



Dr n. med. Janusz Kudlicki

AUTOREFERAT

Katedra i Klinika Kardiologii

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Lublin 2018 r.

Spis treści do autoreferatu	Strony:
1) Imię i Nazwisko	2
2) Posiadane dyplomy, stopnie naukowe, z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytuł rozprawy doktorskiej.	
3) Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych.	
4) Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytułach naukowych oraz o stopniach i tytułach w zakresie sztuki (Dz. U. 2017 poz. 1789 ze zm.)	3
a) Tytuł osiągnięcia naukowego	3
b) Autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa	3-6
c) Omówienie celu naukowego wyżej wymienionych prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.	7-28
d) Uzupełniająca aktywność naukowa i organizacyjna związana z problematyką chorób serca u kobiet w ciąży:	13-18
• Uzupełniające publikacje naukowe związane z problematyką chorób serca u kobiet w ciąży	
• Cykl 17 doniesień zjazdowych, związanych tematycznie z osiągnięciem naukowym	
• Poglądowe opracowania w liczbie 6 na temat opieki kardiologicznej nad kobietami w ciąży	
• Działalność organizacyjna i szkoleniowa związana z zasadami postępowania u kobiet w ciąży obciążonych kardiologicznie	
e) Wnioski	24-26
f) Piśmiennictwo	26-28
5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych.	28-38
A. Intensywna terapia kardiologiczna	
B. Stymulacja elektryczna serca, elektroterapia	
C. Diagnostyka nieinwazyjna chorób serca, polikardiografia, echokardiografia, próby czynnościowe	
D. Kardiodiabetologia	
E. Rozdziały w monografiach, wydawnictwach książkowych, wydawnictwach popularno-naukowych, wykłady dla Uniwersytetu Trzeciego Wieku	
F. Udział w wielośrodkowych międzynarodowych projektach badawczych – praca opublikowana w NEJM.	
6) Analiza statystyczna osiągnięć naukowych	38
7) Wykaz skrótów	39-40
8) Załączniki do autoreferatu.....	42-60
A. Osiągnięcia naukowe z zakresu intensywnej terapii kardiologicznej	
B. Osiągnięcia naukowe z zakresu stymulacji serca	
C. Osiągnięcia naukowe z zakresu nieinwazyjnej diagnostyki układu krążenia	
D. Osiągnięcia naukowe z zakresu kardiodiabetologii	

1. Imię i Nazwisko: Janusz Kudlicki

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe, z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytuł rozprawy doktorskiej.

- dyplom lekarza medycyny z wyróżnieniem uzyskałem w 1974 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie.
- stopień doktora nauk medycznych uzyskałem na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie w 1980 roku na podstawie rozprawy doktorskiej: „**Wartość polikardiograficznej oceny dynamiki skurczu lewej komory serca po próbie obciążenia posiłkiem dla rozpoznawania choroby wieńcowej u osób z dusznicą bolesną i prawidłowym elektrokardiogramem spoczynkowym**”. Promotor: prof. dr hab. n. med. Marian Markiewicz.
- Specjalizacja z chorób wewnętrznych I stopnia – w 1977 roku
- Specjalizacja z chorób wewnętrznych II stopnia- (tytuł lekarza specjalisty) – w 1980 roku
- Specjalizacja z kardiologii – w 1982 roku

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych.

- Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego w Lublinie:
 - Asystent w latach 1975-1978,
 - Starszy asystent w latach 1978 - 1981,
 - Adiunkt w latach 1981 – 2008,
 - Starszy wykładowca od 2008 roku do chwili obecnej.
- Teaching Hospital w Misuracie – Libia.
 - Ordynator Oddziału Intensywnej Terapii (ICU) w latach 1985-1988.
 - Kierownik Polskiego Zespołu Medycznego w Misuracie – Libia w latach 1987-1988.
- **Sprawowane obecnie funkcje:**

- Zastępca Lekarza Kierującego Oddziałem Kliniki Kardiologii od 2006 roku.
- Koordynator pracy zespołu lekarskiego Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) od około 20 lat.
- Przykliniczna Poradnia Kardiologiczna dla Kobiet w Ciąży od 25 lat.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017 poz. 1789 ze zm.):

A. Tytuł osiągnięcia naukowego:

Cykl publikacji pod wspólnym tytułem:

„OPIEKA KARDIOLOGICZNA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY – DYLEMATY DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE, PRAKTYCZNE ZNACZENIE WŁASNYCH DOŚWIADCZEŃ”

B. Autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa

- 1. Peripartum cardiomyopathy with advanced heart failure, complicated by thrombosis and pulmonary embolism with right lower lobe infarction: a therapeutic and diagnostic challenge. JANUSZ KUDLICKI, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2018; 128 (7-8): 482-484, bibliogr. DOI: 10.20452/pamw.4296 (IF – 2,658, MNiSW – 30)**

Mój udział w pracy szacuję na 60% i polegał na: stworzeniu koncepcji pracy, która zrodziła się w trakcie diagnostyki i leczenia pacjentki w wyjątkowo trudnej, złożonej sytuacji klinicznej, wdrożeniu postępowania diagnostycznego, postawieniu szczegółowego rozpoznania istniejącej patologii układu krążenia, codziennej ocenie stanu chorej w fazie szpitalnej, łącznie z przyłóżkowym badaniem echokardiograficznym, współdecydowaniu o sposobie postępowania, gromadzeniu dokumentacji badań obrazowych – echokardiograficznych, TK, zapisów elektrokardiograficznych i innych. W fazie przygotowania pracy do publikacji aktywnie uczestniczyłem w opracowaniu tekstu, ilustracji medycznych, fachowej literatury oraz wyciąganiu wniosków.

- Pracę przedstawiłem 20 kwietnia 2018 na Sesji Konkursowej : „Blaski i cienie ITK, mój największy sukces/koszmar na oddziale ITK” w ramach VI Konferencji Sekcji ITK i

Resuscytacji w Katowicach. Praca została nagrodzona i uzyskała 6 miejsce wśród 21 prac zgłoszonych do konkursu.

2. **Advanced hypertrophic obstructive cardiomyopathy diagnosed in early pregnancy: successful prevention of sudden cardiac death. [AUT.] JANUSZ KUDLICKI, AGATA FRANIA-BARYLUK*, ANNA KANIA, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2018 vol. 128 nr 4 s. 256-258, bibliogr. DOI: 10.20452/pamw.4245 (IF-2,658, MNiSW-30,00)**

Mój udział w pracy szacuję na 60% i polegał on na: stworzeniu koncepcji pracy, wdrożeniu postępowania diagnostycznego, postawieniu szczegółowego rozpoznania istniejącej patologii układu krążenia, gromadzeniu dokumentacji badań obrazowych – echokardiograficznych, TK, MRI, zapisów elektrokardiograficznych i innych, wyciągnięciu wniosków odnośnie skutków zastosowanej terapii w oparciu o poszpitalną opiekę ambulatoryjną; podjęciu decyzji o wszczęciu kardiowertera-defibrylatora w profilaktyce pierwotnej nagłej śmierci sercowej i trafnego wyboru terminu wykonania zabiegu, współdecydowaniu w wyborze sposobu rozwiązania ciąży. Długotrwałej, trwającej 8 lat, opiece ambulatoryjnej ze współuczestnictwem w decyzjach terapeutycznych z bardzo dobrym skutkiem klinicznym. Wykonywałem samodzielnie badania echokardiograficzne wielokrotnie w czasie ciąży i interpretację zapisów EKG metodą Holtera. W fazie przygotowania pracy do publikacji aktywnie uczestniczyłem w opracowaniu tekstu, ilustracji medycznych, fachowej literatury oraz wyciąganiu wniosków.

3. **Right atrial angiosarcoma in a pregnant woman: diagnostic and therapeutic dilemmas. [AUT.] JANUSZ KUDLICKI, ANNA KANIA*, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2018 vol. 128 nr 2 s. 1-3, bibliogr. DOI: 10.20452/pamw.4208 (IF – 2,658, MNiSW – 30,00)**

Mój udział w pracy szacuję na 60% i polegał on na: stworzeniu koncepcji pracy, wdrożeniu postępowania diagnostycznego, postawieniu szczegółowego rozpoznania istniejącej patologii układu krążenia, współdecydowaniu o czasie i sposobie rozwiązania ciąży, o sposobie dalszego leczenia chorej przy udziale konsultacji specjalistycznych kardiologicznych i onkologicznych. Gromadzeniu dokumentacji badań obrazowych – echokardiograficznych, TK, MRI, zapisów elektrokardiograficznych i innych. Wielokrotnie wykonywałem badania echokardiograficzne u chorej. W fazie przygotowania pracy do publikacji aktywnie uczestniczyłem w opracowaniu tekstu, ilustracji medycznych, fachowej literatury oraz wyciąganiu wniosków.

4. **Long-term follow-up in a pregnant patient with severe aortic stenosis complicated by pulmonary oedema and cardiac arrest treated with cardiopulmonary bypass surgery. (Obserwacja odległa u kobiety w ciąży z ciasną stenozą aortalną powikłaną obrzękiem płuc i zatrzymaniem krążenia, operowanej w krążeniu pozaustrojowym.). [AUT.] JANUSZ KUDLICKI, ANNA M. KANIA*, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JANUSZ STAŻKA. *Kardiol. Pol.* 2017 t. 75 nr 6 s. 615. DOI: 10.5603/KP.2017.0105 (IF-1,227, MNiSW -15,00)**

Mój udział w publikacji szacuję na 70% i polega na: stworzeniu koncepcji pracy, polegającej na odległej ocenie skutków dla matki i dla jej dziecka przebytej we wczesnej ciąży operacji kardiochirurgicznej wymiany zastawki aortalnej ze wskazań życiowych z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Uczestniczyłem w leczeniu chorej przed 16 laty w okresie dramatycznej walki o życie i w okresie pooperacyjnym, okresowo miałem możliwość kontroli stanu pacjentki ambulatoryjnie, aż do czasu wykonania szczegółowych badań kontrolnych po 16 latach od wymiany zastawki aortalnej; gromadzeniu dokumentacji badań obrazowych – echokardiograficznych, TK, zapisów elektrokardiograficznych i innych, wyciągnięciu wniosków odnośnie skutków zastosowanej terapii w oparciu o poszpitalną opiekę ambulatoryjną. W fazie przygotowania pracy do publikacji aktywnie uczestniczyłem w opracowaniu tekstu, ilustracji medycznych, fachowej literatury oraz wyciąganiu wniosków.

5. **Massive pulmonary embolism treated with thrombolytic drugs during pregnancy. [AUT.] JERZY PRZEGALIŃSKI, JANUSZ KUDLICKI, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, TOMASZ ZAPOLSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ADAM TARKOWSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. *Pol. J. Environ. Stud.* 2007 vol. 16 nr 5C p. 2 s. 522-525, bibliogr, [International Conference "Environmental sources of health hazards". Kazimierz Dolny, 2007.]. (IF-0,627, MNiSW-10,00)**

Mój udział w pracy szacuję na 55% i polegał na: współtworzeniu koncepcji pracy, wdrożeniu postępowania diagnostycznego, postawieniu szczegółowego rozpoznania istniejącej patologii układu krążenia, współdecydowaniu o zastosowaniu leczenia alteplazą u kobiety w ciąży, gromadzeniu dokumentacji badań obrazowych – echokardiograficznych, TK, zapisów elektrokardiograficznych i innych, codziennej ocenie stanu pacjentki w fazie szpitalnej, kwalifikacji pacjentki do sposobu rozwiązania ciąży. W fazie przygotowania pracy do publikacji aktywnie uczestniczyłem w opracowaniu tekstu, ilustracji medycznych, fachowej literatury oraz wyciąganiu wniosków.

6. **Podwójna tromboliza we wczesnym okresie ciąży może być bezpieczna. (Double thrombolysis in early pregnancy can be safe.). [AUT.] ANNA KANIA*, JANUSZ KUDLICKI, AGATA FRANIA-BARYLUK, MICHAŁ TROJNAR, MAGDALENA GUŁA, KAROLINA PARCHETA, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB, PIOTR ADAMCZYK, ANNA DRELICH-ZBROJA. *Kardiol. Pol.* 2016 t. 74 supl. 3 s. 29-33, bibliogr. sum. DOI: 10.5603/KP.2016.0076 (IF 1,341, MNiSW – 15,00)**

Mój udział w pracy szacuję na około 57% i polegał on na postawieniu rozpoznania masywnej zatorowości płucnej u kobiety we wczesnej ciąży w oparciu o objawy kliniczne, kwalifikacji do badania TK klatki piersiowej, które potwierdziło rozpoznanie, kwalifikacji do leczenia trombolitycznego. W dalszym etapie leczenia w odstępie 10 dni współdecydowałem o zastosowaniu po raz drugi pełnej dawki alteplazy ze wskazań życiowych (prawdopodobnie jest to jedyny opis zastosowania powtórnej trombolizy u kobiety w ciąży). W fazie przygotowywania manuskryptu do publikacji, aktywnie uczestniczyłem w opracowaniu tekstu i badań obrazowych do publikacji.

7. **Kardiowersja elektryczna w leczeniu zaburzeń rytmu serca podczas ciąży - opis przypadku i przegląd literatury.(Electrical cardioversion in the treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy - case report and review of literature.). [AUT.] KRZYSZTOF GAŁCZYŃSKI*, BEATA MARCINIAK, JANUSZ KUDLICKI, ŻANETA KIMBER-TROJNAR, BOŻENA LESZCZYŃSKA-GORZELAK, JAN OLESZCZUK. *Ginekol. Pol.* 2013 vol. 84 nr 10 s. 882-887, bibliogr. sum. DOI: 10.17772/gp/1656 (IF-0,675, MNiSW-15,00)**

Mój udział w pracy szacuję na 60% i polegał na: ścisłej współpracy z konsultującym ginekologiem i stworzeniu wspólnie koncepcji pracy, interpretacji danych z zakresu kardiologii, ustaleniu sposobu postępowania u ciężarnej pacjentki z trzepotaniem przedsionków przebiegającym z tachyarytmią, analizie danych klinicznych potrzebnych do publikacji, pomocy w zbieraniu fachowego piśmiennictwa, korekcie manuskryptu. Uczestniczyłem w leczeniu kardiowersją elektryczną, poprzedzonego badaniem przezprzełykowym (TEE) w płytkim znieczuleniu ogólnym.

Sumaryczny Impact Factor z publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego: 11,844

Sumaryczna punktacja MNiSW z publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego: 145,00

Liczba cytowań ogółu publikacji według bazy Scopus: 8 ,

według bazy Web of Science Core Collection 1 (bez pracy wielośrodkowej, w której liczba cytowań wynosi 1458)

h – index: 1

a) Omówienie celu naukowego wyżej wymienionych prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną śmiertelności kobiet ciężarnych, w szczególności kardiomiopatia połogowa (PPCM), w której śmiertelność sięga według niektórych autorów nawet 30% [1]. Częstość występowania chorób serca u młodych kobiet jest zróżnicowana w różnych rejonach świata, w krajach rozwiniętych wynosi 0,2-4% [2]. Problemy związane z chorobami serca u kobiet w ciąży stanowią ciągle istotne wyzwanie dla specjalistów kardiologów, ale też dla lekarzy w POZ i położników. W miarę rozwoju medycyny, szczególnie metod leczenia wrodzonych nieprawidłowości u dzieci i młodzieży, wzrasta liczba kobiet, które pomimo poważnych chorób osiągają wiek dorosły i mogą zachodzić w ciążę. Mało jest szerokich badań prospektywnych oceniających stosowaną terapię w okresie ciąży w różnych stanach chorobowych. Wynika to z zastrzeżeń natury etycznej i możliwym niekorzystnym wpływem stosowanego leczenia na płód. Stąd, doświadczenia lekarskie wynikają w głównej mierze z doniesień kazuistycznych, które wskazują na możliwe bezpieczne postępowanie w trudnych sytuacjach klinicznych, a suma tych doświadczeń pozwala na wyciąganie wniosków natury ogólnej i stanowi bazę do formułowania zaleceń w przyszłości. Zbiór opracowań kazuistycznych, przedstawiony w niniejszym postępowaniu habilitacyjnym może być wskazówką do postępowania w analogicznych przypadkach. Dodatkowo, w zamieszczonych opisach występuje parametr odległego wpływu stosowanej intensywnej terapii farmakologicznej i zabiegowej na matkę, a w szczególności na dziecko. Okazuje się, że nawet w sytuacjach skrajnie ciężkich, z którymi mieliśmy do czynienia, prawidłowe postępowanie daje szansę na powodzenie lecznicze.

Od 1993 roku, oprócz pracy w Klinice Kardiologii i w OIOK, rozpocząłem pracę w Przyklinicznej Poradni Kardiologicznej dla Kobiet w Ciąży. Utworzenie tej Poradni wspierali – profesor Marian Markiewicz, były kierownik Kliniki Kardiologii oraz profesor Jan Oleszczuk i profesor Bożena Leszczyńska-Gorzelał ze strony położniczej. Mija właśnie 25 lat od początku działalności Poradni. Zaangażowanie moje w zagadnienia opieki kardiologicznej nad kobietami w ciąży zaowocowało powstaniem szeregu publikacji, głównie o charakterze doniesień kazuistycznych, ale również prac oryginalnych oraz opracowań poglądowych i doniesień zjazdowych. Postanowiłem przedstawić uzyskane efekty tej pracy do oceny merytorycznej Komisji w ramach postępowania habilitacyjnego.

Doświadczenia kardiologów są ograniczone stosunkowo małą liczbą pacjentek w ciąży, które trafiają do poszczególnych lekarzy. Istnieje stąd potrzeba tworzenia centrów

wielospecjalistycznych dla kobiet ciężarnych. Umożliwia to zdobycie doświadczenia oraz wypracowania optymalnych metod postępowania diagnostycznego i leczniczego. Ośrodki takie miałyby dodatkowo na celu poradnictwo specjalistyczne dotyczące planowanej ciąży dla określenia ryzyka, zaplanowania badań wstępnych, możliwych zabiegów naprawczych przed ciążą, profilowania farmakoterapii, która nie będzie kolidowała z przyszłą ciążą.

W związku z ograniczoną liczbą badań prospektywnych u kobiet w ciąży, doniesienia kazuistyczne mają duże znaczenie. Znaczną pomoc przynoszą opracowania wielośrodkowe i opinie ekspertów (poziom wiarygodności danych C), wyrażone w wytycznych towarzystw naukowych. Ostatnie wytyczne ESC dotyczące postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych u kobiet w ciąży ukazały się w 2011 roku i opublikowane są w wersji polskojęzycznej w Kardiologii Polskiej [2].

- Dotychczas nie ma jednoznacznie ustalonych dróg i metod postępowania w wielu stanach chorobowych i lekarz musi często opierać się na doniesieniach kazuistycznych zawartych w literaturze oraz na własnym doświadczeniu.
- Celem wspólnego działania kardiologa, położnika i anestezjologa jest urodzenie zdrowego dziecka, zachowując życie i optymalny stan zdrowia matki.

Omówienie publikacji nr 1 (kardiomiopatia połogowa).

