

XXXVIII Krajowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Problemy otolaryngologii dziecięcej w codziennej praktyce”, Lublin, 5–7 listopada 2015 r.

Chirurgia strzemiączka u dzieci

H. Skarżyński

Światowe Centrum Słuchu i Mowy, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Autor doniesienia przedstawia osobisty pogląd na leczenie różnych zaburzeń słuchu, których przyczyną jest niewydolność lub brak strzemiączka. Poglądy autora pracy oparte są na 30-letnim doświadczeniu klinicznym wynikającym z wykonania ponad 25 000 operacji ucha środkowego z zakresu chirurgii strzemiączka. Zabiegi obejmowały różne przypadki chorobowe, zarówno wrodzone jak i nabyte. Największa grupa – ponad 16 tysięcy zabiegów – dotyczyła chirurgii strzemiączka w otosklerozie. W znacznie mniejszym stopniu były to przypadki wrodzonego unieruchomienia strzemiączka, tympanoskleroz, wady ucha środkowego i wewnętrznego, uszkodzenia pourazowe i pozapalne. W niniejszym doniesieniu autor przedstawia zasady standardowej procedury chirurgicznej strzemiączka oraz całą paletę rozwiązań z wykorzystaniem różnych materiałów alloplastycznych i różnych typów protezek w ujęciu historycznym. W podsumowaniu zostaną przedstawione wyniki zabiegów oraz materiał filmowy pokazujący wybrane trudne sytuacje śródoperacyjne spotykane w codziennej praktyce klinicznej.

Przerost pierścienia Waldeyera a niewydolność oddechowa

G. Mielnik-Niedzielska

Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Obturacyjny bezdech senny (OSAS) u dzieci dotyczy około 2% populacji. Patofizjologia OSAS u dzieci wskazuje na wieloczynnikowy mechanizm jego powstawania. Wiąże się on z zapadaniem i zwężeniem górnych dróg oddechowych prowadzącym do całkowitego lub częściowego upośledzenia ich drożności podczas snu. Najczęstszą przyczyną OSAS w populacji dziecięcej jest przerost tkanki limfatycznej w obrębie pierścienia Waldeyera. Cechami charakterystycznymi zespołu OSAS są liczne występujące podczas snu sploty oddechy, bezdechy senny, desaturacje i przebudzenia. Konsekwencją niedotlenienia i braku prawidłowego wypoczynku w nocy są powikłania dotyczące rozwoju psychofizycznego dziecka.

Celem pracy była ocena przerostu układu adenoidalnego oraz ocena jego wpływu na parametry oddechowe. Cel pracy zrealizowano poprzez pomiar migdałków specjalnie do tego skonstruowanym urządzeniem. Oceny nosogardła dokonano poprzez badanie endofiberoskopowe oraz rynomanometryczne. Wykonano również badanie gazometryczne i spirometryczne.

Uzyskane wyniki badań potwierdziły wpływ przerostu tkanki limfatycznej na wyniki badań gazometrycznych i spirometrycznych, które po leczeniu operacyjnym normalizowały się. Szczególnie przydatne w kwalifikowaniu do leczenia operacyjnego wydaje się badanie spirometryczne. Z punktu widzenia patofizjologii obturacja definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika Tif-feneau, czyli FEV1%/ VC max poniżej dolnej granicy normy. Wskaźnik ten w naszych badaniach uzyskał statystyczną istotność wyliczoną na wartości należnej dla wieku. Na podkreślenie zasługuje fakt, że badanie spirometryczne jest nieważne, tanie i w sposób obiektywny wskazuje na niewydolność oddechową typu obturacyjnego towarzyszącą blokadzie górnego odcinka drogi oddechowej przez migdałki podniebienne i gardłowy.

Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym ze szkół wiejskich

K. Kochanek, H. Skarżyński, A. Piotrowska

Światowe Centrum Słuchu i Mowy, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Badania przesiewowe słuchu u dzieci ze szkół podstawowych z terenów wiejskich realizowane są od roku 2018 we współpracy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Nadzór merytoryczny nad badaniami sprawuje Komitet Nauk Klinicznych PAN.

Podczas realizacji dotychczasowych programów wykonano prawie 300 000 badań. Natomiast program realizowany w roku szkolnym 2015–2016 zakłada objęcie badaniami prawie 165 000 dzieci.

W pracy zostanie omówiona organizacja badań przesiewowych, innowacyjne narzędzia do kontroli jakości badań audiometrycznych wykonywanych w szkołach oraz najważniejsze wyniki uzyskane w dotychczasowych programach.

Zaburzenia głosu u dzieci

A. Szkiełkowska

Światowe Centrum Słuchu i Mowy, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Głos odgrywa w procesie ekspresji stanów emocjonalnych u dziecka zasadniczą rolę. Z jednej strony głos jest odbiciem wewnętrznych stanów emocjonalnych, z drugiej strony to właśnie emocje wpływają na jego jakość i sposób tworzenia. Jakość głosu odzwierciedla zarówno somatyczne, jak i psychologiczne problemy człowieka, które mogą mieć wpływ na proces tworzenia głosu, ale również na cały organizm. Dane literaturowe pokazują, że zaburzenia głosu wpływają na rozwój dziecka i mogą mieć istotny wpływ na wyniki w nauce i komunikacji z rówieśnikami. Zatem głos może być istotnym elementem powodzenia w przedszkolu i szkole, ułatwia nawiązywanie kontaktów społecznych, umożliwia wyrażanie swoich potrzeb, uczuć oraz spostrzeżeń. Rozwój wiedzy oraz technik medycznych i informatycznych umożliwia dzisiaj podejście interdyscyplinarne do problemu zaburzeń głosu i szeroko rozumianego procesu komunikatywnego u dzieci. W pracy przedstawiony zostanie algorytm kompleksowego postępowania i możliwości diagnostyczne z uwzględnieniem takich elementów jak: badanie przedmiotowe z oceną endoskopową traktu głosowego, obwodowego narządu mowy, wideootoskopia, badania słuchu, techniki obrazowania, ocena subiektywna i obiektywna głosu i mowy, testy psychoakustyczne i elektrofizjologiczne oceniające funkcjonowanie centralnej części układu słuchowego. Dane epidemiologiczne przytoczone w pracy potwierdzają potrzebę zintensyfikowania działań profilaktycznych oraz diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie słuchu, głosu i mowy u dzieci rozpoczynających naukę szkolną, a także u dzieci w wieku przedszkolnym.

Obraz kliniczny pacjentów z mutacjami genu *POU3F4*

M. Ołdak¹, A. Pollak¹, U. Lechowicz¹,
P. Stawiński¹, A. Kędra², M. Mueller-Malesińska³,
M. Mrówka³, M. Furmanek^{3,4}, H. Skarżyński³,
R. Płoski²

¹ Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Zakład Genetyki Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Klinika Otolaryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

⁴ Zakład Diagnostyki Radiologicznej i Obrazowej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Wstęp: Zaburzenia słuchu to najczęściej występujący defekt ludzkich narządów zmysłów. Uważa się, że 50–60% przypadków wrodzonej utraty słuchu spowodowane jest czynnikami genetycznymi. W tej grupie około 2–3% to mutacje dziedziczone w sposób sprzężony z płcią, z czego ponad 50% z nich to mutacje genu *POU3F4* (DFN3). Gen *POU3F4* koduje białko należące do rodziny czynników transkrypcyjnych POU, które odpowiedzialne jest za prawidłowy rozwój struktur ucha wewnętrznego.

Cel: Celem przedstawionej pracy była analiza mutacji genu *POU3F4* w dużej grupie osób z niedosłuchem, ocena obrazu klinicznego pacjentów z mutacjami w tym genie jak również przedstawienie strategii i wytycznych dotyczących implantacji ślimakowej.

Metoda: Stopień niedosłuchu oceniano na podstawie wyników audiometrii tonalnej i/lub słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu (ABR), natomiast wyniki tomografii komputerowej pozwoliły na ocenę zmian strukturalnych kości skroniowej. Poszukiwanie mutacji w genie *POU3F4* prowadzono z użyciem wysokoprępowych technik biologii molekularnej, takich jak sekwencjonowanie nowej generacji, sekwencjonowanie metodą Sanger'a oraz PCR w czasie rzeczywistym.

