional Capacity Scale allows for an accurate assessment of the functional condition of a patient. It correlates with KPS and GOS, which highlights its proper construction and prognostic factors.

**Key words:** functional assessment, scales, brain tumor

# JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW OPEROWANYCH Z POWODU CHOROBY DYSKOWEJ ODCINKA ŁĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA.

Quality of life of patients operated due to lumbar disc disease of the spine.

Mgr Michalak Monika (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena jakości życia chorych operowanych z powodu choroby dyskowej kręgosłupa w odcinku lędźwiowym w oparciu o kwestionariusz SF-36, subiektywną ocenę dolegliwości bólowych w skali analogowo-wzrokowej VAS, wskaźnika niepełnosprawności w oparciu o kwestionariusz Oswestry. Analiza danych miała na celu ocenę poprawy stanu i samopoczucia pacjentów 3 miesiące po zabiegu operacyjnym w odniesieniu do stanu sprzed operacji. **Materiał i metody:** Badania przeprowadzono wśród pacjentów objętych leczeniem operacyjnym w Oddziale Neurochirurgii Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. Wszystkie osoby miały rozpoznaną chorobę dyskową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. U osób tych przeprowadzono badanie stopnia nasilenia dolegliwości bólowych w skali analogowo-wzrokowej VAS, ocenę stopnia niepełnosprawności w oparciu o kwestionariusz Oswestry, badanie ogólnej oceny jakości życia. Wszystkie oceny wykonano dwukrotnie - przed zabiegiem operacyjnym oraz 3 miesiące po zabiegu, z wyjątkiem skali VAS, którą zbadano dodatkowo 24 godziny po operacji oraz ankiety własnej, przeprowadzonej wyłącznie przed zabiegiem. **Wyniki:** Badaniem objęto 110 pacjentów (56 kobiet i 54 mężczyzn) w wieku od 13 do 76 lat. Średnie natężenie dolegliwości bólowych (skala VAS) przed zabiegiem operacyjnym wynosiło 7,8 pkt, zaś 24 godziny po zabiegu spadło do 3,8 pkt ( $p = 0,0000$ ). Po 3 miesiącach zanotowano ponowny wzrost natężenia bólu. Średni wynik kwestionariusza ODI przed zabiegiem wynosił 58,6%, a 3 miesiące po zabiegu nieznacznie wzrósł do średniej wartości równej 63,0% ( $p = 0,0834$ ). Poprawę jakości życia pacjentów po 3 miesiącach od zabiegu operacyjnego uzyskano w następujących domenach: PF (wzrost wartości średnich o 8,7 punktów procentowych,  $p=0,0176$ ), BP (wzrost o 26,2;  $p=0,0000$ ), VT (wzrost o 5,8;  $p=0,0132$ ), MH (wzrost o 6,2;  $p=0,0163$ ), PH (wzrost o 11,1;  $p=0,0057$ ), a także MH (wzrost o 9,4;  $p=0,0017$ ). Pogorszenie jakości życia po 3 miesiącach od zabiegu odnotowano w domenach RP (spadek wartości średnich o 3,8 punktów procentowych,  $p=0,0013$ ) oraz GH (spadek o 6,7;  $p=0,0112$ ). Na dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym przed zabiegiem uskarżało się 82 pacjentów (75%), a 3 miesiące po zabiegu - już tylko 49 osób (45%). W badaniu neurologicznym stwierdzono obniżenie liczby pacjentów ze skoliozą (8 vs. 0,  $p = 0,0040$ ), obniżenie liczby pacjentów z odczuwaniem bólu podczas ruchu podudziem (31 vs. 16,  $p = 0,0136$ ) i stopą (30 vs. 15,  $p = 0,0122$ ) oraz mniejszą częstość występowania biernej (41 vs. 10,  $p = 0,0000$ ) i czynnej (41 vs. 14,  $p = 0,0000$ ), ruchomości kręgosłupa oraz jego bólu spowodowanego ruchem (57 vs. 26,  $p = 0,0000$ ). Ponadto poprawie uległy odruchy skokowe i kolanowe obu kończyn (zmniejszenie liczby pacjentów z ujemnym wynikiem testu, w każdym przypadku  $p = 0,0000$ ). Zauważalną korzystną różnicę stwierdzono ponadto w próbie palce-podłoga (wzrost średniej odległości z 29,5 do 42,8 cm;  $p = 0,0000$ ). Odnotowano dodatnią korelację między wynikiem skali VAS przed zabiegiem a wiekiem ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,038$ ) oraz między wynikiem skali VAS trzy miesiące po zabiegu a płcią (u kobiet wynik był istotnie niższy: 4,11 vs. 5,17;  $p = 0,0481$ ). U kobiet zauważono także większą różnicę punktacji VAS przed i 3 miesiące po zabiegu. **Wnioski:** Zabieg operacyjny odegrał istotną rolę w poprawie jakości życia pacjentów, operowanych z powodu choroby dyskowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Zabieg operacyjny był skuteczny w zmniejszeniu natężenia i intensywności dolegliwości bólowych. Spadek ten był najbardziej zauważalny 24 godziny po operacji. Stan ogólny i neurologiczny pacjentów uległ istotnej poprawie po zabiegu operacyjnym. Poprawa obejmowała przede wszystkim odczuwanie bólu i związane z tym zmniejszone przyjmowanie leków przeciwbólowych, redukcję skoliozy, powrót odruchów głębokich oraz zwiększenie ruchomości w kończynach dolnych i kręgosłupie. Poziom sprawności pacjentów po zabiegu operacyjnym, mierzony za pomocą kwestionariusza ODI, nie uległ istotnej poprawie. Zabieg operacyjny nie wpłynął na poziom sprawności pacjentów. Zgłaszany poziom niesprawności oraz odczuwanie bólu wpływają w znaczącym stopniu na postrzeganą przez pacjentów jakość życia, wywierając negatywny wpływ na jej sferę fizyczną i psychiczną.

**Słowa kluczowe:** dyskopatya, neurochirurgia, jakość życia, ból

## ABSTRACT

**Objectives:** An evaluation of qualities of life of sick persons used on account of illness was a purpose of the work disk of spine in the lumbar region based on the SF-36 questionnaire, subjective assessment of pain problems in the analogue-visual VAS scale, of indicator of disability based on the Oswestry questionnaire. The data analysis was aimed at an evaluation of the improvement in the state and frame of minds of patients 3 months after the operation treatment in taking back to the state from before the operation. **Material and methods:** They conducted research amongst patients provided with the surgical treatment at the Ward of Neurosurgery of special hospital in Wrocław. All persons had diagnosed disk illness of the spine in the lumbar region. At these persons studying the grade of increasing pain complaints in the analogue-visual VAS scale was conducted, assessment of the degree of disability based on the Oswestry questionnaire, examining an overall view of the quality of life. All evaluations were carried out twice - before the operation treatment and 3 months after the treatment, except for the VAS scale, with which additionally 24 hours were examined after the operation and the own questionnaire form, conducted exclusively before the treatment. **Results:** 110 patients were provided with the examination (56 women and 54 men) in the century from 13 up to 76 years. Average straining pain complaints (VAS scale) before the operation treatment took out 7.8 pt, whereas 24 hours after the treatment fell to 3.8 pt ( $p = 0.0000$ ). After 3 months a resurgence of straining pain was recorded. The average conclusion of the ODI questionnaire before the treatment amounted to the 58.6%, but 3 months after the treatment slightly to the equal mean a 63.0% rose ( $p = 0.0834$ ). The improvement of the quality of the life of patients after 3 months was get from the operation treatment in following domain: PF (increase in average values about 8.7 percentage points,  $p = 0.0176$ ), Bp (height about 26.2;  $p = 0.0000$ ), VT (height about 5.8;  $p = 0.0132$ ), MH (height about 6.2;  $p = 0.0163$ ), PH (height about 11.1;  $p = 0.0057$ ), as well as MH (height about 9.4;  $p = 0.0017$ ). Worsening the quality of life after 3 months from the treatment was taken note in domain the Republic of Poland (fall in average values about 3.8 percentage points,  $p = 0.0013$ ) and GH (fall about 6.7;  $p = 0.0112$ ). In the lumbar region before the treatment 82 patients complained about pain complaints (75%), and 3 months after the treatment - as many as only 49 persons (45%). In the neurological examination lowering the number of patients with the scoliosis was stated (8 vs 0,  $p = 0.0040$ ), reducing the number of patients with feeling pain during the move by the shin (31 vs 16,  $p = 0.0136$ ) and with foot (30 vs 15,  $p = 0.0122$ ) and smaller frequency of appearing passive (41 vs 10,  $p = 0.0000$ ) and active (41 vs 14,  $p = 0.0000$ ), chattels of spine and his pain caused by the move (57 vs 26,  $p = 0.0000$ ). Moreover ankle jerks underwent the improvement and knee of both limbs (reducing the number of patients with negative test results, in every case  $p = 0.0000$ ). Significant beneficial difference was also detected in the fingertip-to-floor test (mean distance increased from 29,5 to 42,8 cm;  $p = 0.0000$ ). Positive correlation was made a note between the conclusion of the VAS scale before the treatment but the age ( $r = 0.20$ ;  $p = 0.038$ ) and between the conclusion of the VAS scale three months after the treatment and with sex (at women the result was significantly lower: 4.11 vs 5.17;  $p = 0.0481$ ). At women also a larger difference of the VAS scoring was noticed before and 3 months after the treatment. **Conclusions:** The surgery played an important role in improvement of quality of life in patients operated on because of degenerative disease of the lumbar spine. The operation was effective in reducing degree and intensity of pain. The decline was most prominent 24 hours after operation. The general and neurological status of patients significantly improved after surgery. The improvement included reduced perception of pain and using analgesics, reduction of scoliosis, return of deep tendon reflexes and increased range of motion in lower limbs and spine. The level of patients' disability, measured with ODI questionnaire, did not improve significantly. Therefore, the surgery had no impact on physical ability of participants. Demographic factors such as: age, gender, level of education and duration of illness exerted no influence on quality of life, perception of pain and level of disability. The only moderate influence was detected in women, concerning more pronounced reduction of pain perception 3 months after operation according to VAS scale. Reported level of disability and perception of pain have significant impact on patients' perceived quality of life, affecting negatively both its physical and mental domain.