Etiologia kardiomiopatii połogowej nie jest jasna, w literaturze sugeruje się, że jest to proces złożony, w którym główną rolę odgrywają czynniki genetyczne, zapalne, hemodynamiczne, naczyniowo-hormonalne, prolaktyna i katepsyna, stres oksydacyjny [1-4].

Przedstawiony opis wskazuje na bardzo złożoną sytuację kliniczną, w której do objawów niewydolności lewej komory (EF 23%) oraz nadkrzepliwości, typowych dla kardiomiopatii połogowej, dołączyła się masywna zatorowość płucna z zawałem całego dolnego płata prawego płuca i wtórnymi objawami niewydolności prawej komory. Pomimo stanu bezpośredniego zagrożenia życia, udało się dzięki intensywnej terapii, uzyskać ustąpienie objawów ciężkiej niewydolności obu komór serca.

W leczeniu stosowano heparynę niefrakcjonowaną, następnie drobnocząsteczkową, a przed wypisaniem do domu rivaroksaban. Z dużymi obawami, ze względu na możliwość działania trombogenicznego, stosowaliśmy bromokryptynę. Korzystny przełom w przebiegu choroby nastąpił po zastosowaniu levosimendanu. Pacjentka wymagała aż 7 tygodni pobytu w Klinice Kardiologii, z czego w większości w OIOK. Wypisana była ze znaczną poprawą, frakcją wyrzucania lewej komory 41%. Miałem możliwość kontroli stanu pacjentki po 7 miesiącach od wypisania ze szpitala, uważała się za osobę zdrową. Frakcja wyrzucania wzrosła do 55%.

Pracę przedstawiłem 20 kwietnia 2018 na Sesji Konkursowej : „Blaski i cienie ITK, mój największy sukces/koszmar na oddziale ITK” w ramach VI Konferencji Sekcji ITK i Resuscytacji w Katowicach. Praca została nagrodzona i uzyskała 6 miejsce wśród 21 prac zgłoszonych do konkursu.

Pacjentce zaproponowano w Instytucie Kardiologii w Aninie włączenie do rejestru kardiomiopatii połogowej (PPCM registry).

Omówienie publikacji nr 2 (kardiomiopatia przerostowa z zawężaniem drogi odpływu).

W fachowej literaturze umieszczone są nieliczne opisy ciąży u kobiet z kardiomiopatią przerostową. Nie zaleca się ciąży u tych kobiet w przypadku obniżonej frakcji wyrzucania (poniżej 40%) i w przypadkach z objawowym, wysokim gradientem na drodze odpływu lewej komory. W wymienionych przypadkach ciążę należy poprzedzić skutecznym leczeniem, np. alkoholową ablacją przegrody międzykomorowej [5-8].

U chorej w 14 tygodniu drugiej ciąży, w badaniu echokardiograficznym rozpoznano masywny przerost lewej komory z zawężaniem drogi odpływu z gradientem, narastającym w czasie ciąży aż do maksymalnej wartości około 200 mm Hg. Przedni płatek mitralny wykazywał typowy ruch skurczowy do przodu (SAM). Matka pacjentki zmarła nagle w młodym wieku. W zapisach EKG metodą Holtera obserwowano epizody nieutralonego monomorficznego częstoskurczu komorowego (nsVT). Podjęliśmy decyzję o wszczęciu kardiowertera/defibrylatora (ICD) w profilaktyce pierwotnej nagłej śmierci sercowej. Wszczępienie ICD odroczyliśmy na okres po zakończeniu ciąży. Około 30 dni po zabiegu, pacjentka miała epizod nagłego zatrzymania krążenia z wyładowaniem defibrylatora. W zapisie wewnątrzsercowym udokumentowane było migotanie komór, skutecznie przerwane defibrylacją. W związku z utrzymywaniem się wysokiego gradientu na drodze odpływu lewej komory, wykonano w Instytucie Kardiologii w Aninie nieskuteczną próbę alkoholowej ablacji przegrody międzykomorowej. Następnie, pacjentka została skierowana do Kliniki Kardiochirurgii w Poznaniu, gdzie wykonano skuteczny zabieg miektomii uzyskując znaczne obniżenie gradientu na drodze odpływu lewej komory (poniżej 20 mm Hg). Pacjentka czuje się dobrze, w ciągu 12 lat obserwacji nie występowały wyładowania ICD. Dziecko rozwija się prawidłowo. Opis ten daje nam satysfakcję postawienia prawidłowego rozpoznania u kobiety w ciąży, zaplanowania skutecznego leczenia i wyboru właściwego momentu do wykonania zabiegu wszczępienia ICD, który zapobiegł jej nagłej śmierci.

Wstecznie obliczone 5-letnie ryzyko wystąpienia u naszej pacjentki nagłej śmierci sercowej w oparciu o kalkulator ryzyka (HCM Risk-SCD calculator) było wysokie i wynosiło 27% [8].

Omówienie publikacji nr 3 (angiosarcoma prawego przedsionka u kobiety w ciąży).

Opis dotyczy wyjątkowo trudnej sytuacji 33-letniej kobiety, w 23 tygodniu drugiej ciąży, u której pierwszym objawem chorobowym było wystąpienie napadu migotania przedsionków. Wykonane badanie echokardiograficzne przyłóżkowe wykazało obecność mas guzowatych w prawym przedsionku, naciekających jego ściany oraz zmiany guzowatej zlokalizowanej w obrębie zastawki trójdzielnej, z mobilnym fragmentem guza, zagrażającym oderwaniem i wystąpieniem zatorowości płucnej. W badaniu MRI klatki piersiowej potwierdzono rozpoznanie guza w prawym przedsionku, naciekającego ściany oraz rozpoznano mnogie ogniska przerzutowe w żebrach. Badanie USG pozwoliło na selekcję ogniska przerzutowego w 6 żebrze po stronie prawej, z pobraniem materiału do badania histopatologicznego. Wynik wykazał obecność zmiany określonej jako „angiosarcoma”. Po licznych konsultacjach – kardiologicznych, onkologicznych i położniczych ustalono, że pacjentka nie ma szans na radykalną resekcję mięsaka i zaproponowano chorej leczenie paliatywne, obejmujące chemio- i ewentualnie radio-terapię.

Po przygotowaniu betametazonem, podjęto decyzję o rozwiązaniu ciąży cięciem cesarskim w 27 tygodniu. Termin ten umożliwił przeżycie dziecka i możliwie wczesne rozpoczęcie chemio- i radio-terapii. Wcześniak 1020g, wymagał przejściowo wspomagania oddechu i po paru tygodniach mógł opuścić szpital w stanie zadawalającym. Miałem okazję i satysfakcję zobaczyć dziecko po okresie 8 miesięcy od rozwiązania – była to zdrowa, dobrze rozwijająca się dziewczynka.

Matka długi okres czasu czuła się dobrze. Przebyła w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej liczne kursy chemioterapii, miejscową radioterapię zmian przerzutowych w kręgosłupie lędźwiowym. Wizyta matki z córką po 8 miesiącach rodziła nadzieję, że sytuacja jest opanowana. Niestety, pacjentka zmarła w szpitalu terenowym po okresie 1 roku od cięcia cesarskiego, z powodu ostrych powikłań krwotocznych.

Według danych z literatury angiosarcoma serca jest guzem o szybkim wzroście, miejscowej inwazyjności, z ryzykiem zatorowości. W większości przypadków guz zlokalizowany jest w prawym przedsionku (90%), rzadziej w lewym przedsionku, prawej komorze i lewej komorze. W guzach zlokalizowanych w prawym sercu, najczęstszym objawem jest niewydolność krążenia oraz zespół żyły głównej górnej. Możliwość radykalnej resekcji guza jest najważniejszym kryterium prognostycznym [9-12].

Omówienie publikacji nr 4 (odległa obserwacja po krążeniu pozaustrojowym we wczesnej ciąży).

Praca jest wynikiem opieki kardiologicznej trwającej 16 lat. Ten długi okres czasu umożliwił ocenę, czy przebyta choroba i jej intensywne leczenie farmakologiczne i zabiegowe z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego we wczesnej ciąży, miały wpływ na rozwój dziecka.

Dramatyczna walka o życie 39-letniej matki i jej dziecka rozpoczęła się w 10 tygodniu drugiej ciąży. Wystąpiły wówczas objawy ostrej niewydolności lewej komory w przebiegu

rozpoznanej wcześniej stenozы aortalnej, na tle zastawki dwupłatkowej. Pacjentka nie zgadzała się uprzednio na proponowane leczenie operacyjne. Została przyjęta do OIOK z objawami rozwijającego się obrzęku płuc. Wymagała intubacji dotchawiczej i wentylacji mechanicznej, następnie postępowania resuscytacyjnego z powodu migotania komór oraz bloku przedsionkowo-komorowego całkowitego. Zabieg wszczęcia mechanicznej zastawki aortalnej odbył się w krążeniu pozaustrojowym, bez stosowania hipotermii. Pacjentka powróciła do OIOK, była czasowo wentylowana mechanicznie. W dobrym stanie została wypisana do dalszej opieki ambulatoryjnej. Ocena położnicza nie wykazała nieprawidłowości w rozwoju dziecka. W dalszym przebiegu ciąży nie obserwowano istotnych powikłań. Dziecko urodziło się zdrowe cięciem cesarskim.

Nasza ocena kontrolna po 16 latach wykazała, że stan matki jest dobry, stwierdzono mały przeciek okołozastawkowy. Ostatnio przebyła zabieg splenektomii z powodu guza śledziony. Dziecko jest chlubą dla matki, tańczy w zespole, który zdobył mistrzostwo świata w 2016 roku. Praca jest przykładem, że w sytuacji skrajnie ciężkiej, wydawałoby się bez wyjścia, nie można zaniechać wszystkich możliwych sposobów postępowania dla uratowania życia matki i jej dziecka.

Opis należy do nielicznych w literaturze medycznej, dokumentujących leczenie kardiochirurgiczne w krążeniu pozaustrojowym u kobiety we wczesnej ciąży. Rokowanie w tych przypadkach uzależnione jest od wskazań do wykonania zabiegu oraz jego stopnia pilności. Zabiegi wykonywane ze wskazań pilnych wiążą się z podwyższonym ryzykiem dla matki [13-15].

Omówienie publikacji nr 5 (zatorowość płucna leczona alteplazą w 22 tygodniu ciąży).

Publikacja ta należy do ciągle nielicznych w literaturze dotyczących leczenia alteplazą kobiety w ciąży. Nagła duszność w 22 tygodniu ciąży u pacjentki leczonej enoksaparyną z powodu zakrzepicy żył głębokich lewej kończyny dolnej, sugerowała rozpoznanie zatorowości tętnicy płucnej, co potwierdzono w badaniu TK. Pacjentka została przeniesiona do OIOK. Ze względu na nasilające się objawy kliniczne – tachykardię, spadek saturacji krwi tętniczej, hipotonię, podjęliśmy decyzję o zastosowaniu trombolizy. Pacjentka otrzymała pełną dawkę alteplazy, następnie leczona była heparyną, którą zamieniono na acenokumarol. Nie obserwowano powikłań zastosowanej terapii, dziecko rozwijało się prawidłowo, urodziło się o czasie cięciem cesarskim. Zastosowanie leczenia trombolitycznego jest względnie przeciwwskazane w czasie ciąży i wiąże się z kilkoma poważnymi powikłaniami, takimi jak zgon matki (1,2%), poronienie (5,8%) i powikłania krwotoczne (8,1%), głównie z dróg rodnych [16]. Pomimo tego, leczenie trombolityczne należy zastosować w sytuacji zagrożenia życia matki i jej dziecka.

Omówienie publikacji nr 6 (podwójna tromboliza we wczesnej ciąży).

Jest to jedyny znany nam opis, dotyczący dwukrotnego zastosowania leczenia trombolitycznego alteplazą u kobiety w ciąży. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) jest istotną przyczyną śmiertelności i chorobowości w czasie ciąży [17]. Leczenie ŻChZZ u kobiet w ciąży wiąże się z ryzykiem krwawienia i teratogenego wpływu na dziecko. Trombolizę powinno się stosować u pacjentek niestabilnych hemodynamicznie, z hipoksemią, przeciążeniem prawej komory w badaniu echokardiograficznym. [17,18,19].

Pacjentka lat 23, w 7 tygodniu trzeciej ciąży została przyjęta do OIOK z powodu duszności i bólu w klatce piersiowej. W związku z uzasadnionym podejrzeniem zatorowości płucnej, wykonano badanie komputerowe klatki piersiowej z opcją naczyniową, w którym potwierdzono masywną zatorowość płucną. W związku z pogarszającym się stanem chorej podjęto decyzję o zastosowaniu trombolizy alteplazą 10 mg i.v. i 90 mg we wlewie trwającym 2 godziny. Uzyskano stabilizację stanu chorej. Utrzymywano wlew dożylny heparyny niefrakcjonowanej pod kontrolą APTT. W 5 dobie hospitalizacji wykonano u chorej badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych i miednicy, w którym stwierdzono skrzeplinę wrzecionowatego kształtu w podziale prawej żyły biodrowej wspólnej i zewnętrznej o wymiarach 3,45 cm x 1,2 cm. W 10 dniu pobytu w szpitalu podczas uruchamiania (pobyt w toalecie), wystąpiły objawy wstrząsu, duszność, bladość powłok, zimny pot, tachypnoe, spadek saturacji do około 50%, spadek ciśnienia tętniczego (69/45 mmHg), tachykardia. W badaniu echokardiograficznym przyłożkowym uwidoczniło się cechy ostrego przeciążenia prawego serca z przemieszczeniem przegrody międzykomorowej, zmianę geometrii lewej komory, podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej do 70 mmHg i niedomykalność zastawki trójdzielnej II/III. W projekcji nadmostkowej zaobserwowano rozległą balotującą skrzeplinę w prawej tętnicy płucnej o wymiarach 16 mmx16 mm. Pacjentka wymagała intubacji dotchawiczej i wentylacji mechanicznej oraz wlewu amin katecholowych. Zdecydowano o powtórnym podaniu leczenia trombolitycznego alteplazą w schemacie jak poprzednio. Następnego dnia stan chorej umożliwił odłączenie od respiratora, wstrzymanie sedacji i ekstubację. Kontynuowano wlew heparyny niefrakcjonowanej, a następnie enoksaparynę w dawce 120 mg 1 raz na dobę. W kontrolnym badaniu TTE nie stwierdzono obecności skrzepliny w prawej tętnicy płucnej ani cech przeciążenia prawej komory. Po 3 tygodniach pobytu w Klinice Kardiologii, pacjentkę wypisano do domu z zaleceniem dalszej opieki w Poradni Kardiologicznej dla Kobiet w Ciężkiej ciąży. Przed podjęciem decyzji o sposobie rozwiązania wykonano kontrolne badania – echokardiograficzne oraz ultrasonograficzne naczyń biodrowych i kończyn dolnych, w których nie stwierdzono obecności skrzeplin. Pacjentka urodziła w 38 tygodniu ciąży siłami natury zdrowego syna o wadze 3580 g, który uzyskał 10 punktów w skali Apgar. Pozwolono chorej na karmienie dziecka piersią. Przez 5 tygodni po porodzie otrzymywała enoksaparynę 120 mg raz dziennie, a następnie warfarynę pod kontrolą wskaźnika INR.

Okazało się, że dwukrotne podanie pełnej dawki alteplazy ze wskazań życiowych we wczesnym okresie ciąży może być bezpieczne zarówno dla matki, jak i dla dziecka.

Przypuszczalną przyczyną wystąpienia zatorowości płucnej u omawianej chorej jest skojarzenie wczesnej ciąży z hormonalną antykoncepcją (okazała się nieskuteczna) i otyłością.

Omówienie publikacji nr 7 (kardiowersja elektryczna – ocena kardiotokograficzna tętna płodu).

Kardiowersja elektryczna uważana jest za bezpieczną metodę leczenia we wszystkich okresach ciąży [20-23]. Jest zalecana jako metoda przerywania ostrych nadkomorowych zaburzeń rytmu serca u pacjentek niestabilnych hemodynamicznie [2]. Celem badania była jednoczasowa rejestracja tętna płodu w czasie wykonywania kardiowersji elektrycznej u matki, w celu wykluczenia wpływu wyładowania elektrycznego na serce dziecka.

Kobieta w 33 tygodniu pierwszej ciąży, przebywała w OIOK z powodu trzepotania przedsionków z tachyarytmią, utrzymującego się od 7 tygodni. W wywiadzie – pacjentka z wrodzoną wadą serca, skorygowaną kardiochirurgicznie w 8 roku życia (wspólny kanał przedsionkowo-komorowy). Zaburzenia rytmu wystąpiły po raz pierwszy. Pacjentka uprzednio nie wyrażała zgody na kardiowersję elektryczną. Stosowana farmakoterapia nie przywróciła rytmu zatokowego, uzyskano jedynie zwolnienie częstości akcji komór. Otrzymywała warfarynę pod kontrolą wskaźnika INR. Wobec utrzymywania się tachyarytmii podjęto decyzję o kardiowersji elektrycznej. Uzyskano zgodę pacjentki na zabieg. Po przygotowaniu małą dawką propofolu, wykonano skuteczną kardiowersję elektryczną prądem 50 J, poprzedzoną badaniem echokardiograficznym przezprzełykowym (TEE) w celu wykluczenia skrzeplin w uszku lewego przedsionka. W trakcie kardiowersji wykonywano rejestrację kardiotokograficzną (KTG) tętna płodu, w którym nie stwierdzono wpływu kardiowersji prądem 50J na serce dziecka.

Trzepotanie przedsionków jest typowym powikłaniem wrodzonej wady serca typu wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego, również może wystąpić po korekcji chirurgicznej wady [20]. Wykazano poprzez jednoczasową rejestrację KTG tętna płodu, że kardiowersja elektryczna małą dawką prądu u matki, nie wpływa na tętno dziecka. Krótkotrwałe znieczulenie dożylnie małą dawką propofolu, wykonywane do przeprowadzenia kardiowersji elektrycznej, można wykorzystać do kontroli TEE, w celu wykluczenia obecności skrzeplin w uszku lewego przedsionka.

Uzupełniająca aktywność naukowa i organizacyjna związana z problematyką chorób serca u kobiet w ciąży:

Oprócz 7 publikacji przedstawionych jako osiągnięcie naukowe w postępowaniu habilitacyjnym, moje zainteresowania problematyką chorób serca u kobiet w ciąży pozwoliły na opublikowanie 8 innych prac naukowych oryginalnych i kazuistycznych, 17 doniesień zjazdowych oraz 6 prac poglądowych. Dodatkowo zainteresowania te uwidoczniły się w mojej aktywności organizacyjnej, szkoleniowej i popularyzatorskiej wymienionej poniżej.

