

Mariola Śliwińska-Kowalska

Marta Fiszer

Izabela Kwaśniewska

Maja Domańska

Ewa Niebudek-Bogusz

DIAGNOSTYKA CHORÓB ZAWODOWYCH NARZĄDU GŁOSU PO WPROWADZENIU ZNOWELIZOWANEJ USTAWY DOTYCZĄCEJ ORZEKANIA O CHOROBYCH ZAWODOWYCH*

DIAGNOSTICS OF OCCUPATIONAL VOICE DISEASES FOLLOWING THE AMENDMENT
OF THE POLISH OCCUPATIONAL DISEASES CERTIFICATION ACT

Klinika Audiologii i Foniatrii

Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp. Celem pracy była ocena, czy nowelizacja w 2002 r. ustawy dotyczącej orzekania o chorobach zawodowych wpłynęła na medyczno-prawny proces orzekania o chorobach zawodowych narządu głosu. **Materiał i metody.** Przeanalizowano ogólnopolskie opracowania dotyczące liczby i rodzaju chorób zawodowych rozpoznawanych w Polsce w latach 1999–2004 oraz dokumentację lekarską – łącznie 267 nauczycieli ubiegających się o uznanie choroby zawodowej narządu głosu. **Wyniki i wnioski.** Na przestrzeni lat 1999–2004 obserwowano ok. 4-krotne stopniowe, niezwiązane z datą wprowadzenia znowelizowanej ustawy, zmniejszenie liczby rejestrowanych chorób zawodowych narządu głosu (z 3521 do 881 przypadków). Chorzy odwołujący się od negatywnego orzeczenia o chorobie zawodowej wydanego w I instancji po roku 2002 charakteryzowali się istotnie gorszymi parametrami foniatrycznymi i wideostroboskopowymi niż chorzy konsultowani przed rokiem 2002. Przed 2002 r. odsetek pozytywnie rozpatrywanych odwołań wynosił ponad 16%, a po 2002 r. jedynie nieco ponad 5%. Świadczy to o większej zgodności rozpoznań wydawanych przez instancję I i II szczególnie po nowelizacji ustawy. Med. Pr., 2006;57(5):419–429

Słowa kluczowe: choroby zawodowe narządu głosu, niedowład mięśni fałdów głosowych, zmiany przerostowe fałdów głosowych, guzki głosowe, procedury orzecznicze, częstość występowania

ABSTRACT

Background: The aim of the study was to assess whether the amended Polish Occupational Diseases Certification Act of 2002 has made an impact on the medico-legal process of the occupational voice diseases certification. **Material and methods:** Nationwide reports on the number and types of occupational diseases diagnosed in Poland in 1999–2004, and the medical records of 267 teachers diagnosed for the occupational voice organ disease were analyzed. **Results and Conclusions:** A 4-fold gradual and continuous reduction (from 3521 to 881 cases) in the number of registered occupational voice diseases was noted in 1999–2004, which was not really associated with the date the amended Act came into force. The patients challenging the first instance refusals issued after 2002 were characterized by significantly worse phoniatric and videostroboscopic indices than those consulted before that date. Before 2002, the percentage of the second instance positive decisions, changing the first instance refusals was over 16%, while after 2002 the corresponding number was only 5%. This indicates that a consensus of decisions issued by the first and second instances has significantly increased since the amended Act came in effect. Med Pr 2006;57(5):419–29

Key words: occupational voice diseases, paresis of vocal fold muscles, vocal fold hypertrophy, vocal noduli, medico-legal procedures, prevalence

Adres autorów: św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: marsliw@imp.lodz.pl

Nadesłano: 17.07.2006

Zatwierdzono: 1.09.2006

WSTĘP

Czynne wykonywanie zawodu nauczyciela wymaga codziennego, długotrwałego wysiłku głosowego, wykonywanego przy tym często w nieodpowiednich dla pracy

narządu głosu warunkach środowiska (temperatura pomieszczenia, zanieczyszczenia, przeciągi). Dodatkowo sytuację pogarsza fakt, że nauczyciele z reguły nie są szkoleni w zakresie prawidłowych technik emisji głosu, co sprzyja nieprawidłowemu używaniu aparatu głosowego i szybszemu jego zużywaniu się. Z ogólnopolskich badań prowadzonych w ostatnim czasie wynika, że ta

* Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 18.7/2005 pt. „Analiza chorób zawodowych narządu głosu u nauczycieli badanych w ramach odwołań do instancji II szczebla”. Kierownik tematu: prof. dr hab. med. M. Śliwińska-Kowalska.



grupa zawodowa obciążona jest wysokim ryzykiem rozwoju dysfonii. Prawdopodobieństwo rozwoju niewydolności fonacyjnej głosi jest 11-krotnie wyższe u nauczycieli niż w grupie kontrolnej, a dysfonii hiperfunkcjonalnej i guzków głosowych blisko 3-krotnie wyższe (1).

Zaburzenia głosu, które można przypisać nadmiernemu obciążeniu narządu głosu, które występują głównie u nauczycieli, mówców, aktorów, śpiewaków, uznawane są w Polsce, już od 1974 r., za choroby zawodowe, upoważniające do przyznania świadczeń pieniężnych w formie jednorazowego odszkodowania (na podstawie wyliczenia procentowego uszczerbku na zdrowiu), bądź ewentualnej renty (w razie stwierdzenia częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej) (2). Jak wynika z danych epidemiologicznych, liczba chorób narządu głosu wywołanych nadmiernym wysiłkiem głosowym od 1996 r. stale rośnie i są one obecnie najczęściej rozpoznawanymi chorobami zawodowymi w Polsce (3). Wysoki współczynnik zapadalności na choroby zawodowe narządu głosu wśród pracowników edukacji stwarza zatem poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny.

W 2002 r. znowelizowane zostało Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (4). Zgodnie z nowoobowiązującym Rozporządzeniem ustalony został minimalny okres pracy w narażeniu na wysiłek głosowy, upoważniający do ubiegania się o chorobę zawodową narządu głosu oraz maksymalny okres od momentu zaprzestania narażenia, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych pozwala na rozpoznanie choroby zawodowej. Wynoszą one odpowiednio 15 lat w odniesieniu do stażu pracy i 2 lata w odniesieniu do okresu po zaprzestaniu zatrudnienia w narażeniu. Zawężono również i uściślono wykaz chorób narządu głosu, które mogą być uznane za choroby zawodowe. W punkcie 15 aktualnego wykazu chorób zawodowych wymieniono: 1. Guzki głosowe twarde (w poprzednim rozporządzeniu były to „guzki śpiewacze”, co obejmowało zmiany chorobowe zarówno o charakterze „twardym”, nieodwracalnym, jak i „miękkim” – odwracalnym) 2. Wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych (w poprzednim rozporządzeniu były to „zmiany przerostowe”, a więc dotyczyły wszystkich zmian przerostowych) 3. Niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głosi i trwałą

dysfonią (w poprzednim rozporządzeniu były to „niedowłady strun głosowych”).

Brak precyzji poprzedniego wykazu (5) stwarzał wiele nieporozumień orzecznich z powodu dowolności interpretacyjnej, szczególnie dotyczącej zmian przerostowych i niedowładów fałdów głosowych. Po wprowadzeniu nowelizacji należało się spodziewać, że, zgodnie z zamierzeniem ustawodawcy, przyczyni się ona do większej precyzji rozpoznawania lekarskich i większej zgodności w diagnostyce przeprowadzanej w I i II instancji orzecznich.