Wyniki: W badanej grupie wykryto cztery mutacje genu *POU3F4* (trzy z nich nie zostały wcześniej opisane w literaturze).

Wnioski: Z uwagi na charakterystyczne malformacje ucha wewnętrznego (I.P.III) w przebiegu zabiegów chirurgicznych decyzja o wszczepieniu implantu ślimakowego u pacjentów z mutacjami *POU3F4* powinna być podjęta ze szczególną ostrożnością, należy również dobrać właściwy typ elektrody oraz wdrożyć odpowiednią technikę operacyjną.

Wykład na zaproszenie Wysiękowe zapalenie ucha środkowego u dzieci poniżej 2 roku życia

M. Dutsch-Wicherek

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Wykład na zaproszenie Perlaki wrodzone u dzieci

W. Narożny

Klinika Otolaryngologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wykład na zaproszenie Szumy uszne u dzieci

W. Konopka

Klinika Otolaryngologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

Tympanometria szerokopasmowa (wielokomponentowa) w diagnostyce schorzeń ucha środkowego u dzieci

H. Kawalski, B. Jagosz-Dudziak

Lecznica Dzieci i Dorosłych, Szpital im. I. Mościckiego, Chorzów

Cel: Ocena wartości diagnostycznej tympanometrii 3D w chorobach ucha środkowego u dzieci.

Materiał i metoda: W okresie od czerwca 2014 r. do czerwca 2015 r. w Poradni ORL poddano diagnostyce 498 uszu dzieci (pomiędzy 3 a 11 r.ż.) z różnymi schorzeniami ucha środkowego w różnych stadiach zaawansowania klinicznego i leczenia.

W opracowaniu wyników oceniono skuteczność tympanometrii 3D w diagnostyce chorób ucha środkowego u dzieci, szczególnie w przypadku niemierności i/lub niemożności wykonania klasycznej audiometrii impedancyjnej.

Wnioski: 1. Tympanometria szerokopasmowa (wielokomponentowa) umożliwia ocenę stanu ucha środkowego na różnych etapach schorzenia niezależnie od stanu błony bębenkowej. 2. Odsetek artefaktów pozostaje nadal znaczny.

Obustronne protezowanie narządu słuchu z zastosowaniem systemu implantu zakotwiczonego w kości (BAHA)

M. Strużycka, M. Śmiechura, W. Konopka

Klinika Otolaryngologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

Wstęp: Protezowanie ucha niesłyszącego pozwala na orientowanie się, z którego kierunku dobiega dźwięk w polu dźwiękowym. Percepcja ta oparta jest na różnicy w natężeniu i fazie tego samego sygnału docierającego do dwojga uszu i wynika z różnicy odległości od źródła dźwięku do każdego z uszu. Obuuszne słyszenie jest najczęściej konstruktywne.

Protezowanie ucha niesłyszącego eliminuje efekt cienia i znacznie poprawia rozumienie mowy, głównie w sferze zachowań w rodzinie i w grupie, poprzez łatwiejsze nawiązanie kontaktów z rówieśnikami. Poprawia zdolność koncentracji, co ma korzystny wpływ na ocenę przez pedagogów.

Cel: Ocena korzyści obustronnej implantacji systemem BAHA

Materiał i metoda: Materiał stanowiło 9 dzieci: 6 dziewczynek i 3 chłopców w wieku 5–15 lat z obustronnym symetrycznym niedosłuchem przewodzeniowym.

Zabieg operacyjny poprzedzony był noszeniem wcześniej opaski miękkiej z dwoma procesorami u trójki dzieci, u sześciu zastosowano opaskę z procesorem na drugie ucho przez 7 dni. Po akceptacji obuuszego słyszenia przeprowadzono u wszystkich drugi zabieg operacyjny po 4–17 miesiącach od pierwszego zabiegu.

Operacja z zastosowaniem dermatomu wykonana była jednostronnie u 3 dzieci, natomiast w pozostałych przypadkach zastosowano cięcie liniowe.

Wnioski: 1. Audiometria tonalna progowa w wolnym polu wskazała na obustronną symetryczną poprawę słuchu i całkowite zamknięcie rezerwy ślimakowej. 2. W audiometrii słownej uzyskano poprawę rozumienia tekstu z 30–40% do 100%, stymulując ucho nieimplantowane. 3. Badania z zastosowaniem ankiety Glasgow Children's Benefit Inventory wskazują na znaczną poprawę jakości życia po zastosowaniu drugiego implantu.

Wpływ zawrotów głowy i zaburzeń układu równowagi na jakość życia dzieci

A. Pyda-Dulewicz, M. Śmiechura, W. Konopka

Klinika Otolaryngologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

Wstęp: Zawroty głowy i zaburzenia układu równowagi są coraz częstsza dolegliwością zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Występowanie ich u najmłodszych określa się od 8% do 18%. W diagnozie i leczeniu tych schorzeń ważne jest określenie jakości życia, by dokładnie zrozumieć problem z jakim borykają się pacjenci.

W udzielaniu pomocy chorym niewątpliwie najważniejszym elementem jest szybkie rozpoznanie i diagnostyka. U najmłodszych pacjentów wykrycie zawrotów głowy jest bardzo trudne. Dzieci często nie potrafią określić swoich dolegliwości, ich przyczyn i charakteru. Powszechnie wiadomym faktem jest, że ciągle odczuwanie dolegliwości przeszkadzających w codziennym funkcjonowaniu obniża jakość życia w stopniu mniejszym lub większym. Zawroty głowy oraz towarzyszące im inne przypadłości, tj. zaburzenia równowagi, ból głowy, nudności, zaburzenia słyszenia itp., ograniczają dzieci w wykonywaniu swoich obowiązków czy realizacji pasji, a także w samodzielności, obniżają poczucie własnej wartości oraz negatywnie wpływają na inne ważne aspekty życia.

Cel: Celem przeprowadzonej ankiety była ocena jakości życia dzieci z zawrotami głowy i zaburzeniami układu równowagi względem aspektów: życia codziennego, psychologicznych oraz środowiskowych.

Materiał i metoda: Badanie przeprowadzone zostało na grupie 31 dzieci, w Klinice Otolaryngologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Polegało na wypełnieniu anonimowej ankiety składającej się z 19 pytań, przeprowadzanej przed rozpoczęciem terapii.

Wnioski: Po analizie wyników stwierdzono, że dzieci odczuwały największy wpływ zawrotów głowy na koncentrację w czasie zajęć oraz przyswajanie wiedzy. Najmniejsze wpływ miały zaburzenia przedsionkowe na częstotliwość urazów. Natomiast w stopniu średnim zawroty głowy wpływały na codzienne funkcjonowanie dziecka oraz jego samopoczucie.

Ocena stanu narządu słuchu u dzieci w przebiegu mukowiscydozy

J. Sroczyński, J. Kolańska-Lipińska,
M. Kotowski, B. Pucher, M. Prauzińska,
J. Szydłowski

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Najczęściej występująca w populacji rasy białej choroba dziedziczna autosomalnie recesywnie. Częstość występowania w Polsce wynosi 1: 2500 urodzeń. Obecnie zarejestrowanych w Polsce jest ok. 1400 chorych, a każdego roku ok. 20 młodych ludzi między 10–25 rokiem życia umiera.

Materiał i metoda: Badania retrospektywne i prospektywne, diagnostyka obrazowa (KT 128-rzędowy), diagnostyka audiologiczna: audiometria tonalna wysokich częstotliwości – do 16 kHz, audiometria impedancyjna (typanometria i analiza odruchów z mięśnia strzemiączkowego), otoemisja akustyczna (test ototoksyczny z rozszerzonym poziomem częstotliwości do 10 kHz).

Grupę badaną stanowi 60 dzieci obojga płci.