Uzupełniające publikacje naukowe związane z problematyką chorób serca u kobiet w ciąży:

1. *Atrial fibrillation in pregnant women - guidelines for treatment. Own experience based on four clinical cases.*(Migotanie przedsionków u kobiet w ciąży - zasady postępowania i leczenia. Doświadczenia własne na podstawie opisu czterech przypadków.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI*. *Post. Nauk Med.* 2015 t. 28 nr 8 s. 562-566, bibliogr. streszcz.
2. *Obserwacja roczna chorej z masywnym zatorom tętnicy płucnej leczonym trombolitycznie w czasie ciąży.*(Massive pulmonary embolism treated with thrombolytic drugs during pregnancy.). [AUT.] JERZY PRZEGALIŃSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, TOMASZ ZAPOLSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ADAM TARKOWSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. *Pol. Prz. Kardiol.* 2007 t. 9 nr 4 s. 303-306, bibliogr. sum.
3. *Mnogie, złożone komorowe zaburzenia rytmu serca u 4 siostr - przebieg ciąż i porodów.*(Multiple, complex ventricular heart rhythm disturbances in 4 sisters - the course of pregnancies and labours.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *Folia Cardiol.* 2002 t. 9 nr 4 s. 379-386, bibliogr. poz. 22, sum.
4. *Pęknięcie tętniaka aorty do worka osierdziowego u chorej z zespołem Marfana w okresie połogu.*(Fatal aortic dissection after delivery in a woman with Marfan syndrome - a case report.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, J[AKUB] DROZD, J[AN] OLESZCZUK, B[OŻENA] LESZCZYŃSKA-GORZELAK. *Kardiol. Pol.* 1997 t. 47 nr 9 s. 228-231, bibliogr. sum.
5. *Pierwsza ciąża u kobiety w 41 roku życia po dwóch zawałach serca.*(First pregnancy in women after two myocardial infarctions - a case report.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JAKUB DROZD, JAN OLESZCZUK. *Kardiol. Pol.* 1997 t. 47 nr 12 s. 496-499, bibliogr. sum.
6. *Zawał serca w czasie ciąży lub w połogu - zawał okołoporodowy.* [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, J[AKUB] DROZD, J[AN] OLESZCZUK. *Forum Kardiol.* 1997 nr ½ s. 34-37, bibliogr. poz. 24.
7. *Ciąża i poród u kobiet z całkowitym blokiem przedsionkowo-komorowym serca.*(Pregnancy and labour in women with complete atrioventricular block.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY KRYSOSIK, HENRYK FLORKIEWICZ, MARIAN MARKIEWICZ. *Kardiol. Pol.* 1985 t. 28 nr 8/9 s. 559-566, bibliogr. rez. sum.
8. *Ocena polikardiograficzna podokresów skurczu lewej komory serca u ciężarnych z EPH-gestozą.*(Polycardiographic evaluation of left ventricular contraction periods in

pregnant women with EPH gestosis.) [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY KRYSOSIK, MARIAN MARKIEWICZ, WIESŁAW SZYMAŃSKI. *Kardiolog. Pol.* 1982 t. 25 nr 2 s. 113-120, bibliogr. rez. sum.

Cykl 17 doniesień zjazdowych, związanych tematycznie z osiągnięciem naukowym (doniesienia prezentowane przeze mnie lub przez współautorów):

1. *Diagnostic and therapeutic difficulties in a patient with peripartum cardiomyopathy with advanced heart failure, complicated by thrombus in both ventricles and pulmonary embolism.* [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, A. KANIA, A. FRANIA-BARYLUK, A[NDRZEJ] WYSOKIŃSKI, E[ŁŻBIETA] CZEKAJSKA-CHEHAB. W: *6th Annual Congress of The Acute Cardiovascular Care Association 2018. Milan, 3-5 March.* [Abstr.] s. 1-2.
2. *A rare case of co-occurrence neurofibromatosis type 1, hypertrophic cardiomyopathy, quadricuspid aortic valve and hypertension due to left renal artery stenosis in pregnant woman.* [AUT.] ANNA KANIA, **JANUSZ KUDLICKI**, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. W: *The 5th International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy (CPP 2018). Bologne, 22-25 February, 2018.* Abstr s. 14.
3. *Hemodynamically unstable paroxysmal wide QRS complex tachycardia during labor.* [AUT.] ANNA KANIA, **JANUSZ KUDLICKI**, AGATA FRANIA-BARYLUK, ADAM TARKOWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, MAGDALENA SŁODZIŃSKA, BOŻENA LESZCZYŃSKA-GORZELAK. W: *The 5th International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy (CPP 2018). Bologne, 22-25 February, 2018.* Abstr s. 5.
4. *Long-term follow-up in a pregnant patient with severe aortic stenosis complicated by pulmonary edema and cardiac arrest treated with cardiopulmonary bypass surgery.* [AUT.] ANNA KANIA, **JANUSZ KUDLICKI**, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. W: *BIT's 9th Annual International Congress of Cardiology-2017. Singapore, November 15-17, 2017.* Abstr s. 242.
5. *Złośliwy guz prawego przedsionka u ciężarnej kobiety - pierwsza manifestacja przez napadowe migotanie przedsionków.* (Malignant tumor of the right atrium in a pregnant woman - first manifestation by paroxysmal atrial fibrillation.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANNA M. KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, PIOTR ALJABALI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, PIOTR ADAMCZYK, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. *Kardiolog. Pol.* [online] 2016 t. 74 supl. 4 s. 459-460, bibliogr, XX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Poznań, 15-17 września 2016 [online]. Streszcz. [przełączany 5 października 2016]. Dostępny w: <https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/download/10873/8832>.
6. *Double thrombolysis in the early pregnancy can be safe.* [AUT.] ANNA KANIA, **JANUSZ KUDLICKI**, AGATA FRANIA-BARYLUK, MICHAŁ TROJNAR, JACEK BASZAK, MAGDALENA GUŁA, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB, PIOTR ADAMCZYK. W: *The*

- 4th International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy (CPP 2016). Las Vegas, 27 February - 1 March 2016. Abstr s. 105.
7. Zaawansowana kardiomiopatia przerostowa z zawężaniem drogi odpływu zdiagnozowana we wczesnej ciąży - prewencja nagłego zgonu sercowego. (Advanced hypertrophic cardiomyopathy diagnosed in early pregnancy - prevention of sudden cardiac death.). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANNA M. KANIA, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. *Kardiol. Pol.* [online] 2016 t. 74 supl. 4 s. 461-462, XX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Poznań, 15-17 września 2016 [online]. Streszcz. [przełgądany 5 października 2016]. Dostępny w: <https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/download/10873/8832>.
 8. Malignant tumour of the right atrium in a pregnant woman -first manifestation by paroxysmal atrial fibrillation. [AUT.] ANNA KANIA, **JANUSZ KUDLICKI**, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, PIOTR ALJABALI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB, PIOTR ADAMCZYK. W: *The 4th International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy (CPP 2016)*. Las Vegas, 27 February - 1 March 2016. Abstr s. 202.
 9. Ciasna stenoza aortalna powikłana obrzękiem płuc i migotaniem komór, leczona kardiochirurgicznie w krążeniu pozaustrojowym w 10 tygodniu 2 ciąży - opis przypadku. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, B[OŻENA] LESZCZYŃSKA-GORZELAK, Z[YGMUNT] MODRZEWSKI, A[NDRZEJ] TOMASZEWSKI, A[NDRZEJ] MADEJCZYK, J[AN] OLESZCZUK, J[ANUSZ] STAŻKA, T[ERESA] WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *Kardiol. Pol.* 2002 t. 57 supl. 2 s. II-172, VI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Poznań, 19-21 września 2002. [Streszcz.].
 10. Serial 24-hours Holter ECG registration during pregnancy and puerperium in women with multiple ventricular heart rhythm disturbances. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. *Prz. Lek.* 2001 t. 58 supl. 4 s. 76, 18th European Congress of the International Society of Non-Invasive Cardiology. Kraków, 20-22 September 2001. Progr. and Abstr.
 11. Mnogie, złożone komorowe zaburzenia rytmu serca u 4 siostr - przebieg ciąż i porodów. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, T[ERESA] WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *Folia Cardiol.* 2000 t. 7supl. A s. A12, II Międzynarodowa Konferencja International Society for Holter & Noninvasive Electrocardiology oraz Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zakopane Kościelisko, 23-25 marca 2000. [Streszcz.].
 12. Echocardiographic evaluation of the right ventricular systolic and diastolic function in pregnant women. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. *J. Norw. Soc. Cardiol.* 1998 vol. 11 suppl. 2 s. 73, The Second European Diastology Meeting : Mechanisms and Management of Diastolic Heart Failure. September 24-26, 1998.
 13. Does the congenital heart disease of mother change the course of pregnancy labour and the fetal development?. [AUT.] A[NNA] KUDLICKA, **JANUSZ KUDLICKI**, J[AN] OLESZCZUK. W: *XXII International Congress of Pediatrics*. Amsterdam, 9-14 August 1998. Abstr. book [B. m. 1998] s. 367.

14. Heart rate variability in pregnant women. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. Eur. Heart J. 1997 vol. 18 suppl. s. 93, XIXth Congress of the European Society of Cardiology. Stockholm, August 24-28, 1997. Abstr.
15. Wszczępienie stymulatora serca w ciąży lub w połogu. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, A[NDRZEJ] KUTARSKI. Elektrofizjol. Stymulacja Serca 1997 t. 4 nr 2 s. 133, Konferencja Sekcji Stymulacji Serca i Elektrofizjologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kołobrzeg, 29-31.05.1997.
16. Zachowanie się zmienności rytmu zatokowego (HRV) u kobiet w ciąży. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. Kardiolog. Pol. 1997 t. 47 suppl. 1 s. I-237, I Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Warszawa, 4-6 września 1997. [Streszcz.].
17. Pregnancy and labour in women with complete a-v block. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY KRYSZOSIK, HENRYK FLORKIEWICZ, MARIAN MARKIEWICZ. W: Progress in clinical pacing. Ed. by Massimo Santini s. 646-651, bibliogr. Rome 1984, [B. wydaw.].

Poglądowe opracowania w liczbie 6 na temat opieki kardiologicznej nad kobietami w ciąży:

1. Zawał serca u kobiet w czasie ciąży. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, GRAŻYNA ŚWIĄTECKA. W: Choroby serca u kobiet. Pod red. Grażyny Świąteckiej. Wyd. 1 Gdańsk 2000, Via Medica, s. 466-480, bibliogr. poz. 48, 83-7258-197-5.
2. Diagnostyka kardiologiczna u kobiet w ciąży. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: Choroby serca u kobiet. Pod red. Grażyny Świąteckiej. Wyd. 1 Gdańsk 2000, Via Medica, s. 446-463, bibliogr. poz. 48, 83-7258-197-5.
3. Cięża u kobiet z zespołem Marfana. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: Choroby serca u kobiet. Pod red. Grażyny Świąteckiej. Wyd. 1 Gdańsk 2000, Via Medica, s. 585-600, bibliogr. poz. 45.
4. Postępowanie u kobiet z chorobą serca w okresie ciąży (cz. 1). [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. Służ. Zdr. 2008 nr 80-83 s. 36-40, bibliogr.
5. Postępowanie u kobiet z chorobą serca w okresie ciąży (cz. 2) - opis przypadków. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. Służ. Zdr. 2008 nr 84-87 s. 30-32.
6. Diagnostyka i leczenie zaburzeń rytmu serca u kobiet. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. Puls Med. 2002 nr 14 s. 19-21.

Działalność organizacyjna i szkoleniowa związana z zasadami postępowania u kobiet w ciąży obciążonych kardiologicznie.

1. Zorganizowanie w dniu 1 kwietnia 2006 roku monotematycznej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „**Problemy związane z diagnostyką i terapią chorób serca u kobiet w okresie ciąży i karmienia piersią**”.

Konferencja zorganizowana była przy udziale Lubelskich Oddziałów Naukowych – Kardiologicznego, Ginekologicznego, Neonatologicznego, Medycyny Perinatalnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii z udziałem zaproszonych gości (Profesor Ryszard Lauterbach – Kierownik Kliniki Neonatologii Collegium Medicum UJ w Krakowie). Konferencja trwała 4 godziny i zgromadziła około 200 uczestników. Na konferencji przedstawiłem następujące wykłady:

- „Zasady diagnostyki kardiologicznej u kobiet w ciąży”
 - „Rozwiązanie ciąży u kobiet chorych na serce z punktu widzenia kardiologa”
 - „Wpływ wrodzonej wady serca u matki na przebieg ciąży, porodu i stan noworodka”
 - „Tokoliza w porodzie przedwczesnym i jej powikłania kardiologiczne” (wspólnie z p. profesor Bożeną Leszczyńską-Gorzelał).
2. Udział w Konferencji Naukowej „**Choroby Serca u Kobiet w Cięży**” w ramach Gdańskich Spotkań Kardiologicznych 27 listopada 1999 roku z wykładami na zaproszenie:
- „Jakie diagnostyczne badania kardiologiczne można wykonać u kobiet w ciąży?”
 - „Prowadzenie porodu i połogu u kobiet z chorobą serca – komentarz kardiologa” (wspólnie z dr Leszkiem Mierzejewskim z Gdańska)
3. Udział w kursach specjalizacyjnych z wykładami, między innymi w kursie dla lekarzy położników i ginekologów:
- „Koagulopatie w położnictwie i ginekologii” z wykładem „Cięża, poród i połóg u kobiet po operacjach kardiochirurgicznych” – 10/06/1998 r.
 - „Stany nagłe u kobiet ciężarnych z chorobami układu krążenia”. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Urazy i Stany Nagłe w Położnictwie i Ginekologii. Lublin, 29-30 maja 2010. [Streszcz.] s. 16.

Nawet ciąża prawidłowa powoduje istotne zmiany adaptacyjne układu krążenia. Należą do nich – wzrost objętości plazmy do 40 % około 24 tygodnia, rzutu serca o 30-50%. Wzrost rzutu minutowego serca w pierwszym trymestrze następuje głównie poprzez zwiększenie objętości wyrzutowej, a po 20 tygodniu ciąży - poprzez przyspieszenie akcji serca. Akcja serca wzrasta od 20 do 32 tygodnia ciąży. Po porodzie przyspieszona czynność serca utrzymuje się przez 2-5 dni, po czym normalizuje się w ciągu 10 dni. We wczesnej ciąży rozkurczowe ciśnienie tętnicze obniża się z powodu spadku obwodowego oporu

naczyniowego. W trzecim trymestrze ciśnienie rozkurczowe stopniowo wzrasta do wartości przed ciążą. Objętość wyrzutowa, rzut minutowy i opór naczyniowy obwodowy normalizują się do 3 miesięcy po porodzie. W czasie porodu drogami natury rzut serca wzrasta o 80%, w czasie cięcia cesarskiego wzrasta o 25% [2,24,25].

Wiodący temat postępowania habilitacyjnego, którego jestem autorem, koresponduje ściśle z rosnącym zainteresowaniem problemami opieki medycznej nad kobietami w ciąży. Powstały ostatnio trzy duże rejestry dotyczące kobiet ciężarnych z chorobami serca.

1. **ROPAC – Registry of Pregnancy and Cardiac disease.** Rejestr powstał z inicjatywy ESC w 2007 roku. Obejmuje on pacjentki ze strukturalnymi chorobami serca, takimi jak – wady wrodzone, wady zastawkowe poreumatyczne, kardiomiopatie, choroba wieńcowa. Opublikowane są już pierwsze wyniki rejestru [26,27]. W okresie 2007-2011 włączono do badania 1321 kobiet. Wady wrodzone serca stwierdzono u 66% pacjentek, wady zastawkowe u 25%, kardiomiopatie u 7 %, chorobę wieńcową u 2% pacjentek. Śmiertelność matek wynosiła 1% (0,007% w normalnej populacji na podstawie danych z literatury). Hospitalizowanych było 338 pacjentek w okresie ciąży (26%), z czego 133 z powodu niewydolności serca. Rozwiązanie cięciem cesarskim przeprowadzono u 41% pacjentek. Śmiertelność matek i dzieci była wyższa w krajach rozwijających się w porównaniu do krajów rozwiniętych. Śmiertelność płodów wynosiła 1,7%, a noworodków 0,6%.
2. **PPCM registry – PeriPartum CardioMyopathy registry.** Rejestr powstał w 2016 roku. Pierwsze wyniki opublikowane są w 2017 roku [28].

Badanie ma na celu porównanie danych klinicznych pacjentek z PPCM z krajów zrzeszonych w European Society of Cardiology (ESC) w porównaniu do krajów spoza ESC. Badanie rozpoczęło się w 2016 roku i trwa nadal do uzyskania 1000 pacjentek. Publikacja ma na celu przedstawienie wstępnych wyników po włączeniu do badań pierwszych 500 kobiet. Z liczby tej analizę przeprowadzono u 411 ciężarnych z 43 krajów, u których uzyskano kompletną dokumentację badania. Stwierdzono, że leczenie farmakologiczne rozpoczęte po ciąży było podobne w obu grupach badanych, obejmujące ACE -inhibitory, ARB- blokery, antagoniści receptora mineralokortykoidowego. Natomiast rzadziej były stosowane w krajach poza ESC takie leki, jak – beta-blokery, iwabradyna, a częściej – leki moczopędne, digoksyna i bromokryptyna (32,6% vs 7,1%).

Po okresie 1 miesiąca w grupie krajów spoza ESC częściej stwierdzano utrzymywanie się objawów niewydolności serca (92,3% vs 81,3%). Powikłania zakrzepowo-zatorowe z układu żylnego, zatory tętnicze oraz incydenty mózgowo-naczyniowe wystąpiły u 28

spośród 411 pacjentek (6,8%). Śmiertelność noworodków wynosiła 3,1 %.

Badania te są fragmentem (częścią) EURObservational Research Programme (EORP) i jest inicjatywą Study Group on PPCM of Herat Failure Association [29].

Publikacja nr 1, zgłoszona do postępowania habilitacyjnego, daje nam wgląd w wyjątkową sytuację, w której do objawów niewydolności lewej komory ze skrzeplinami w jamach serca, typowych dla PPCM, dołączyła się masywna zatorowość płucna z zawałem dolnego płata prawego płuca. Zmieniło to przebieg kliniczny choroby i stwarzało znaczne utrudnienia diagnostyczne.

3. **Rejestr ZATPOLpreg**, ogólnopolski rejestr utworzony w 2018 roku z inicjatywy Zarządu Sekcji Chorób Serca u Kobiet w partnerstwie z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie. Celem rejestru jest zgromadzenie danych na temat sposobu postępowania w polskich oddziałach kardiologicznych u kobiet w ciąży lub w połogu z rozpoznaną żylną chorobą zakrzepowo-zatorową (ŻChZZ).

W OIOK Kliniki Kardiologii w Lublinie leczonych jest w chwili obecnej wzrastająca liczba pacjentów z zatorowością płucną, sięgającą 100 pacjentów rocznie. W grupie tej znajdują się również pacjentki ciężarne. Dwa opisy zamieszczone są w niniejszym postępowaniu habilitacyjnym [publikacje nr 5 i 6]. Szczególne znaczenie posiada stwierdzenie, że w przypadku takiej konieczności, zastosowanie dwukrotne trombolizy we wczesnej ciąży może być bezpieczne dla matki i dla dziecka.