Celem pracy było porównanie liczby i rodzaju chorób zawodowych narządu głosu rozpoznawanych w okresie przed i po wprowadzeniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30.07.2002 r. oraz zgodności rozpoznawania klinicznych placówek I i II szczebla upoważnionych do orzekania o patologii zawodowej.

MATERIAŁ I METODY

W celu realizacji badań w pierwszej części pracy przeanalizowano ogólnopolskie biuletyny za lata 1999–2004 (6–11), obejmujące szczegółowe informacje dotyczące liczby i rodzaju chorób zawodowych rozpoznawanych w Polsce. Biuletyny te prowadzone są na zlecenie Ministra Zdrowia przez Zakład Epidemiologii Środowiskowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. W drugiej części pracy przeanalizowano dokumentację medyczną 267 nauczycieli konsultowanych w Instytucie Medycyny Pracy (instancja II szczebla) z powodu odmowy uznania choroby zawodowej narządu głosu przez instancję I szczebla, tj. wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP). Nauczycieli tych podzielono na dwie grupy – konsultowanych w trybie orzecznym obowiązującym przed 2002 rokiem i w trybie orzecznym obowiązującym po 2002 r. W II instancji badania lekarskie przeprowadzane były przez ten sam zespół lekarzy foniatrów Kliniki Audiologii i Foniatrii IMP w Łodzi.

Grupę I stanowiło 113 kolejno badanych w trybie odwoławczym nauczycieli (95 kobiet i 18 mężczyzn), konsultowanych w IMP w latach 1999–2001. Średni wiek pacjentów wynosił 56,6 lat ($\pm 6,3$ lat), a staż pracy 32,2 lata ($\pm 6,8$ lat). Grupę II stanowiło 154 kolejno badanych w trybie odwoławczym nauczycieli (132 kobiety i 22 mężczyzn), konsultowanych w IMP w latach 2003–2004. Średni wiek pacjentów wynosił 57,0 lat ($\pm 5,2$ lat), a staż pracy 32,7 lat ($\pm 6,5$ lat).

W analizie dokumentacji medycznej wykorzystano karty badań odwołujących się pacjentów, w których szczególną uwagę zwracano na:



■ wywiad środowiskowy, dotyczący przebiegu pracy zawodowej, rodzaju placówki (szkoła, przedszkole, wyższa uczelnia, ośrodek szkolno-wychowawczy, inne), narażenia na wzmożony wysiłek głosowy (informacje uzyskane od pracodawcy, a w razie potrzeby uzupełnione przez terenową inspekcję sanitarną), liczby godzin pracy tygodniowo, rodzaju nauczanych przedmiotów, etc.

■ wywiad lekarski przeprowadzany przez lekarza medycyny pracy lub internistę oraz oddzielnie przez laryngologa i foniatrę, dotyczący dolegliwości i objawów chorobowych występujących u pacjenta, obejmujący dane o wieku pacjenta, czasie trwania dolegliwości, a w szczególności, w którym roku pracy zawodowej zaczęły one występować, wielkości i rodzaju narażenia zawodowego na wysiłek głosowy, występowania objawów subiektywnych, takich jak: chrypka o charakterze stałym lub okresowym nasilająca się po wysiłku głosowym, zaniki głosu w czasie mówienia, okresowe bezgłosy, uczucie suchości lub przeszkody w gardle i krtani oraz obecność kaszlu. W ankiecie uwzględniono również pytania, dotyczące innych schorzeń i dolegliwości mogących wpływać na prawidłową emisję głosu oraz dotychczasowego przebiegu leczenia i rehabilitacji, na wyku palenia papierosów, jak również wykorzystania urlopów dla poratowania zdrowia.

■ badanie przedmiotowe – obejmujące badanie internistyczne, laryngologiczne, foniatryczne i wideostroboskopowe krtani.

Badanie internistyczne miało na celu stwierdzenie, czy u badanego nauczyciela występują dolegliwości i schorzenia mogące negatywnie wpływać na stan narządu głosu.

Badanie laryngologiczne obejmowało ocenę gardła, krtani, nosa oraz uszu. Szczególną uwagę zwracano na obecność patologii w obrębie narządów laryngologicznych, mogącą wpływać na zaburzenia prawidłowej emisji głosu, takie jak: niedrożność nosa, skrzywienie przegrody nosa, występowanie cech alergii, nieprawidłową ruchomość języka i podniebienia miękkiego, cechy przewlekłego stanu zapalnego migdałków podniebiennych i zatok przynosowych. Ocenę wstępną krtani w badaniu laryngologicznym wykonywano za pomocą laryngoskopii pośredniej.

Badanie foniatryczne obejmowało ocenę charakteru głosu, sposobu tworzenia głosu, czasu fonacji, nastawienia głosowego, toru oddychania, prawidłowej artykulacji, uczynniania rezonatorów oraz obecności nosowania. Dodatkowo oceniano napięcie mięśni szyi podczas mówienia, pobudliwość nerwową oraz obecność dermatografizmu.

Wideolaryngostroboskopię krtani wykonywano u każdego pacjenta po uprzednim badaniu laryngologicznym za pomocą wideostroboskopu lupowego Wolf-5052 ze sztywną optyką. Oglądano w powiększeniu obraz ruchomy krtani na monitorze, również w świetle stroboskopowym, co umożliwiało dokładną ocenę ruchów fonacyjnych fałdów głosowych oraz niewielkich nawet zmian organicznych. Przy użyciu kamery typu CCD obraz ten rejestrowano na nośniku wideo na taśmie VHS. Badanie wykonywano, gdy była taka potrzeba (silne odruchy gardłowe) w znieczuleniu miejscowym gardła 10% roztworem lignokainy. W pierwszej fazie badania oceniano powiększony obraz krtani, a następnie, w badaniu stroboskopowym, następujące parametry charakteryzujące drgania fałdów głosowych: symetrię i regularność drgań, amplitudę drgań, przesunięcie brzeżne (fałę słuzówkową), zwarcie fonacyjne głośni, poziom fałdów głosowych, tendencję do fonacji rzekomej.

Ocena statystyczna wyników

W analizie statystycznej, dla porównania częstości występowania dolegliwości i objawów chorobowych oraz częstości rozpoznań klinicznych w obu grupach badanych nauczycieli, użyto testu chi-kwadrat albo testu dokładnego Fishera (12). Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

WYNIKI

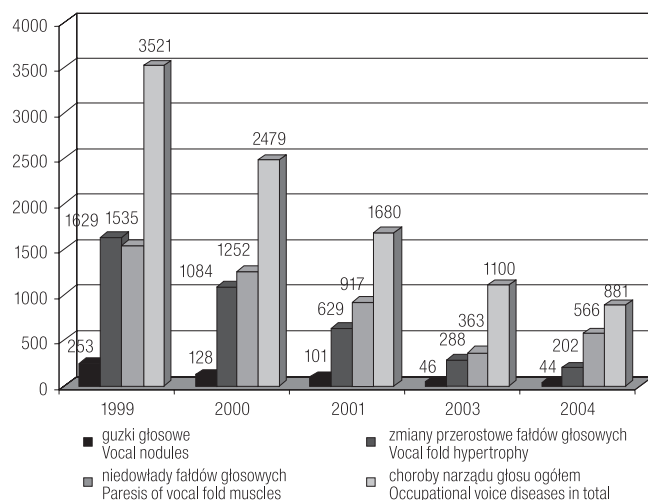
Analiza zgłaszalności chorób zawodowych w Polsce

Analiza rodzaju i liczby chorób zawodowych narządu głosu rozpoznawanych w Polsce na przestrzeni lat 1999–2004 wykazała bezwzględny spadek zachorowań (ogółem z 3521 przypadków do 881 przypadków rocznie (ryc. 1). W okresie tym zwiększył się odsetek rozpoznań niedowładów fałdów głosowych (z 43% do 64%) i spadł odsetek rozpoznań zmian przerostowych krtani (z 46% do 23%). Odsetek rozpoznań guzków głosowych utrzymywał się na niezmiennym poziomie (ok. 5–7%) (ryc. 2). Zmiany te miały charakter ciągły, bez wyraźnego gwałtownego wzrostu czy spadku poszczególnych chorób, który byłby związany z datą wprowadzenia znowelizowanego Rozporządzenia (w 2002 roku).