Wyniki i wnioski: Na podstawie dotychczas wykonanych badań stwierdzono niewielki odsetek niedosłuchów odbiorczych (czyli obniżenie progów słuchu w obrębie wyższych częstotliwości dla przewodnictwa powietrznego, brak otoemisji w obrębie wyższych częstotliwości w DPOAE). Zanotowano większy odsetek niedosłuchów typu przewodzeniowego (typanogramy typu B lub C, obniżenie progów słuchu w obrębie niższych częstotliwości w audiometrii tonalnej). Niedosłuchy te jednak można uznać za lekkie, co potwierdza wielkość rezerwy ślimakowej.

Różnice w obrazie klinicznym ostrego zapalenia ucha środkowego spowodowanym przez *Haemophilus influenzae* i *Streptococcus pneumoniae*

P. Żychowski¹, E. Mazur², G. Mielnik-Niedzielska¹, I. Korona-Główniak³,
M. Koziół-Montewka²

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) jest często poprzedzone przez wirusową infekcję górnych dróg oddechowych. Wirusy jednakże stosunkowo rzadko są stwierdzane jako jedyny czynnik etiologiczny OZUŚ. Spośród bakterii najczęściej izolowano: *Streptococcus pneumoniae*, niezróżnicowany *Haemophilus influenzae* (łącznie powodują nawet 2/3 OZUŚ), rzadziej *Moraxella catarrhalis*, także *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*.

Częstość ich występowania wykazuje znaczne zróżnicowanie pod względem geograficznym.

Cel: Celem pracy było określenie flory bakteryjnej jamy bębenkowej w OZUŚ oraz ocena przebiegu klinicznego choroby w zależności od jej czynnika etiologicznego.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 62 pacjentów zakwalifikowanych do tympanocentezy z powodu niepoddającego się leczeniu, zagrażającego powikłaniami lub nawrotowego OZUŚ. Dane uzyskane z wywiadu chorobowego, obraz kliniczny aktualnego zachorowania, wyniki wykonanych badań laboratoryjnych konfrontowano z rezultatami badań mikrobiologicznych materiału uzyskanego z jamy bębenkowej, okolic ujść trąbek słuchowych oraz gardła środkowego. Badanie przeprowadzono w 3 etapach: włączenie do leczenia i tympanocenteza oraz 2 wizyty kontrolne – bezpośrednio po zakończeniu antybiotykoterapii oraz miesiąc po leczeniu.

Wyniki: Dominującymi patogenami w OZUŚ są *Streptococcus pneumoniae* oraz *Haemophilus influenzae*. Zaobserwowano jednak pewne różnice w przebiegu OZUŚ spowodowanego przez te bakterie w zakresie objawów klinicznych, badań laboratoryjnych, obecności powikłań, zaburzeń słuchu, czy wreszcie efektu leczenia. W niniejszej pracy porównano przebieg kliniczny OZUŚ spowodowanego przez pneumokoki oraz *Haemophilus influenzae*. Przedstawiono także analizę zgodności wyników posiewów materiału z jamy bębenkowej z posiewami wymazów z gardła środkowego i nosogardła.

Wnioski: Dokładne badanie laryngologiczne w połączeniu z badaniami dodatkowymi może wskazać etiologię OZUŚ jeszcze przed uzyskaniem wyników badań mikrobiologicznych. Posiewy wymazów z gardła środkowego oraz nosogardła nie są wystarczające do określenia flory bakteryjnej jamy bębenkowej w OZUŚ.

Wielospecjalistyczny model postępowania w diagnostyce i leczeniu złożonych wad czaszki o typie izolowanych i syndromicznych kraniosynostoz

D. Larysz¹, K. Dowgierd¹, P. Chomik¹,
W. Kopala¹, M. Siniarski¹, W. Piwowar¹,
P. Larysz², A. Rożek², A. Hankus²

¹ Oddział Chirurgii Głowy i Szyi – Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn

² Centrum Leczenia Zaburzeń OUN i Wspierania Rozwoju Dzieci „Kangur”, Katowice

Wstęp: Kraniosynostoza (CSO) jest chorobą polegającą na przedwczesnym zarośnięciu jednego lub wielu szwów czaszkowych, prowadzącą do nieprawidłowej budowy czaszki. Częstość występowania CSO szacuje się na 1:2000–2500 żywych urodzeń. Podział kraniosynostoz obejmuje dwie podgrupy, odmienne zarówno pod względem morfologicznym, jak i funkcjonalnym. Wyróżniamy kraniosynostozę izolowaną (NSCSO) – niezwiązane z żadnym ze znanych zespołów genetycznych

(ang. *non-syndromic*) oraz grupę kraniosynostoz (SCSO) związanych z zespołami genetycznymi (kraniosynostoz zespołowych, ang. *syndromic*). Kraniosynostozy izolowane obejmują 80–90% przypadków. Częstość występowania kraniosynostoz zespołowych szacuje się na 10–20% wszystkich kraniosynostoz.

Cel pracy: Celem pracy było opracowanie aktualnej metodyki interdyscyplinarnego postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego u dzieci z CSO, obejmującego metody neurochirurgiczne, chirurgii szczękowo-twarzowej, laryngologii, chirurgii plastycznej, okulistyczne, audiologiczne, psychologiczne, logopedyczne oraz fizjoterapeutyczne.

Materiał i metoda: Grupa badana obejmowała 450 dzieci diagnozowanych i leczonych w Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi WSSD w Olsztynie, Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka oraz Centrum „Kangur” w Katowicach. W 49 przypadkach rozpoznano SCSO takie jak m.in. zespół Crouzona, Aperta, Seathre-Chotzen i inne. U 401 dzieci postawiono rozpoznanie NSCSO m.in. kraniosynostozy strzałkową, czołową jedno- i dwuwiencową, węglową oraz złożone.

Wyniki: Autorzy przedstawia aktualny model interdyscyplinarnego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego w leczeniu dzieci zarówno z SCSO, jak i NSCSO.

Wielospecjalistyczne leczenie kraniosynostoz zespołowych

K. Dowgierd, W. Kopala, M. Siniarski,
P. Chomik, W. Piwowar, L. Larysz

Oddział Chirurgii Głowy i Szyi – Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn

Wstęp: Leczenie pacjentów z wadami zespołowymi mózgo- i twarzoczaszki powinno być prowadzone w zespole wielospecjalistycznym, obejmując wieloetapowe leczenie mające na celu zarówno funkcjonalną rehabilitację, jak i korekcję dysmorfii. Pochodzenie genetyczne zespołowych kraniosynostoz powoduje oprócz zajęcia struktur sklepienia czaszki również zaburzenie wzrostu na podstawie czaszki. Objawia się to kraniosynostozą sklepienia czaszki jak również hipoplazją środkowego piętra twarzy, a co za tym idzie – zaburzeniem wielu życiowo ważnych funkcji. Czas przeprowadzenia poszczególnych interwencji powinien opierać się na balansie pomiędzy korekcją struktur kostnych szkieletu czaszkowo-twarzowego a rozwojem funkcji i organów tam skupionych. Tak więc pierwsze zabiegi wykonane na sklepieniu czaszki w pierwszym okresie życia mają wpływ na rozwój mózgowia i rozwój psychofizyczny. Kolejne etapy są dostosowane do pacjenta i wieku jego rozwoju oraz zaawansowania deformacji.

Osteotomia LF III jest procedurą wykonywaną w przypadkach silnie nasilonej hipoplazji środkowego piętra twarzy z zajęciem dolnych części oczodołów. Ma na celu uwolnienie środkowego piętra twarzy na poziomie Le Forta III oraz następowe wysunięcie bloku osteotomijnego jednocześnie bądź z zastosowaniem osteogenezy dystrykcyjnej.

Wskazaniem do wykonywania wysunięcia środkowego piętra twarzy na poziomie osteotomii jest hipoplazja środkowego piętra twarzy powodująca silne zaburzenia oddychania w postaci bezdechów (obturacyjne górnych dróg oddechowych) i/lub znacznego stopnia wytrzeszcz gałek ocznych (hipoplazja oczodołów) niekorzystnie wpływający na spojówkę i na samą gałkę oczną. Głównymi stanami chorobowymi, w których wskazane jest użycie wysunięcia środkowego piętra twarzy, są zespoły Crouzona, Aperta, Pfeiffera, Sticklera, achondroplazja.