**Key words:** discopathy, neurosurgery, quality of life, pain

# SPECYFIKA OPIEKI NAD CIĘŻARNĄ Z GUZEM MÓZGU Z UWZGLĘDNIENIEM PSYCHOLOGICZNYCH ASPEKTÓW OPIEKI.

Care specification of a pregnant with brain tumour in consideration of psychological care aspects.

Lic. Sebzda Agnieszka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Dr. n. med. Monika Przestrzelska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Mgr. Małgorzata Pałczyńska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Lic. Barbara Rutka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

Znalezienie się w traumatycznej sytuacji, jaką jest zdiagnozowanie choroby u ciężarnej wiąże się z wystąpieniem przewlekłego stresu, który wpływa niekorzystnie zarówno na przyszłą matkę, jak i na płód. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problemy fizyczne i psychiczne ciężarnej z guzem mózgu oraz przedstawienie zasadności współpracy położnej z pielęgniarką neurologiczną w opiece nad nią. Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania, który powstał w oparciu o obserwację pacjentki, analizę dokumentacji medycznej, rozmowę z lekarzem specjalistą, fizjoterapeutą oraz psychologiem. Pacjentka będąca w ciąży, zaniepokojona niedowładem kończyny górnej i dolnej po prawej stronie ciała oraz niedowładem prawej strony twarzy została przyjęta na oddział neurologiczny, w celach diagnostycznych. Przeprowadzone badania wykazały obecność guza mózgu, który wywoływał objawy ogniskowego uszkodzenia jego struktury i nadciśnienia śródczaszkowego. Najpoważniejszym powikłaniem tej choroby w ciąży była możliwość wystąpienia napadów padaczkowych, będących zagrożeniem dla zdrowia życia matki i dziecka. Ze względu na ryzyko utraty zdrowia i życia konieczna była kontrola stanu ciężarnej i płodu przez lekarza oraz położną we współpracy z pielęgniarką neurologiczną. Operacja cięcia cesarskiego została przeprowadzona w 33. hbd, z uwagi na niepokojący stan pacjentki. Zasadniczym było podjęcie dalszego leczenia, a także oceny histologicznej guza po urodzeniu dziecka. Rola edukacyjna pełniona przez pielęgniarkę/położną jest niezwykle ważna w całościowej opiece nad pacjentką z guzem mózgu w ciąży, gdyż pozwala na lepszą z nią współpracę, zaangażowanie w proces leczenia i zapobieganie negatywnym skutkom choroby.

**Słowa kluczowe:** guz mózgu, ciężarna, opieka

## ABSTRACT

Facing a traumatic situation, which is being diagnosed with a disease during pregnancy, induces appearance of chronic stress influencing unfavorably both the patient and the fetus. The main goal of the thesis is to point out physical and mental problems of pregnant patient with brain tumor and to present importance of the cooperation of midwife and neuroscience nurse during care of the patient. The subject of the research is nursing process based on the patient observation, medical documentation analysis, discussion with medical specialist, physiotherapist and psychologist. Patient being pregnant, disturbed by the paresis of bottom and top limbs on the right side of the body with paresis of the right side of the face was admitted to the neurological ward in order to get diagnosed. Conducted examinations showed up presence of the brain tumor causing symptoms of focal damage of its structure and intracranial pressure. The most serious complication of presence of the brain during pregnancy was the possibility of seizures being a significant life and health threat for both mother and child. Due to health and life risk it was needful to control state of the pregnant and the fetus by the doctor and midwife in cooperation with neuroscience nurse. Cesarean section was performed on 33 hbd because of disquieting state of the patient. It was vital to continue the treatment of the patient and histological evaluation of the tumor after the labour. It is highly important for the nurse/midwife to work in an educational way during overall care of a pregnant with brain tumor. It provides better cooperation with the pregnant and her commitment to treatment and prevention of negative effects of the disease.

**Key words:** brain tumor, pregnant, care

# ZASTOSOWANIE STYMULACJI NERWU BŁĘDNego W LECZENIU PADACZKI LEKOOPORNEJ – STUDIUM PRZYPADKU.

The application of vagus nerve stimulation in the treatment of drug-resistant epilepsy – a case study.

Dr Pytel Aleksandra (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Padaczka jest najczęstszą chorobą neurologiczną u dzieci – występuje u 4 procent z nich. Optymistyczne jest to, że w dwóch trzecich przypadków można ją bardzo skutecznie leczyć, natomiast u jednej trzeciej pacjentów leczenie farmakologiczne nie przynosi zamierzonych efektów. W tym przypadku należy zastosować leczenie operacyjne. Na świecie żyje już około 300 tys. pacjentów, którym implantowano stymulator nerwu błędnego. W większości przypadków są to chorzy z lekooporną padaczką. **Cel:** Zwrócenie uwagi na najważniejsze problemy zdrowotne pacjenta z rozpoznaną padaczką lekooporną i zaprezentowanie jednej z metod chirurgicznego leczenia choroby. **Materiał i metody:** Wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Opis przypadku powstał w wyniku przeprowadzonego wywiadu, obserwacji oraz analizy dokumentacji medycznej 8 -letniego dziecka, prowadzonej w czasie hospitalizacji w jednym z wrocławskich szpitali oraz wizyt kontrolnych w poradni specjalistycznej. **Wyniki:** Prawdłowo wykonany zabieg założenia stymulatora oraz właściwe ustawienie parametrów generatora impulsów pozwoliło na częściowe zmniejszenie ilości napadów padaczkowych oraz skrócenie czasu ich trwania, ponadto skrócenie okresu ponapadowego, poprawę nastroju, funkcji pamięci i uwagi, bez znaczących działań niepożądanych. **Wnioski:** Metoda neurostymulacji nerwu błędnego jest stosunkowo bezpieczna i mało inwazyjna. Stymulator nie daje gwarancji poprawy stanu zdrowia pacjenta - nie u wszystkich zmniejsza się częstość napadów, ale z całą pewnością daje nadzieję chorym na lepszą jakość życia.

**Słowa kluczowe:** stymulacja nerwu błędnego, padaczka lekooporna, jakość życia

## ABSTRACT

**Introduction:** Epilepsy is the most common neurological condition in children - occurring in 4 % of them. It is comforting to note that epilepsy in children in two thirds of cases can be treated very effectively, while in one third of patients the pharmacological treatment does not bring the expected effects. In such cases, the surgical treatment should be implemented. There are an estimated 300,000 patients in the world with an implanted vagus nerve stimulator. In most cases, the patients have drug-resistant epilepsy. **Aim:** To highlight the most important health problems of a patient with a diagnosed drug-resistant epilepsy and present one of the surgical treatment methods. **Material and methods:** A case study method was used. The case report was based on an interview, observation and the analysis of the medical records of an 8-year-old child who was hospitalized in one of Wrocław's hospitals and monitored in a specialist clinic at follow-up visits. **Results:** Proper stimulator implantation and setting of pulse generator parameters allowed for partial reduction in epileptic seizures and shorter duration of seizures. It also shortened post-seizure period and improved mood, memory and attention function without significant adverse effects. **Conclusions:** The method of neurostimulation of the vagus nerve is relatively safe and minimally invasive. The stimulator is not a guarantee of health improvement of the patient - not every treatment succeeds in reducing the number of seizures decreases the frequency of seizures, but it certainly gives the hope for a better quality of life.

**Key words:** stimulation of vagus nerve, drug-resistant epilepsy, quality of life

# CZYNNIKI WARUNKUJĄCE WYPOCZYNEK NOCNY I JAKOŚĆ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ PACJENTÓW ODDZIAŁU NEUROLOGICZNEGO.

Factors determining night rest and quality of nursing care for a patient in a neurological ward.

Dr Małgorzata Marć (Uniwersytet Rzeszowski)

Mgr Fałara Anna (Uniwersytet Rzeszowski, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 w Rzeszowie)

Mgr Małgorzata Gajdek (Uniwersytet Rzeszowski)

Mgr Krakowiak Anna (Uniwersytet Rzeszowski, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 w Rzeszowie)

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** W ciągu dnia do opieki nad pacjentem włącza się także rodzina. W porze nocnej pacjent pozostaje głównie pod opieką pielęgniarki, stąd też jest to z jednej strony czas snu i wypoczynku, a z drugiej strony pora zwiększonego ryzyka wystąpienia deficytów w zdrowiu. **Cel.** Celem niniejszej pracy jest ukazanie opinii pacjenta na temat czynników warunkujących wypoczynek nocny w oddziale i ocena jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej w porze nocnej. **Materiał i metoda.** Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką ankieta. Narzędziem wykorzystanym w pracy były: Autorski Kwestionariusz Ankiety oraz Skala Zadolenia z Pielęgnacji (Newcastle). Badanie przeprowadzono w grupie 98 pacjentów klinik neurologicznych Szpitali Klinicznych miasta Rzeszowa. Do badań zakwalifikowano pacjentów, którzy w teście Hodgkinsona uzyskali powyżej 6. **Wyniki.** Wśród czynników utrudniających / zakłócających wypoczynek nocny pacjenci wymieniali w kolejności: chrapanie innych pacjentów, dolegliwości bólowe, niewygodne łóżko, poranny pomiar temperatury, czynności medyczne i inne. Najmniej zakłócającym czynnikiem były rozmowy personelu. W ocenie jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej w porze nocnej najwyższe oceny uzyskały takie świadczenia pielęgniarskie jak: zaspokajanie potrzeb w zakresie jedzenia i picia, stworzenie poczucia bezpieczeństwa, realizacja opieki medycznej w zaplanowanym czasie, nocnego zaspokajanie potrzeby snu i wypoczynku nocnego czy też możliwości rozmowy z pielęgniarką. **Wnioski.** Uciążliwość czynników wpływających negatywnie na wypoczynek nocny w ocenie pacjenta jest na poziomie średnim. Całościowa ocena opieki pielęgniarskiej przez pacjentów zarówno w aspekcie „doświadczeń” z opieki pielęgniarskiej jak i „satisfakcji” była wysoka.