Analiza dokumentacji pacjentów konsultowanych w IMP

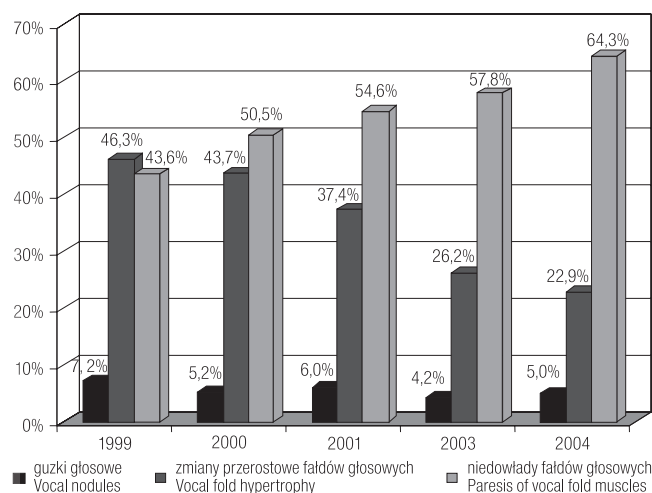
Wśród nauczycieli zgłaszających się do Poradni Chorób Zawodowych IMP, w latach 1999–2001 i 2003–2004, w ramach odwołań od decyzji I instancji o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej narządu głosu, dominowały kobiety, stanowiąc w grupie I – 83,8%,





Ryc. 1. Liczba chorób zawodowych narządu głosu w Polsce w latach 1999–2004.

Fig. 1. Number of occupational voice diseases in Poland in the years 1999–2004.

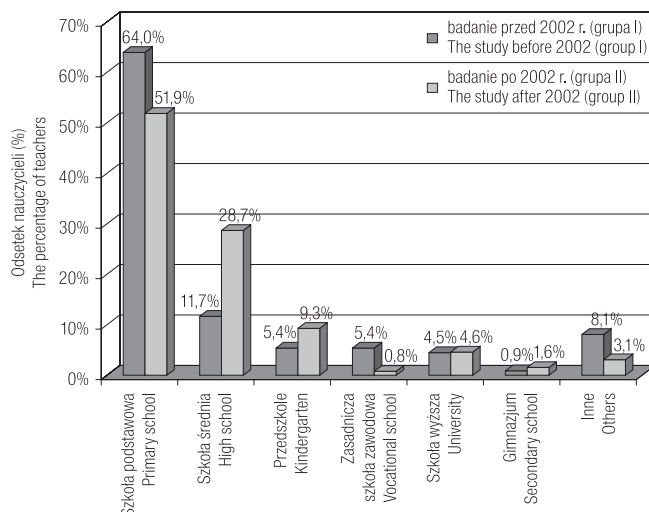


Ryc. 2. Odsetek chorób zawodowych narządu głosu w Polsce w latach 1999–2004.

Fig. 2. The percent of occupational voice diseases in Poland in the years 1999–2004.

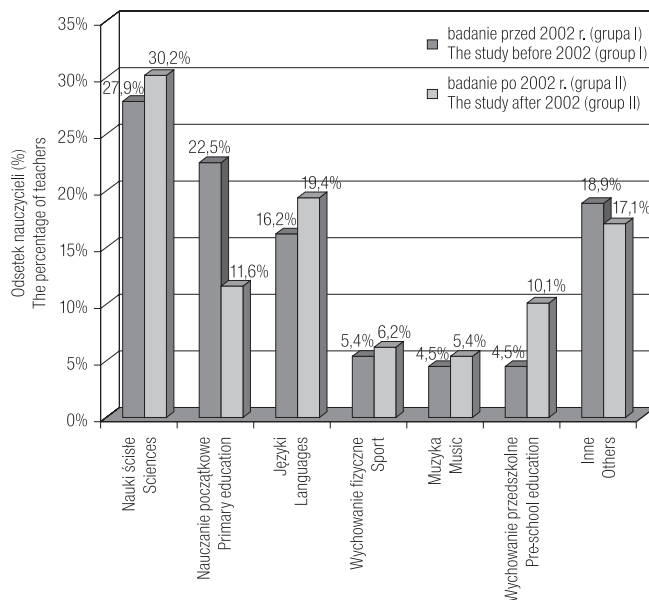
a w grupie II – 82,9% wszystkich badanych nauczycieli.

Porównanie obu grup pod względem wieku nie wykazało różnic statystycznych. Podobnie, pod względem stażu pracy analizowane grupy nie różniły się między sobą statystycznie. W grupie I, u 2,7% osób przeprowadzono procedurę orzeczniczą przed upływem 15 lat pracy w zawodzie nauczyciela w pełnym wymiarze godzin, podczas gdy w grupie II osób takich nie było (zgodnie z wytycznymi Rozporządzenia). Z kolei odsetek osób będących na emeryturze w trakcie trwania procedury orzeczniczej był nieznacznie większy w grupie II (blisko 80%) niż w grupie I (76,6%).



Ryc. 3. Rodzaje szkół w badanych grupach nauczycieli.

Fig. 3. Types of school affiliation in the groups of teachers.



Ryc. 4. Nauczane przedmioty w badanych grupach nauczycieli.

Fig. 4. School subjects in the groups of teachers.

Wywiad środowiskowy

Najliczniejszą grupę osób odwołujących się od decyzji o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej, zarówno w grupie I jak i II, stanowili nauczyciele szkół podstawowych (ryc. 3). Pod względem nauczanych przedmiotów największy odsetek nauczycieli zgłaszających się na ponowne przeprowadzenie procedury orzeczniczej stanowili nauczyciele przedmiotów ścisłych i nauk o ziemi (takich jak: matematyka, fizyka, chemia, geografia, biologia), nauczyciele nauczania początkowego oraz języków (polskiego, angielskiego, rosyjskiego) (ryc. 4). Zarówno pod względem rodzaju szkoły, jak



i nauczanych przedmiotów badane grupy nauczycieli nie różniły się między sobą statystycznie. Średnia liczba godzin pracy głosem tygodniowo wynosiła w grupie I nauczycieli 21,6 (18–38), a w grupie II 21,8 (18–40) i nie różniła się istotnie między grupami.