Cel: Prezentacja protokołu wieloetapowego leczenia kraniosynostoz zespołowych.

Materiał: 10 pacjentów o różnym nasileniu deformacji czaszkowo-twarzowej leczonych z powodu kraniosynostozy zespołowej.

Metoda: Ocena morfometryczna twarzoczaszki i analiza 3D dróg oddechowych.

Wyniki: U wszystkich pacjentów uzyskano poprawę funkcji oddechowych, psychofizycznych i korektę dysmorfii twarzy.

Wnioski: Leczenie dzieci z zespołowymi kraniosynostozami jest wieloetapowe i wielospecjalistyczne. W wielu przypadkach można osiągnąć zarówno zadowalające wyniki estetyczne, jak i zdecydowaną poprawę funkcji życiowych i poprawę rozwoju psychicznego dzieci.

Nieprawidłowa budowa aparatu mowy oraz opóźniony rozwój mowy u dzieci z izolowanymi postaciami kraniosynostoz

A. Rożek^{1,4}, A. Hankus¹, K. Dowgierd²,
D. Larysz^{2,3}

¹ Centrum Leczenia Zaburzeń OUN i Wspierania Rozwoju Dzieci „Kangur”, Katowice

² Centrum Leczenia Wad Twarzoczaszki i Chirurgii Twarzowo-Szczękowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn

³ Zakład Radioterapii Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Gliwice

⁴ Katedra i Klinika Neurochirurgii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp i cel pracy: Izolowane kraniosynostozy (IK) to grupa wad wrodzonych polegająca na przedwczesnym zarośnięciu jednego, dwóch lub większej liczby szwów czaszkowych, prowadzącym do nieprawidłowej budowy całej czaszki. Rocznie w Polsce rodzi się ok. 200 dzieci z przedwczesnie zarośniętymi szwami czaszkowymi. IK mogą skutkować dodatkowo zaburzeniami rozwoju psychoruchowego, w tym m.in. rozwoju mowy. Istnieje wiele kontrowersji na temat częstości występowania zaburzeń neurorozwojowych oraz neurologopedycznych u dzieci z izolowanymi kraniosynostozami. Celem pracy jest ocena częstości występowania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z izolowanymi postaciami kraniosynostoz w kontekście budowy aparatu mowy, funkcji słuchu oraz rozwoju psychoruchowego.

Materiał i metoda: Badaniem objęto grupę 100 dzieci z IK, u których wykonano szczegółową diagnostykę antropometryczną, neurologopedyczną oraz neurorozwojową. Badano budowę oraz motorykę narządów artykulacyjnych, prymarne funkcje oralne, poziom rozwoju funkcji komunikacyjnych, mowy biernej i czynnej oraz rozwój psychoruchowy.

Wyniki: Zaburzenia w zakresie nabywania i ekspresji mowy zdiagnozowano u 43% badanych dzieci. Poszczególne podtypy IK różniły się częstością występowania oraz rodzajem stwierdzanych zaburzeń. U ponad 90% dzieci stwierdzano cechy dyslalii.

Wnioski: Etiologia występowania zaburzeń rozwoju mowy jest bardzo złożona. Wiąże się ona z nieprawidłową budową i funkcjonowaniem narządów artykulacyjnych, z nieprawidłową budową podstawy czaszki oraz możliwością występowania lokalnego nadciśnienia śródczaszkowego, a co za tym idzie – z powstaniem nieprawidłowości neurorozwojowych.

Zastosowanie osteogenezy dystrykcyjnej (DO) w leczeniu deformacji twarzoczaszki

K. Dowgierd, W. Kopala, M. Siniarski,
P. Chomik, W. Piwowar, L. Larysz

Oddział Chirurgii Głowy i Szyi – Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn

Wstęp: Osteogeneza dystrykcyjna jest metodą powodującą powstanie nowej kości pomiędzy rozciąganymi fragmentami. Podstawowym założeniem DO jest uzyskanie wydłużenia odpowiedniej kości, aby uzyskać zbliżony do anatomicznego kształt i pozycję kości w stosunku do otaczających ją tkanek. Osteogeneza dystrykcyjna staje się coraz popularniejsza i znajduje zastosowanie w tych obszarach, w których tradycyjna chirurgia nie jest w pełni możliwa do zastosowania. Metoda ta była początkowo wykorzystywana do wydłużania kończyn, a obecnie zajmuje poczesne miejsce również w chirurgii twarzoczaszki.

Cel: W prezentacji przedstawiono przegląd możliwości zastosowania DO w regionie środkowego piętra twarzy i żuchwy. Celem jest zapoznanie z możliwościami DO w połączeniu z analizą wskazań i specyficznych jednostek chorobowych, w których jest możliwa DO.

Materiał: Materiał obejmuje główne jednostki chorobowe i przykłady pacjentów leczonych za pomocą DO. Są to deformacje środkowego piętra twarzy związane z kraniosynostozami zespołowymi takimi jak zespół Aperta, Crozona, Bindera, z deformacjami poroższczepowymi szczęki i środkowego piętra twarzy, deformacje żuchwy w połowicznym niedorozwoju twarzy, zespół Treachera-Collinsa, zespół Nagera, PRS dystrykcyjne noworodkowe, ankylozy – rekonstrukcje stawów skroniowo-żuchwowych.

Metoda: Analiza serii przypadków pod względem wskazań do zastosowania osteogenezy dystrykcyjnej oraz efektów leczenia.

Wyniki: Osiągane u pacjentów efekty – od poprawy funkcji oddychania, żucia, mowy po poprawę estetyki twarzy – potwierdzają skuteczność stosowania DO. Możliwość zastosowania u pacjentów rosnących, gdzie nie było możliwości interwencji chirurgicznej w przeszłości, stanowi wielką zaletę i jest jednym z podstawowych wskazań do stosowania DO. Dzięki tej metodzie stało się możliwe leczenie wielu skomplikowanych patologii kostnych u dzieci i młodzieży.

Analiza pacjentów pediatrycznych po rekonstrukcjach mikrochirurgicznych ubytków twarzoczaszki w materiale Centrum Wad Twarzoczaszki Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie

P. Chomik¹, K. Dowgierd¹, M. Borowiec¹,
S. Karwan¹, Ł. Krakowczyk²

¹ *Centrum Wad Twarzoczaszki, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn*

² *Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii, Gliwice*

Wstęp i cel pracy: Rekonstrukcje twarzoczaszki wolnymi płatami mikronaczyniowymi stanowią złoty standard w chirurgii rekonstrukcyjnej u pacjentów z defektami porresekcyjnymi, pourazowymi oraz wrodzonymi. Pomimo znacznej powszechności technik mikrochirurgicznych w leczeniu dorosłych, metody te w mniejszym stopniu wykorzystywane są w chirurgii rekonstrukcyjnej pacjentów pediatrycznych.

Celem pracy było przedstawienie możliwości rekonstrukcyjnych ubytków twarzoczaszki u pacjentów pediatrycznych wolnymi płatami mikrozespolonymi, z uwzględnieniem powikłań miejsc biorczych i dawczych.

Materiał i metoda: Przedstawiono wyniki leczenia 13 chorych, u których wykorzystano wolne mikrozespolone płaty kostno-skórne i kostno-mięśniowe, pobrane z kości strzałkowej, talerza biodrowego oraz przedramienia w celu rekonstrukcji ubytków twarzoczaszki. U 8 chorych ubytki spowodowane były wcześniejszą resekcją nowotworów, 4 pacjentów prezentowało ubytki wrodzone, natomiast u 1 pacjenta mikrorekonstrukcja jamy ustnej konieczna była z powodu oparzenia chemicznego. Wiek chorych wynosił 12–24 lata. Zabiegi przeprowadzono w latach 2012–2015.