**Słowa kluczowe:** wypoczynek nocny, jakość opieki, pielęgniarstwo neurologiczne

## ABSTRACT

**Introduction.** Because of the variety of symptoms from the nervous system, nurse practitioners provide 24 hours care for their patients fulfil professional duties. Family also takes care of the patient during the day. At night, the patient is mainly under the care of a nurse. On the one hand, sleep and rest, and on the other hand, risk of health deficiencies is increased. **Objective.** The purpose of this paper is to present the patient's opinion about the factors determining night rest in the ward and the quality of nursing care provided at night time. **Material and method.** The research method was a diagnostic survey, a survey technique. Used tool in the work were: Author Survey Questionnaire and Care Satisfaction Scale (Newcastle). The study was performed in a group of 98 patients of the clinical neurological Clinic in Rzeszów. Patients with Hodgkinson above 6 were enrolled in the study. **Results.** Among the factors hindering / disrupting the night rest the patients named in the order of: snoring other patients, pain, uncomfortable bed, morning temperature measurements, medical acts and other. The least disturbing factor was the staff talking. In assessing the quality of nursing care provided during the night, the highest scores were obtained by nurses such as: satisfying needs to create a sense of security, to provide medical care at scheduled time and nightly meet the need for sleep and night rest or the opportunity to talk to a nurse. **Conclusions.** The discomfort of factors affecting the night rest in the assessment of the patient is on the average level. Overall assessment of nursing care by patients in both aspects the "experience" of nursing care and "satisfaction" was high.

**Key words:** night rest, quality of care, neurological nursing



# SKALA NORTHWICK PARK DEPENDENCY SCORE – NOWE NARZĘDZIE DO WYKORZYSTANIA W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ.

Northwick Park Dependency Score – a new scale for use in nursing practice.

Mgr Kosakowska Joanna (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Mgr Anna Smelkowska (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Dr Barbara Grabowska – Fudala (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Mgr Maria Wilkiewicz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

Dr hab. Krystyna Jaracz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp i cel.** Ocena ograniczeń funkcjonalnych u pacjenta z udarem niedokrwiennym mózgu jest podstawą zaplanowania odpowiedniej opieki pielęgniarskiej. Celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych jest zapewnienie bezpieczeństwa, zaspokojenie potrzeb chorego i pomoc w procesie zdrowienia z uwzględnieniem niezbędnej ilości personelu pielęgniarskiego oraz czasu koniecznego do realizacji tych działań. Narzędziem ułatwiającym zarówno proces rozpoznania pielęgniarskiego, jak i planowania opieki jest Skala Zależności Northwick Park (The Northwick Park Dependency Score - NPDS). Celem pracy była charakterystyka polskiej wersji tej skali oraz porównanie jej ze Skalą Barthel – tzw. „złotym standardem” do oceny niesprawności i zależności pacjenta. **Materiał i metoda.** Badaniem objęto 100 osób starszych z udarem niedokrwiennym mózgu w wieku od 60 do 99 lat (śr. 76.1, SD 9.07). Do określenia stopnia zależności pacjenta a tym samym zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską wykorzystano skalę NPDS. Stan funkcjonalny chorych oceniono za pomocą Indeksu Barthel (BI), a stan neurologiczny za pomocą skali NIHSS. **Wyniki.** Większość pytań w NPDS – BCN i BI jest tożsama. NPDS jest bogatsza o pytania dotyczące funkcjonowania poznawczego, komunikowania się i zaburzeń behawioralnych. Pozwala również określić liczbę personelu i zakres kompetencji niezbędnych do zapewnienia opieki oraz czas potrzebny na wykonanie określonych czynności przy chorym. Istnieje bardzo silna korelacja pomiędzy poszczególnymi modułami skali NPDS i BI ( $r = 0.90$ ) tym niemniej narzędzia te nie są całkowicie3 zamienne. Wysoki współczynnik korelacji, będący miarą trafności teoretycznej jest wskaźnikiem poprawności psychometrycznej polskiej wersji skali NPDS. **Wnioski.** Skala NPDS jest prostym i przydatnym w praktyce pielęgniarskiej narzędziem ułatwiającym planowanie opieki w oparciu o obiektywne wskaźniki. Pomimo zbliżonej zawartości, nie jest substytutem popularnej Skali Barthel. Zasadnym jest rozpropagowanie NPDS w środowisku pielęgniarskim, jako potencjalnego narzędzia pracy.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska, udar mózgu, skala NPDS

## ABSTRACT

**Introduction and purpose.** Evaluation of functional limitations in patients with ischemic stroke is essential in planning suitable nursing care. The aim of all nursing care procedures taken is to provide safety, cater for patient's needs and provide help in the recovery process, considering the necessary number of nursing staff and time needed for these procedures. A tool helpful in the process of diagnosis and planning care is the Northwick Park Dependency Score – NPDS. The aim of the study is describing the Polish version of this scale and comparing it with the Barthel Scale- considered the “gold standard” for assessing patient's disability and dependency. **Material and method.** The study included 100 elderly ischemic stroke patients aged 60 to 99 (median 76.1, SD 9.07). To assess patient's dependency and thus the need of nursing care, the NPDS Scale was used. Functional condition of a patient was assessed using the Barthel Index, and the neurological state using NIHSS. **Results.** Most questions in NPDS, BCN and BI are identical. NPDS includes additional questions regarding cognitive functions, communication and behavioral dysfunctions. It allows to estimate the number of nursing staff and their scope of competences necessary for providing care as well as time needed for particular nursing activities. There is a strong correlation between particular modules in NPDS and BI sales ( $r = 0.90$ ). However, these tools are not interchangeable. The high correlation coefficient as an indicator of its theoretical accuracy, reflects the psychometric accuracy of the Polish version of the NPDS. **Conclusions.** NPDS is a simple and useful tool in nursing care allowing to plan the activities based on objective indicators. Despite many similarities it is not a substitute for the popular Barthel Scale. Therefore, the NPDS should be promoted in the nursing environment as a potential work tool.

**Key words:** nursing care, ischemic stroke, NPDS Scale

## DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA PACJENTKI Z AFAZJĄ PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU.

Diagnosis and logopedic therapy of a patient with aphasia after an ischaemic stroke.

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Afazja jest częściowym lub całkowitym zaburzeniem mechanizmów programujących czynność nadawania i odbioru mowy u człowieka, który uprzednio opanował te czynności. Najczęstszą przyczyną afazji są udary mózgu. **Cel.** Celem pracy jest przedstawienie diagnozy i terapii logopedycznej pacjentki po udarze niedokrwiennym. **Materiał i metody.** Praca jest opisem przypadku 70 letniej pacjentki z zaburzeniami mowy po udarze niedokrwiennym mózgu. **Wyniki.** Na podstawie analizy dokumentacji medycznej i badania logopedycznego stwierdzono afazję mieszaną z przewagą komponenty sensorycznej. Pacjentka została objęta terapią logopedyczną. Po półrocznej terapii stwierdzono poprawę w nazywaniu, płynności wypowiedzi, tworzeniu krótkich form pisemnych. **Wnioski.** Odbudowa sprawności językowych może wymagać kilku miesięcy a nawet lat. Przed przystąpieniem do pracy z pacjentem konieczne jest postawienie właściwej diagnozy a następnie zaplanowanie celów terapii w oparciu o wybraną strategię: maksymalistyczną, realistyczną czy minimalistyczną. Planując proces terapeutyczny należy pamiętać, że skutki udaru dotyczą nie tylko sfery fizycznej, ale także emocjonalnej, społecznej i psychologicznej.

**Słowa kluczowe:** afazja, udar niedokrwienny, postępowanie neurologopedyczne

### ABSTRACT

**Introduction.** Aphasia is a partial or total disorder of mechanisms supporting the activities of conferring and receiving speech of a person, who used to have these abilities earlier. **Objective.** The purpose of this thesis is introducing the diagnosis and logopedic therapy of a patient with aphasia after an ischaemic stroke. **Contents and methods.** The thesis is a description of a 70 – years - old patient with a speech disorder after an ischaemic stroke. **Results.** On the base of medical documentation analysis and logopedic research, mixed aphasia with dominance sensorial component was detected. The patient was taken under therapy. After half a year, there was a visible progres in the area of naming, fluency and creating short written forms. **Conclusions.** Rebuilding linguistic abilities can require a few months or even years of a therapy. Before acceding to work with a patient, there is a need to diagnose and then plan the purposes of the therapy on the base of chosen strategy: maximalistic, realistic or minimalistic. Planning the therapeutic process what should be crucial is the fact that the consequences of a stroke concern not only the physical, but also emotional, social and psychological area.

**Key words:** aphasia, ischemic stroke, neurologopedic procedure

## INTENSYWNY NADZÓR UDAROWY – DOŚWIADCZENIA WŁASNE.

Intensive stroke surveillance- own experience.

Lic. Karolina Filipka (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

Mgr Elżbieta Grzechowiak (Klinika Neurologii Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy)

Mgr Anna Antczak-Komoterska (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

Dr hab. Grzegorz Kozera (Klinika Neurologii Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy)

Dr hab. Robert Ślusarz (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy)

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Intensywny nadzór udarowy pozwala zapewniać wysoką jakość świadczonych usług medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej i obowiązujących standardach i procedurach. **Cel.** Celem pracy jest przedstawienie danych statystycznych Centrum Udarów Mózgu Kliniki Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Ukazane zostaną również diagnozy pielęgniarские z wykorzystaniem terminów ICNP zawarte w planie indywidualnej opieki nad pacjentką z udarem niedokrwiennym i zawałem serca. **Materiał i metody.** W pracy wykorzystano dane statystyczne Centrum Udarów Mózgu Kliniki Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Posłużono się także metodą studium przypadku w nawiązaniu do pacjentki z udarem niedokrwiennym i zawałem serca. **Dyskusja.** Opieka oraz pielęgnacja chorej z udarem niedokrwiennym wraz ze współistniejącym zawałem serca jest złożonym procesem. Charakteryzuje się pełnym zaangażowaniem oraz niezbędną i specjalistyczną wiedzą ze strony wszystkich członków zespołu terapeutycznego zajmującego się pacjentem. **Wyniki.** Intensywny nadzór pacjenta po udarze mózgu stanowi istotną rolę procesu terapeutycznego. Formułowanie diagnoz pielęgniarских z wykorzystaniem ICNP pozwala na podnoszenie jakości wykonywanych świadczeń.