Wywiad lekarski

Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami chorobowymi w obu grupach nauczycieli były zasychanie w gardle podczas mówienia, zaniki głosu i zmęczenie głosowe, uczucie „kluski” w gardle oraz bezgłos. Dolegliwości te podawane były przez ponad 90% wszystkich przebadanych osób. Suchy kaszel zgłaszało ponad 73,0%, a obecność stałej chrypki ponad 63% osób (tab. 1). W obu grupach, u około 40% badanych wymienione dolegliwości trwały od 2 do 10 lat, a u ok. 30% przez 11–20 lat. Oznacza to, że okres występowania subiektywnych dolegliwości ze strony narządu głosu wynosił średnio około 16 lat. Porównanie badanych grup nauczycieli pod względem obecności subiektywnych dolegliwości ze strony narządu głosu wykazało istotnie częstsze występowanie bezgłosu w grupie nauczycieli badanych w latach 2003–2004 (grupa II) (tab. 1). Częstości występowania pozostałych subiektywnych dolegliwości ze strony narządu głosu w obu badanych grupach nie różniły się istotnie statystycznie.

W grupie II nauczycieli istotnie częściej (ok. 70%) pacjenci korzystali z urlopu dla poratowania zdrowia niż w grupie I (ok. 56%); średni czas trwania urlopu zdrowotnego wynosił ok. 1,5 roku w obu grupach. Podobnie, nauczyciele grupy II istotnie częściej korzystali z leczenia laryngologicznego lub foniatrycznego przed rozpoczęciem procedury orzeczniczej niż w grupie I. Z kolei nauczyciele grupy I, z powodu dolegliwości głosowych, częściej korzystali ze zmniejszenia liczby godzin pracy tygodniowo niż nauczyciele grupy II.

W badanych grupach nauczycieli tylko kilkanaście procent osób podawało występowanie nałogu palenia papierosów w przeszłości, a odsetek osób palących w dniu badania wynosił jedynie nieco ponad 2% w grupie II, podczas gdy w grupie I osób palących w ogóle nie było. W przypadku nałogu palenia papierosów obie grupy nauczycieli nie różniły się między sobą istotnie statystycznie. Podobnie, w przypadku kobiet z obu badanych grup, nie wykazano istotnej różnicy pod względem występowania i leczenia chorób tarczycy i chorób ginekologicznych.

Badanie przedmiotowe narządu głosu

Porównanie wyników badania foniatrycznego przeprowadzonego w obu grupach nauczycieli wykazało szereg istotnych nieprawidłowości. W grupie nauczycieli

Tabela 1. Dane z wywiadu lekarskiego
Table 1. Medical history data

Dane Data	Grupa I (badani w latach 1999–2001) Group I (persons diagnosed in 1999–2001)	Grupa II (badani w latach 2003–2004) Group II (persons diagnosed in 2003–2004)	P
Liczba badanych No. of persons diagnosed	113	154	
Dolegliwości dotyczące narządu głosu (%) Voice problems (%)			
Chrypka Hoarseness			
Okresowa Periodical	36,0	36,4	n.i.
Stać Chronic	63,1	63,6	n.i.
Zaniki głosu Voicelles	92,8	93,0	n.i.
Zasychanie w gardle Dry throat	98,2	96,9	n.i.
Zmęczenie głosu Vocal fatigue	89,2	95,3	n.i.
Bezgłos Aphonia	79,3	92,2	0,005
Kluska w gardle Lump in the throat	87,4	93,8	n.i.
Kaszel suchy Dry cough	73,0	76,0	n.i.
Odchrząkiwanie Clear throat	16,2	22,5	n.i.
Czas trwania dolegliwości (lata) Duration of voice problems (yrs)			
2–10	45,0	38,8	n.i.
11–20	28,8	34,9	n.i.
21–30	17,1	18,6	n.i.
31 i więcej 31 and more	9,0	7,8	n.i.
Średnio (min.–max.) Average (min.–max.)	15,6 (2–45)	15,6 (2–36)	n.i.
Leczenie laryngologiczne/ foniatryczne Laryngologic/Phoniatric care			
% osób % subjects	73	96,9	0,005
Lata: śr. (min.–max.) Years: av. (min.–max.)	13,6 (1–40)	6,9 (1–25)	0,05
Urlopy zdrowotne (%) Sick leaves (%)	55,9	70,5	0,02

p – poziom istotności;
significance level;

n.i. – nieistotne statystycznie.
non-significant.



Tabela 2. Wyniki badania foniatrycznego w badanych grupach nauczycieli**Table 2.** Phoniatric examination data in the study groups of teachers

Badanie foniatryczne Phoniatric examination	Grupa I Group I %	Grupa II Group II %	p
Charakter głosu Voice quality			
prawidłowy Enphonic	11,8	0	n.i.
nieprawidłowy Abnormal	88,2	100	n.i.
Nadmierne napięcie mięśni szyi Hypertension of neck muscles	21,8	43,4	0,01
Nastawienie głosowe Type of phonation			
prawidłowe Correct	69,1	23,3	0,005
nieprawidłowe Incorrect	30,9	76,7	0,005
Tor oddechowy Breathing technique			
prawidłowy Correct	44,5	96,9	0,005
nieprawidłowy Incorrect	55,5	3,1	0,005
Artykulacja Articulation			
prawidłowa Correct	97,3	94,6	n.i.
nieprawidłowa Incorrect	2,7	5,4	n.i.
Uczynnianie rezonatorów Activation of resonators			
prawidłowe Correct	32,7	5,4	0,005
nieprawidłowe Incorrect	67,3	94,6	0,005
Średni czas fonacji w sekundach (min.–max.) Mean phonation time, s (min.–max.)	11,1 (2–20)	12,0 (2–28)	n.i.

p – poziom istotności;
significance level;n.i. – nieistotne statystycznie.
non-significant.

badanych w latach 2003–2004 (grupa II) istotnie częściej stwierdzano nieprawidłowe (osłabienie lub brak) uczynnianie przestrzeni rezonatorowych (94,6% osób), nieprawidłowy tor oddychania (97% osób), twarde nastawienie głosowe (76,7% osób) oraz nadmierne napięcie mięśni karku, szyi i okolicy krtaniowej (43,4% osób) (tab. 2).

W obu grupach średni czas fonacji głoski „a” był istotnie skrócony w stosunku do wartości normy (20 sekund) i wynosił średnio w grupie I – 11,1 sekund, a w grupie II – 12,0 sekund (tab. 2).

Tabela 3. Parametry badania laryngowideostroboskopowego w badanych grupach nauczycieli**Table 3.** Parameters of laryngovideostroboscopic examination in the study groups of teachers

Parametry badania Parameters of examination	Grupa I Group I %	Grupa II Group II %	p
Drgania fałdów głosowych Vocal fold vibration			
regularne Regular	40,9	43,4	n.i.
nieregularne Non-regular	59,1	56,6	n.i.
Amplituda drgań Amplitude of vocal fold vibration			
średnia Average	33,6	15,5	0,04
zmniejszona Decreased	55,5	73,6	0,04
zwiększona Increased	10,9	10,8	n.i.
Zwarcie fonacyjne Glottal closure			
pełne Complete	41,8	33,3	n.i.
niepełne Incomplete	58,2	66,7	n.i.
Przesunięcie brzeżne Mucosal wave			
prawidłowe Correct	75,5	77,5	n.i.
ograniczone Reduced	22,7	21,7	n.i.
nieobecne Missing	1,8	0,8	n.i.
Tendencja do fonacji rzekomej Tendency towards false phonation	39,1	52,7	0,03

p – poziom istotności;
significance level;n.i. – nieistotne statystycznie.
non-significant.