Grono kardiologów opiekujących się kobietami w ciąży jest nieliczne. Konieczna jest więc wzajemna wymiana doświadczeń oraz upowszechnianie wiedzy. Służą temu między innymi tematyczne konferencje naukowe CPP („Cardiac Problems in Pregnancy”) odbywające się co 2 lata. Pierwsza konferencja odbyła się w 2010 roku w Walencji, druga w 2012 roku w Berlinie, trzecia – w 2014 roku w Wenecji, czwarta w 2016 roku w Las Vegas, piąta w 2018 roku w Bolonii. Uczestniczymy w tych konferencjach począwszy od 2016 roku. W Las Vegas, prezentowane były 2 prace z naszego ośrodka – 1 w prezentacji ustnej, 1 w sesji plakatowej. Kolejno, w 2018 roku w Bolonii, prezentowane były 2 nasze prace w sesji plakatowej. Mamy plany na dalszy udział w następnych konferencjach CPP.

Duże zainteresowanie w literaturze budzą **metody oceny ryzyka ciąży dla matki**. Stosowane są różne skale ryzyka ciąży. Jedną z metod oceny jest stosowana powszechnie **zmodyfikowana klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia** [2, 30]. Wyróżnia ona cztery klasy ryzyka WHO I- IV. W klasie WHO I ryzyko jest bardzo niskie i nie zagraża życiu matki. W klasie tej wymagana jest tylko jedna lub dwie konsultacje kardiologiczne w czasie ciąży. Pacjentki z klasy WHO II mają ryzyko podwyższone łagodnie lub umiarkowanie z nieznacznie podwyższonym ryzykiem śmiertelności. Zalecana jest kontrola kardiologiczna w każdym

kolejnym trymestrze. Pacjentki w klasie WHO III mają wysokie ryzyko z istotnie podwyższoną śmiertelnością. Powinny być pod opieką wyspecjalizowanego zespołu lekarskiego różnych specjalności. Konsultacje kardiologiczne i położnicze powinny odbywać się co miesiąc lub co dwa miesiące. Wyróżniona jest też grupa pośrednia WHO II lub III zależnie od konkretnej sytuacji klinicznej. Ryzyko w klasie IV jest skrajnie wysokie, ze znacznie podwyższonym ryzykiem śmiertelności. Ciąża w tej klasie jest przeciwwskazana. W przypadku ciąży konieczny jest ścisły nadzór co miesiąc lub co 2 miesiące.

Pierwsza skala ryzyka dla kobiet ciężarnych **CARPREG** (Cardiac Disease in Pregnancy) została opublikowana w 2001 roku [30, 31]. Dotyczyła kobiet z wadami wrodzonymi oraz nabytymi serca. Jest to prosta skala 4-punktowa. Za każdy z parametrów skali można uzyskać 1 punkt. Należą do nich – przebyty incydent kardiologiczny lub zaburzenia rytmu, NYHA klasa III lub IV, choroba zaporowa lewego serca (zwężenie zastawki mitralnej <2 cm, zastawki aortalnej <1,5 cm, LVOT gradient >30 mm Hg), obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory <40%. Ryzyko powikłań kardiologicznych wynosiło 5% dla 0 punktów, 27% dla 1 punktu oraz 75 % dla 2-4 punktów skali.

W maju 2018 roku ukazała się zmodyfikowana skala ryzyka **CARPREG II** [32]. Skala ta została oparta na jednym z nielicznych badań prospektywnych obejmujących 1938 ciąż u kobiet z chorobami serca. Powikłania kardiologiczne wystąpiły w 16 % ciąż, głównie pod postacią zaburzeń rytmu serca oraz niewydolności krążenia. Zidentyfikowano 10 czynników ryzyka powikłań u matek:

- Wcześniejsze epizody sercowe przed ciążą
Klasa NYHA III/IV lub sinica (<90% saturacja w spoczynku)
- Wysokiego ryzyka wada zastawkowa serca lub przeszkoda na drodze odpływu lewej komory
Obniżona kurczliwość lewej komory
- Brak interwencji kardiologicznych przed ciążą
- Mechaniczna zastawka serca
- Choroby aorty wysokiego ryzyka
- Nadciśnienie płucne
- Choroba niedokrwienności serca
- Pierwsza ocena kardiologiczna w zaawansowanej ciąży

Poza wymienionymi 10 czynnikami ryzyka, wpływ na rokowanie mogą mieć inne parametry:

- Rzadkie lub niesprecyzowane choroby serca
- Współistniejące obciążenia u matki (np. zaawansowany wiek, nadciśnienie, otyłość)
- Farmakoterapia (np. antykoagulacja)
- Wyniki innych badań kardiologicznych (testy czynnościowe układu krążenia i oddechowego lub MRI)

- Leczenie bezpłodności
- Jakość współpracy z pacjentką
- Dostępność pacjentki do opieki medycznej i jakość tej opieki

Inną skalą ryzyka stosowaną dla kobiet ciężarnych z wrodzonymi wadami serca jest **skala ZAHARA** [33]. Jest to skala bardziej rozbudowana uwzględniająca 8 parametrów ryzyka o zróżnicowanej wartości punktowej.

Według Uri Elkayama [30,34] konsultacja kardiologiczna i ocena ryzyka przed planowaną ciążą ma być dokonana przez wyspecjalizowanego w chorobach serca u kobiet w ciąży kardiologa. W ramach tej oceny powinno znaleźć się – szczegółowy wywiad, badanie fizykalne, 12-odprowadzeniowe EKG, echo serca przezklatkowe (TTE). Ocena ryzyka może wymagać rozszerzenia diagnostyki o badania obrazowe, takie jak TK lub MRI. Badania te są szczególnie wskazane w przypadkach chorób aorty i złożonych wad wrodzonych. Do innych badań dostarczających dodatkowe informacje o stanie czynnościowym układu krążenia należą – testy obciążeniowe wysiłkowe i inne testy czynnościowe. Badania laboratoryjne – poziom peptydu natriuretycznego typu B. U wybranych chorych z zaburzeniami rytmu serca – monitorowanie EKG, badanie elektrofizjologiczne (EPS).

Kobiety z wrodzonymi nieprawidłowościami powinny mieć rzetelną informację na temat ryzyka wystąpienia choroby u dziecka. Do chorób dziedziczonych w sposób autosomalny dominujący należą między innymi – zespół Marfana, Noonana, Williama, Holt-Orama, kardiomiopatia przerostowa, zespół wydłużonego QT.

Konsultacja i ocena ryzyka dokonana przed ciążą w oparciu o wykonane badania diagnostyczne, pozwalają na zaplanowanie postępowania leczniczego. Za przeciwwskazania do ciąży uważa się [35]: zespół Marfana z poszerzeniem aorty >4 cm, nadciśnienie płucne z oporem płucnym > 6 jednostek Wooda, umiarkowane/ciężkie zwężenie drogi odpływu lewej komory, obniżona EF <30%.

Oczywiście, zalecenia te mają charakter względny i każdą sytuację należy rozważać indywidualnie. Przykładem może być przedstawiona w części dotyczącej osiągnięcia naukowego habilitanta praca [publikacja nr 2] dotycząca pacjentki z kardiomiopatią przerostową z zawężaniem drogi odpływu lewej komory z gradientem, który w trakcie ciąży wzrastał do maksymalnej wartości około 200 mm Hg. Pacjentka jest obecnie szczęśliwą matką dwójki dzieci i po wszczęciu ICD i zabiegu miektomii czuje się dobrze. Poza epizodem migotania komór, które wystąpiło 1 miesiąc po wszczęciu ICD, nie obserwowano istotnych powikłań w okresie obserwacji trwającej 12 lat.

Podjęciem się opieki kardiologicznej nad kobietą planującą ciążę lub w trakcie ciąży, należy wziąć na swoje barki wizyty kontrolne, decyzje odnośnie koniecznej hospitalizacji, wykonania badań, włączenia farmakoterapii, sugestii odnośnie rozwiązania ciąży wczesnego lub o czasie, sposobu rozwiązania ciąży – siłami natury lub cięciem cesarskim, karmienia piersią lub wstrzymania laktacji. Opieka nie kończy się na urodzeniu dziecka, musi

obejmować okres do około 6 miesięcy po porodzie. Często jest przedłużona w celu zrealizowania zaplanowanego postępowania leczniczego, wykorzystując okres między ciążami. Leczyliśmy szereg kobiet, które pozostawały pod naszą opieką przez kolejne 3 ciążę. Realizując zasadę ciągłości opieki u kobiet z istotnym ryzykiem kardiologicznym, nie należy do rzadkości nasza obecność na sali porodowej i sali cięć cesarskich oraz na oddziale położniczym, często też na oddziale noworodkowym lub wcześniaków.

Okresem szczególnie obciążającym układ krążenia jest poród. W większości chorób serca zalecany jest poród siłami natury. Do rzadkich wskazań do wykonania cięcia cesarskiego należą choroby aorty, z ryzykiem jej pęknięcia oraz niestabilność stanu klinicznego matki lub dziecka o różnej etiologii. W przypadku chorób aorty za wskazanie do cięcia cesarskiego uważa się wymiar aorty wstępującej : w zespole Marfana >40 mm, przy dwupłatkowej zastawce aortalnej >45 mm, w zespole Turnera – ASI > 20 mm/m² [30,36]. W publikacjach przedstawionych w postępowaniu habilitacyjnym, pacjentka z kardiomiopatią połogową była 2 miesiące po rozwiązaniu cięciem cesarskim ze wskazań położniczych, 1 pacjentka z guzem nowotworowym w prawym przedsionku i z przerzutami, została planowo rozwiązana cięciem cesarskim w 27 tygodniu ciąży. Pacjentka po przebytej masywnej zatorowości płucnej leczonej dwukrotnie alteplazą we wczesnej ciąży, urodziła o czasie siłami natury, po wykluczeniu przetrwałej zakrzepicy żyłnej. Pozostałe pacjentki miały wykonane cięcie cesarskie.

Czynnikiem, który powoduje wzrost ciśnienia i tachykardię, jest ból, również uczucie lęku. Stąd u pacjentek obciążonych kardiologicznie, duże znaczenie mają różne techniki zmniejszające ból i niepokój. Po porodzie ustępuje ucisk macicy na żyłę główną dolną i zwiększa się powrót żylny do serca, uruchomiony zostaje nadmiar wody zgromadzonej w czasie ciąży (autotransfuzja). Powoduje to obciążenie serca i jednym z powikłań tego okresu może być obrzęk płuc.

Nie bez znaczenia jest farmakoterapia położnicza, która może mieć wpływ na nasilenie objawów ze strony serca (środki obkurczające macicę, tokoliza, hamowanie laktacji, krwotok, podawane płyny).

Opublikowane w 2015 roku badania z rejestru ROPAC, dotyczące napadowego migotania lub trzepotania przedsionków u kobiet w ciąży, wykazały, że zaburzenia te związane są z pogorszeniem rokowania [37]. Analizą było objętych 1321 kobiet w ciąży w latach 2008-2011 ze strukturalnymi chorobami serca. W grupie tej rozpoznano migotanie lub trzepotanie przedsionków u 17 kobiet, co stanowi 1,3%. Najczęściej zaburzenia te rozpoznawano w drugim trymestrze. Za czynniki predysponujące do wystąpienia arytmii uznano – występowanie arytmii przed okresem ciąży, wady zastawki mitralnej, stosowanie beta-blokerów, choroby lewej komory. Stwierdzono wyższą śmiertelność kobiet z migotaniem/trzepotaniem przedsionków – 11,8% vs 0,9%, p=0,01. Stwierdzono też częściej niską wagę urodzeniową dzieci <2500 g) 35% vs 14%. Uzasadniona była więc próba

przywrócenia rytmu zatokowego u opisanej przez nas chorej, pomimo utrzymującej się od 7 tygodni arytmii (publikacja nr 7).

U pacjentek istotnie obciążonych kardiologicznie, muszą być spełnione warunki pełnego zabezpieczenia reanimacyjnego i intensywnego nadzoru na sali porodowej lub operacyjnej (sala intensywnej opieki położniczej). Do warunków tych należą:

- opieka anestezyjologiczna
- możliwość monitorowania: EKG, hemodynamicznego i pulsoksymetrycznego
- pełne zabezpieczenie reanimacyjne: leki, zestaw do intubacji i oddechu zastępczego, defibrylator, stymulator serca i elektrody do stymulacji przezskórnej i endokawitarnej.

Ośrodki, które nie są w stanie zapewnić wymienionych warunków porodu, nie powinny sprawować opieki położniczej nad zagrożonymi powikłaniami kardiologicznymi kobietami w ciąży. Złe rokowanie zwykle jest związane z brakiem adekwatnej opieki specjalistycznej, brakiem jednoznacznego rozpoznania i określonych zasad postępowania. Dobrze przygotowana pacjentka rodząca w warunkach intensywnego nadzoru, jest w stanie pomyślnie urodzić nawet z bardzo zaawansowaną chorobą serca, co udokumentowaliśmy w naszych opisach (publikacja nr 4).

Wnioski:

I. Wnioski szczegółowe

1. W przypadkach napadowych zaburzeń rytmu serca ze złą tolerancją u kobiety ciężarnej, wykonanie kardiowersji elektrycznej w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym jest bezpieczne.
2. Umiarowanie napadowych tachyarytmii kardiowersją elektryczną u kobiety w ciąży, może być poprzedzone badaniem echokardiograficznym przezprzełykowym (TEE) w płytkim znieczuleniu ogólnym, najlepiej bezpośrednio przed kardiowersją.
3. Prawidłowe postępowanie diagnostyczne i lecznicze stwarzają szanse na zakończenie ciąży sukcesem, nawet w bardzo zaawansowanych chorobach serca.
4. Każda sytuacja kliniczna u kobiety ciężarnej z chorobą układu sercowo-naczyniowego powinna być oceniona w oparciu o zalecenia towarzystw naukowych, ale traktowana indywidualnie.
5. W przypadku choroby nowotworowej o charakterze złośliwym w czasie ciąży, należy rozważyć wczesne rozpoczęcie leczenia onkologicznego, po rozwiązaniu ciąży w terminie umożliwiającym przeżycie dziecka.
6. Masywna zatorowość płucna u kobiety w ciąży, przebiegająca z objawami hipoksemii, niestabilności hemodynamicznej i cechami przeciążenia prawej komory w badaniu echokardiograficznym, jest wskazaniem do leczenia trombolitycznego alteplazą.

7. W przypadku zagrażającej życiu powtórnej zatorowości płucnej, podanie kolejnej dawki alteplazy jest uzasadnione i może dać pomyślne wyniki.
8. Obraz kliniczny kardiomiopatii połogowej może być zróżnicowany i sprawiać trudności diagnostyczne poprzez współistniejące powikłania zakrzepowo-zatorowe, w tym zator tętnicy płucnej.
9. Zastosowanie u pacjentki 2 miesiące po porodzie, ze skrajnie zaawansowaną niewydolnością krążenia i zakrzepicą w jamach serca i wewnątrznaczyniową, leczenia farmakologicznego obejmującego – heparynizację, wlewy amin katecholowych, naparstnicę, leki moczopędne, bromokryptynę, iwabradynę oraz levosimendan, spowodowało ustąpienie objawów niewydolności serca z normalizacją frakcji wyrzucania lewej komory.
10. U ciężarnej z rozpoznaniem kardiomiopatii przerostowej z zawężaniem drogi odpływu lewej komory, należy rozważyć wszczęcie kardiowertera/defibrylatora w czasie ciąży lub po jej rozwiązaniu, w zależności od oszacowanego ryzyka nagłej śmierci sercowej (HCM Risk-SCD calculator).
11. Napad migotania przedsionków może być pierwszym objawem guza serca.
12. Przebyte zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją, przebyty zabieg kardiochirurgiczny w krążeniu pozaustrojowym w normotermii w okresie wczesnej ciąży, nie spowodowały niekorzystnych odległych następstw dla dziecka w okresie 16-letniej obserwacji.

II. Wnioski ogólne

1. Opieka nad kobietami w ciąży z chorobami serca wymaga stworzenia wyspecjalizowanych ośrodków kardiologiczno-położniczych.
2. Konsultacje kardiologiczne dla kobiet w ciąży powinny być udzielane przez lekarzy wyspecjalizowanych w chorobach serca u kobiet ciężarnych.
3. Poród/cięcie cesarskie w przypadkach znacznie obciążonych kardiologicznie, powinny odbywać się na „sali intensywnej opieki położniczej”, w warunkach intensywnego nadzoru i zabezpieczenia reanimacyjnego.
4. Opieka kardiologiczna nad kobietą w ciąży z chorym sercem powinna być ciągła, długotrwała, obejmująca nie tylko okres ciąży i poród, ale również okres połogu.
5. Częstotliwość wizyt kardiologicznych powinna być dostosowana do wielkości ryzyka kardiologicznego, ocenionego np. wg skali WHO.
6. Nieodzownym elementem opieki kardiologicznej nad kobietami w ciąży jest oszacowanie ryzyka planowanej ciąży i poradnictwo genetyczne dotyczące chorób dziedzicznych.
7. W przypadku zaawansowanych chorób serca, które mogą zostać skorygowane, należy wykonać zabiegi korekcyjne przed planowaną ciążą.

8. Przewlekła farmakoterapia u kobiet w wieku rozrodczym nie powinna kolidować z potencjalną ciążą.

Piśmiennictwo

1. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail.* 2010; 12: 767-778.
2. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, [et al.]. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2011, 32, 3147-1397.
Wytyczne ESC dotyczące postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych u kobiet w ciąży. *Kardiologia Pol.* 2011; 69, supl. VII: 341-400.
3. Kim MJ, Shin MS. Practical management of peripartum cardiomyopathy. *Korean J Intern Med.* 2017; 32; 393-403.
4. Olszanecka A, Czarnecka D. Kardiomiopatia połogowa – nowe aspekty patofizjologii, diagnostyki i terapii. *Kardiologia po Dyplomie.* 2017; 6: 14-32.
5. Autore C, Conte MR, Piccinno M, et al. Risk associated with pregnancy in hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 40: 1864-1869.
6. Krul SPJ, Smagt JJ, van den Berg MP, et al. Systematic review of pregnancy in women with inherited cardiomyopathies. *Eur J Heart Fail.* 2011; 13: 584-594.
7. Pieper PG, Walker F. Pregnancy in women with hypertrophic cardiomyopathy. *Neth Heart J.* 2013; 21: 14-18.
8. Elliott PM, Anastakis A, Borger MA, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: The Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2014; 35: 2763-2767.
9. Azimi NA, Selter JG, Abott JD, et al. Angiosarcoma in a pregnant woman presenting with pericardial tamponade - a case report and review of the literature. *Angiology.* 2006; 57: 251-257.
10. Amonkar GP, Deshpande JR. Cardiac angiosarcoma. *Cardiovascular Pathology.* 2006; 15: 57-58.
11. Simpson L, Kumar SK, Okuno SH, et al. Malignant primary cardiac tumors: review of a single institution experience. *Cancer.* 2008; 112: 2440-2446.
12. Saraiva F, Antunes M, Providencia LA. Cardiac angiosarcoma in a pregnant woman: a case report and review of the literature. *Acta Cardiologica.* 2012; 67: 727-731.
13. Anitha S. John, MD, PhD, Fionnuala Gurley, MD, et al. Cardiopulmonary Bypass During Pregnancy. *Ann Thorac Surg* 2011;91:1191–7.