**Słowa kluczowe:** pododdział udarowy, ICNP, udar mózgu

### ABSTRACT

**Introduction.** Intensive impact monitoring ensuring the quality of medical services provided in the current state of medicine and the obligation of standards and procedures. **Aim.** Aim of this work is to present the statistics Stroke Center Department of Neurology, University Hospital No. 1 Dr Antoni Jurasz in Bydgoszcz. They will also be shown with the use of nursing diagnosis ICNP terms contained in the plan of individual patient care with ischemic stroke and myocardial infarction. **Material and methods.** The study used statistical data Stroke Center Department of Neurology, University Hospital No. 1 for them. Dr Antoni Jurasz in Bydgoszcz. The study also used the method of case study in relation to patients with ischemic stroke and myocardial infarction. **Discussion.** Nursing and care of a patient with ischemic stroke with concomitant myocardial infarction is a complex process. It is characterized by full involvement and the necessary and specialized knowledge of all the members of the therapeutic team dealing with the patient. **Conclusions.** Intensive monitoring of the patient after a stroke is an important part of the therapeutic process. Formulating nursing diagnoses using ICNP allows you to improve the quality of your services.

**Key words:** stroke unit, ICNP, stroke

## **OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM Z RDZENIOWYM ZANIKIEM MIĘŚNI – STUDIUM PRZYPADKU.**

**Nursing care of the child with spinal muscular atrophy – case study.**

Lic. Katarzyna Świrad (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **STRESZCZENIE**

Rdzeniowy zanik mięśni (SMA ang. spinal muscular atrophy) to choroba uwarunkowana genetycznie, powodująca osłabienie i zanik mięśni. W badaniu zastosowano metodę indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania 16-letniego pacjenta z SMA typu I. Problemy pielęgnacyjne były głównie związane z ograniczeniem samodzielności, osłabioną siłą mięśniową i zanikiem mięśni, występowaniem odleżyn oraz zawstydzaniem podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Podjęte interwencje pielęgniarstwa pozwoliły na optymalne zaspokojenie potrzeb oraz zmniejszenie ograniczeń ruchowych i deficytów w samoopiece. Ciągłość rehabilitacji, motywowanie pacjenta i wspieranie go pozwoli na jak najdłuższe utrzymanie samodzielności i kondycji fizycznej oraz dobrego stanu psychicznego.

**Słowa kluczowe:** rdzeniowy zanik mięśni, pacjent, opieka pielęgniarstwa

### **ABSTRACT**

Spinal muscular atrophy (SMA) is genetic disease, which lead to muscular weakness and then muscular dystrophy. The method was the case study and the nursing process of boy with SMA type I. Nursing care problems were connected with limited self-reliance, muscular weakness and muscular dystrophy, bedsores and feeling embarrassed during care activities connected with intimate area. Implemented care activities let on optimal satisfaction the needs and alleviation of symptoms like a movement limitations and self-care deficit. Continuation of rehabilitation, motivating and supporting the patient let on the long maintaining self-reliance and physical fitness and also good mental state.

**Key words:** spinal muscular atrophy, patient, nursing care

## TOKSYNA BOTULINOWA W TERAPII SPASTYCZNOŚCI POUDAROWEJ.

### Botulinum toxin in therapy of post-stroke spasticity.

Dr n. med. Dariusz Lewera (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu)

Dr n. med. Krzysztof Dudek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

#### STRESZCZENIE

Polska jest krajem, w którym udary mózgu stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów, a także wtórnej niepełnosprawności. Liczbę zachorowań na udar mózgu w naszym kraju określa się na 75 000 rocznie. Schorzenie to częściej dotyka mężczyzn niż kobiet i szacuje się, że jest to odpowiednio 175 i 125 na 100 000 mieszkańców. Na podstawie wyników prowadzonych badań jednoznacznie potwierdzono, że po okresie trzech miesięcy od udaru około 20% pacjentów ma znaczne ograniczenia funkcjonalne spowodowane trudnościami w posługiwaniu się kończyną górną. Podobna pod względem liczebności grupa ma problemy z chodzeniem z powodu niedowładów kończyny dolnej. Spastyczność jest bardzo istotnym powikłaniem po udarach mózgu i rozwija się u ponad 20% pacjentów, w znaczny sposób utrudniając rehabilitację, a co za tym idzie prowadzi do dalszego pogorszenia sprawności chorego. Wzmożenie napięcia mięśni powoduje nieprawidłowe ułożenie kończyny górnej i dolnej, co w konsekwencji doprowadza do zaników mięśniowych, przykurczy w stawach objętych spastycznością, odleżyn i przewlekłych dolegliwości bólowych. Celem, który powinien osiągnąć cały zespół opiekujący się pacjentem w okresie rekonwalescencji jest leczenie spastyczności i przywrócenie lub poprawa zdolności funkcjonalnych, będących podstawą samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Rola pielęgniarki w całym procesie usprawniania pacjenta jest nie do przecenienia. Polega ona jednak nie tylko na poprawnym wykonywaniu zleconych zabiegów. Budowa właściwych relacji i zdobycie zaufania chorego rzutuje na cały proces rekonwalescencji. Znajomość przez pielęgniarkę możliwości terapeutycznych spastyczności wydaje się kluczowa. Codzienna praca z pacjentem oraz bieżąca ocena jego możliwości funkcjonalnych może być doskonale wykorzystana w kontaktach pielęgniarka-pacjent, pielęgniarka-lekarz, pielęgniarka-fizjoterapeuta. Terapia spastyczności może polegać na doustnym leczeniu farmakologicznym, ostrzykiwaniu określonych grup mięśniowych toksyną botulinową, wszczepieniu pompy baklofenowej czy wreszcie na zabiegach neurochirurgicznych. Współczesna medycyna w leczeniu spastyczności oferuje bardzo wiele, daje szansę na łatwiejszą, skuteczniejszą i praktycznie bez bólową rehabilitację. Nie zawsze jednak wszystkie możliwości są wykorzystywane, co spowodowane jest brakiem dostatecznej wiedzy. Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił programy terapeutyczne dotyczące leczenia spastyczności poudarowej kończyny górnej i dolnej toksyną botulinową. Wiedza pielęgniarek na temat programów lekowych oraz znajomość ośrodków, które je realizują pomoże pacjentom i ich rodzinom do nich dotrzeć, podnosząc w ten sposób efekt i jakość usprawniania.

**Słowa kluczowe:** udar, hemipareza, spastyczność, rehabilitacja

#### ABSTRACT

Stroke is one of the most common causes of death and secondary disability in Poland. The number of strokes in our country is estimated at 75,000 per year. This disease affects men more often than women and is estimated to be 175 and 125 per 100,000 inhabitants, respectively. Based on the results of the study, it was unambiguously confirmed that after a period of three months after the stroke, about 20% of patients have significant functional limitations due to difficulty in using the upper limb. Similar in number, the group has trouble walking because of lower limb paresis. Spasticity is a very serious complication after stroke and it develops in more than 20% of patients, significantly impeding rehabilitation and consequently leads to further deterioration of the patient's fitness. Increased muscle tension results in abnormal upper and lower limbs, resulting in muscle atrophy, contracting in spasticity joints, bedsores and chronic pain. The goal that the entire team takes care of the patient during convalescence is to treat spasticity and restore or improve the functional capacity that is the basis of self-reliance in performing daily activities. The role of the nurse throughout the process of improving the patient is unimaginable. However, it depends not only on the correct execution of the ordered procedures. Building the right relationships and gaining trust of the patient is all about the process of convalescence. Knowing the nurse's ability to treat spasticity seems crucial. Daily work with the patient and current assessment of his functional capabilities can be perfectly utilized in the contacts of the nurse-patient, nurse-doctor, nurse-physiotherapist. Spasticity therapy may involve oral pharmacological treatment, injection of specific muscle groups with botulinum toxin, implantation of baclofen pump, and finally neurosurgical procedures. Contemporary medicine for the treatment of spasticity offers a great deal, giving the opportunity for easier, more effective and practically painless rehabilitation. But not always all possibilities are used, which is due to insufficient knowledge. The National Health Fund has launched therapeutic programs for the treatment of upper and lower limb to botulinum toxoid spasticity. The knowledge of nurses about the drug programs and the knowledge of the centers that will provide them will help patients and their families reach them, thus enhancing the effect and quality of rehabilitation.

**Key words:** stroke, hemiparesis, spasticity, rehabilitation

## TERAPIA ZABURZEŃ MOWY W PRZEBIEGU ZATRUCIA PSEUDOEFEDRYNĄ. OPIS PRZYPADKU.

Therapy of speech disorders in the course of pseudoephedrine poisoning. A case report.

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Małgorzata Łuczak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michałak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Pseudoefedryna jest substancją, która wykazuje na obwodzie działanie podobne do epinefryny, ośrodkowo działa słabiej niż amfetamina. **Cel.** Celem pracy jest opis postępowania logopedycznego w przypadku 36 letniego pacjenta, który w wyniku zatrucia pseudoefedryną od ponad półtora roku cierpi na zespół parkinsonowski. **Materiał i metody.** Praca jest opisem przypadku 36 letniego mężczyzny cierpiącego na zaburzenia mowy wynikające z zatrucia pseudoefedryną. W celu postawienia diagnozy wykorzystano „Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysarthrii dla młodzieży i dorosłych”. **Wyniki.** Umiejętności ćwiczone w obszarach zakreślonych ogólnym planem terapii osiągnięto głównie w ciągach zautomatyzowanych lub przy realizacji pojedynczych głosek. W niewielkim stopniu udało się poprawić mowę spontaniczną pacjenta pod względem jakości oraz ilości. **Wnioski.** Techniki terapeutyczne dotyczące zaburzeń mowy w zespole parkinsonowskim kładą nacisk przede wszystkim na stronę prozodyczną mowy, traktując artykulację jako drugorzędną. Różnorodność dysfunkcji mowy osób z zespołem parkinsonowskim nie pozwala opracować uniwersalnej metody skutecznej dla wszystkich chorych. Równie duże znaczenie dla realizacji mowy ma zmienny stan poznawczo – emocjonalno – motywacyjny pacjenta. Istotna jest jak największa indywidualizacja terapii pacjentów.