Analiza parametrów ocenianych w badaniu laryngowideostroboskopowym wykazała, że u ponad połowy nauczycieli zakwalifikowanych zarówno do grupy I jak i II występowały nieprawidłowości pod postacią zaburzeń regularności drgań fałdów głosowych, zmniejszenia amplitudy drgań fonacyjnych, niepełnego zwarcia fonacyjnego i tendencji do fonacji rzekomej. Istotne statystycznie różnice między grupami ujawniały się w zakresie zmniejszenia amplitudy drgań fonacyjnych: w grupie I występowało ono u 55,5% badanych, a w grupie II – u 73,6% badanych oraz w zakresie występowania tendencji do fonacji rzekomej – odpowiednio wartości te wynosiły 39,1% i 52,7% (tab. 3).

Porównanie rodzaju schorzeń występujących u nauczycieli badanych przed wejściem w życie rozporząd-



Tabela 4. Rozpoznanie kliniczne w grupach nauczycieli badanych przed (grupa I) i po (grupa II) 2002 r. w II instancji orzeczniczej
Table 4. Clinical diagnosis in teachers examined before (group I) and after (group II) 2002 in the second instance

Rozpoznanie Diagnosis	Grupa I Group I %	Grupa II Group II %	P Różnica między grupami Differences between groups
Dysfonia hyperfunkcjonalna Hyperfunctional dysphonia	50,4	69,7	0,005
Dysfonia hypofunkcjonalna Hypofunctional dysphonia	12,6	2,3	0,005
Dysfonia dysfunkcjonalna Dysfunctional dysphonia	3,6	1,5	n.i.
Niedowłady fałd głosowych* Vocal fold paresis*	14,4	3,9	0,005
Zmiany przerostowe fałdów głosowych Vocal fold hypertrophy	1,8	3,1	n.i.
Guzki głosowe Vocal nodules	1,8	0	n.i.
Zapalenie krtani Laryngitis			
proste Simplex	78,1	74,2	n.i.
zanikowe Atrophica	2,7	0	n.i.
przerostowe Hypertrophica	9,9	6,2	n.i.

* W grupie II – niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią;
 In group II – paresis of vocal fold adductor/tensor muscles with glottal insufficiency and permanent dysphonia;
 p – poziom istotności; n.i. – nieistotne statystycznie.
 significance level; non-significant.

dzenia w 2002 r. i po wejściu w życie tego rozporządzenia wskazuje, że są to te same jednostki chorobowe (tab. 4). U nauczycieli konsultowanych po wprowadzeniu znowelizowanego rozporządzenia istotnie częściej rozpoznawano dysfonię hyperfunkcjonalną, natomiast w grupie konsultowanej przed wprowadzeniem ww. rozporządzenia istotnie częściej stwierdzano dysfonię hypofunkcjonalną i niedowład fałdów głosowych.

Ocena zgodności rozpoznań klinicznych w placówkach I i II szczebla orzeczniczego

Porównując rozpoznania kliniczne, w obu grupach badanych nauczycieli najczęściej stwierdzano obecność objawów przewlekłego, prostego nieżyty krtani (u ponad 70% badanych) oraz dysfonii hyperfunkcjonalnej (u ponad 40% badanych). Zdecydowanie rzadziej, już na etapie badania w I instancji, występowały niedowłady

Tabela 5. Rozpoznanie kliniczne w grupie nauczycieli badanych przed 2002 r. w I i II (i) instancji orzeczniczej

Table 5. Clinical diagnosis in teachers examined before 2002 in the first and second (i) instances

Rozpoznanie kliniczne Clinical diagnosis	Grupa I Group I %		p Różnica między grupami Differences between groups
	ropoznanie. I (i) Diagnosis I (i)	rozpoznanie II (i) Diagnosis II (i)	
Dysfonia hyperfunkcjonalna Hyperfunctional dysphonia	41,4	50,4	0,005
Dysfonia hypofunkcjonalna Hypofunctional dysphonia	10,8	12,6	n.i.
Dysfonia dysfunkcjonalna Dysfunctional dysphonia	3,6	3,6	n.i.
Niedowłady fałdów głosowych* Vocal fold insufficiency*	5,4	14,4	0,005
Zmiany przerostowe fałd głosowych Vocal fold hypertrophy	1,8	1,8	n.i.
Guzki głosowe Vocal nodules	1,8	1,8	n.i.
Zapalenie krtani Laryngitis			
proste Simplex	74,2	78,1	n.i.
zanikowe Atrophica	2,7	2,7	n.i.
przerostowe Hypertrophica	4,7	9,9	n.i.
Choroba zawodowa (rozpoznana) Diagnosed occupational voice disorders	0	16,2	0,01

* W grupie II – niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią;
 In group II – paresis of vocal fold adductor/tensor muscles with glottal insufficiency and permanent dysphonia;
 p – poziom istotności; n.i. – nieistotne statystycznie.
 significance level; non-significant.

dy mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe, wtórne zmiany przerostowe oraz twarde guzki głosowe, czyli patologie, uznawane za choroby o udowodnionym podłożu zawodowym (tab. 5, 6).

Porównanie zgodności rozpoznań stawianych w I i II instancji przed i po wprowadzeniu znowelizowanej ustawy wykazało częstsze występowanie niezgodności w I grupie pacjentów (konsultowanych przed wprowadzeniem ustawy) (tab. 5). Dotyczyło to zwłaszcza dysfonii hyperfunkcjonalnej i niedowładu fałdów głosowych. Po wejściu w życie rozporządzenia w 2002 r. (grupa II)



Tabela 6. Rozpoznanie kliniczne w grupie nauczycieli badanych po 2002 r. w I i II (i) instancji orzeczniczej

Table 6. Clinical diagnosis in teachers examined after 2002 in the first and second (i) instances

Rozpoznanie kliniczne Clinical diagnosis	Grupa II Group II %		P Różnica między grupami Differences between groups
	rozpoznanie I (i) Diagnosis I (i)	rozpoznanie II (i) Diagnosis II (i)	
Dysfonia hyperfunkcjonalna Hyperfunctional dysphonia	68,2	69,7	n.i.
Dysfonia hypofunkcjonalna Hypofunctional dysphonia	1,5	2,3	n.i.
Dysfonia dysfunkcjonalna Dysfunctional dysphonia	1,5	1,5	n.i.
Niedowład fałd głosowych* Vocal fold insufficiency*	3,9	3,9	n.i.
Zmiany przerostowe fałdów głosowych Vocal fold hypertrophy	1,6	3,1	n.i.
Guzki głosowe Vocal nodules	0	0	n.i.
Zapalenie krtani Laryngitis			
proste Simplex	76,6	74,2	ni.
zanikowe Atrophica	0	0	n.i.
przerostowe Hypertrophica	7,0	6,2	n.i.
Choroba zawodowa (rozpoznana) Diagnosed occupational voice disorders	0	5,4	0,01

* W grupie II – niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głosu i trwałą dysfonią;

In group II – paresis of vocal fold adductor/tensor muscles with glottal insufficiency and permanent dysphonia;

p – poziom istotności; n.i. – nieistotne statystycznie.
significance level; non-significant.

niezgodności rozpoznań orzecznich I i II instancji w zasadzie nie występowały (tab. 6).