14. Sutton SW¹, Duncan MA, Chase VA, et al.. Cardiopulmonary bypass and mitral valve replacement during pregnancy. *Perfusion*. 2005 Oct;20(6):359-68.
15. Mokrzycki K, Biskupski A, Kuligowska E. et al. Thoracic aorta aneurysm successfully operated on during pregnancy. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*. 2014 Sep; 11(3):321-3. Epub 2014 Sep 28.
16. Turrentine MA, Braems G, Ramirez MM. Use of thrombolytics for the treatment of thromboembolic disease during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 1995; 50: 534–541.
17. Ginsberg JS, Greer I, Hirsh J. Use of antithrombotic agents during pregnancy. *Chest*, 2001; 119 (1 suppl.): 122S–131S.
18. Büller HR, Agnelli G, Hull RD et al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 2004;126 (3 suppl.): 401S-428S.
19. Fasullo S, Scalzo S, Maringhini G et al. Six-month echocardiographic study in patients with submassive pulmonary embolism and right ventricle dysfunction: comparison of thrombolysis with heparin. *Am J Med Sci*, 2011; 341: 33–39.
20. Adamson D, Nelso-Piercy C. Managing palpitations and arrhythmias during pregnancy. *Heart*. 2007, 93, 1630-1636.
21. Joglar J, Page R. Treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy: safety consideration. *Drug Saf*. 1999, 20, 85-94.
22. Facchini M, Bauersfeld U, Fasnacht M, Candimas R. Maternal cardiac arrhythmias in pregnancy. *Schweiz Med Wochenschr*. 2000, 130, 1962-1969.
23. Sucu M, Davutoglu V, Ozer O. Electrical cardioversion. *Ann Saudi Med*. 2009, 29, 201-206.
24. Lam WW. Heart Disease and Pregnancy. *Tex Heart Inst J.*, 2012(2): 237-239.
25. Franklin WJ, Benton MK, Parekh DR. Cardiac disease in pregnancy. *Tex Heart Inst. J.*, 2011; 38(2): 151-153.
26. Ross-Hesselink JW., Ruys TPE, Stein JI et al. Outcome of pregnancy in patients with structural or ischemic heart disease: results of a registry of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.*; 2013; 34:657-665.
27. Greutmann M, Silversaide CK. The ROPAC registry: a multicentre collaboration on pregnancy outcomes in women with heart disease. *Eur Heart j* 2013; 34: 634-635
28. Sliwa K, Mebazaa A., Hilfiker-Kleiner D. i wsp. Clinical characteristics of patients from the worldwide registry on peripartum cardiomyopathy (PPCM). *European Journal of Heart Failure*, 2017; 19: 1131-1141.
29. Bauersachs J, Arrigo M, Hilfiker-Kleiner D i wsp. Current management of patients with severe acute peripartum cardiomyopathy: practical guidance from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail.*, 2016; 18: 1096-1105.
30. Elkayam U, Golland S, Pieper PG, Silversides CK. High-risk cardiac disease in pregnancy: Part I. *J Am Coll Cardiol*. 2016; 68(4): 396-410.

31. Siu SC, Sermer M, Colman JM et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation*, 2001; 104(5): 515-21.
32. Silversides CK, Grewal J, Mason J, Sermer M et al. Pregnancy outcomes in women with heart disease: The CARPREG II Study. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 71(21): 2419-30.
33. Drenthen W, Boersma E, Balci A, et al., for the ZAHARA Investigators. Predictors of pregnancy complications in women with congenital heart disease. *Eur Heart J* 2010;31:2124–32.
34. Elkayam U, Goland S, Pieper PG, Silversides CK. High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy: Part II. *J Am Coll Cardiol*. 2016 Aug 2;68(5):502-516.
35. Franklin WJ, Benton MK, Parekh DR. Cardiac disease in pregnancy. *Tex Heart Inst. J.*, 2011; 38(2): 151-153.
36. Ruys TPE, Roos-Hesselink JW, Pijuan-Domenech A et al. Is a planned cesarean section in women with cardiac disease beneficial? *Heart*, 2014; 0: 1-8.
37. Salam AM, Ertekin E, van Hagen IM i wsp. Atrial fibrillation or flutter during pregnancy in patients with structural heart disease: data from the ROPAC (Registry on Pregnancy and Cardiac Disease). *JACC Clin Electrophysiol*, 2015; 1(4): 284-292.

6. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych.

W czasie studiów byłem członkiem Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Kardiologii. Powstały wówczas 2 publikacje, zamieszczone w *Polskim Tygodniku Lekarskim*. Po czwartym roku studiów odbyłem 2- miesięczną praktykę w Szpitalu w Bazylei i w Liestal w Szwajcarii. W związku z otrzymaniem tytułu „Najlepszego Studenta Uczelni” miałem prawo wyboru miejsca pracy. Na początku moje zainteresowania skupiały się na intensywnej terapii kardiologicznej, a następnie elektroterapii. Był to okres, w którym dziedziny te powstawały i rozwijały się. Mogłem więc z dużym zaangażowaniem brać w nich udział. Kolejno zajmowałem się diagnostyką nieinwazyjną chorób układu krążenia (polikardiografia), tworzyły się również wówczas podstawy echokardiografii.

W latach 1985-1988 brałem udział w kontrakcie grupowym w Libii, zorganizowanym przez Akademię Medyczną w Lublinie. Byłem tam zatrudniony jako ordynator Oddziału Intensywnej Terapii (ICU), a przez ostatni rok Rektor AM powołał mnie na stanowisko kierownika Polskiego Zespołu Medycznego w Misuracie. Zespół ten liczył około 70 lekarzy i pielęgniarek. Po powrocie z Libii ponownie włączyłem się aktywnie w działalność naukową i organizacyjną Kliniki Kardiologii w Lublinie.

- Otrzymałem nagrodę naukową PTK za cykl 3 prac z zakresu stymulacji serca, opublikowane na łamach Kardiologii Polskiej w 1985 roku.
- Brałem udział w licznych komitetach organizacyjnych międzynarodowych i krajowych konferencji naukowych.
- Zorganizowałem i sprawowałem kierownictwo merytoryczne 2 konferencji:
 1. „**Postępy w Intensywnej Terapii Kardiologicznej. Historia, gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?**”- zorganizowanej z okazji 40-lecia OIOK Kliniki Kardiologii UM/SPSK-4 w Lublinie przez Oddział Lubelski PTK i Klinikę Kardiologii dnia 13 grudnia 2008. Konferencja trwała 4 godziny i wzięło w niej udział około 230 osób.
 2. „**Problemy związane z diagnostyką i terapią chorób serca u kobiet w okresie ciąży i karmienia piersią**”. Konferencja zorganizowana w dniu 1 kwietnia 2006 przy udziale Lubelskich Oddziałów Naukowych – Kardiologicznego, Ginekologicznego, Neonatologicznego, Medycyny Perinatalnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii z udziałem zaproszonych gości (Profesor Ryszard Lauterbach – Kierownik Kliniki Neonatologii Collegium Medicum UJ w Krakowie). Konferencja trwała 4 godziny i zgromadziła około 200 uczestników.
- W ostatnim okresie przedstawiłem 2 prace w sesjach konkursowych Sekcji Intensywnej Terapii i Resuscytacji PTK w 2017 i 2018 roku oraz 1 doniesienie na Konferencji Acute Cardiovascular Care Association ESC w Mediolanie w marcu 2018.
 1. „*Infective myocarditis and coronaritis syndrome (IMCS) in young patients (zespół infekcyjnego zapalenia mięśnia sercowego i tętnic wieńcowych u młodych osób)*”. **JANUSZ KUDLICKI, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB.** V Konferencja Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Warszawa 31 marca-1 kwietnia 2017 (plakat moderowany nagrodzony 2 miejscem).
 2. „*Dramatyczna, długa walka o życie młodej matki dwa miesiące po porodzie*”. **JANUSZ KUDLICKI, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB.** Pracę przedstawiłem 20 kwietnia 2018 na Sesji Konkursowej : „Blaski i cienie ITK, mój największy sukces/koszmar na oddziale ITK” w ramach VI Konferencji Sekcji ITK i Resuscytacji w Katowicach. Praca została nagrodzona i uzyskała 6 miejsce wśród 21 prac zgłoszonych do konkursu.
 3. „*Diagnostic and therapeutic difficulties in a patient with peripartum cardiomyopathy with advanced heart failure, complicated by thrombus in both ventricles and pulmonary embolism*”. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI, A. KANIA, A. FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB.** W: 6th Annual Congress of The Acute Cardiovascular Care Association 2018. Milan, 3-5 March. [Abstr.] s. 1-2.

Od 2006 roku pełnię funkcję zastępcy Lekarza Kierującego Oddziałem w Klinice Kardiologii, a od około 20 lat pełnię funkcję koordynatora zespołu lekarskiego Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jest to duży oddział liczący 23 łóżka intensywnej, półintensywnej nadzoru i intensywnej terapii. Olbrzymia liczba pacjentów, leczonych w OIOK, zmusza do dużego zaangażowania w pracy. Od dłuższego czasu liczba leczonych w OIOK pacjentów przekracza 5 tysięcy rocznie.

W latach 2007 – 2014 rozwijała się współpraca naukowa z Kliniką Endokrynologii, która umożliwiła opublikowanie 9 prac oraz 9 doniesień zjazdowych, których jestem autorem i współautorem.

Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze, które nie są związane z patologią serca u kobiet w ciąży, można podzielić na następujące grupy tematyczne:

- A. **Intensywna terapia kardiologiczna**
- B. **Stymulacja elektryczna serca**
- C. **Diagnostyka nieinwazyjna chorób serca**
- D. **Kardiodiabetologia**
- E. **Rozdziały w monografiach, wydawnictwach książkowych, wydawnictwach popularno-naukowych, wykłady dla Uniwersytetu Trzeciego Wieku**
- F. **Udział w wielośrodkowych międzynarodowych projektach badawczych – praca opublikowana w NEJM**

A. Intensywna terapia kardiologiczna

Moje zainteresowania intensywną terapią rozpoczęły się już w czasie studiów. Dwie prace naukowe powstałe w Studenckim Kole Naukowym i opublikowane w Polskim Tygodniku Lekarskim w 1975 roku są tematycznie związane są z zawałem serca.

- *„Analiza elektrokardiograficzna 500 przypadków zawału serca. (Electrocardiographic analysis of 500 cases of myocardial infarction”.)*[AUT.] KAZIMIERZ DOMAŃSKI, ANNA KUDLICKA, **JANUSZ KUDLICKI**, MIECZYŚLAW WALKIEWICZ. *Pol. Tyg. Lek.* 1975 t. 30 nr 29 s. 1209-1211, bibliogr. rez. sum.
- *„Rozległość zawału serca, określona elektrokardiograficznie a wartość innych badań dodatkowych. (The extensiveness of myocardial infarction determined electrocardiographically and the value of other auxiliary investigations”.)*[AUT.] ANNA KUDLICKA, **JANUSZ KUDLICKI**. *Pol. Tyg. Lek.* 1975 t. 30 nr 30 s. 1253-1256, bibliogr. rez. sum.

Pogłębiłem swoją wiedzę na temat intensywnej terapii w czasie mojej pracy w Teaching Hospital w Misuracie (Libya). Prowadziłem tam przez ponad 3 lata 17-łóżkowy Oddział Intensywnej Terapii (ICU), gdzie leczone były ciężkie stany ze wszystkich dziedzin medycyny – od noworodków (tężec noworodków), po urazy wielonarządowe, krwawienia z przewodu pokarmowego, incydenty neurologiczne, stany po ukąszeniu przez skorpiona lub żmiję, utonięcia, śpiączki różnej etiologii oraz cała znana nam intensywna terapia kardiologiczna. Dodatkowo zorganizowałem i prowadziłem przyszpitalną poradnię kardiologiczną, konsultowałem chorych kardiologicznych w szpitalu, wykonywałem diagnostykę echokardiograficzną.

Po powrocie z Libii, wspólnie z kolegami aktywnie uczestniczyłem w badaniach naukowych z zakresu intensywnej terapii, co zaowocowało opublikowaniem 18 prac, których jestem autorem i współautorem oraz 22 doniesień zjazdowych, w tym na Kongresach Międzynarodowych –XIth Congress of the European Society of Cardiology w Nicei 1989, 6th International Congress on Coronary Artery Disease - From Prevention to Intervention, Istanbul 2005, 6th Annual Congress of The Acute Cardiovascular Care Association 2018 w Mediolanie.

Tematyka badawcza dotyczyła głównie zaburzeń rytmu serca, stratyfikacji ryzyka w OZW, metod terapii i oceny jej skuteczności, powikłań zawału serca, farmakoterapii w zawale, metod nieinwazyjnych i inwazyjnych stosowanych w intensywnej terapii. Ciekawym kierunkiem badań była ocena zachowania się komórek macierzystych szpiku CD34 w świeżym zawale. Pracę tą przedstawiłem w prezentacji ustnej w Istanbulu w 2005 roku.

- „*Comparison of the bone marrow stem cells CD34+ releasing in the peripheral blood of patients with acute myocardial infarction and in patients with stable angina pectoris subjected to coronarography and coronary angioplasty*”. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, A[NNA] DMOSZYŃSKA, T[ERESA] WIDOMSKA-CZEKAJSKA, A. BRZozowski, WOJCIECH LEGIEĆ, A[NETA] GORAĆY, M. LEGIEĆ, J[ACEK] BASZAK, P[IOTR] KLIMEK. W: Progress in coronary artery disease. Proceedings of the 6th International Congress on Coronary Artery Disease. Istanbul, October 29 - November 1, 2005. s. 13-16, bibliogr, 978-88-7587-200-7.

W ramach pracy w OIOK uczestniczyłem w szeregu badań wielośrodkowych, jako współbadacz, a ostatnio, jako koordynator badań, co zaowocowało publikacją w NEJM.

Aktualnie prowadzę badania nad interesującym zespołem objawów klinicznych imitujących zawał serca u młodych mężczyzn w przebiegu różnych infekcji. Wstępne doniesienie przedstawiłem na V Konferencji Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Warszawa 31 marca-1 kwietnia 2017.

- „*Infective myocarditis and coronaritis syndrome (IMCS) in young patients (zespół infekcyjnego zapalenia mięśnia sercowego i tętnic wieńcowych u młodych osób)*”. **JANUSZ KUDLICKI, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB.** V Konferencja Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Warszawa 31 marca-1 kwietnia 2017 (plakat moderowany nagrodzony 2 miejscem).

Szczegółowy wykaz 18 prac opublikowanych oraz 22 doniesień zjazdowych dotyczących intensywnej terapii kardiologicznej zamieszczony jest w załączniku do autoreferatu „A”.

B. Stymulacja elektryczna serca

Kolejną dziedziną kardiologii, którą zajmowałem się w latach 1980 – 1984 była stymulacja elektryczna serca. Wszczepiłem lub wykonałem reperacje układu stymulującego serce u około 350 chorych. Był to okres, w którym stosowana była wyłącznie stymulacja prawej komory (VVI). Po raz pierwszy zastosowałem układ stymulujący typu AAI w 1984 roku u pacjentki z zespołem brady-tachykardii. Miałem wyjątkową okazję uczestniczyć w symposium „Progress in clinical pacing” w Rzymie w 1984 roku, gdzie przedstawiłem 3 prace z zakresu stymulacji serca. Byłem jednym z 3 lekarzy z Polski, którzy brali udział w symposium.

1. „*Fractures of electrodes in the material of 811 patients with permanent cardiac pacing*”[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI, ANDRZEJ KUTARSKI, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, JANUSZ DUBEJKO, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ.** W: *Progress in clinical pacing. Ed. by Massimo Santini s. 244-251, bibliogr. Rome 1984, [B. wydaw.]*.
2. „*Problems connected with diagnosing and treatment of breast cancer in women with an implanted cardiac pacemaker - description of 3 cases*”. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ.** W: *Progress in clinical pacing. Ed. by Massimo Santini s. 269-272, bibliogr. Rome 1984, [B. wydaw.]*.
3. „*Pregnancy and labour in women with complete a-v block*”. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI, JERZY KRYSOSIK, HENRYK FLORKIEWICZ, MARIAN MARKIEWICZ.** W: *Progress in clinical pacing. Ed. by Massimo Santini s. 646-651, bibliogr. Rome 1984, [B. wydaw.]*.

Uczestniczyłem w pierwszej konferencji “1st Cardioslim Pan Slavian International Congress on Cardiac Pacing and Electrophysiology” w 1993 roku w Sanct-Petersburgu, gdzie przedstawiłem ustną prezentację na temat pacjentów uzależnionych od stymulatora.

- „*Pacemaker-dependent patient. Analysis of 1000 patients with implanted cardiac pacemaker*”. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI, MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR,**

ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JERZY PRZEGALIŃSKI.
W: *1st Cardioslim Pan Slavian International Congress on Cardiac Pacing and Electrophysiology in Association with the 3rd Russian Symposium on Cardiac Pacing and Electrophysiology*. Sanct-Petersburg, February 3rd-6th 1993. Abstr. s. 2.

Zainteresowania moje elektroterapią dały w efekcie 10 publikacji naukowych oraz 14 doniesień zjazdowych, których jestem autorem lub współautorem. Głównymi zagadnieniami omawianymi w publikacjach i na konferencjach naukowych były powikłania elektroterapii (złamania elektrod, zespół rotującego się stymulatora, tzw. „zespół bocznika”, problemy techniki zabiegowej - usuwanie zapętlonych cewników i elektrod z układu naczyniowego, kosmetyczna implantacja stymulatora u młodych kobiet, elektroterapia u kobiet w ciąży).

Szczegółowy wykaz publikacji i doniesień zjazdowych z zakresu stymulacji serca zamieszczony jest w załączniku do autoreferatu „B”.

C. Diagnostyka nieinwazyjna chorób serca

Miałem wyjątkową okazję uczestniczyć w powstawaniu i rozwoju technik diagnostycznych, stosowanych przed erą badań hemodynamicznych i powszechnie stosowanej koronarografii. Zanim echokardiografia stała się rutynowym badaniem, bez którego obecnie trudno sobie wyobrazić codzienną pracę kardiologa, trwały poszukiwania metod, które mogłyby dostarczyć obiektywnej wiedzy na temat istniejącej patologii serca i jego stanu czynnościowego. Tym etapem pośrednim w diagnostyce kardiologicznej była tak zwana polikardiografia, czyli zespół nieinwazyjnych badań graficznych układu krążenia. W ramach polikardiografii wyróżniało się – apeksokardiografię, czyli rejestrację uderzenia koniuszkowego; arteriografię – rejestrację tętna tętniczego, flebografię – rejestracja tętna żylnego, fonokardiografię – rejestrację zjawisk osłuchowych, tonów i szmerów.