**Słowa kluczowe:** zespół parkinsonowski, zatrucie pseudoefedryną, terapia mowy

### ABSTRACT

**Introduction.** Pseudoephedrine is a substance that exhibits peripheral activity similar to epinephrine, which is less active than amphetamine. **Objective.** The aim of the study is a description of speech therapy in the case of a 36 year old patient who, due to pseudoephedrine poisoning, has been suffering from parkinsonism for over one and a half years. **Material and method.** The work shows a case study of a 36 year old man suffering from speech impaired with pseudoephedrine poisoning. Diagnostic questionnaire for speech disorders with particular emphasis on aphasia and dysarthria for adolescents and adults was used for diagnostic purposes. **Results.** Skills practiced in the areas covered by the general treatment plan have been achieved mainly in automated sequences or when performing single sounds. To a small extent an improvement of the spontaneous speech of the patient in terms of quality and quantity has been achieved. **Conclusions.** Therapeutic techniques for speech disorders in Parkinson's syndrome place emphasis primarily on the speech-induced side of speech, treating the articulation as a secondary problem. The diversity of speech dysfunction of people with Parkinson's syndrome does not allow the development of a universal method effective for all patients. Equally important for speech implementation is the cognitive-emotional-motivational state of the patient. The individualization of patient therapy is as significant as possible.

**Key words:** Parkinson's syndrome, pseudoephedrine poisoning, speech therapy

## **ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z ATAKSIĄ MÓZDŻKOWĄ.**

### **Nurse's problems in nursing care of patient with cerebellar ataxia.**

Mgr Jerzy Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **STRESZCZENIE**

Pojęcie ataksja pochodzi z języka greckiego, w którym oznacza nieład, niezdyscyplinowanie. Ataksja, określana inaczej beżładem czy niezbornością, opisywana jest jako upośledzenie zdolności dokładnego wykonywania i koordynacji ruchów. Może być powodowana: uszkodzeniami narządu koordynacji ruchowej (mózdżku) lub uszkodzeniami płatów czołowych lub tylnych sznurów rdzenia kręgowego. Dzieli się na ataksję: mózdkową i rdzeniową. Objawami ataksji mózdkowej są: zaburzenia lokomocji, dyssynergia, dysmetria, adiadochokineza, drżenie zamiarowe, hipotonia mięśniowa, nieprawidłowe ruchy gałek ocznych czy osłabienie odruchów ścięgnistych. W celu wykrycia ataksji mózdkowej przeprowadza się badania diagnostyczne, które obejmują m.in. badanie neurologiczne, badania genetyczne, badania elektrofizjologiczne, tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny. Leczenie oparte jest na leczeniu przyczynowym, objawowym, chirurgicznym, terapii logopedycznej i kompleksowym postępowaniu fizyko-usprawniającym. Opieka pielęgniarska ukierunkowana jest na zaburzenia mowy, problemy emocjonalne i powstałe ograniczenia ruchowe.

**Słowa kluczowe:** ataksja mózdkowa, zaburzenia ruchowe, opieka pielęgniarska

### **ABSTRACT**

The ataxia definition comes from Greek, which means disorder, indiscipline. Ataxia, otherwise called disorder or incompleteness, is described as impairing the ability to perform precise and coordinated movements. It may be caused by: damage of the motor coordination (cerebellum) or damage of the frontal lobes or posterior column of the spinal cord. It is divided into ataxia: cerebellar and spinal. Symptoms of cerebellar ataxia are: locomotion disorders, dyssynergia, dysmetria, adiadochokinesis, tremor, hypotonia, abnormal eye movements or weakened tendon reflexes. Diagnostic tests are performed to detect cerebellar ataxia, which includes neurological examination, genetic testing, electrophysiological examination, computed tomography or magnetic resonance imaging. Treatment is based on causal, symptomatic, surgical, logopedic and comprehensive physiotherapy. Nursing care is focused on speech disorders, emotional problems, and impaired movement.

**Key words:** cerebella ataxia, movement disorders, nursing care

# OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM OTĘPIENNYM NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM – OPIS PRZYPADKU.

Nursing care for a patient with dementia in a psychiatric ward – a case report.

Mgr Jerzy Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Dorota Blajerska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Iwona Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Otępienia są niejednorodną grupą chorób charakteryzujących się zaburzeniem pamięci i funkcji poznawczych: zaburzeniem pamięci świeżej i długotrwałej, upośledzeniem zdolności do zapamiętywania i odtwarzania śladów pamięciowych a także zaburzenia uwagi – ciągłości uwagi, jej podzielności i selektywności. Jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są funkcje poznawcze, takie jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność do porównywania, oceniania i dokonywania wyborów. Warunkiem postawienia diagnozy otępienia jest zaburzenie funkcji poznawczych, psychospołecznych oraz zawodowych, a także zaburzenie aktywności życia codziennego. **Cel pracy:** Przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z rozpoznanym zespołem otępiennym przebywającym na oddziale psychiatrycznym. **Przedmiot badań:** Proces pielęgnowania oraz proces diagnostyczno – terapeutyczny pacjenta z demencją. Opieka pielęgniarstwa sprawowana nad pacjentem psychiatrycznym i jego rodziną, oparta na modelu relacji międzyludzkich według Hildegard Peplau. **Problemy pielęgnacyjne:** Utrudnione funkcjonowanie społeczne spowodowane upośledzeniem funkcji poznawczych. Zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni. Izolowanie się od innych pacjentek na oddziale. Obniżony nastrój. Zaburzenia snu. Podwyższony krytycyzm pacjentki wobec własnej osoby. Niechęć pacjentki do przyjmowania szpitalnych posiłków. Brak motywacji i umiejętności organizowania czasu. Brak poczucia wsparcia. Brak poczucia bezpieczeństwa. Deficyt samoopieki i samopielęgnacji. Dyskomfort spowodowany występowaniem zaparć. Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych. Zmniejszona aktywność fizyczna. Suchość powłok skórnych. **Wnioski:** Przedstawione problemy pielęgnacyjne mają charakter interdyscyplinarny i wynikają głównie z zaburzeń pamięci, uwagi, myślenia i innych procesów poznawczych oraz postępującej utraty samodzielności. Opieka pielęgniarstwa powinna mieć charakter holistyczny. Główne interwencje pielęgniarstwa należy ukierunkować na problem upośledzenia codziennego funkcjonowania i utraty kontroli nad własnym życiem, zmniejszenia zdolności w zakresie samoopieki, izolacji społecznej oraz zagrożeń bezpieczeństwa.

**Słowa kluczowe:** zespół otępienny, opieka pielęgniarstwa

## ABSTRACT

**Introduction.** Dementia is a heterogeneous group of diseases characterized by memory impairment and cognitive function: disturbed memory of fresh and long-lasting memory, impaired ability to memorize and restore memory traces, as well as disturbance of attention - continuity of attention, diversion and selectivity. It is a syndrome caused by a brain disorder, usually of a chronic or progressive nature, in which cognitive functions such as memory, thinking, orientation, comprehension, counting, learning ability, language functions, ability to compare, evaluate and make choices are impaired. Cognitive, psychosocial and occupational disorders, as well as disorders of everyday life, are a prerequisite for the diagnosis of dementia. **Objective.** Presentation of nursing problems of patients with diagnosed dementia in the psychiatric ward. **Research subject.** Nursing process and diagnostic and therapeutic process of patient with dementia. Nursing care performed over a psychiatric patient and his family, based on the model of interpersonal relations according to Hildegard Peplau. **Nursing problems.** Hardened social functioning due to cognitive impairment. Disturbances of orientation in time and space. Isolate from other patients in the ward. Lowered mood. Sleep disorders. Increased critique of the patient towards his own person. Reluctant patient to take hospital meals. Lack of motivation and ability to organize time. No sense of support. No sense of security. Self-help and self-care deficit. Discomfort caused by constipation. Discomfort caused by swelling of the lower limbs. Reduced physical activity. Dry skin layers. **Conclusions.** The presented nursing problems are interdisciplinary and result mainly from memory disorders, attention, thinking and other cognitive processes and progressive loss of self-reliance. Nursing care should be holistic. Major nursing interventions should focus on the problem of impaired daily functioning and loss of control over one's own life, reduced self-care, social isolation, and security risks.

**Key words:** dementia, nursing care



## **NAJCZĘSTSZE PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTA Z CHOROBA ALZHEIMERA.**

**The most common nursing problems of a patient with Alzheimer's disease.**

Mgr Dorota Blajerska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Jerzy Twardak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### **STRESZCZENIE**

Choroba Alzheimerera jest obecnie najczęstszą postacią otępienia i cechuje się postępującym uszkodzeniem mózgu (neurodegeneracja), którego nie da się odwrócić. Najczęściej dotyka ludzi po 65 roku życia, a wraz z wiekiem wzrasta ryzyko zachorowania. Objawy choroby mogą pojawić się także wcześniej, gdy choroba ma podłoże genetyczne. Szacuje się, że na świecie cierpi na nią około 30 mln. osób, natomiast w Polsce około 250 tys. Kobiety chorują częściej. Choroba może trwać wiele lat i w konsekwencji prowadzi do całkowitej utraty samodzielności psychicznej i fizycznej, a w końcu do śmierci. Problemy pielęgnacyjne i interdyscyplinarne u pacjentów chorych na chorobę Alzheimerera wynikają z zaburzeń pamięci, uwagi, myślenia i innych procesów poznawczych, zmienności nastroju i zachowania, nasilającej się utraty samodzielności, a także obciążenia rodziny spowodowanego koniecznością sprawowania długoterminowej opieki nad chorym. Problemy pielęgnacyjne zależą także od zaawansowania choroby i nasilenia objawów, ale powinny mieć charakter indywidualny i holistyczny. Stale trzeba uwzględniać potrzeby: fizyczne, społeczne, psychiczne, duchowe i kulturowe pacjenta. Należy jednak pamiętać, że każdy pacjent jest odrębną i niepowtarzalną jednostką. Podstawowe cele opieki pielęgniarskiej sprowadzają się do pomocy w utrzymaniu niezależności w czynnościach życia codziennego, zapobiegania izolacji społecznej, zapobiegania powikłaniom ruchowym i emocjonalnym, niesienia ulgi w cierpieniu fizycznym i psychicznym, pomocy rodzinie w opiece nad chorym, a także zapewnienia godnej i spokojnej śmierci. Odpowiednie pielęgnowanie ma ogromny wpływ na poprawę jakości życia osób cierpiących na chorobę Alzheimerera, a także ich opiekunów.