Wyniki: U 13/14 chorych uzyskano wgojenie płatów w miejscu biorczym, co umożliwiło późniejszą rehabilitację protetyczną i powrót funkcji żucia oraz artykulacji. U 1 pacjenta doszło do utraty płata z powodu powikłań hematologicznych. U 1 chorego konieczne było poszerzenie marginesu resekcji guza. U 1 chorej wystąpiły powikłania w miejscu dawczym, natomiast u 1 chorego powikłania dotyczyły miejsca biorczego i dawczego. Powikłania te nie wpłynęły negatywnie na ostateczny wynik leczenia.

Wnioski: Wolne płaty mikrozespolone do rekonstrukcji ubytków twarzoczaszki u pacjentów pediatrycznych posiadają wiele zalet: zapewniają wzrost tkanek wraz ze

wzrostem struktur twarzy, a materiał rekonstruujący stanowi tkanka własna pacjenta. Chorzy po takich zabiegach wymagają skrupulatnej kontroli w celu uniknięcia powikłań gojenia oraz dalszego leczenia wielospecjalistycznego celem pełnej rehabilitacji twarzy i układu stomatognatycznego.

Zabiegi rekonstrukcyjne twarzoczaszki w zespołach wad wrodzonych – rola laryngologa

M. Siniarski, W. Kopala, K. Dowgierd, D. Larysz, W. Piwowar

Oddział Chirurgii Głowy i Szyi – Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn

Celem opracowania jest podkreślenie konieczności multidyscyplinarnego podejścia do diagnostyki i leczenia zespołów wad wrodzonych u dzieci. W prezentacji opisano metody diagnostyczne i sposoby leczenia stosowane w Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie ukierunkowane na kompleksowość procedur. Stosowane metody i schematy mają na celu ograniczenie liczby hospitalizacji i znieczuleń ogólnych, pozwalają na jednoczasowe leczenie rekonstrukcyjne wad twarzoczaszki z diagnostyką i leczeniem współistniejących chorób i wad laryngologicznych.

Wykład na zaproszenie Dylematy diagnostyczne i terapeutyczne w nowotworach w zakresie uszu, nosa, gardła i krtani u dzieci

J. Kuczkowski

Klinika Otolaryngologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wykład na zaproszenie Jak dzielić drogi oddechowe – czyli o współpracy anestezjologów i laryngologów

J. Szylowski

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Chirurgia dróg oddechowych stanowi szczególne wyzwanie dla współpracy zespołów lekarskich i pielęgniarzkich na wszystkich etapach prowadzonego leczenia. Począwszy od kwalifikacji do zabiegu chirurgicznego, poprzez jego realizację, opiekę pooperacyjną i odległe monitorowanie kluczowym elementem współdziałania jest relacja pomiędzy oczekiwaniami laryngologa a postępowaniem anestezjologicznym.

Dzielenie dróg oddechowych w trakcie samego zabiegu prowadzonego zarówno techniką chirurgii otwartej, jak i endoskopowej jest wymieniane jako element krytyczny dla powodzenia samej operacji oraz osiągnięcia

satysfakcjonujących wyników odległych. Stanowi niezwykle stresujący moment dla obydwu zespołów i jest najczęstszym źródłem konfliktów na sali operacyjnej.

W pracy przedstawiono poszczególne etapy postępowania i wskazano najczęściej spotykane sytuacje problemowe, które leżą u podłoża niewłaściwej kwalifikacji do leczenia, utrudniają realizację zabiegu chirurgicznego, prowadzą do powikłań okołoperacyjnych i mogą stanowić przyczynę niepowodzeń.

W jaki sposób dobrać ankietę do badania jakości życia?

L. P. Chmielik

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Należy rozważyć, co jest efektem choroby i dlaczego chory zgłosił się do lekarza. W wyniku działania procesów patologicznych dochodzi do wielu zmian w organizmie. W efekcie zmienia się funkcjonowanie pacjenta w wielu obszarach życia. Jednym ze sposobów określenia tych zmian jest badanie przedmiotowe i podmiotowe. Próbą zobjektywizowania i ujednolicenia metod badawczych jest w prowadzeniu oceny jakości życia związanej z stanem zdrowia, pojmowanej jako funkcjonalne efekty choroby i terapii w odczuciu pacjenta.

Cel: Przedstawienie czynników, które powinny determinować dobór ankiet do badania jakości życia związanej ze stanem zdrowia.

Metoda: Na podstawie przeanalizowanej literatury i doświadczeń własnych przedstawiono kryteria, które powinno się uwzględniać, wybierając ankietę do badania jakości życia. Istotne jest, aby przy wyborze metody badawczej stosować narzędzia uniwersalne, umożliwiające odniesienie się do wyników uzyskanych w innych pracach dotyczących danego tematu. Podczas oceny jakości życia związanej ze stanem zdrowia wyniki uzyskujemy na podstawie ankiet, które są wypełniane przez osobę badaną lub przez jego opiekuna (rodzica). Istotne jest uświadomienie osobie wypełniającej ankietę, że nie ma odpowiedzi „dobrych” lub „złych”.

Wyniki: Ankiety stosowane do badań jakości życia powinny mieć określoną swoistość i czułość w stosunku do problemu, który oceniają. Narzędzia winny być standaryzowane. Każdej odpowiedzi przypisuje się według klucza odpowiednią wartość liczbową. Wyniki te są następnie opracowywane za pomocą odpowiedniego algorytmu. Tak uzyskaną wartość umieszczamy na skali wyników do oceny jakości życia w danej ankiecie.

Wnioski: 1. Jasne określenie celu badania ułatwia dokonanie właściwego wyboru instrumentu badawczego. 2. Należy pamiętać, aby metoda badawcza była dostosowana do odpowiedniej grupy wiekowej. 3. Wyniki badań powinny pozwalać na wykonanie porównania z wynikami badań innych naukowców. 4. Do badań naukowych powinny być stosowane standaryzowane ankiety.

Obserwacja rozwoju słuchowego małego dziecka korzystającego z implantu ślimakowego w opinii rodziców

J. Rostkowska, A. Pankowska,
A. Geremek-Samsonowicz

Klinika Rehabilitacji, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Wstęp: Implant ślimakowy jest bezpieczną i skuteczną metodą umożliwiającą wprowadzenie dzieci z ubytkiem słuchu do świata dźwięków.

Cel: Zaprezentowanie przyrostu umiejętności słuchowych, językowych i komunikacyjnych obserwowanych na podstawie kwestionariusza przez rodziców u dzieci korzystających przez rok z implantu ślimakowego.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiło 27 dzieci, w wieku od 2 do 3 roku życia, korzystających z implantu ślimakowego. Do przeprowadzenia badań zastosowano kwestionariusz przygotowany przez surdologopedów z Kliniki Rehabilitacji IFPS. Zgodnie z instrukcją w nim zawartą, rodzice prowadzili obserwację dziecka przez 12 miesięcy od pierwszego podłączenia procesora mowy. Informacje przekazane przez rodziców obejmowały spostrzeżenia dotyczące umiejętności dziecka w zakresie słuchania, mowy, języka, komunikacji.

Wyniki: Rodzice dzieci korzystających z implantu ślimakowego od pierwszego podłączenia procesora mowy do 12 miesiąca korzystania z urządzenia obserwowali: w obszarze „Słuchanie” – znaczny wzrost umiejętności percepcji słuchowej dźwięków, w obszarze „Mowa” – progres od kategorii „sylaba” do kategorii „wyraz”, w obszarze „Język” – postęp od kategorii „nic nie rozumie” do kategorii „rozumie pojedyncze wyrazy”, a w obszarze „Komunikacja” – zmianę z kategorii „gest” i „krzyk” na kategorie „wokalizacja” i „mowa”.

Wnioski: Rodzice dzieci korzystających z implantu ślimakowego zauważają i szczegółowo charakteryzują przyrost umiejętności słuchowych, językowych i komunikacyjnych swoich dzieci.