Wspólnie z obecnym profesorem, Andrzejem Kutarskim, poszukiwaliśmy innych metod diagnostycznych. Opracowaliśmy metodę, tak zwaną atriografię przełykową, która polegała na rejestracji ciśnienia z przełyku na wysokości lewego przedsionka, wykorzystując balon wypełniony płynem wprowadzony do przełyku i rejestrator Mingograf 81. Udokumentowaliśmy, że uzyskana w ten sposób krzywa ciśnienia jest identyczna z krzywą rejestrowaną bezpośrednio z lewego przedsionka. Była to nieoceniona metoda diagnostyczna, szczególnie w diagnostyce wad zastawki dwudzielnej. Była też impulsem do poszukiwania możliwości badań z przełyku z zastosowaniem ultradźwięków. Niestety nie potrafiliśmy pokonać trudności technicznych związanych z tą metodą.

Efektom naszych badań nad zastosowaniem atriografii przełykowej, były publikacje i doniesienia zjazdowe, szczególnie dotyczące diagnostyki zespołu Barlowa i innych wad zastawki dwudzielnej.

1. *Zachowanie się krzywej ciśnień lewego przedsionka rejestrowanej pośrednio z przełyku (atriogram przełykowy) w zespole wypadającego płotka zastawki dwudzielnej. (Changes of left atrial pressure curve recorded indirectly from the oesophagus (oesophageal atriogram) in the syndrome of mitral valve prolapse.)*[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI. Wiad. Lek. 1980 t. 33 nr 6 s. 427-433, bibliogr. poz. 22, rez. sum.
2. *Przydatność atriografii przełykowej w diagnostyce wad zastawki dwudzielnej. (The usefulness of oesophageal atriography in the diagnosis of mitral valve diseases.)*[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 9 s. 345-347, bibliogr. rez. sum.
3. *Ocena czynności lewego przedsionka oraz funkcji zastawki dwudzielnej metodą atriografii przełykowej. (Assessment of left atrial and mitral valve functions by means of oesophageal atriography.)*[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 1 s. 3-5, bibliogr. rez. sum.
4. *Oznaczanie ciśnienia w lewym przedsionku metodą oscylografii przełykowej. (Determination of left atrial pressure by the method of oesophageal oscillography.)*[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 8 s. 313-315, bibliogr. rez. sum.
5. *Badanie funkcji lewego przedsionka drogą przełykową*[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 25 s. 981-982, bibliogr.

Badania polikardiograficzne były narzędziem badawczym w mojej pracy doktorskiej dotyczącej wpływu posiłku na układ krążenia u osób z chorobą wieńcową i prawidłowym elektrokardiogramem spoczynkowym. Obliczanie tak zwanych podokresów skurczu lewej komory, było szeroko stosowane dla oceny czynności lewej komory. Obecnie podobną funkcję spełnia określenie frakcji wyrzucania lewej komory.

Badania polikardiograficzne pozwoliły na publikację 22 prac naukowych oraz 11 doniesień zjazdowych, w których jestem autorem lub współautorem, które zostały wymienione w załączniku do autoreferatu „C”.

D. Kardiodiabetologia

W latach 2007 – 2014 rozwijała się współpraca naukowa z Kliniką Endokrynologii, która umożliwiła opublikowanie 9 prac oraz 9 doniesień zjazdowych, których jestem autorem i współautorem. Głównymi tematami badań był zespół metaboliczny i jego markery,

powikłania sercowo-naczyniowe zespołu metabolicznego. Poza tym zachowanie się peptydu C oraz homocysteiny w OZW z cukrzycą i bez cukrzycy. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u chorych z OZW, w tym utajone zaburzenia metabolizmu węglowodanów, oznaczanie Fetuiny-A i osteoprotegeriny, jako markerów ryzyka i uszkodzenia mięśnia serca u pacjentów z OZW.

Wykaz opublikowanych 9 prac i 9 doniesień zjazdowych znajduje się w załączniku do autoreferatu „D”.

E. Rozdziały w monografiach, wydawnictwach książkowych, wydawnictwach popularno-naukowych, wykłady dla Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Opracowania poglądowe, umieszczone w monografiach i wydawnictwach książkowych, umożliwiają przekazanie swojej wiedzy i praktycznych doświadczeń studentom lub specjalizującym się lekarzom. Mają one również tę zaletę, że pozwalają na usystematyzowanie wiedzy przez samego autora. Szczególne znaczenie posiadają dla mnie wykłady dla Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Mogę przypuszczać, że seniorzy zapraszają na swoje spotkania osoby lubiane.

1. *Kardiogenne stany zagrożenia życia*[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Pod red. Jadwigi Daniluk, Grażyny Jurkowskiej. Lublin 2005, Czelej, s. 83-93.
2. *Propedeutyka chorób wewnętrznych*[AUT.] TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, **JANUSZ KUDLICKI**. W: *Plan i program nauczania dla studiów magisterskich*. Kierunek: *Analityka medyczna*. Red. Hanna Hopkała, Genowefa Misztal, Ryszard Kocjan, Dariusz Matosiuk s. 128-131, bibliogr. Lublin 2004, Akad. Med.
3. *Zawał serca u kobiet w czasie ciąży*. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, GRAŻYNA ŚWIĄTECKA. W: *Choroby serca u kobiet*. Pod red. Grażyny Świąteckiej. Wyd. 1.. Gdańsk 2000, Via Medica, s. 466-480, bibliogr. poz. 48, 83-7258-197-5.
4. *Diagnostyka kardiologiczna u kobiet w ciąży*. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: *Choroby serca u kobiet*. Pod red. Grażyny Świąteckiej. Wyd. 1.. Gdańsk 2000, Via Medica, s. 446-463, bibliogr. poz. 48, 83-7258-197-5.
5. *Ciąża u kobiet z zespołem Marfana*. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: *Choroby serca u kobiet*. Pod red. Grażyny Świąteckiej. Wyd. 1.. Gdańsk 2000, Via Medica, s. 585-600, bibliogr. poz. 45.
6. *Hipotermia lecznicza*. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ADAM TARKOWSKI. *Alma Mater* 2013 R. 23 nr 4 s. 102-105.
7. *Postępowanie u kobiet z chorobą serca w okresie ciąży (cz. 1)*. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. *Służ. Zdr.* 2008 nr 80-83 s. 36-40, bibliogr.

8. *Postępowanie u kobiet z chorobą serca w okresie ciąży (cz. 2) - opis przypadków.* [AUT.] JANUSZ KUDLICKI. *Stuż. Zdr.* 2008 nr 84-87 s. 30-32.
9. *Diagnostyka i leczenie zaburzeń rytmu serca u kobiet.* [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI.** *Puls Med.* 2002 nr 14 s. 19-21.
10. *Studenckie koła naukowe w Katedrze i Klinice Kardiologii.* [AUT.] ANDRZEJ TOMASZEWSKI, **JANUSZ KUDLICKI.** W: *Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Lublinie.* [Red.] M. Markiewicz s. 127-131. Lublin 1996, Wydaw. Multico.
11. *Udział pracowników Kliniki w realizacji kontraktu w Libii.* [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI,** ANDRZEJ TOMASZEWSKI. W: *Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Lublinie.* [Red.] M. Markiewicz s. 124-126. Lublin 1996, Wydaw. Multico.
12. „*Jak uniknąć chorób układu krążenia*”, **JANUSZ KUDLICKI** - wykład wygłoszony 11.05.2007 dla Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku.
13. „*Kiedy należy poszukiwać kontaktu z lekarzem kardiologiem – niepokojące objawy krążeniowe*”, **JANUSZ KUDLICKI** - wykład wygłoszony 18.05.2007 dla Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku.
14. „*Stany nagłe w kardiologii – interwencja premedyczna*”, **JANUSZ KUDLICKI** - wykład wygłoszony 18.12.2009 dla Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

F. Udział w wielośrodkowych międzynarodowych projektach badawczych – praca opublikowana w NEJM.

Od 1996 roku uczestniczyłem w 5 badaniach klinicznych wielośrodkowych. W 4 badaniach byłem współbadaczem, a w ostatnim badaniu koordynatorem badań w Klinice. Udział w tych badaniach umożliwił śledzenie najnowszych trendów w terapii chorób układu krążenia, pozwalał również na zapoznanie się z zasadami prowadzenia badań naukowych i „evidence based medicine”.

1. OASIS-2 – „Porównanie leczenia Hirudyną oraz stosowania Warfaryny względem standardowego leczenia u pacjentów z ostrą niewydolnością wieńcową lub z zawałem bez załamka Q” 1996-1998 - współbadacz
2. AMI-SK – „Bezpieczeństwo i skuteczność podskórnego leczenia Enoksaparyną i Streptokinazą u pacjentów z ostrym zawałem mięśnia serca” 1999-2001 - współbadacz
3. ESCAMI – „Ocena bezpieczeństwa i ochronnego wpływu na mięsień sercowy leku EMD 96 785 podawanego jako lek wspomagający leczenie reperfuzyjne u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego” 2001-2002 – współbadacz
4. TRITON TIMI-38 „Prasugrel versus Clopidogrel u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi” 2005-2006 - współbadacz
5. ENGAGE AF-TIMI 48 – „Edoxaban versus warfaryn u pacjentów z migotaniem przedsionków” – 2009-2013 – koordynator badań, której rezultatem jest publikacja w N. Engl. J. Med.

Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. [AUT.] ROBERT P. GIUGLIANO, CHRISTIAN T. RUFF, EUGENE BRAUNWALD, SABINA A. MURPHY, STEPHEN D WIVIOTT, JONATHAN L. HALPERIN, ALBERT L. WALDO, MICHAEL D. EZEKOWITZ, JEFFREY I. WEITZ, JINDŘICH ŠPINAR, WITOLD RUZYŁLO, MIKHAIL RUDA, YUKIHIRO KORETSUNE, JOSHUA BETCHER, MINGGAO SHI, LAURA T. GRIP, SHIRALI P. PATEL, INDRAVADAN PATEL, JAMES J. HANYOK, MICHELE MERCURI, ELLIOTT M. ANTMAN, ENGAGE AF-TIMI 48 INVESTIGATORS [M. IN.], J[ACEK] BASZAK, J[ERZY] MOSIEWICZ, W[OJCIECH] MYŚLIŃSKI, A[NDRZEJ] WYSOKIŃSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. *N. Engl. J. Med.* 2013 vol. 369 nr 22 s. 2093-2104, bibliogr. poz. 25.(**IF-54,42 ; MNiSW – 50,00**)

Analiza statystyczna osiągnięć naukowych.

Tabela 1. Zestawienie analizy bibliometrycznej

Oryginalne pełnotekstowe prace naukowe	Prace naukowe w suplementach czasopism	Opisy przypadków	Prace pogładowe	Rozdziały w podręcznikach	Streszczenia ze zjazdów międzynarodowych	Streszczenia ze zjazdów krajowych	Inne	Razem
43	5	13	12	6	26	51	11	167

Tabela 2. Kolejność współautorstwa

Praca naukowa	Pierwszy autor	Drugi autor	Kolejne miejsce	Razem
Publikacje osiągnięcia naukowego	4	2	1	7
Inne publikacje związane z tematem osiągnięcia naukowego	7	1	0	8
Doniesienia zjazdowe związane z tematem osiągnięcia naukowego	11	6	0	17
Pozostałe osiągnięcia naukowe	46	29	60	135
Razem	68 (40,7%)	38(22,8%)	61(36,5%)	167(100%)

Tabela 3. Punktacja IF i KBN/MNiSW

Punktacja	Impact Factor	KBN/MNiSW
Bez pracy wielośrodkowej	12,197	218,00
Praca wielośrodkowa	54,42	50,00
Razem	66,617	268,00

Tabela 4. Informacja o cytowaniach

Nazwa bazy		Liczba prac cytowanych	Liczba cytowań	Index Hirscha
Web of Science Core Collection	Praca wielośrodkowa	1	1458	X
	Bez pracy wielośrodkowej	1	1	1
Scopus	Bez pracy wielośrodkowej	7	8	1

Wykaz skrótów - alfabetycznie:

AAI – stymulacja przedsionkowa

ACE-inhibitor – Inhibitor konwertazy angiotensyny (Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor)

APTT – czas kaolinowo-kefalinowy (Activated Partial Thromboplastin Time)

ARB-bloker - Bloker receptora angiotensyny II (Angiotensin-Receptor Blocker)

EKG – Elektrokariogram

ESC – Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (European Society of Cardiology)

HCM – kardiomiopatia przerostowa (Hypertrophic cardiomyopathy)

ICCU – Intensive Cardiac Care Unit

ICD – wszczepialny kardiowerter/defibrylator (Implantable Cardioverter Defibrillator)

ICU – Oddział Intensywnej Terapii (Intensive Care Unit)

INR – znormalizowany czas protrombinowy (International Normalized Ratio)

ITK – Intensywna Terapia Kardiologiczna

KBN – Komitet Badań Naukowych

KTG, CTG - kardiogram

MNiSW – Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

MRI – Rezonans Magnetyczny (Magnetic Resonance Imaging)

nsVT – nieutrwalony częstoskurcz komorowy (non-sustained Ventricular Tachycardia)

OIOK – Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej

OZW – Ostry Zespół Wieńcowy

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PPCM – kardiomiopatia połogowa (peripartum cardiomyopathy)

PTK – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

SAM – skurczowy ruch przedniego płątka mitralnego do przodu (Systolic Anterior Motion)

TEE – Echokardiografia Przezprzełykowa (Transesophageal Echocardiography)

TK , CT – Tomografia Komputerowa

TTE – Echokardiografia Przekłatkowa (Transthoracic Echocardiography)

USG – Ultrasonografia

VVI – stymulacja komorowa

ŻChZZ, VTE - Żylna Choroba Zakrzepowo-Zatorowa

10/08/2018 Janusz Kudlicki

Załączniki do autoreferatu:	strony:
A. Wykaz publikacji i doniesień zjazdowych z zakresu intensywnej terapii kardiologicznej.....	42 - 47
B. Wykaz publikacji i doniesień zjazdowych z zakresu stymulacji serca	48 - 51
C. Wykaz publikacji i doniesień zjazdowych z zakresu nieinwazyjnej diagnostyki układu krążenia	52 - 56
D. Wykaz publikacji i doniesień zjazdowych z zakresu kardiodiabetologii	56 - 60

A. Intensywna terapia kardiologiczna – Publikacje

1. Hipotermia lecznicza po nagłym zatrzymaniu krążenia. (Therapeutic hypothermia after sudden cardiac arrest.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. *Chor. Serca Naczyń* 2015 t. 12 nr 6 s. 366-370, bibliogr. sum.
2. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. [AUT.] ROBERT P. GIUGLIANO, CHRISTIAN T. RUFF, EUGENE BRAUNWALD, SABINA A. MURPHY, STEPHEN D WIVIOTT, JONATHAN L. HALPERIN, ALBERT L. WALDO, MICHAEL D. EZEKOWITZ, JEFFREY I. WEITZ, JINDŘICH ŠPINAR, WITOLD RUZYLLLO, MIKHAIL RUDA, YUKIHIRO KORETSUNE, JOSHUA BETCHER, MINGGAO SHI, LAURA T. GRIP, SHIRALI P. PATEL, INDRAVADAN PATEL, JAMES J. HANYOK, MICHELE MERCURI, ELLIOTT M. ANTMAN, ENGAGE AF-TIMI 48 INVESTIGATORS [M. IN.], J[ACEK] BASZAK, J[ERZY] MOSIEWICZ, W[OJCIECH] MYŚLIŃSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. *N. Engl. J. Med.* 2013 vol. 369 nr 22 s. 2093-2104, bibliogr. poz. 25.
3. Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa u nastolatki z zespołem metabolicznym. (Venous thromboembolic disease in teen-ager girl with metabolic syndrome.)[AUT.] ROBERT PIEKARSKI, LESZEK SZEWCZYK, **JANUSZ KUDLICKI**. *Endokrynol. Pediatr.* 2009 t. 8 nr 1 s. 69-74, bibliogr. sum. Kazimierz Dolny, 26-28 kwietnia 2007. [Streszcz.] T. 1 s. 409.
4. Comparison of the bone marrow stem cells CD34+ releasing in the peripheral blood of patients with acute myocardial infarction and in patients with stable angina pectoris subjected to coronarography and coronary angioplasty. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANNA DMOSZYŃSKA, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, A. BRZOZOWSKI, WOJCIECH LEGIEĆ, ANETA GORĄCY, M. LEGIEĆ, JACEK BASZAK, PIOTR KLIMEK. W: Progress in coronary artery disease. Proceedings of the 6th International Congress on Coronary Artery Disease. Instanbul, October 29 - November 1, 2005. s. 13-16, bibliogr, 978-88-7587-200-7.
5. Stratyfikacja ryzyka u chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia ST - implikacje terapeutyczne. [AUT.] ANDRZEJ MADEJCZYK, JAROSŁAW WÓJCIK, **JANUSZ KUDLICKI**, JAKUB DROZD, TOMASZ ZAPOLSKI, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *Med. Intens. Rat.* 2004 t. 7 nr 3 supl. s. 22-26, bibliogr, Medycyna Ratunkowa w Europie Środkowo-Wschodniej. II Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Lublin, 12-15 września 2004.
6. Napadowe migotanie przedsionków - skuteczność szybkiego umiarawiania. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JACEK LATAWIEC, ADAM TARKOWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, MARIA SZPONAR, MACIEJ WÓJCIK, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *Med. Intens.*

- Rat. 2004 t. 7 nr 3 supl. s. 33-37, bibliogr, Medycyna Ratunkowa w Europie Środkowo-Wschodniej. II Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Lublin, 12-15 września 2004.
7. Dwukierunkowy częstoskurcz komorowy - aktualny stan wiedzy. (Bidirectional ventricular tachycardia - the present state of knowledge.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *Pol. Prz. Kardiol.* 2002 t. 4 nr 4 s. 367-372, bibliogr. poz. 28, sum.
 8. Obraz kliniczny świeżego zawału serca w zależności od zastosowania schematu leczenia farmakologicznego. (Clinical picture of acute myocardial infarction depending on the applied schema of pharmacological treatment.)[AUT.] ANNA JANKOWSKA, KONSTANCJA SARACHMAN, JAKUB DROZD, ROBERT PALUSIŃSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. *Wiad. Lek.* 1995 t. 48 nr 1/12 s. 175-179, bibliogr. sum.
 9. Analiza 337 przypadków zawałowego bloku przedsionkowo-komorowego II i III stopnia. (Analysis of 337 cases of grade II and III atrioventricular block after myocardial infarction.)[AUT.] BOGUSŁAW RYMAR, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JERZY WILKOŁASKI, MARIAN MARKIEWICZ. *Wiad. Lek.* 1986 t. 39 nr 20 s. 1402-1407, bibliogr. rez. sum.
 10. Rozpoznawanie zawału serca w świetle współczesnych badań. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**. *Rocz. Nauk Med.* 1979 t. 3 s. 9-15, bibliogr. poz. 28.
 11. Wpływ Cordaronu (amiodaron) na układ krążenia u chorych ze świeżym zawałem serca. (Effect of Cordaron (amiodarone) on the circulatory system in patients with acute myocardial infarction.)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. *Kardiol. Pol.* 1983 t. 26 nr 1 s. 33-38, bibliogr. rez. sum.
 12. Ocena wpływu Cordarone na układ krążenia we wczesnym okresie zawału serca[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: Cordarone w leczeniu zaburzeń rytmu serca i choroby wieńcowej. (Zbiór referatów z konferencji naukowych zorganizowanych w 1982-1983 r.) s. 26-30, bibliogr. Novo mesto, Jugosławia [1983], Krka Pharmaceuticals.
 13. Przydatność zestawów „Venflon” firmy Viggo dla nakłuwania i cewnikowania żyły podobojczykowej w warunkach oddziału intensywnej opieki kardiologicznej. (The applicability of “Venflon” sets (produced by Viggo) for puncture of the subclavicular vein in intensive cardiological care unit.)[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR, WALDEMAR RUMIŃSKI, RYSZARD TROJNAR, JANUSZ DUBEJKO. *Rocz. Nauk Med.* 1979 t. 3 s. 83-88, bibliogr. rez. sum.