W grupie I chorobę zawodową w odwoławczej instancji orzeczniczej rozpoznano u 16,2% nauczycieli, którym nie uznano choroby zawodowej w instancji I szczebla; natomiast w grupie II – niezgodność rozpoznań dotyczyła jedynie 5,4%. Oznacza to większą zgodność rozpoznań klinicznych instancji I i II szczebla przy zastosowaniu nowych zasad orzecznich określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30 lipca 2002 r. (tab. 5 i 6).

OMÓWIENIE

Dowolność interpretacyjna istniejących zapisów prawnych, wynikająca z nieścisłości użytych w nich sformułowań czy braku precyzyjnych wytycznych dotyczących orzekania o chorobach zawodowych narządu głosu, może być częstą przyczyną nieporozumień i rozbieżności w orzeczeniach lekarskich różnych instancji. Dlatego też, od czasu pierwszego Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 listopada 1974 roku w sprawie chorób zawodowych (2) kilkakrotnie nowelizowano ten akt prawny. Ostatnią nowelizację przepisów dotyczących chorób zawodowych wprowadzono w roku 2002, kiedy zastąpiono Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1983 r. (5) Rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (4). Wobec istotnych zmian w obowiązujących przepisach prawnych dotyczących orzekania o istnieniu, bądź braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej narządu głosu, ważna jest ocena, jakie konsekwencje zmiany te powodują. W tym celu przeanalizowano biuletyny statystyczne oraz dokumentację medyczną nauczycieli ubiegających się o rozpoznanie choroby zawodowej w latach 1999–2001 i 2003–2004, przebadanych w Instytucie Medycyny Pracy w ramach odwołań od negatywnych decyzji wydanych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, zdecydowaną większość nauczycieli (ok. 80%) zgłaszających się na konsultację w ramach odwołań od orzeczenia instancji I szczebla stanowiły kobiety. Potwierdza to dane statystyczne populacji osób zatrudnionych w sektorze edukacyjnym w Polsce, że jest to sektor wysoce sfeminizowany (3). Odwoławczą procedurę orzeczniczą najczęściej podejmowali nauczyciele szkół podstawowych, a pod względem nauczanych przedmiotów zdecydowaną większość stanowili nauczyciele przedmiotów ścisłych, nauczania początkowego i języków, co również odpowiada charakterystyce populacji polskich nauczycieli (3).

W zawodzie nauczyciela wykonywanie pracy wiąże się z codziennym wielogodzinnym wysiłkiem głosowym (13,14). Jednak podczas kwalifikowania osób do podjęcia tego zawodu rzadko zwraca się należytą uwagę na indywidualne możliwości głosowe kandydata, płynność wymowy, poprawność artykulacyjną oraz brak obecności ubytków słuchu czy też predyspozycje psychiczne. Dlatego też nauczycieli określa się jako grupę



zawodową o największym ryzyku występowania zaburzeń głosu. Fritzel i wsp., analizując rozkład zawodów wśród badanych przez siebie pacjentów zauważyli, że najliczniejszą grupą zawodową zgłaszającą się do foniatrii z powodu zaburzeń głosu byli nauczyciele (15). Podobnie w 1997 r. Titze i wsp. wykazali, że wśród zbędnych w latach 1991–1993 pacjentów amerykańskiej kliniki głosu zawód nauczyciela był blisko 4-krotnie częściej reprezentowany niż w populacji ogólnej ludności tych krajów (16).

Obraz kliniczny dysfonii zawodowych charakteryzuje się bogatą symptomatologią, w której dominują objawy zmęczenia głosowego i zaburzenia o charakterze hyperfunkcjonalnym. Towarzyszą im liczne parestezie gardłowo-krtaniowe, jak na przykład uczucie bólu w gardle/krtani, uczucie przeszkody w krtani, uczucie suchości, drapania bądź pieczenia w gardle i w krtani (17). Dysfonie często spotyka się u osób zawodowo posługujących się głosem, nierzadko nadużywających go w ostrych stanach zapalnych krtani lub zmniejszonej wydolności narządu głosu z powodu chorób ogólnoustrojowych. Ponadto, dodatkowym obciążeniem są specyficzne, niekorzystne warunki pracy, w tym złe warunki akustyczne pomieszczeń (zmuszające do mówienia podniesionym głosem), nieodpowiednia wilgotność i temperatura powietrza w klasie, wdychanie kurzu podczas mówienia, np. pyłu kredowego lub szkodliwych oparów, praca w hałasie zmuszająca nauczycieli nie tylko do zwiększenia natężenia głosu, ale także jego częstotliwości (mówienie w niewłaściwym dla siebie zakresie głosu jest dodatkowym obciążeniem) (18). Nauczyciele często pracują w warunkach stresu, co również ma niekorzystny wpływ na emisję głosu. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem i wiążące się z tym przewlekłe napięcie psychiczne powoduje nadmierne napięcie mięśni karku, szyi i krtani, co prowadzi do krtaniowego zespołu zmęzeniowego, powodującego zaburzenia czynnościowe głosu, a w następstwie zmiany organiczne, np. guzki śpiewacze (19). Na istotną rolę strefy psychologicznej, a w szczególności stresu, na rozwój chorób zawodowych narządu głosu wskazują badania własne, prowadzone w ostatnich latach w Klinice Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Wykazano w nich, że stan zdrowia psychicznego nauczycieli z problemami głosowymi był istotnie gorszy nie tylko w porównaniu z grupą osób zdrowych, lecz również z grupą pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą somatyczną (20).

Obserwacje foniatrów wskazują, że u osób zawodowo posługujących się głosem pod wpływem długotrwa-

łego wysiłku głosowego niekorzystnej zmianie ulega sposób tworzenia głosu. Sprzyja to wystąpieniu zaburzeń czynnościowych głosu, szczególnie pod postacią dysfonii hyperfunkcjonalnej, co w konsekwencji może doprowadzić do zmian organicznych pod postacią guzków głosowych, niedowładów mięśni zwierających głosnię, czy zmian przerostowych fałdów głosowych (17–19,21,22). Wszystkie te choroby uznawane są w Polsce za choroby zawodowe.

Porównanie wyników badań laryngologicznych, foniatrycznych i wideostroboskopowych, przeprowadzonych u nauczycieli przed i po wprowadzeniu nowych zasad orzecznictwa wykazało, że w grupie nauczycieli badanych w latach 2003–2004 istotnie częściej stwierdzano nieprawidłowe uczynnianie rezonatorów, nieprawidłowy tor oddychania, twarde nastawienie głosowe oraz nadmierne napięcie mięśni karku, szyi i okolicy krtaniowej. W grupie tej występował istotnie większy odsetek osób z gorszymi parametrami badania wideostroboskopowego, w tym zwłaszcza dotyczącymi zmniejszenia amplitudy drgań fonacyjnych i występowania tendencji do fonacji rzekomej. Reasumując, istotnie częściej stwierdzano objawy dysfonii hyperfunkcjonalnej. Takie wyniki badań narządu głosu u nauczycieli konsultowanych w ramach odwołań w IMP po 2002 r. należy najprawdopodobniej wiązać z poprawą diagnostyki i opieki medycznej w placówkach I instancji. Poprawa ta może przekładać się na obejmowanie pacjentów z mniej zaawansowanymi zaburzeniami głosu, odpowiednim ich leczeniem i rehabilitacją głosu. Przekonuje o tym wprowadzanie w coraz większej liczbie placówek medycznych, opracowanych przez IMP, programów nauki emisji i rehabilitacji głosu u nauczycieli.