Ocena rozwoju słuchowego dzieci z głębokim niedosłuchem, którym wszczepiono implant ślimakowy we wczesnym dzieciństwie

A. Obrycka, A. Lorens, A. Piotrowska,
H. Skarżyński

Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Wstęp: Dążenie do optymalnego wykorzystania okresu krytycznego dla rozwoju słuchowego dziecka z niedosłuchem rodzi potrzebę opracowania odpowiednich narzędzi, dostosowanych do oceny tego rozwoju u małych dzieci. Kluczowe znaczenie ma możliwość dokonywania pomiarów i porównywania wyników uzyskiwanych od

pierwszych miesięcy życia. Celem pracy jest ocena rozwoju słuchowego dzieci z głębokim niedosłuchem, którym wszczepiono implant ślimakowy przed ukończeniem drugiego roku życia.

Materiał i metoda: Materiał badawczy stanowiło 122 dzieci, których średni wiek w chwili aktywacji implantu wynosił 14,3 miesiąca. Oceny rozwoju słuchowego dokonano na podstawie wyniku badania kwestionariuszem Little-ARS. Badania przeprowadzono w dniu aktywacji implantu ślimakowego oraz po około 5 miesiącach użytkowania systemu. Dodatkowo, na podstawie co najmniej rocznej obserwacji, dokonano oceny tempa rozwoju słuchowego dzieci, u których aktywacja systemu implantu ślimakowego nastąpiła przed ukończeniem pierwszego roku życia.

Wyniki: Nieadekwatny do wieku poziom rozwoju słuchowego przed aktywacją implantu stwierdzono u 86% dzieci z badanej grupy. Natomiast po około 5 miesiącach korzystania z implantu ślimakowego adekwatny do wieku poziom rozwoju słuchowego osiągnęło 72% dzieci. Wyniki co najmniej rocznej obserwacji dzieci, którym wszczepiono implant ślimakowy przed ukończeniem pierwszego roku życia, wskazują, że dzieci te uzyskują poziom rozwoju słuchowego odpowiadający normie słuchowej po około 10 miesiącach korzystania z implantu.

Wnioski: Tempo rozwoju słuchowego dzieci z głębokim niedosłuchem, implantowanych we wczesnym okresie życia jest szybsze od tempa tego rozwoju u dzieci ze słuchem prawidłowym. Umożliwia to większości dzieci „nadrobienie” zaległości w rozwoju słuchowym powstałych na skutek głębokiego niedosłuchu w pierwszych miesiącach życia. Implant ślimakowy pozwala dzieciom z głębokim niedosłuchem na zrównanie stopnia rozwoju słuchowego ze stopniem tego rozwoju u dzieci prawidłowo słyszących.

Zastosowanie implantu ślimakowego u dzieci z jednostronną głuchotą

M. Kruszyńska, A. Lorens, H. Skarżyński

Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Wprowadzenie, w ciągu ostatniej dekady, nowych rozwiązań technologicznych do praktyki klinicznej pozwala na protezowanie większości uszkodzeń słuchu, a tym samym stwarza możliwości lepszego słyszenia i komunikacji językowej szerokiej grupie pacjentów w każdym wieku.

U dzieci implanty ślimakowe stosowane są w przypadku całkowitej głuchoty, głębokiego niedosłuchu, jak również częściowej głuchoty oraz od niedawna w przypadku jednostronnych niedosłuchów.

W przypadku jednostronnej głuchoty implantacja może przywrócić niektóre aspekty słyszenia dwuusznego, które wpływają nie tylko na lokalizację dźwięku czy rozumienie mowy w szumie, ale w przypadku dzieci mogą także mieć wpływ na lepsze funkcjonowanie w środowisku szkolnym, a co za tym idzie – na uzyskanie lepszych wyników w nauce. Współczesne wskazania do stosowania

implantów słuchowych u dzieci wynikają z porównania skuteczności, efektywności i kosztów dwóch lub więcej alternatywnych technologii medycznych w przewyższaniu niepełnosprawności. Wskazania te formułowane są zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (ang. *evidence based medicine*, EBM) i stanowią nieodłączny element współczesnej sztuki lekarskiej.

W prezentacji zostaną przedyskutowane wskazania do stosowania implantów słuchowych u dzieci z jednostronną głuchotą.

Psychologiczne uwarunkowania decyzji słyszących rodziców o implancie ślimakowym dla ich głuchej dziecka

J. Kobosko, A. Geremek-Samsonowicz,
H. Skarżyński

Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu,
Warszawa/Kajetany

Wstęp: Decyzja o implancie ślimakowym (CI) dla dziecka należy zazwyczaj do najtrudniejszych w życiu rodziców. Podejmują ją bardzo wcześnie, biorąc pod uwagę zalecany obecnie wiek implantacji dziecka. Decyzja ta przypada we wczesnych stadiach procesu stawiania się rodzicami dziecka głuchego, w tym radzenia sobie z doświadczoną traumą wskutek diagnozy głuchoty u dziecka. Postawiono pytanie, czy znaczenie przypisywane decyzji o implancie wiąże się u jego rodziców z różnicami w doświadczanych symptomach depresji, lęku i aleksytymii.

Materiał i metoda: Badaniami objęto 114 słyszących matek i 39 ojców rodziców dzieci głuchych z jednym CI. Rodzice odpowiadali pisemnie na pytanie zawarte w Ankiecie informacyjnej: „dlaczego podjęli decyzję o implancie ślimakowym”, a także wypełniali kwestionariusz GHQ-28 D. Goldberga i TAS-20 (G. Taylor i wsp.).

Wyniki: Okazało się, że rodzice odwołują się najczęściej do następujących motywów/kategorii: a) słyszenie/głuchota, b) mowa i porozumiewanie się z innymi, c) „brak” (korzyści z konwencjonalnych aparatów słuchowych i rozwoju mowy), d) rozwój (prawidłowy, tj. „taki, jak u słyszących dzieci”), e) (jedyna) nadzieja. Najczęściej wymieniano w kolejności: „słyszenie/głuchotę” (29% wypowiedzi), „nadzieję” (20%), „rozwój” (19%), „brak korzyści” (17%) oraz „mowę” (15%). Rozkład wyodrębnionych kategorii jest podobny u matek i ojców. Odwoływanie się przez rodziców w uzasadnieniu decyzji o CI do „rozwój mowy u dziecka” pozostaje w związku z nasileniem depresji i aleksytymii: matki te cechuje większe nasilenie objawów depresji w porównaniu z matkami, które nie wymieniają tej kategorii, natomiast ojców cechuje znacząco mniej częste stosowanie operacyjnego stylu myślenia (należącego do właściwości regulacji emocji w syndromie aleksytymii) względem tych ojców, którzy nie motywują decyzji o CI dziecka oczekiwaniem rozwoju „mowy i porozumiewania się”.

Wnioski: Rodzice, którzy decydują się na implant ślimakowy dla dziecka, doświadczają trudności natury psychologicznej (objawy depresji, syndrom aleksytymii), których

samo wszczęcie CI nie rozwiąże. Trudności te niejednokrotnie współwystępują z zaburzeniami rozwoju mowy u dzieci (głuchych). W świetle otrzymanych wyników matki, które bardzo „liczą” na rozwój mowy u dziecka, stanowią grupę ryzyka jej prawidłowego rozwoju. Dlatego też oferta interwencji psychologicznej skierowana do rodziców powinna być stale obecna w programach rehabilitacji dzieci zarówno przed zaopatrzeniem, jak i po zaopatrzeniu dziecka w implant ślimakowy.

Czynnościowe zaburzenia głosu mutacyjnego u chłopców. Uwarunkowania psychologiczne, psychoterapia

G. Gwizda¹, A. Niedzielski²

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Czynnościowe zaburzenia głosu u chłopców w okresie dojrzewania oznaczają niepełną mutację i utrzymywanie się mutacyjnego głosu fistułowego na skutek nawykowego utrzymywania głosu dziecięcego.

Cel: Celem pracy było wyjaśnienie i zrozumienie psychologicznych uwarunkowań zaburzenia oraz zastosowanie odpowiednich działań terapeutycznych w odniesieniu do pacjenta i jego rodziny.

Materiał i metoda: Badaniami objęto 12 chłopców (w wieku od 13 do 16 roku życia), u których stwierdzono czynnościowe zaburzenia głosu.