14. Rozległość zawału serca, określona elektrokardiograficznie a wartość innych badań dodatkowych. (The extensiveness of myocardial infarction determined electrocardiographically and the value of other auxiliary investigations.)[AUT.] ANNA KUDLICKA, **JANUSZ KUDLICKI**. *Pol. Tyg. Lek.* 1975 t. 30 nr 30 s. 1253-1256, bibliogr. rez. sum.
15. Monitorowanie ciśnień w tętnicy płucnej u chorych leczonych w ośrodku intensywnej opieki kardiologicznej. (Pulmonary arterial pressure monitoring in patients in a cardiological intensive care unit.)[AUT.] BOGUSŁAW RYMAR, JERZY STAŚKIEWICZ, TERESA ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WALDEMAR RUMIŃSKI, WIDOMSKA-CZEKAJSKA, RYSZARD TROJNAR, MARIAN MARKIEWICZ. *Pol. Tyg. Lek.* 1978 t. 33 nr 11 s. 421-425, bibliogr. rez. sum.
17. Wartość rokownicza rytmu cwałowego u chorych na zawał serca. (Prognostic importance of gallop rhythm in patients with myocardial infarction.) [AUT.] RYSZARD TROJNAR, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**. *Wiad. Lek.* 1976 t. 29 nr 23 s. 2079-2085, bibliogr. rez. sum.
18. Analiza elektrokardiograficzna 500 przypadków zawału serca. (Electrocardiographic analysis of 500 cases of myocardial infarction.)[AUT.] KAZIMIERZ DOMAŃSKI, ANNA KUDLICKA, **JANUSZ KUDLICKI**, MIECZYŚLAW WALKIEWICZ. *Pol. Tyg. Lek.* 1975 t. 30 nr 29 s. 1209-1211, bibliogr. rez. sum.

A. Intensywna terapia kardiologiczna – Doniesienia zjazdowe

1. Diagnostic and therapeutic difficulties in a patient with peripartum cardiomyopathy with advanced heart failure, complicated by thrombus in both ventricles and pulmonary embolism. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, A. KANIA, A. FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. W: 6th Annual Congress of The Acute Cardiovascular Care Association 2018. Milan, 3-5 March. [Abstr.] s. 1-2.
2. Dramatyczna, długa walka o życie młodej matki dwa miesiące po porodzie . **JANUSZ KUDLICKI**, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ TOMASZEWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. Pracę przedstawiłem 20 kwietnia 2018 na Sesji Konkursowej : „Blaski i cienie ITK, mój największy sukces/koszmar na oddziale ITK” w ramach VI Konferencji Sekcji ITK i Resuscytacji w Katowicach. Praca został nagrodzona i uzyskała 6 miejsce wśród 21 prac zgłoszonych do konkursu.

3. „Infective myocarditis and coronaritis syndrome (IMCS) in young patients (zespół infekcyjnego zapalenia mięśnia sercowego i tętnic wieńcowych u młodych osób)”. **JANUSZ KUDLICKI**, ANNA KANIA, AGATA FRANIA-BARYLUK, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB. V Konferencja Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Warszawa 31 marca-1 kwietnia 2017 (plakat moderowany nagrodzony 2 miejscem).
4. 19-letni pacjent z zawałem STEMI ściany przedniej, trombocytozą i poliformizmem genu homocysteiny. (A 19-year-old male patient with anterior wall STEMI, thrombocytosis and homocysteine transformations gene polymorphism.)[AUT.] MARIA FALKIEWICZ, BARTOSZ KONDRACKI, PIOTR WACIŃSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. *Kardiol. Pol.* [online] 2016 t. 74 supl. 4 s. 481-482, XX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Poznań, 15-17 września 2016 [online]. Streszcz. [przełgądany 5 października 2016]. Dostępny w: <https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/download/10873/8832>.
5. Profile of patients treated in the Coronary Care Unit of Cardiology Department Medical University of Lublin. (Charakterystyka pracy OIOK na podstawie zestawienia z Kliniki Kardiologii AM w Lublinie za 2006 rok.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ADAM TARKOWSKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. W: II Międzynarodowe Sympozjum Naukowe „Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych”. Kazimierz Dolny, 26-28 kwietnia 2007. [Streszcz.] T. 2 s. 565.
6. Forms and frequency of smoking in patients with acute coronary syndrome (ACS). (Formy i częstość nikotynizmu u chorych z ostrym zespołem wieńcowym.)[AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, MARTA DUDZIŃSKA, ADAM TARKOWSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: II Międzynarodowe Sympozjum Naukowe „Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych”. Kazimierz Dolny, 26-28 kwietnia 2007. [Streszcz.] T. 2 s. 571.
7. Comparison of the bone marrow stem cells CD34+ releasing in the peripheral blood of patients with acute myocardial infarction and in patients with stable angina pectoris subjected to coronarography and coronary angioplasty. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANNA DMOSZYŃSKA, ANDRZEJ BRZOZOWSKI, WOJCIECH LEGIEĆ, ANETA GORAŃCY, MONIKA LEGIEĆ, JAKUB BASZAK, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA. *J. Coron. Artery Dis.* 2005 vol. 6 nr 1 s. 63, 6th International Congress o Coronary Artery Disease From Prevention to Intervention. Istanbul, October 29 - November 1, 2005. Abstr.
8. Releasing of CD34+ bone marrow stem cells in acute myocardial infarction. [AUT.] TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, ANNA DMOSZYŃSKA, ANDRZEJ BRZOZOWSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WOJCIECH LEGIEĆ, ANETA GORAŃCY, MONIKA LEGIEĆ, JACEK

- BASZAK. *Eur. Heart J.* 2004 vol. 25 suppl. s. 196, E[uropean] S[ociety] of C[ardiology] Congress. Munich, 28 August - 1 September 2004. Abstr.
9. Uwalnianie komórek macierzystych szpiku CD 34+ w ostrej fazie zawału serca. (Releasing of CD 34+ bone marrow stem cells in acute myocardial infarction.) [AUT.] TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, ANNA DMOSZYŃSKA, ANDRZEJ BRZOZOWSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WOJCIECH LEGIEĆ, JACEK BASZAK, PIOTR KLIMEK. *Kardiolog. Pol.* 2004 t. 61 suppl. 3 s. III-259, VIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Warszawa, 15-18 września 2004. [Streszcz.].
http://bpp.umlub.pl/bpp/wydawnictwo_ciagle/21459/
 10. Analysis of 337 cases of grade II and III atrioventricular block after myocardial infarction. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, J. WILKOŁASKI. *Eur. Heart J.* 1989 vol. 10 suppl. XIth Congress of the European Society of Cardiology. Nice, 10-14 September 1989. Abstr.
 11. Zachowanie się wybranych parametrów hemodynamicznych i polikardiograficznych po podaniu cordaronu u chorych ze świeżym zawałem serca. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: XXXIX Posiedzenie Naukowe [Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego]. Kraków, 24-25.XI.1984. Streszcz. s. 25.
 12. Leczenie elektrostymulacją stałą zaburzeń rytmu serca z nadpobudliwością opornych na leczenie farmakologiczne [AUT.] TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, ANDRZEJ KUTARSKI, BOGUSŁAW RYMAR, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO. W: XXXVI Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Katowice, 16-17 XI 1980. Streszcz. s. 57.
 13. Zwalczanie zaburzeń rytmu serca „szybką” stymulacją elektryczną [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO, MARIAN MARKIEWICZ, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA. W: XXXVI Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Katowice, 16-17 XI 1980. Streszcz. s. 150.
 14. Porównanie wyników leczenia bloków przedsionkowo-komorowych w ostrym okresie zawału serca metodą elektrostymulacji i farmakoterapii. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JERZY WILKOŁASKI. W: Zespół preekscytacji. Zaburzenia przewodzenia w ostrym zawałe serca : Konferencja dyskusyjna. Lublin, 16 maja 1981. Streszcz. s. 22-23.
 15. Wyniki leczenia elektrostymulacją zaburzeń przewodzenia u chorych z ostrym zawałem serca ściany przedniej i dolnej. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JERZY WILKOŁASKI, MARIAN MARKIEWICZ. W: Zespół

- preekscytacji. Zaburzenia przewodzenia w ostrym zawałe serca : Konferencja dyskusyjna. Lublin, 16 maja 1981. Streszcz. s. 23-24.
16. Wpływ CORDARONE (Amiodaron) na układ krążenia u chorych ze świeżym zawałem serca[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: XXXVI Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Katowice, 16-17 XI 1980. Streszcz. s. 28.
17. Dziesięcioletnie doświadczenia w leczeniu napadowych zaburzeń rytmu serca kardiowersją elektryczną [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, RYSZARD TROJNAR, BOGUSŁAW RYMAR, WALDEMAR RUMIŃSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO, JERZY STAŚKIEWICZ. W: Konferencja dyskusyjna Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kalisz, 21 maja 1979 s. 38.
18. Doświadczenia własne w leczeniu obrzęku płuc z zastosowaniem oddechu kontrolowanego. [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO, WALDEMAR RUMIŃSKI, RYSZARD TROJNAR. W: Konferencja dyskusyjna Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kalisz, 21 maja 1979 [b. pag.].
19. Doświadczenia własne z kateteryzacją żyły podobojczykowej[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, RYSZARD TROJNAR, WALDEMAR RUMIŃSKI, BOGUSŁAW RYMAR, JANUSZ DUBEJKO, JERZY STAŚKIEWICZ. W: Konferencja dyskusyjna Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kalisz, 21 maja 1979.
20. Przydatność stymulacji przełykowej w warunkach oddziału intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO. W: Konferencja dyskusyjna Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kalisz, 21 maja 1979 s. 40.
21. Monitorowanie ciśnień w tętnicy płucnej przy użyciu cewnika Grandjeana u chorych leczonych w ośrodku intensywnej opieki kardiologicznej. [AUT.] BOGUSŁAW RYMAR, JERZY STAŚKIEWICZ, TERESA CZEKAJSKA-WIDOMSKA, RYSZARD TROJNAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WALDEMAR RUMIŃSKI, MARIAN MARKIEWICZ. W: XXXIII Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Bydgoszcz, 16-17 października 1977. Streszcz. Ref. [b. pag.].
22. Analiza elektrokardiograficzna 500 przypadków zawału serca. [AUT.] KAZIMIERZ DOMAŃSKI, ANNA KUDLICKA, **JANUSZ KUDLICKI**, MIECZYŚLAW WALKIEWICZ. W: XV Ogólnopolska Konferencja Studenckich Kół Naukowych Medyków : Symposium Medicum 74. Poznań, 4-6 kwietnia 1974. Streszcz. s. 53. Poznań 1974.

B. Stymulacja elektryczna serca - publikacje

1. Zespół ruchomego stymulatora - rzadkie powikłanie leczenia elektrostymulacją stałą. ("The mobile pacemaker syndrome" a rare complication of treatment with continuous pacemaking.)[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ KUDLICKI**. *Wiad. Lek.* 1986 t. 39 nr 20 s. 1431-1436, bibliogr. rez. sum.
2. Złamanie elektrod w materiale 811 chorych z wszczepionym układem stymulującym serca. (breaking electrodes in a group of 811 patients with implanted pacemakers.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, JANUSZ DUBEJKO, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ. *Kardiol. Pol.* 1985 t. 28 nr 8/9 s. 547-554, bibliogr. rez. sum.
3. Problemy związane z rozpoznawaniem i leczeniem raka sutka u kobiet z wszczepionym stymulatorem serca - opis 3 przypadków. (Problems connected with the diagnosis and treatment of breast cancer in women with implanted pacemaker-report on 3 cases.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ. *Kardiol. Pol.* 1985 t. 28 nr 8/9 s. 555-558, bibliogr. rez. sum.
4. Fractures of electrodes in the material of 811 patients with permanent cardiac pacing[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, JANUSZ DUBEJKO, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ. W: Progress in clinical pacing. Ed. by Massimo Santini s. 244-251, bibliogr. Rome 1984, [B. wydaw.].
5. Problems connected with diagnosing and treatment of breast cancer in women with an implanted cardiac pacemaker - description of 3 cases. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ. W: Progress in clinical pacing. Ed. by Massimo Santini s. 269-272, bibliogr. Rome 1984, [B. wydaw.].
6. Doświadczenia własne w leczeniu napadowych częstoskurczów „szybką” stymulacją elektryczną. (Own experiences with treating paroxysmal tachycardia by high-frequency electrical stimulation.)[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, RYSZARD TROJNAR, MARIAN MARKIEWICZ. *Pol. Tyg. Lek.* 1982 t. 37 nr 3 s. 83-86, bibliogr. rez. sum.
7. Zespół bocznika - powikłanie leczenia elektrostymulacją stałą. (Shunt-syndrome - a complication of continuous pacing.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, BOGUSŁAW RYMAR. *Kardiol. Pol.* 1981 t. 24 nr 6 s. 445-451, bibliogr. rez. sum.

8. Rokownicze znaczenie przedłużonego odstępu Q-T ekg u chorych leczonych elektrostymulacją stałą. [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, MARIA PIENIAŻEK, **JANUSZ KUDLICKI**, MARIAN MARKIEWICZ. *Kardiol. Pol.* 1981 t. 24 nr 9 s. 619-624, bibliogr.
9. Ektopowe zaburzenia rytmu serca u chorych leczonych elektrostymulacją stałą. (Ectopic arrhythmia in patients treated by steady-rate pacing.) [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, JANUSZ DUBEJKO, MARIA PIENIAŻEK, **JANUSZ KUDLICKI**, MARIAN MARKIEWICZ. *Kardiol. Pol.* 1981 t. 24 nr 11/12 s. 737-742, bibliogr. rez. sum.
10. Doświadczenia z usuwaniem zapętlnych cewników i elektrod wprowadzanych do prawego serca przez nakłucie żyły podobojczykowej. (Experience with removal of coiled catheters and electrodes introduced into the right heart through subclavian vein puncture.) [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. *Wiad. Lek.* 1980 t. 33 nr 17 s. 1409-1413, bibliogr. rez. sum.

B. Stymulacja elektryczna serca - doniesienia zjazdowe

1. Pacemaker-dependent patient. Analysis of 1000 patients with implanted cardiac pacemaker. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JERZY PRZEGALIŃSKI. W: 1st Cardiostim Pan Slavian International Congress on Cardiac Pacing and Electrophysiology in Association with the 3rd Russian Symposium on Cardiac Pacing and Electrophysiology. Sanct-Petersburg, February 3rd-6th 1993. Abstr. s. 2.
2. Analiza chorych uzależnionych od stymulatora (pacemaker dependent patients) na podstawie wieloletniej obserwacji przeprowadzonej w grupie 1000 osób z wszczepionym układem stymulującym serca. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI, JERZY PRZEGALIŃSKI. W: 49 Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kraków, 4-5 września 1991. Streszcz. s. 91.
3. Zastosowanie stałej stymulacji elektrycznej serca u młodych osób. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, BOGUSŁAW RYMAR, MARIAN MARKIEWICZ. W: VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Białystok, 28-30. 09. 1989. Streszcz. [b. pag.].
4. Czteroletnie doświadczenia w leczeniu choroby węzła zatokowego stałą stymulacją prawego przedsionka. [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ**

- KUDLICKI, MARIAN MARKIEWICZ, BOGDAN ŁAKOMSKI.** W: XLIV Posiedzenie Naukowe [Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego]. Warszawa, 16-19.XI.1988. Streszcz. ref. [B. m. 1988] s. 464.
5. Usuwanie elektrod do stymulacji stałej metodą trakcji ciągłej. [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY PRZEGALIŃSKI, MARIAN MARKIEWICZ. W: XLIV Posiedzenie Naukowe [Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego]. Warszawa, 16-19.XI.1988. Streszcz. ref. [B. m. 1988] [b. pag.] P.414.
 6. Implantacja elektrody endokawitarnej przez układ żylny szyi [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980 [b. pag.].
 7. Wymiana elektrody endokawitarnej bez otwierania łoża stymulatora [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980 [b. pag.].
 8. Zespół ruchomego stymulatora - rzadkie powikłanie leczenia elektrostymulacją stałą [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ KUDLICKI**. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980.
 9. Kosmetyczna implantacja stymulatora u młodych kobiet [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ KUDLICKI**. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980 [b. pag.].
 10. Zespół bocznika - obraz kliniczny, przyczyny, trudności diagnostyczne, postępowanie [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980 [b. pag.].
 11. Leczenie elektrostymulacją stałą zaburzeń rytmu serca z nadpobudliwością opornych na leczenie farmakologiczne [AUT.] TERESA WIDOMSKA-CZEKAJSKA, ANDRZEJ KUTARSKI, BOGUSŁAW RYMAR, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO. W: XXXVI Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Katowice, 16-17 XI 1980. Streszcz. s. 57.
 12. Przydatność flebografii śródoperacyjnej w implementacji elektrody endokawitarnej [AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ KUDLICKI**. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980.

13. Repozycja elektrody endokawitarnej bez otwarcia łoża stymulatora[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JANUSZ DUBEJKO. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980 [b. pag.].
14. Wpływ wczesnego uruchamiania chorych po zabiegu implantacji układu stymulującego na częstość występowania dekoneksji elektrody endokawitarnej[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, TERESA CZEKAJSKA, BOGUSŁAW RYMAR, JANUSZ DUBEJKO, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI. W: V Ogólnopolskie Sympozjum Stymulacji Serca. Nieborów, 27-28.04.1980 [b. pag.].