**Słowa kluczowe:** choroba Alzheimerera, problemy pielęgnacyjne, plan opieki

### **ABSTRACT**

Alzheimer's disease is currently the most common form of dementia and is characterized by progressive brain damage (neurodegeneration) that cannot be reversed. It most often affects people 65 years of age, and with age increases the risk of getting sick. Symptoms of the disease may also appear earlier when the disease has a genetic background. It is estimated that around 30 million people suffer in the world, while in Poland about 250 thousand. Women get sick more often. The disease can last for many years and consequently leads to complete loss of mental and physical independence, and eventually death. Nursing and interdisciplinary issues in patients with Alzheimer's disease result from memory, attention, thinking and other cognitive disorders, mood fluctuations and behaviour, increasing loss of self-reliance, and family burden due to the need to provide long-term patient care. Care problems also depend on the severity of the disease and the severity of symptoms, but should be individual and holistic. It is always necessary to take into account the needs: the physical, social, mental, spiritual and cultural needs of the patient. However, it should be kept in mind that each patient is a separate and unique unit. The primary goals of nursing care are to help maintain independence in everyday life, prevent social isolation, prevent physical and mental complications, provide relief for physical and mental suffering, help families in caring for the patient, and ensure decent and peaceful death. Adequate nursing has a huge impact on improving the quality of life for people with Alzheimer's and their caregivers.

**Key words:** Alzheimer's disease, nursing problems, plan of care

## POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARKI Z ZABURZENIAMI CZUCIA.

Nurse management with sensory disorders.

Mgr Izabela Kuberka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

Czucie to zdolność odbierania przez organizm różnego typu wrażeń zmysłowych. Dzieli się na czucie: powierzchowne, głębokie, telecepywne i trzewne. Zaburzenia czucia mogą być spowodowane uszkodzeniem nerwów obwodowych, korzeni tylnych rdzenia kręgowego albo dróg rdzeniowych wstępujących. Zaburzenia czucia dzielą się na: parestezję, przeczulicę, niedoczulicę i kaulgję. Diagnostyka tych zaburzeń obejmuje: badanie neurologiczne, rezonans magnetyczny lub tomografię komputerową (głowy, kręgosłupa), elektromiografię, angiografię, badanie ultrasonograficzne czy zdjęcie rentgenowskie. Podstawą leczenia pacjentów z zaburzeniami czucia jest: zwalczanie lub neutralizowanie nieprzyjemnych objawów poprzez leczenie choroby podstawowej. Równocześnie prowadzi się leczenie objawowe. Niekiedy niezbędne jest leczenie chirurgiczne. Postępowanie pielęgniarskie polega przede wszystkim na: rozpoznaniu stanu chorego, zaplanowaniu opieki pielęgniarskiej w zależności od zaistniałych deficytów, eliminacji czynników, które mogą doprowadzić do zmian na skórze, ochronie pacjenta przed działaniem czynników termicznych, ocenie prowadzonej terapii w oparciu o zlecenia lekarskie.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia czucia, opieka pielęgniarska

### ABSTRACT

Sensation is the ability of the body to receive various types of sensory impressions. It is divided into feelings: superficial, deep, telepathic and visceral. Sensitivity disorders can be caused by damage to the peripheral nerves, the roots of the posterior spinal cord, or the ascending cortical pathways. Sensitivity disorders are divided into: paraesthesia, hyperalgesia, hypoaesthesia, and causalgia. Diagnosis of these disorders includes: neurological examination, magnetic resonance imaging or computed tomography (head, spine), electromyography, angiography, ultrasonography or x-ray. The treatment of patients with sensory disorders is based on: combating or neutralizing unpleasant symptoms by treating the underlying disease. At the same time symptomatic treatment is performed. Surgery is sometimes necessary. The nursing process consists primarily of: recognizing the patient's condition, planning nursing care according to the existing deficits, elimination of factors that can lead to changes in the skin, protection of the patient against the action of thermal factors, assessment of therapy based on medical orders.

**Key words:** sensory disturbances, nursing care

## DYSFAGIA NEUROGENNA – WAŻNY PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY.

### Neurogenic dysphagia – an important interdisciplinary problem.

Mgr Izabela Kuberka (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Pytel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Aleksandra Kołtuniuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono najważniejsze aspekty dotyczące identyfikacji dysfagii oraz praktycznych wskazówek zapobiegających powikłaniom w zaburzeniach połykania. Zaburzenia w przelękaniu czyli dysfagia jest jedną z ważniejszych problemów determinujących praktykę wielu specjalistów. Wpisuje się ona w szereg działań mających zapobiec powikłaniom, do których głównie należy zachłystowe zapalenie płuc, wiodące prym jako najważniejsza przyczyna zgonów wśród pacjentów neurologicznych. Przed wdrożeniem odpowiedniej terapii istotną rolę odgrywa identyfikacja zaburzeń połykania i wykonanie badań przesiewowych, do których należą szybka ocena ryzyka aspiracji, badanie videofluoroskopowe uzupełnione o badanie neurologiczne głównie nerwów czaszkowych. Kolejnym etapem jest terapia dysfagii, utrzymanie jak najlepszej zdolności połykania, eliminację aspiracji treści pokarmowej do drzewa oskrzelowego, zachowanie norm żywieniowych oraz pomoc w przejściu od karmienia przez zgłębnik do karmienia naturalnego. Takie jednak podejście wymaga zintegrowania sił specjalistów jak lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, logopedy, dietetyka oraz psychologa. Praktyczne wskazówki zebrane w pracy pomogą we wdrożeniu procedur mających na celu zmniejszenia liczby aspiracji.

**Słowa kluczowe:** dysfagia, profilaktyka aspiracji, zapalenie płuc

### ABSTRACT

The paper presents the most important aspects of dysphagia identification and practical guidelines to prevent complications in swallowing disorders. Dysphagia dysfunction is one of the most important problems determining the practice of many professionals. It is included in a number of measures to prevent complications, mainly of the sciatica pneumonia, leading the leading cause of death among neurological patients. Prior to the implementation of appropriate therapy, the role of swallowing disorders and screening, which includes the rapid assessment of aspirin risk, videofluoroscopic examination supplemented with a neurological examination mainly cranial nerves. The next stage is dysphagia therapy, maintaining the best swallowing ability, elimination of food aspiration into the bronchial tree, maintaining nutritional standards and helping in the transition from gavage to natural feeding. However, such an approach requires the integration of specialists such as physicians, nurses, rehabilitators, speech therapists, nutritionists and psychologists. Practical tips in the workplace will help you in implementing procedures to reduce your aspirations.

**Key words:** dysphagia, aspiration prevention, pneumonia

# OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM LECZONYM OPERACYJNIE Z POWODU DYSKOPATII ŁĘDŹWIOWO- KRZYŻOWEJ – STUDIUM PRZYPADKU.

Nursing care of the patient treated surgically because of lumbosacral discopathy – case study.

Mgr Dorota Regner (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Lic. Anita Irzik (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michalak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

Dyskopatia lędźwiowo-krzyżowa to choroba związana ze zmianami degeneracyjnymi krążka międzykręgowego. Zmiany zachodzące w krążku wynikają z jego niedostatecznego odżywienia. Zmiany chorobowe w obrębie krążka międzykręgowego mogą być wynikiem: starzenia się organizmu, zmian w wyniku urazu lub nadmiernego przeciążenia kręgosłupa, wad wrodzonych lub nabytych, a także chorób przebytych w okresie młodzieńczym. Zmiany w obrębie krążka międzykręgowego prowadzą do pęknięcia pierścienia włóknistego i wydobycia się jądra miazdżystego na zewnątrz co z kolei skutkuje pojawieniem się charakterystycznych objawów związanych z uciskiem korzeni nerwowych lub rdzenia kręgowego. Leczenie dyskopatii lędźwiowo- krzyżowej zaczyna się od terapii zachowawczej opartej głównie na fizykoterapii i farmakoterapii ukierunkowanej na łagodzenie bólu. W przypadku braku poprawy funkcjonowania chorego, nasileniu objawów mimo wdrożonego leczenia zachowawczego zaleca się zabieg operacyjny. Bezwzględnym wskazaniem do leczenia operacyjnego jest wystąpienie zespołu ogona końskiego lub zespołu korzeniowego z niedowładami wiotkimi stopy lub mięśnia czworogłowego po stronie przepukliny. Praca stanowi studium przypadku, a jej celem było przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta po operacyjnym leczeniu dyskopatii lędźwiowo- krzyżowej z uwzględnieniem specyfiki opieki oraz najistotniejszych problemów, które mogą wystąpić w związku z przebytych zabiegiem. Celem pracy była również ocena i opis działań pielęgniarskich ukierunkowanych na profilaktykę wystąpienia wczesnych i późnych powikłań pooperacyjnych. Metodami użytymi w trakcie prowadzonych badań była obserwacja własna, wywiad, a także analiza dokumentacji medycznej. Przeprowadzone badania, a także analiza danych z piśmiennictwa pozwoliła na wysunięcie wniosków dotyczących roli pielęgniarki, głównych problemów chorej, oraz wpływu choroby na jakość życia. Analiza przypadku pozwoliła również na wysnucie wniosków dotyczących istoty edukacji zdrowotnej na przebieg choroby pacjenta i okresu pooperacyjnego.

**Słowa kluczowe:** dyskopatia lędźwiowo-krzyżowa, neurochirurgia, jakość życia, ból

## ABSTRACT

Lumbosacral discopathy is a disease associated with degenerative changes of the intervertebral disc. The changes in the disc results from its insufficient nutrition. Disease lesions within the disc may be the result of: aging of the body, changes in trauma or overloading of the spine, congenital or acquired defects, and diseases acquired during adolescence. Changes in the intervertebral disk lead to fracture of the annulus fibrous and outflow of the nucleus pulposus to the outside, which in turn results in characteristic symptoms associated with compression of the nerve roots or spinal cord. Treatment of lumbar disc herniation begins with conservative therapy based mainly on physical therapy and pharmacotherapy aimed at relieving pain. If there is no improvement in the functioning of the patient, the severity of symptoms, despite the implementation of conservative treatment, is recommended for surgery. An absolute indication for surgical treatment is the occurrence of a cauda equina syndrome or root's compressive syndrome with flaccid paresis of the foot or quadriceps muscle on the hernia side. The paper is a case study, and its purpose was to present the nursing process of the patient after surgical treatment of lumbar discopathy, taking into account the specificity of care and the most important problems that may occur with the surgery. The aim of the study was also evaluation and description of nursing activities aimed at prevention of early and late postoperative complications. The methods used during the study were self-observation, interview, and analysis of medical documentation. The study, as well as the analysis of data from the literature, allowed us to draw conclusions about the role of the nurse, the main problems of the patient, and the impact of the disease on the quality of life. The case analysis also allowed us to draw conclusions about the essence of health education on the course of the patient's and postoperative illness.