Badanie psychologiczne zawierało wywiad psychologiczny, ocenę zdolności adaptacyjnych i emocji za pomocą Testu Niedokończonych Zdąń J. B. Rottera. Przeprowadzono również diagnozę sytuacji rodzinnej techniką Genogramu.

U 9 pacjentów, w trakcie ich pobytu w klinice, przeprowadzono psychoterapię krótkoterminową, zaś u 3 – psychoterapię długoterminową w Poradni Zdrowia Psychicznego USD w Lublinie.

Wyniki: Na podstawie badań oraz odbywającej się psychoterapii można było ustalić psychologiczne uwarunkowania zaburzeń w przebiegu procesu mutacji u chłopców. Celem działań terapeutycznych było przekonanie rodziny do korzystnych zmian w systemie rodzinnym, wzmocnienie procesów separacyjnych pomiędzy matkami a synami oraz uwolnienie synów od negatywnego przeżywania siebie jako mężczyzny.

Wykład na zaproszenie Tympanoplastyki u dzieci

M. Mrówka

*Klinika Otolaryngochirurgii, Światowe Centrum Słuchu,
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany*

Wstęp: Destrukcje struktur anatomicznych ucha środkowego u dzieci i młodzieży, w tym uszkodzenia błony bębenkowej czy łańcucha kosteczek słuchowych często prowadzące do pogorszenia słuchu, stanowią ogromny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Najczęściej u podłoża tych zmian leży przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego, które stanowi u dzieci jeden z najważniejszych problemów klinicznych i jest rozpoznaniem najczęściej stawianym przez otolaryngologa dziecięcego oraz bez wątpienia najczęstszą przyczyną niedosłuchu w tej grupie wiekowej. Rzadziej spotykamy zmiany powstałe na skutek ostrego zapalenia ucha środkowego, urazu ciałem obcym, w tym różnego typu patyczkami, urazu ciśnieniowego, po uderzeniu w ucho, w wyniku czyszczenia uszu różnymi, często nieprzystosowanymi do tego celu, narzędziami czy w przebiegu innych schorzeń. Zmiany takie w większości przypadków powinny być leczone operacyjnie.

Cel: Celem niniejszej pracy jest przedstawienie współczesnych metod rekonstrukcyjnych stosowanych przez otolaryngologów w obrębie ucha środkowego. Różne zabiegi otolaryngologiczne wykonywane w takich przypadkach mają na celu usunięcie zmian chorobowych z ucha oraz możliwie pełną rekonstrukcję jego uszkodzonych elementów. Rekonstrukcje te dotyczą zarówno struktury anatomicznej jak i funkcji ucha środkowego. Mogą być także wykonywane po uprzednich zabiegach usunięcia zmian chorobowych z ucha (np. operacja PAAM lub zmodyfikowana radykalna). W zakresie anatomicznym możliwe jest odtworzenie błony bębenkowej (myringoplastyka), łańcucha kosteczek słuchowych (ossikuloplastyka) oraz ścian kostnych ucha środkowego. Stosowane są różne materiały rekonstrukcyjne takie jak tkanki własne pacjenta (autogenne) – powięź mięśni, chrząstka, resztki kosteczek słuchowych, fragmenty warstwy korowej kości skroniowej, materiały syntetyczne (allogenne) – tzw. biokompatybilne – niewywołujące reakcji organizmu (obojętne dla tkanek) – tytan, jonometry szklane, teflon, platyna, a w niektórych ośrodkach odpowiednio konserwowane tkanki pobrane z ludzkich włosów. Decyzję o rodzaju wykorzystywanych materiałów podejmuje otolaryngolog po śródoperacyjnej ocenie zmian patologicznych. Podstawowym zadaniem rekonstrukcji anatomicznej jest bezpieczne zamknięcie ucha w formie maksymalnie zbliżonej do normy. Odtworzenie struktur anatomicznych ma także skutki funkcjonalne – poprawia słuch w operowanym uchu. Możliwy zakres tej poprawy można określić przed zabiegiem w oparciu o badania audiometryczne, jednak nie w każdym przypadku możliwe jest przywrócenie zupełnie normalnego słuchu. W przypadkach większych zmian chorobowych, niekiedy za dobry efekt funkcjonalny uznaje się stan, gdy rezerwa pomiędzy krzywą przewodnictwa kostnego i powietrznego jest mniejsza lub równa 20 dB.

Metoda: Autorzy przedstawiają przypadki kliniczne bogato ilustrowane zdjęciami i filmami ukazujące poszczególne aspekty diagnostyki i leczenia pacjentów z różnymi problemami klinicznymi – od wysiękowego zapalenia ucha środkowego po przewlekłe perlakowe zapalenie ucha.

Wyniki: Autorzy przedstawiają wyniki leczenia pacjentów w poszczególnych grupach – od prostych myringoplastyk do myringoossiculoplastyk z jednoczesnym usuwaniem perlaka (atryoantromastoidectomia, tympanotomia tylna).

Wnioski: W przypadku operacji tympanoplastycznych u dzieci wyniki pooperacyjne zależą przede wszystkim od wczesnego rozpoznania, stanu ucha środkowego w momencie operacji oraz patologii współistniejących. U większości pacjentów w tych przypadkach (o ile nie ma trwałych dysfunkcji jak np. wada rozszczepowa podniebienia) uzyskujemy bardzo dobre rezultaty. Po operacjach rekonstrukcyjnych u dzieci powikłania są bardzo rzadkie, a ich liczba zależy od typu patologii w obrębie ucha i doświadczenia zespołu operacyjnego. Wszystkie dzieci, u których przeprowadzono operację tympanoplastyczną z jednoczesnym usunięciem perlaka, muszą być szczególnie monitorowane (np. operacja typu „second look”), ponieważ pomimo doskonałych narzędzi oraz postępu chirurgii możliwa jest niekontrolowana wznowa perlaka.

Wykład na zaproszenie Wybór najlepszej elektrody dla dziecka w implancie ślimakowym

J. Mierziński

*Oddział Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej,
Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego, Bydgoszcz*

Zastosowanie implantów Med-El Bonebridge u dzieci z wrodzonymi wadami słuchu

P. H. Skarżyński^{1,2,3,4}, K. Osńska¹, B. Król¹,
A. Pastuszek¹, M. Kozieł^{1,2,4}, M. Moskaliński^{1,2,4},
I. Tomaszewska^{1,2,4}, H. Skarżyński¹

¹ Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Centrum Słuchu i Mowy, Kajetany

³ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Wstęp: Implant Bonebridge firmy Med-El jest implantem działającym poprzez przewodnictwo kostne. Może być stosowany u dzieci powyżej 5 roku życia. Przeznaczony jest dla dzieci i dorosłych cierpiących na przewodzeniowy lub mieszany ubytek słuchu. Dodatkowo tego typu rozwiązanie może być stosowane w przypadku osób cierpiących na jednostronną głuchotę. Zasada działania tego systemu opiera się na transmisji fali dźwiękowej poprzez przewodnictwo kostne do ucha wewnętrznego, gdzie jest ona odbierana.

Materiał i metoda: Analizie poddano 6 przypadków pacjentów w wieku od 12 do 17 lat z wadami wrodzonymi ucha środkowego i zewnętrznego cierpiącymi na niedosłuch mieszany lub przewodzeniowy. Zastosowanym leczeniem niedosłuchu we wszystkich wymienionych przypadkach było wszczepienie implantu Bonebridge firmy Med-El. Pacjenci byli poddawani ocenie audiologicznej z pomocą takich badań, jak audiometria tonalna, audiometria progowa w polu swobodnym oraz audiometria słowna w polu swobodnym.

Wyniki: Porównując wyniki uzyskane przed zabiegiem i po zabiegu operacyjnym, zaobserwowano, że próg słyszenia we wszystkich przypadkach był stabilny. Wyniki uzyskane po zastosowaniu implantu Bonebridge sugerują, że pacjenci odnoszą korzyści z użytkowania tego systemu.