Niezmiernie ważną obserwacją jest fakt istotnie większej zgodności rozpoznań lekarskich stawianych w I i II instancji po wprowadzeniu znowelizowanego Rozporządzenia. Przed wprowadzeniem nowelizacji, u co szóstego pacjenta konsultowanego w IMP, rozpoznawano chorobę zawodową narządu głosu, mimo negatywnej opinii I instancji. Natomiast po 2002 r. chorobę zawodową rozpoznawano u co dwudziestej osoby konsultowanej w trybie odwoławczym w IMP. Fakt ten można tłumaczyć poprawą diagnostyki foniatrycznej w WOMP-ach, do czego przyczyniło się m.in. szersze wprowadzenie wideostroboskopii, czy próby obciążeniowej głosu, jak również szkolenia lekarzy orzeczników. Z drugiej strony wpływać na to może uszczegółowienie listy chorób zawodowych w znowelizowanym Rozporządzeniu. W starym akcie prawnym punkt „niedowłady fałdów głosowych” nie precyzował nasilenia zmian i był



często mylony przez lekarzy z niedowładami o podłożu neurogennym. Obecnie choroba ta została szczegółowo scharakteryzowana. Umieszczenie w starym wykazie „guzków głosowych”, bez bliższego określenia ich charakteru, to znaczy czy są to guzki twarde, czy miękkie, stwarzało również możliwości nieprawidłowej interpretacji prawnej i stwierdzenia choroby zawodowej w przypadku obecności guzków głosowych miękkich, które poddają się skutecznemu leczeniu foniatrycznemu. Rozbieżności dotyczyć mogły również „zmian przerostowych krtani”, których charakter obecnie dokładnie precyzuje znowelizowane Rozporządzenie, zwracając uwagę na ich etiopatogenezę, jako zmiany przerostowe fałdów głosowych wtórne do wysiłku głosowego (najczęściej występujące pod postacią pogrubienia błony śluzowej wolnych brzegów fałdów głosowych).

Obok większej zgodności rozpoznań klinicznych w I i II instancji po roku 2002, kolejną, istotną obserwacją jest fakt systematycznego zmniejszania się na przestrzeni lat 1999–2004 liczby rozpoznawanych chorób zawodowych narządu głosu. Jest to spadek duży, bo niemal 4-krotny. Najbardziej rozpoznawaną chorobą zawodową, zarówno przed, jak i po 2002 r. były guzki głosowe. Należy to najprawdopodobniej tłumaczyć faktem, że choroba ta powstaje dość wcześnie w aspekcie lat narażenia na wzmożony wysiłek głosowy i nauczyciele z guzkami szybciej „wykruszają się” z zawodu, nie doczekując lat emerytalnych. Wydaje się jednak, że spadek liczby rejestrowanych chorób zawodowych narządu głosu nie jest przyczynowo związany z wprowadzeniem znowelizowanego Rozporządzenia, jako że była to systematyczna, ciągła tendencja spadkowa, bez wyraźnego „skoku” po roku 2002. Spadek chorób zawodowych narządu głosu należy raczej wiązać z wprowadzeniem szeregu medycznych działań profilaktycznych, w tym zwłaszcza programów szkolenia głosu, a także z przyczynami społeczno-ekonomicznymi, występującymi w tej grupie zawodowej. Należy jednak zauważyć, że nauczyciele badani w trybie odwoławczym w latach 2003–2004 istotnie częściej niż w okresach wcześniejszych korzystali z porad foniatrycznych i leczenia laryngologicznego oraz urlopów dla poratowania zdrowia. Wydaje się, że może mieć to związek z rozwojem ośrodków foniatrycznych w naszym kraju, może też świadczyć o wzroście świadomości nauczycieli o konieczności profilaktyki czy rehabilitacji głosu, np. w trakcie urlopu zdrowotnego (23). Jest to dobry sygnał dla skutecznych działań profilaktycznych na przyszłość.

WNIOSKI

Na przestrzeni lat 1999–2004 obserwowano stały systematyczny spadek liczby rejestrowanych chorób zawodowych narządu głosu, niezwiązany istotnie z wprowadzeniem znowelizowanego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach. Po wprowadzeniu znowelizowanego Rozporządzenia zwiększyła się natomiast istotnie zgodność rozpoznań lekarskich wydawanych przez instancje orzecznicze I i II szczebla.

PIŚMIENNICTWO

1. Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E., Fiszer M. i wsp.: The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. *Folia Phoniatr. Logop.*, 2006;58(2):85–102
2. Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 listopada 1974 r. w sprawie chorób zawodowych. *DzU* 1974, nr 45, poz. 271
3. *Polski Rocznik Statystyczny*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2003
4. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach. *DzU* 2002, nr 132, poz. 1115
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1983 r. w sprawie chorób zawodowych. *DzU* 1983, nr 65, poz. 294
6. Szeszenia-Dąbrowska N., Szymczak W.: Analiza struktury i zapadalności na choroby zawodowe pracowników gospodarki narodowej w Polsce w 1999 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000
7. Szeszenia-Dąbrowska N., Szymczak W.: Analiza struktury i zapadalności na choroby zawodowe pracowników gospodarki narodowej w Polsce w 2000 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001
8. Szeszenia-Dąbrowska N., Szymczak W., Wilczyńska U., Peplowska B.: Analiza struktury i zapadalności na choroby zawodowe pracowników gospodarki narodowej w Polsce w 2001 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2002
9. Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Szymczak W., Peplowska B.: Analiza struktury i zapadalności na choroby zawodowe pracowników gospodarki narodowej w Polsce w 2002 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2003
10. Szeszenia-Dąbrowska N., Szymczak W., Wilczyńska U., Peplowska B.: Choroby zawodowe w Polsce w 2003 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2004
11. Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Szymczak W.: Choroby zawodowe w Polsce w 2004 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2005
12. Fisher L.D., Van Belle G.: *Biostatistics. A methodology for the health sciences*. Wiley, New York 1993
13. Smith E., Gray S.D., Dove H., Kirchner H.L., Heras H.: Frequency and effects of teachers voice problems. *J. Voice*, 1997;11(1):81–87



14. Miller M.K., Verdolini K.: Frequency and risk factors for voice problems in teachers of singing and control subjects. *J. Voice*, 1995;9(4):348–362
15. Fritzel B.: Work-related voice problems. Teachers, social workers, lawyers and preists should receive preventive voice training. *Lakartidningen*, 1996;93(14):1325–1328
16. Titze I.R., Lemke J., Montequin D.: Populations in the U.S. workforce who rely on voice as a primary tool of trade: A preliminary report. *J. Voice*, 1997;11(3):254–259
17. Pruszewicz A.: *Foniatria Kliniczna*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992
18. Niebudek-Bogusz E.: Zaburzenia głosu o podłożu zawodowym. *Probl. Laryngol. Codzien. Prak.*, 2006;51(1):2–10
19. Rubin J.S., Sataloff R.T., Korovin G.S. *Diagnosis and treatment of voice disorders*. Thomson Delmar Learning, New York 2003
20. Fiszer M., Kotyło P., Niebudek-Bogusz E., Merecz D., Śliwińska-Kowalska M.: Ocena zaburzeń głosu oraz problemów psychologicznych u nauczycieli. *Otorynolaryngologia*, 2002;1(2):181–186
21. Łoś-Spychalska T., Fiszer M., Śliwińska-Kowalska M.: Ocena częstości występowania chorób narządu głosu u nauczycieli. *Otorynolaryngologia*, 2002;1(1):39–44
22. Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kołodziej A.: Problemy diagnostyczne w rozpoznawaniu chorób zawodowych narządu głosu u nauczycieli. *Mag. Otorynolaryngol.*, 2004;9:26–30
23. Obrębowski A.: Postępowanie lecznicze i rehabilitacyjne w chorobach narządu głosu u nauczycieli. *Otorynolaryngologia*, 2003;2:1–12