**Key words:** lumbosacral discopathy, neurosurgery, quality of life, pain

## DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA PACJENTA PO UDARZE MÓZDŻKU.

Mgr Paulina Bulkowska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Dr Magdalena Kazimierska-Zajac (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Mgr Dorota Regner (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Mózdzek służy nie tylko do kontroli równowagi, ruchów gałek ocznych, koordynacji i planowania ruchów. Koordynuje również werbalną pamięć roboczą, związany jest z płynnością ruchów, mowy i myśli. Udar mózdzku wpływa na kompetencję komunikacyjną, a powstałe zaburzenia mowy wymagają terapii logopedycznej. **Cel.** Celem pracy jest opis zaburzeń poznawczych, w tym procesów językowych, u pacjentki po udarze niedokrwiennym prawej półkuli mózdzku oraz przedstawienie diagnozy, planu terapii neurologopedycznej i jej efektów. **Materiał i metody.** Przebadano 85 letnią kobietę po udarze niedokrwiennym prawej półkuli mózdzku. W diagnostyce neurologopedycznej wykorzystano: Montrealską Skalę Oceny Funkcji Poznawczych, Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), Krótki Test Stanu Psychicznego (KTSP), Skalę Oceny Dynamiki Afazji (SODA). **Wyniki.** Opisany przypadek potwierdza związek między mową a mózdzkiem, którego to uszkodzenia powodują zaburzenia funkcji wykonawczych, nastroju czy funkcji językowych. Warunkiem skutecznej terapii jest przeprowadzenie dokładnej diagnozy logopedycznej. Terapia logopedyczna pomogła w wyeliminowaniu agramatyzmów. Dyskurs jest bardziej spójny i logiczny. Zauważa się polepszenie płynności wypowiedzi i prozodii (szybsze tempo mówienia, poprawny rytm i melodia). Uzyskano poprawę napięcia mięśni języka oraz mięśnia okrężnego warg. **Wnioski.** Różnorodność dysfunkcji mowy osób po udarach nie pozwala opracować uniwersalnej metody skutecznej dla wszystkich chorych. Równie duże znaczenie w powrocie utraconych funkcji komunikacyjnych ma stan poznawczy, emocjonalny i motywacyjny pacjenta. Terapia logopedyczna doprowadziła do poprawy złożonych procesów poznawczych takich jak język i myślenie, przez poprawę elementarnych procesów jak pamięć, percepcja i uwaga.

**Słowa kluczowe:** udar mózdzku, postępowanie neurologopedyczne, skale kliniczne

### ABSTRACT

**Introduction.** The cerebellum is responsible not only for balance control, eye movements, coordination and movement planning. It also coordinates verbal work memory, which is related to the fluidity of movement, speech and thought. The cerebellar stroke affects communication competence, and the resulting speech disorders require speech therapy. **Objective.** The purpose of the study is to describe cognitive disorders, including linguistic processes, in patients after ischemic stroke of the right cerebral hemisphere and to present a diagnosis, neurological therapy plan and its effects. **Material and method.** An 85-year-old woman after ischemic stroke in the right hemisphere of the cerebellum was examined. The neurological diagnosis uses the Montreal Cognitive Assessment Scale (MOCA), the Mini-Mental State Examination (MMSE), Short Test of Mental Condition (KTSP), Scale for Assessment of Aphasia Dynamics (SODA). **Results.** This case is confirmed by the relationship between speech and cerebellum, which causes disturbances in executive functions, moods, and language functions. Effective therapy is required to perform a thorough speech diagnosis. Speech therapy helped to eliminate agrammatisms. The discourse is more consistent and logical. It improves the fluidity of speech and prosody (faster pace of speech, correct rhythm and melody). Improved muscle tone in the tongue and orbicularis oculi muscle was achieved. **Conclusions.** The variety of speech dysfunctions of stroke patients does not allow the development of a universal method effective for all patients. Equally important is the cognitive, emotional and motivational state of the patient. Speech therapy has led to the improvement of complex cognitive processes such as language and thinking, by improving elementary processes like memory, perception and attention.

**Key words:** cerebellar stroke, neurologopedic procedures, clinical scales

# OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM GUILLAINA–BARREGO. OPIS PRZYPADKU.

Nursing care for a patient with Guillain-Barre syndrome. A case report.

Lic. Dagmara Waliszewska (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr Magdalena Kazimierska–Zając (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Mgr Monika Michałak (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp** Zespół Guillaina-Barrego (GBS) jest chorobą autoimmunologiczną, inaczej nazywaną ostrą zapalną neuropatią demielinizacyjną. **Cel.** Celem pracy jest opis przypadku pacjenta z zespołem Guillaina-Barrego, ze szczególnym uwzględnieniem zadań pielęgniarki/pielęgniara w opiece nad pacjentem. **Materiał i metody.** W analizie przypadku, 23-letniego mężczyzny z zespołem Guillaina-Barrego, posłużono się narzędziami badawczymi, takimi jak: wywiad z pacjentem, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz skale: Barthel, Glasgow, Norton, Rankin oraz skala wzrokowo – analogowa VAS. **Wyniki.** Po zastosowaniu odpowiednich działań nie wystąpiły zaburzenia oddychania. Nie zaobserwowano objawów choroby zakrzepowo – zatorowej. Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego zostało zmniejszone. Pacjent nie posiada oznak niedożywienia, nie zaobserwowano również niepokojących zmian na skórze pacjenta **Wnioski.** Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w opiece nad pacjentem z zespołem Guillaina – Barrego. Do głównych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z GBS zaliczamy: powikłania związane z unieruchomieniem, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, dysfagia, ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego. Podjęte działania pielęgniarstwa wobec pacjenta z GBS pozwoliły na właściwe zaspokojenie jego potrzeb oraz zapewnienie opieki i pielęgnacji.

**Słowa kluczowe:** zespół Guillaina-Barrego, opieka pielęgniarstwa, samoopieka, samopielęgnacja

## ABSTRACT

**Introduction.** The Guillain-Barre syndrome (GBS) is an autoimmune disease, otherwise known as acute inflammatory demyelinating neuropathy. **Objective.** The aim of this paper is to describe the case of a GBS patient with particular regard to the nurse / nurse role in patient care. **Material and method.** In a case study of a 23-year-old man with GBS, research tools were used, such as: patient interview, observation, medical records analysis and scales: Index Barthel, Glasgow Coma Scale, Norton scale, Rankin scale and visual analogue scale (VAS). **Results.** No respiratory distress has been observed after appropriate treatment. There were no symptoms of thromboembolic disease. The risk of urinary tract infection has been reduced. The patient has no signs of malnutrition, no disturbing changes on the patient's skin. **Conclusions.** The nurse plays an important role in GBS patient care. The main problems of GBS patient care include: immobilisation, self-care and dysphagia, dysphagia, risk of urinary tract infection. The nursing activities undertaken with a patient with GBS have made it possible to properly meet his or her needs and to provide care and care.

**Key words:** Guillain-Barre syndrome, nursing care, self-management, self-care

# FAŁA UDERZENIOWA W REDUKCJI SPASTYCZNEJ HIPERTONII MIĘŚNIOWEJ W STWARDNIENIU ROZSIANYM.

Shock wave therapy in reduction of spastic hypertonia of muscles in multiple sclerosis.

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Dr Magdalena Kazimierska-Zając (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Dr hab. Mirosław Sopol (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)  
Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

**Wstęp i cel pracy:** Celem niniejszej pracy jest identyfikacja i weryfikacja dotychczasowych badań naukowych ukazujących skuteczność i bezpieczeństwo stosowania fali uderzeniowej (ESW), a także ukazanie perspektywy prowadzenia prac badawczych u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (MS). **Materiał i metody:** Posłużono się metodą przeglądu systemowego baz medycznych PubMed, MEDLINE, PEDro i Scopus w oparciu o wytyczne do prawidłowego raportowania przeglądów systematycznych i meta-analiz (PRISMA). Kryteria kwalifikacji prac stanowiły: prace w recenzowanych czasopismach naukowych, aktualne artykuły opublikowane w ciągu ostatnich 10 lat, obejmujące wysokiej jakości badania kliniczne, dostępne w wersji pełnotekstowej w języku angielskim. Ocenę kwalifikowalności prac dokonało dwóch niezależnych recenzentów (RD i MS), a wszelkie kwestie sporne wyjaśnione zostały przez recenzenta pomocniczego (JR). **Wyniki:** We wstępnej fazie selekcji wyłonione zostały 92 prace. Po wyeliminowaniu publikacji nie spełniających kryteriów włączenia, tj.: prac na materiale zwierzęcym (n=44), dostępnych w językach innych niż angielski (n=8) oraz braku wersji pełnotekstowych (n=19) zakwalifikowano 21 prac. Następnie odrzucone zostały prace obejmujące uszkodzenie górnego neuronu ruchowego (UMN, Upper Motor Neuron) o etiologii innej niż demielinizacyjna, tj.: udar mózgu (n=12) oraz mózgowie porażenie (n=7). Finalnie wyłoniono 2 prace, z czego jedna donosi o korzystnym oddziaływaniu antyspastycznym i przeciwbólowym ( $p < 0,0001$ ) radialnej ESW (n=34) w oparciu o protokół badania randomizowanego (RCT) o podwójnym zaślepieniu, druga natomiast traktuje o pozytywnym efekcie analgetycznym ( $p < 0,01$ ) i przeciwzapalnym ( $p < 0,05$ ) zogniskowanej ESW w rejonie wykonywanych iniekcji podczas farmakoterapii (n=8). **Wnioski:** Pomimo obiecującej efektywności ESW w nieinwazyjnym oddziaływaniu antyspastycznym, przeciwbólowym oraz przeciwzapalnym pacjentów z MS, podkreślić należy pilotażowy charakter dotychczasowych doniesień naukowych oraz wskazać konieczność dalszej weryfikacji omawianej tematyki badawczej w oparciu o prace kliniczne o wysokiej jakości metodycznej.