C. Diagnostyka nieinwazyjna chorób serca - publikacje

1. Amyloidoza serca. Zmienność rytmu zatokowego oraz obraz echokardiograficzny. Opis przypadku. (Heart rate variability and echocardiographic findings in cardiac amyloidosis - case report.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, JAKUB DROZD, MAŁGORZATA ZDUNEK. Kardiol. Pol. 1997 t. 46 nr 2 s. 151-156, bibliogr. sum.
2. Aktualne poglądy dotyczące wpływu posiłku na układ krążenia w chorobie niedokrwiennej serca. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, MARIAN MARKIEWICZ. Kardiol. Pol. 1984 t. 27 nr 4 s. 329-333, bibliogr. poz. 37.
3. Ocena wpływu Cordarone na układ krążenia we wczesnym okresie zawału serca[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: Cordarone w leczeniu zaburzeń rytmu serca i choroby wieńcowej. (Zbiór referatów z konferencji naukowych zorganizowanych w 1982-1983 r.) s. 26-30, bibliogr. Novo mesto, Jugosławia [1983], Krka Pharmaceuticals.
4. Wartość oznaczania podokresów skurczu lewej komory serca w warunkach podstawowych dla rozpoznawania choroby wieńcowej u osób z dusznicą bolesną i prawidłowym elektrokardiogramem spoczynkowym. (The value of determination of the left heart ventricle systole subperiods in basic conditions for diagnosis of coronary disease in patients with angina pectoris and normal resting electrocardiogram.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. Prz. Lek. 1983 t 40 nr 10 s. 733-737, bibliogr. poz. 39, sum. rez.
5. Wartość oznaczania amplitudy załamka R i zespołu QRS po submaksymalnym wysiłku fizycznym dla rozpoznawania choroby wieńcowej. (The usefulness of R wave and QRS complex amplitude determinations after submaximal exercise for the diagnosis of coronary arterial disease.)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY WILKOŁASKI, ANDRZEJ WYSOKIŃSKI. Wiad. Lek. 1981 t. 34 z. 18 s. 1493-1498, bibliogr. rez. sum.
6. Zachowanie się krzywej ciśnień lewego przedsionka rejestrowanej pośrednio z przełyku (atriogram przełykowy) w zespole wypadającego płątka zastawki dwudzielnej. (Changes of left atrial pressure curve recorded indirectly from the oesophagus (oesophageal atriogram) in the syndrome of mitral valve prolapse.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI. Wiad. Lek. 1980 t. 33 nr 6 s. 427-433, bibliogr. poz. 22, rez. sum.

7. Przydatność apeksokardiografii dla rozpoznawania zespołu wypadającego płątka zastawki dwudzielnej. (The usefulness of apexcardiography in the diagnosis of mitral valve prolapse syndrome.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, BOGUSŁAW RYMAR, WALDEMAR RUMIŃSKI. Pol. Tyg. Lek. 1980 t. 35 nr 21 s. 776-781, bibliogr. poz. 26, rez. sum.
8. Zachowanie się arteriogramu szyjnego w zespole wypadającego płątka zastawki dwudzielnej. (Carotid sphygmogram pattern in the syndrome of mitral valve leaflet prolapse.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI. Wiad. Lek. 1980 t. 33 nr 5 s. 329-334, bibliogr. rez. sum.
9. Wartość polikardiograficznej oceny dynamiki skurczu lewej komory serca po próbie obciążenia posiłkiem dla rozpoznawania choroby wieńcowej u osób z dusznicą bolesną i prawidłowym elektrokardiogramem spoczynkowym : praca doktorska. [AUT.] **KUDLICKI JANUSZ**. ss. 218, bibliogr. poz. 146. Lublin 1980, Akad. Med.
10. Obraz kliniczny zespołu wypadania płątka zastawki dwudzielnej. (Clinical syndrome of mitral valve leaflet prolapse.)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WALDEMAR RUMIŃSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1979 t. 34 nr 29 s. 1149-1152, bibliogr. rez. sum.
11. Polikardiograficzna ocena czynności serca w chorobie wieńcowej. (Polycardiographic evaluation of heart function in stenocardia.)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**. Folia Soc. Sci. Lub. 1979 vol. 21 nr 1 s. 23-35, bibliogr. rez. sum.
12. Zachowanie się lipidów krwi u osób otyłych oraz z niedoborem ciężaru ciała. (The behaviour of blood's lipids in overweight and underweight people.)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WALDEMAR RUMIŃSKI. Acta Med. 1978 t. 2 s. 54-59, bibliogr. rez. sum.
13. Dynamika skurczu lewej komory serca u osób otyłych oraz z niedoborem ciężaru ciała. (Left ventricular contraction dynamics in obese subjects and those with weight deficiency.)[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI. Pol. Tyg. Lek. 1978 t. 33 nr 40 s. 1561-1564, bibliogr. rez. sum.
14. Wpływ wydolności fizycznej na wynik próby Mastera u osób z chorobą wieńcową i prawidłowym ekg spoczynkowym. (Effect of physical exercise on the result of Master test in patients with coronary arterial disease and normal resting ECG.)[AUT.] RYSZARD TROJNAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 23 s. 875-877, bibliogr. rez. sum.

15. Przydatność atriografii przełykowej w diagnostyce wad zastawki dwudzielnej. (The usefulness of oesophageal atriography in the diagnosis of mitral valve diseases.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 9 s. 345-347, bibliogr. rez. sum.
16. Zastosowanie próby wysiłkowej na ergometrze rowerowym w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca. (Cycle-ergometer exercise test in the diagnosis of myocardial ischaemia.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, RYSZARD TROJNAR, WALDEMAR RUMIŃSKI. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 17 s. 627-630, bibliogr. rez. sum.
17. Ocena czynności lewego przedsionka oraz funkcji zastawki dwudzielnej metodą atriografii przełykowej. (Assessment of left atrial and mitral valve functions by means of oesophageal atriography.)[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 1 s. 3-5, bibliogr. rez. sum.
18. Wydolność fizyczna osób z chorobą niedokrwinną serca. (Physical efficiency of patients with ischaemic heart disease.)[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, RYSZARD TROJNAR, JERZY STAŚKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 18 s. 671-673, bibliogr. rez. sum.
19. Oznaczanie ciśnienia w lewym przedsionku metodą oscylografii przełykowej. (Determination of left atrial pressure by the method of oesophageal oscillography.)[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 8 s. 313-315, bibliogr. rez. sum.
20. Porównanie wartości próby Mastera i próby obciążenia wysiłkiem submaksymalnym na ergometrze rowerowym w rozpoznawaniu choroby wieńcowej. (Comparison of Master's test submaximal exercise load test in the diagnosis of coronary arterial disease.) [AUT.] RYSZARD TROJNAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 20 s. 749-752, bibliogr. rez. sum.
21. Badanie funkcji lewego przedsionka drogą przełykową [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI. Pol. Tyg. Lek. 1977 t. 32 nr 25 s. 981-982, bibliogr.
22. Wartość rokownicza rytmu cwałowego u chorych na zawał serca. (Prognostic importance of gallop rhythm in patients with myocardial infarction.) [AUT.] RYSZARD TROJNAR, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**. Wiad. Lek. 1976 t. 29 nr 23 s. 2079-2085, bibliogr. rez. sum.

C. Diagnostyka nieinwazyjna chorób serca – doniesienia zjazdowe

1. Zachowanie się wybranych parametrów hemodynamicznych i polikardiograficznych po podaniu cordaronu u chorych ze świeżym zawałem serca. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: XXXIX Posiedzenie Naukowe [Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego]. Kraków, 24-25.XI.1984. Streszcz. s. 25.
2. Porównawcza ocena próby kontrolowanego częstoskurczu, próby Mastera i próby wysiłkowej na cykloergometrze w rozpoznawaniu choroby wieńcowej u osób z prawidłowym EKG spoczynkowym[AUT.] ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, W. KĘDRA, MARIAN MARKIEWICZ. III Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Poznań 25-27 XI 1979. Streszcz. s. 22.
3. Obraz kliniczny zespołu wypadania płątka zastawki dwudzielnej. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, WALDEMAR RUMIŃSKI, BOGUSŁAW RYMAR, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. W: XXXIV Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kraków, 15-16 października 1978. Streszcz. Ref. [b. pag.].
4. Przydatność badań polikardiologicznych w rozpoznawaniu zespołu wypadania płątka zastawki dwudzielnej. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, WALDEMAR RUMIŃSKI, BOGUSŁAW RYMAR. W: XXXIV Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kraków, 15-16 października 1978. Streszcz.Ref. [b. pag.].
5. Wartość badania ultrasonokardiograficznego w rozpoznawaniu zespołu wypadania płątka zastawki dwudzielnej. [AUT.] BOGUSŁAW RYMAR, JERZY STAŚKIEWICZ, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**. W: XXXIV Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kraków, 15-16 października 1978. Streszcz.Ref. [b. pag.].
6. Wartość atriografii przelykowej w ocenie stanu ujścia przedsionkowo-komorowego lewego[AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. W: XXXIV Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kraków, 15-16 października 1978. Streszcz. Ref. [b. pag.].
7. Zachowanie się tłuszczowców krwi u osób otyłych oraz z niedoborem wagi ciała[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, WALDEMAR RUMIŃSKI. W: Rola odżywiania w profilaktyce i leczeniu chorób układu

- krążenia. Konferencja Naukowa Sekcji Żywienia i Przemiany Materii Towarzystwa Internistów Polskich. Lublin, 24 październik 1977 [b. pag.].
8. Zachowanie się dynamiki skurczu lewej komory serca u osób otyłych oraz z niedowagą[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR, ANDRZEJ KUTARSKI. W: Rola odżywiania w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia. Konferencja Naukowa Sekcji Żywienia i Przemiany Materii Towarzystwa Internistów Polskich. Lublin, 24 październik 1977 [b. pag.].
 9. Porównanie wartości diagnostycznej próby kontrolowanego częstoskurczu z próbą submaksymalnego wysiłku na ergometrze rowerowym oraz próbą mastera w rozpoznawaniu choroby wieńcowej. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, TERESA CZEKAJSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, W. KĘDRA. W: XXXIII Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Bydgoszcz, 16-17 października 1977. Streszcz. Ref. [b. pag.].
 10. Porównanie wartości próby Mastera i próby obciążenia wysiłkiem submaksymalnym na ergometrze rowerowym w rozpoznawaniu choroby wieńcowej[AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, RYSZARD TROJNAR, ANDRZEJ KUTARSKI, **JANUSZ KUDLICKI**, BOGUSŁAW RYMAR. W: XXXIII Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Bydgoszcz, 16-17 października 1977. Streszcz. Ref. [b. pag.].
 11. Wydolność fizyczna u osób z chorobą niedokrwienną serca. [AUT.] MARIAN MARKIEWICZ, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ KUTARSKI, RYSZARD TROJNAR, WALDEMAR RUMIŃSKI, JERZY STAŚKIEWICZ. W: XXXIII Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Bydgoszcz, 16-17 października 1977. Streszcz. Ref. [b. pag.].

D. Kardiodiabetologia - publikacje

1. Could osteoprotegerin serve as a marker of metabolic syndrome?. [AUT.] ANNA M. DĄBROWSKA, JERZY S. TARACH, BEATA WOJTYSIAK-DUMA, ARLETA MALECHA-JĘDRASZEK, ANNA TORUŃ-JURKOWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, HELENA DONICA. *Curr. Iss. Pharm. Med. Sci.* 2013 vol. 26 nr 3 s. 309-312, bibliogr. DOI: 10.12923/j.2084-980X/26.3/a.15
2. Fetuin-A in patients with metabolic syndrome. [AUT.] ANNA M. DĄBROWSKA, JERZY S. TARACH, BEATA WOJTYSIAK-DUMA, ARLETA MALECHA-JĘDRASZEK, ANNA TORUŃ-JURKOWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, HELENA DONICA. *Curr. Iss. Pharm. Med. Sci.* 2013 vol. 26 nr 3 s. 305-308, bibliogr. DOI: 10.12923/j.2084-980X/26.3/a.14

3. Powikłania sercowo-naczyniowe u kobiet z zespołem metabolicznym. [AUT.] **JANUSZ KUDLICKI**. W: Zespół metaboliczny u kobiet - problem interdyscyplinarny. Pod red. Bożeny Leszczyńskiej-Gorzela, Jana Oleszczuka Lublin 2010, Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Sekcja Gestozy i Nadciśnienia w Cięży Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, s. 269-276, bibliogr. poz. 23, 978-83-929216-1-5.
4. Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa u nastolatki z zespołem metabolicznym. (Venous thromboembolic disease in teen-ager girl with metabolic syndrome.). [AUT.] ROBERT PIEKARSKI, LESZEK SZEWCZYK, **JANUSZ KUDLICKI**. *Endokrynol. Pediatr.* 2009 t. 8 nr 1 s. 69-74, bibliogr. sum.
5. Comparison of C-peptide concentrations in acute coronary syndromes (ACS) in patients without known diabetes and with type 2 diabetes mellitus - preliminary report. (Porównanie stężeń peptydu C w ostrych zespołach wieńcowych (ACS) u chorych bez cukrzycy i z cukrzycą typu 2 - doniesienie wstępne.). [AUT.] MARIA KUROWSKA, JOANNA MALICKA, JERZY S. TARACH, HELENA JANKOWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**. *Ann. UMCS Sect. DDD* 2008 vol. 21 nr 1 s. 339-342, bibliogr. streszcz.
6. Comparison of homocysteine and c-reactive protein levels determined at the moment of hospitalization in patients with acute coronary syndrome (ACS) with and without type 2 diabetes. (Porównanie stężeń homocysteiny i białka c-reaktywnego oznaczanych w momencie hospitalizacji z powodu ostrego zespołu wieńcowego u chorych bez cukrzycy i z cukrzycą typu 2.). [AUT.] MARIA KUROWSKA, IWONA KAZNOWSKA-BYSTRYK, MARTA DUDZIŃSKA, JERZY S. TARACH, JOANNA MALICKA, **JANUSZ KUDLICKI**. *Ann. UMCS Sect. DDD* 2008 vol. 21 nr 1 s. 315-319, bibliogr. streszcz.
7. High incidence of hyperglycemia and type 2 diabetes in subjects with acute coronary syndrome (ACS). (Zwiększona częstość hiperglikemii i cukrzycy typu 2 u osób z ostrym zespołem wieńcowym (ACS).). [AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, MARTA DUDZIŃSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, ADAM TARKOWSKI. *Ann. UMCS Sect. D* 2008 vol. 63 nr 2 s. 69-73, bibliogr. streszcz.
8. Latent disorders of carbohydrate metabolism in patients with acute coronary syndrome (ACS). (Utajone zaburzenia metabolizmu węglowodanów u chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW).). [AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, JOLANTA KIJEK, **JANUSZ KUDLICKI**, ADAM TARKOWSKI. *Ann. UMCS Sect. D* 2008 vol. 63 nr 2 s. 58-62, bibliogr. streszcz, [dostęp: 21 lutego 2009].
9. Concentrations of homocysteine in patients with acute coronary syndrome (ACS), stress hyperglycemia (SHG) and other subclinical carbohydrate disorders. (Stężenia

homocysteiny u chorych z ostrym zespołem wieńcowym i hiperglikemią stresową oraz innymi subklinicznymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej.). [AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, WOJCIECH GERNAND, **JANUSZ KUDLICKI**, ANDRZEJ NOWAKOWSKI, JANUSZ SOLSKI, TERESA CZEKAJSKA. *Ann. UMCS Sect. DDD* 2006 vol. 19 nr 1 s. 309-314, bibliogr. streszcz.

D. Kardiodiabetologia - doniesienia zjazdowe

1. Fetuin-A as a marker of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes. [AUT.] ANNA DĄBROWSKA, JERZY TARACH, BEATA WOJTYSIAK-DUMA, ARLETA MALECHA-JĘDRASZEK, ANNA TORUŃ-JURKOWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, HELENA DONICA. *Endocr. Abstr.* 2014 vol. 35 [b. pag.] P196, 16th European Congress of Endocrinology. Wrocław, 3-7 May 2014. Abstr.
2. Osteoprotegerin as a marker of myocardial damage in patients with type 2 diabetes and acute coronary syndrome. [AUT.] ANNA DĄBROWSKA, JERZY TARACH, ARLETA MALECHA-JĘDRASZEK, BEATA WOJTYSIAK-DUMA, ANNA TORUŃ-JURKOWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, HELENA DONICA. *Endocr. Abstr.* 2014 vol. 35 [b. pag.] P197, 16th European Congress of Endocrinology. Wrocław, 3-7 May 2014. Abstr. DOI: 10.3810/pgm.2013.05.2659
3. Could osteoprotegerin (OPG) serve as a marker of metabolic syndrome (METS)? [AUT.] A[NNA] DĄBROWSKA, J[ERZY] TARACH, B[EATA] WOJTYSIAK-DUMA, A[RLETA] MALECHA-JĘDRASZEK, A[NNA] TORUŃ-JURKOWSKA, M[ARIA] KUROWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, HELENA DONICA. W: 7th Lviv-Lublin Conference of Experimental and Clinical Biochemistry. Lviv, 23-24 May 2013. Abstr s. 28.
4. Fetuin-A in patients with metabolic syndrome (METS). [AUT.] A[NNA] M. DĄBROWSKA, J[ERZY] S. TARACH, B[EATA] WOJTYSIAK-DUMA, A[RLETA] MALECHA-JĘDRASZEK, A[NNA] TORUŃ-JURKOWSKA, M[ARIA] KUROWSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, H[ELENA] DONICA. W: 7th Lviv-Lublin Conference of Experimental and Clinical Biochemistry. Lviv, 23-24 May 2013. Abstr s. 27.
5. Relationship between admission blood glucose (ABG) and homocysteine (HC) levels in patients with acute coronary syndromes (ACS). [AUT.] MARIA KUROWSKA, MARTA DUDZIŃSKA, IWONA KAZNOWSKA-BYSTRYK, JERZY S. TARACH, **JANUSZ KUDLICKI**, JOANNA MALICKA. *Endocr. Abstr.* 2008 vol. 16 [b. pag.] P194, 10th European Congress of Endocrinology. Berlin, 3-7 May 2008.
6. Utajone zaburzenia tolerancji glukozy u chorych z ostrym zespołem wieńcowym. [AUT.] MARIA KUROWSKA, MARTA DUDZIŃSKA, JOANNA MALICKA, JERZY S. TARACH, **JANUSZ KUDLICKI**. W: XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Wisła, 10-13 maj 2007. Streszcz. ref s. 62.

7. Comparison of plasma homocysteine concentrations (HYC) in patients with acute coronary syndrome (ACS) and newly or previous diagnosed type 2 diabetes. [AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, WOJCIECH GERNAND, **JANUSZ KUDLICKI**, ADAM TARKOWSKI, ANDRZEJ NOWAKOWSKI, TERESA CZEKAJSKA, JANUSZ SOLSKI. *Endocr. Abstr.* 2007 vol. 14 [b. pag.] P51, 9th European Congress of Endocrinology. Budapest, 28 April - 2 May 2007.
8. Latent disorders of carbohydrate metabolism in patients with acute coronary syndrome (ACS). (Utajone zaburzenia metabolizmu węglowodanów u chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)). [AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, JOLANTA KIJEK, **JANUSZ KUDLICKI**, ADAM TARKOWSKI. W: II Międzynarodowe Sympozjum Naukowe „Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych”. Kazimierz Dolny, 26-28 kwietnia 2007. [Streszcz.] T. 2 s. 570.
9. High incidence of hyperglycemia and type 2 diabetes in subject with acute coronary syndrome (ACS). (Wysoka częstość hiperglikemii i cukrzycy typu 2 u chorych z ostrym zespołem wieńcowym.). [AUT.] MARIA KUROWSKA, JERZY S. TARACH, MARTA DUDZIŃSKA, **JANUSZ KUDLICKI**, ADAM TARKOWSKI. W: II Międzynarodowe Sympozjum Naukowe „Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych”. Kazimierz Dolny, 26-28 kwietnia 2007. [Streszcz.] T. 1 s. 409.

10/09/2018 Janusz Kudlicki