FAKTY – RELACJE – OPINIE

LIST DO REDAKCJI

Dr hab. med. Irena Szadkowska-Stańczyk

Redaktor dwumiesięcznika „Medycyna Pracy”

Szanowna Pani Redaktor,

Z przykrością informuję — po przeczytaniu artykułu autorstwa M. Śliwińskiej-Kowalskiej i wsp. pt. „Diagnostyka chorób zawodowych narządu głosu po wprowadzeniu znowelizowanej ustawy dotyczącej orzekania o chorobach zawodowych” [Med. Pr. 2006;57(5):419–429] — że wspomniany artykuł zamieszczony w sekcji „Prace oryginalne” zawiera stwierdzenia mijające się z prawdą, mogące wprowadzić w błąd Czytelnika, a zwłaszcza lekarza specjalistę medycyny pracy, który na co dzień zajmuje się diagnostyką i orzecznictwem chorób zawodowych. Sam tytuł zawiera istotny błąd, ponieważ nie wolno mylić rozporządzenia z ustawą i Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. nazywać „znowelizowaną ustawą”.

Autorzy artykułu starają się stworzyć wrażenie — pisząc m.in. „W II instancji badania lekarskie przeprowadzane były przez ten sam zespół lekarzy foniatrów Kliniki Audiologii i Foniatrii IMP w Łodzi” [str. 420, lewa kolumna tekstu] — jakoby badania diagnostyczno-orzecznicze od odwołań Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy (I instancja) znajdowały się w gestii Kliniki Audiologii i Foniatrii IMP w Łodzi. Jest to oczywiście nieprawda, ponieważ:

- w latach 1999–2004, których dotyczy artykuł, w strukturze IMP nie było jednostki o nazwie Klinika Audiologii i Foniatrii, w której „ten sam zespół lekarzy foniatrów” (?) badał w II instancji;
- badania w II instancji w latach 1999–2004 przeprowadzała Przychodnia Chorób Zawodowych IMP w Łodzi, której kierownikiem w owym czasie była

dr med. Ewa Wągrowaska-Koski (we współpracy z Samodzielną Pracownią Otolaryngologii i Audiologii);

- konsultacje foniatryczne (z badaniem laryngowideostroboskopowym) w latach 1999–2004 zapewniali dr Janusz Kaczmarek i dr Izabela Kwaśniewska na podstawie umów zleceń, finansowanych przez Przychodnię Chorób Zawodowych IMP w Łodzi;

- zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 30 lipca 2002 r. (DzU nr 132, poz. 1115) tylko przychodnie lub kliniki chorób zawodowych są upoważnione do podejmowania procedur diagnostyczno-orzeczniczych w sprawie chorób zawodowych.

Wyrażając ubolewanie z powodu nierzetelności artykułu autorstwa M. Śliwińskiej-Kowalskiej i wsp., pragnę zwrócić uwagę, że temu samemu problemowi poświęcona jest praca opublikowana w *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [2005;18(4):341–349] — Sułkowski W.J., Kowalska S.: „Occupational voice disorders: an analysis of diagnoses made and certificates issued in 1999–2004”.

Zdziwienie budzi, że nie została ona dostrzeżona, mimo że została opublikowana wcześniej (2005 r.) i oparta o znacznie większy materiał przypadków dysfonii zawodowych.

Wyciągnięcie wniosków pozostawiam PT Czytelnikom.

Prof. dr hab. med. Wiesław J. Sułkowski
Specjalista otolaryngologii, audiologii i foniatrii
Konsultant Kliniki Chorób Zawodowych IMP
w Łodzi
Łódź, dn. 23.01.2007 r.

LIST DO REDAKCJI

Szanowna Redakcjo,

Jestem zażenowana wyborem przez Pana Profesora W. Sułkowskiego formy komunikowania się ze mną. Poniżej przedstawiam odpowiedź na pismo z dnia 23.01.2007 r. (które otrzymałam 14.02.2007 r.).

Pan Profesor W. Sułkowski zarzucił mi, że w opublikowanym wraz z zespołem w 2006 r. artykule „Diagnostyka chorób zawodowych narządu głosu po wprowadzeniu znowelizowanej ustawy dotyczącej orzekania o chorobach zawodowych” byłam nierzetelna, ponieważ w pracy umieszczone zostało, rzekomo nieprawdziwe, sformułowanie, że „w II instancji badania lekarskie przeprowadzane były przez ten sam zespół lekarzy foniatrów Kliniki Audiologii i Foniatrii IMP w Łodzi”. Wbrew temu, co pisze prof. Sułkowski, jest to prawda i w żaden sposób nie ma na celu wprowadzenia w błąd czytelnika. Badania opublikowane w artykule wykonywane były w 2005 r. w ramach kierowanego przeze mnie tematu IMP18.7. Polegały one na analizie kart pacjentów foniatrycznych Przychodni Chorób Zawodowych konsultowanych w latach 1999–2004, lecz jedynie tych przypadków, w których badanie foniatryczne przeprowadzała p. dr Izabela Kwaśniewska, na początku wspólnie z p. dr Ewą Niebudek-Bogusz, a następnie konsultując z nią trudne przypadki. Pacjenci konsultowani przez dr. Janusza Kaczmarka nie byli wzięci do analizy. Obie specjalistki były w latach 1999–2004 i są nadal zatrudnione w Klinice Audiologii i Foniatrii IMP (która przed 2005 r. istniała pod nazwą Centrum Profilaktyki i Leczenia Zaburzeń Głosu i Słuchu), pracując

na sprzęcie i w pomieszczeniach tej placówki. Projekt badawczy był zatwierdzony przez Dyrektora ds. Naukowych IMP, dostęp do kartoteki Przychodni Chorób Zawodowych odbywał się za zgodą Kierowników Przychodni, tj. p. dr Ewy Wągrowskiej, a po Jej odejściu z tej funkcji — dr. Jacka Gruchały.

Umieszczenie informacji o przeprowadzaniu badań foniatrycznych przez tych samych lekarzy foniatrów było istotne ze względów metodologicznych (wskazując, że na ew. różnice w rozpoznaniach foniatrycznych w II instancji przed i po 2002 r. nie mógł mieć wpływu fakt zmiany konsultanta — foniatry), a nie sugerowania o przebiegu procesu diagnostyczno-orzeczniczego. Informacja ta nie miała na celu pomniejszania roli w procesie orzeczniczym, rozwiązywanej z końcem 2004 r., a kierowanej wcześniej przez Pana Profesora Sułkowskiego, Samodzielnej Pracowni Otolaryngologii i Audiologii. Nie było to z pewnością moją intencją.

Zgadzam się, że zastosowanie w tytule określenia „znowelizowana ustawa” zamiast „znowelizowane przepisy” w odniesieniu do Rozporządzenia Ministra było niefortunne. Jednakże w pracy jest wyraźnie powiedziane, o który akt prawny chodzi i czytelnik nie może mieć co do tego wątpliwości.

Z wyrazami poważania

Prof. dr hab. med. Mariola Śliwińska-Kowska
Łódź, dn. 28.02.2007 r.