**Słowa kluczowe:** fala uderzeniowa, stwardnienie rozsiane, fizjoterapia, przegląd systemowy

## ABSTRACT

**Background and objectives:** The purpose of this paper was to identify and to verify of recent studies which determine the clinical effectiveness and safety of extracorporeal shock wave (ESW) usefulness, as well as to show the research perspectives in patients with multiple sclerosis (MS). **Material and methods:** The method of systematic review was conducted using pubmed, MEDLINE, PEDro and Scopus medical databases and in accordance with the current guidelines of the PRISMA 2009 statement. Qualification criteria were: publications in prestigious scientific journals, recent papers published in the last 10 years, involving clinical trials on human subjects, available with the full-version of the manuscript and written in English only. Assessment of papers eligibility were preceded by two independent reviewers (RD and MS), and in the case of disagreement the judgment of a third reviewer (JR) was sought. **Results:** Through the initial stage of selection, 92 papers were identified. After excluding publications that did not meet inclusion criteria, i.e. Experimental studies on animal material (n=44), papers available in other language than English (n=8), and the lack of full version (n=19), 21 papers have been qualified into systematic review. Next, all papers involving the upper motor neuron (UMN) lesion of aetiology other than demyelinating were excluded, i.e. Cerebral stroke (n=12) and cerebral palsy (n=7). Finally, 2 papers have been emerged, of which the first report a beneficial antispastic and analgesic effect ( $p < 0.0001$ ) after radial ESW (n=34) based on randomised protocol of study (RCT) with a double-blinded design, while the second paper treats about a positive clinical effect as analgesic ( $p < 0.01$ ) and anti-inflammatory ( $p < 0.05$ ) effect after focused ESW in the region of pharmacotherapeutics injections with interferon beta and glatiramer acetate (n=8). **Conclusions:** Despite a promising effectiveness of the ESW in non-invasive antispastic, analgesic and anti-inflammatory action in MS patients, a preliminary character of these recent studies should be pointed out. Moreover, a further scientific verification of this subject including the high methodological quality of clinical trials is still in demand.

**Key words:** extracorporeal shock waves, multiple sclerosis, physiotherapy, systematic review

# FALA UDERZENIOWA JAKO METODA FIZJOTERAPEUTYCZNA W POUDAROWEJ SPASTYCZNOŚCI.

## Shock wave therapy as a physiotherapeutic method in post-stroke spasticity.

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr hab. Mirosław Sopol (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

### STRESZCZENIE

Zewnątrzustrojowa fala uderzeniowa (ESW – ang.: *Extracorporeal Shock Wave*) jest czynnikiem fizykalnym, którego zastosowanie kliniczne obserwowane jest w szerokiej gamie zaburzeń chorobowych, szczególnie dysfunkcji narządu ruchu. Obecnie zaobserwować można, iż lista wskazań do zabiegów ESW stale rośnie i obejmuje swym zasięgiem coraz to bardziej odmienne, pod względem etiologii i patomechanizmu, schorzenia ogólnoustrojowe. Nie mniej jednak pamiętać należy, iż potencjalne mechanizmy biologiczne stymulacji ESW, warunkujące korzystne i pożądane efekty terapeutyczne, nie są jednoznacznie wyjaśnione. W świecie nauki w dalszym ciągu obserwowany jest brak niepodważalnych dowodów popartych zaawansowanymi badaniami w zakresie obserwacji i rejestracji mechanizmów biofizycznych pod wpływem stymulacji ESW w szeregu zaburzeń neurologicznych, szczególnie u chorych po udarze mózgu z uszkodzeniami górnego neuronu ruchowego (UMN – ang.: *Upper Motor Neuron*). Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przeglądu aktualnych doniesień naukowo-badawczych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo stosowania ESW w redukcji poudarowej spastyczności mięśni kończyn oraz przywracaniu sprawności motorycznej pacjentów po udarze mózgu. Pomimo obiecującej efektywności terapii ESW, której rezultaty opisane zostały jak dotąd w kilku badaniach pilotażowych, istnieje uzasadniona konieczność dalszej weryfikacji omawianej tematyki badawczej w aspekcie zastosowania klinicznego.

**Słowa kluczowe:** fala uderzeniowa, udar, spastyczność, fizjoterapia, neurorehabilitacja, przegląd piśmiennictwa

### ABSTRACT

Extracorporeal shock wave (ESW) is a physical factor, of which the clinical use is observed in a wide range of disorders, particularly musculoskeletal dysfunctions. Recently, one can observe that the list of indications for ESW treatment is continuously growing and adapting the increasingly different systemic diseases in terms of etiology and pathomechanism. Nevertheless, it should be remembered that the potential biological mechanisms of ESW stimulation conditioning advantageous and desirable therapeutic effects are not clearly explained. In the world of science is the lack of irrefutable evidence, supported by advanced research in the field of observation and recording biophysical mechanisms under the influence of ESW stimulation in a number of neurological disorders, especially in patients after stroke suffer from the damage of upper motor neuron (UMN). The aim of this paper is to provide an overview of current research reports evaluating the efficacy and safety of ESW in reducing a post-stroke spasticity of limbs and recover a motor functions in stroke patients. A number of 8 research articles were qualified into review, only in English, which appeared in the years 2005 – 2015. Despite a promising effectiveness of ESW therapy, the results of which have been described so far in several pilot studies, there is a legitimate need for further verification of this subject of research in terms of clinical application.

**Key words:** shock waves, stroke, spasticity, physiotherapy, neurorehabilitation, literature review



# FIZJOTERAPIA W USPRAWNIANIU KONTROLI MOTORYCZNEJ U PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU.

Physiotherapy in the improvement of motor control in patients after cerebral stroke.

Dr Robert Dymarek (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Dr hab. Mirosław Sopol (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

## STRESZCZENIE

Choroby naczyniowe mózgu o podłożu udarowym dotyczą milionów osób na całym świecie, a roczny odsetek zachorowań stale rośnie. W dobie społeczeństwa starzejącego się i cierpiącego na liczne czynniki ryzyka, w szczególności te modyfikowalne, udary mózgu oraz następowe porażenie mięśni w wyniku uszkodzenia struktur składowych górnego neuronu ruchowego będzie coraz to poważniejszym problem dla całego systemu opieki zdrowotnej. Skuteczne postępowanie lecznicze i fizjoterapeutyczne w przypadku utrwalonej spastyczności poudarowej, zarówno w okresie ostrym, jak i przewlekłym, stanowi nadal istotny problem medyczny o charakterze interdyscyplinarnym. Opieka nad tego typu pacjentem staje się swoistym wyzwaniem dla lekarzy specjalności neurologicznej, internistycznej, kardiologicznej, dermatologicznej, czy też neurochirurgicznej ale także dla fizjoterapeutów w ich codziennej praktyce klinicznej. Celem pracy jest przedstawienie problematyki udarowej oraz następowego porażenia spastycznego w aspekcie aktualnych możliwości leczenia farmakologicznego i chirurgicznego, a przede wszystkim z zastosowaniem skutecznych metod fizjoterapeutycznych, których zastosowanie potwierdzone zostało na drodze wiarygodnych badań naukowych w myśl zasad Medycyny i Fizjoterapii Opartej na Faktach (EBMP – ang.: *Evidence Based Medicine and Physiotherapy*)

**Słowa kluczowe:** poudarowa spastyczność, fizjoterapia, kontrola motoryczna, badania naukowe

## ABSTRACT

Cerebrovascular diseases based on stroke etiology concern millions of people worldwide, and annual rates of disease are still increasing. In the era of an aging society and suffering from a number of risk factors, in particular those modifiable, strokes and muscles' spastic paresis, subsequently resulting in damage of upper motor neuron structures will become a serious problem for the entire health care system. Effective management and physiotherapy treatment for post-stroke spasticity persisted, both in the acute and chronic, is still a significant medical problem in the interdisciplinary aspect. Care procedures for this type of patient becomes a kind of challenge for specialists in neurology, internal medicine, cardiology, dermatology or neurosurgery, but also for physiotherapists in their everyday clinical practice. The aim of this paper is to present the issues of cerebral stroke and resulting spastic hypertonia in terms of current pharmacological treatment and surgery, and primarily through the use of effective physiotherapy methods, the use of which was confirmed in the way of reliable scientific research in accordance with the principles of Evidence Based Medicine and Physiotherapy (EBMP).

**Key words:** post-stroke spasticity, treatment, physiotherapy, motor control, scientific research

SPONSORZY

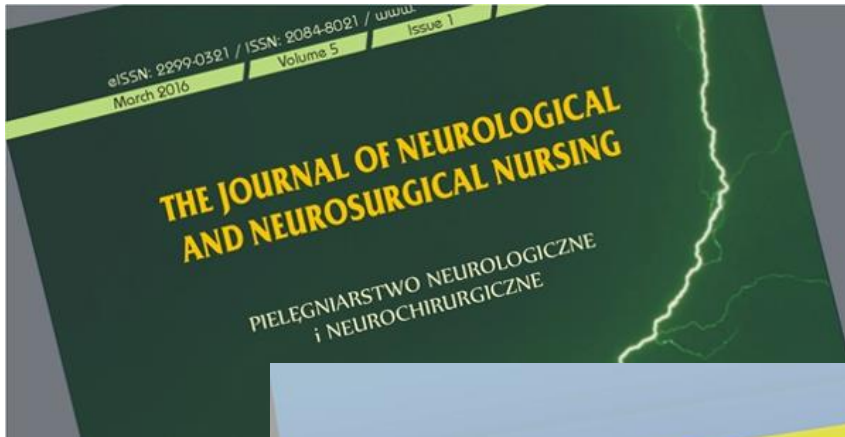


**Biogen Poland Sp. z o.o.**



**Merz Pharmaceuticals GmbH**

## PATRONAT MEDIALNY





**DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W KONFERENCJI**