Wnioski: Analiza poszczególnych przypadków pokazuje, że zastosowanie tego typu rozwiązania w przypadku dzieci z wrodzonymi wadami ucha środkowego i zewnętrznego jest rozwiązaniem efektywnym, przynoszącym korzyści audiologiczne, co w przyszłości może przekładać się na lepsze funkcjonowanie społeczne.

Zastosowanie systemu Cochlear™ Baha® Connect u dzieci z wadami rozwojowymi twarzoczaszki w przebiegu zespołów genetycznych

P. H. Skarżyński^{1,2,3,4}, M. Mrówka¹, M. Koziel^{1,2,4}, M. Moskalik^{1,2,4}, I. Tomaszewska^{1,2,4}, Ł. Olszewski¹, H. Skarżyński¹

¹ Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Centrum Słuchu i Mowy, Kajetany

³ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Wstęp: Niedosłuch przewodzeniowy i mieszany przy obustronnej mikrocji z atreją przewodu słuchowego u dzieci można leczyć z użyciem implantów zakotwiczonych w kości BAHA. Pierwsze zastosowanie zaczepu kostnego dla aparatu słuchowego w IFPS miało miejsce w 1997 r. Dotyczyło ono leczenia dzieci z wrodzonymi wadami uszu środkowych. Następnie tym leczeniem objęto także dzieci i dorosłych z jednostronną głuchotą. Zabieg wszczepienia tytanowego zaczepu stawał się coraz mniej inwazyjny i bardziej efektywny. W 2013 r. profesor Skarżyński zaczął wdrażać po raz pierwszy w Polsce system Baha Attract. Zebrane przez ten czas doświadczenia pozwoliły na opracowanie standardu wskazań do stosowania oraz przedoperacyjnych kryteriów włączenia pacjenta do zastosowania systemu Baha. Celem pracy jest przedstawienie charakterystyki pacjentów, u których wszczepione zostały systemy na przewodnictwo kostne Baha Connect w wieku dziecięcym.

Materiał i metoda: Opisane przypadki zostały wyłonione spośród grupy 36 dzieci zaimplantowanych systemem BAHA w Światowym Centrum Słuchu od 2010 roku. Materiał badań stanowiła grupa 8 dzieci w wieku od 5 do 12 lat, w tym 7 dziewczynek i 1 chłopiec. Metodyka obejmowała

w 7 przypadkach jednoetapowy zabieg chirurgiczny, w jednym przypadku dwuetapowy, zarówno z wykorzystaniem dermatomu jak i cięcia liniowego. U trójki dzieci wszczepiono zaczep tytanowy 4 mm z abutmentem 6 mm, a u pozostałej piątki – zaczep 4 mm z abutmentem 8 mm. Urządzenie było ustawiane po wygojeniu rany i osseointegracji zaczepów (6 tyg. – 6 mies. zależnie od grubości kości, długości zaczepów, jedno- lub dwuetapowej techniki chirurgicznej i stanu rany). Dokonano analizy wyników audiometrycznych przed- i pooperacyjnych, a także samego procesu operacyjnego i procesu gojenia. Charakterystyka przypadków nie jest homogeniczna ze względu na specyfikę procesu diagnozy i całego procesu terapeutycznego dzieci dodatkowo obciążonych zespołami genetycznymi.

Wyniki: U wszystkich badanych obserwowane były obustronne wady wrodzone obejmujące ucho zewnętrzne i/lub środkowe jako następstwo różnych zespołów genetycznych. W dwóch przypadkach był to zespół Treachera-Collinsa, w jednym zespół Gorlina-Goltza, w dwóch zespół Goldenhara, w kolejnych dwóch zespół Grouchy'ego z delecją chromosomu 18 oraz w jednym przypadku zespół Pierre'a Robina. Podczas zabiegów oraz w okresie pooperacyjnym nie zaobserwowano poważnych powikłań. Wyniki pooperacyjne są dobre i wskazują na korzyści z systemu.

Wnioski: W zdecydowanej większości przypadków korzyści z tego typu urządzeń są znaczne. Doceniają to rodzice pacjentów oraz sami pacjenci, u których niemożliwe jest zastosowanie klasycznych aparatów słuchowych z powodu wad wrodzonych.

Zastosowanie implantu ucha środkowego Vibrant Soundbridge w obustronnych wadach wrodzonych u dzieci

P. H. Skarżyński^{1,2,3,4}, Ł. Olszewski¹, B. Król¹, A. Pastuszek¹, K. Osińska¹, M. Koziel^{1,2,4}, M. Moskalik^{1,2,4}, I. Tomaszewska^{1,2,4}, H. Skarżyński¹

¹ Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Centrum Słuchu i Mowy, Kajetany

³ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Wstęp: Po raz pierwszy tego typu system implantu ucha środkowego zastosował w Polsce H. Skarżyński w 2003 r. Vibrant Soundbridge został wtedy wszczepiony osobie dorosłej. Następnie system ten był stosowany w różnych zaburzeniach słuchu – wrodzonych i nabytych, u dzieci i dorosłych. Przetwornik FMT w zależności od różnych patologii ucha środkowego i/lub zewnętrznego oraz stanu ucha środkowego jest mocowany w odmienny sposób. W przypadku wad wrodzonych i niewykształcenia ucha zewnętrznego oraz różnego stopnia niedorozwoju ucha środkowego, przetwornik FMT mocowany jest do ruchomego elementu aparatu ucha środkowego – kowadełka, młoteczka lub strzemiączka.

Cel: Opis i analiza przypadków zastosowania systemu Vibrant Soundbridge firmy MED-EL w obustronnych wadach wrodzonych u dzieci.

Materiał i metoda: Opisane przypadki zostały wyłonione spośród grupy 28 dzieci zaimplantowanych systemem Vibrant Soundbridge w Światowym Centrum Słuchu od 2009 r. Przedstawiono przypadki sześciorga dzieci, w tym jednego chłopca i pięciu dziewczynek, w wieku od 8 do 18 lat, z obustronnymi wadami wrodzonymi różnego typu. W związku z różnorodnością wad wrodzonych oraz rodzajów niedosłuchów występujących u zaimplantowanych dzieci nie było możliwe wprowadzenie jednorodnego modelu diagnostycznego przed- i po operacji.

Wnioski: Analiza przedstawionych przypadków wykazała, że system Vibrant Soundbridge pozytywnie wpływa na rozwój dzieci z wadami wrodzonymi ucha środkowego lub współistniejącymi wadami ucha zewnętrznego i środkowego, u których nie ma możliwości stosowania klasycznych aparatów słuchowych. Na podstawie wyników badań, jak również w ocenie opiekunów, zauważalne są zyski ze stosowania implantu Vibrant Soundbridge.

Wykorzystanie urządzeń na przewodnictwo kostne w chirurgicznych procedurach otologicznych

P. H. Skarżyński^{1,2,3,4}, M. Mrówka¹,
H. Skarżyński¹

¹ Światowe Centrum Słuchu, Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Centrum Słuchu i Mowy, Kajetany

³ Zakład Niedydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Wstęp i cel: Celem badania było porównanie różnych systemów wszczepialnych na przewodnictwo kostne u pacjentów pediatrycznych ze wskazaniami do tego typu operacji.

Materiał i metoda: Grupa 100 pacjentów została poddana procedurze diagnostycznej, na którą składało się badanie CT oraz standardowa diagnostyka audiologiczna. Pacjenci mieli możliwość wypróbowania urządzeń takich, jak Bruckhoff lub opaska Baha i porównania wyników. Pacjenci zakwalifikowani zostali do operacji z wykorzystaniem 3 systemów: Bonebridge, Baha oraz Ponto. Procedura chirurgiczna polega na umieszczeniu w kości skroniowej tytanowego implantu. Po operacji pacjenci badani byli po 1, 3, 6, 12 miesiącach. Wśród pacjentów z systemem Bonebridge wykonano dodatkowo procedurę QOL.

Wyniki: Subiektywne i obiektywne wyniki badania audiologicznego u wszystkich pacjentów są pozytywne. Pacjenci zauważyli, że jakość odbieranych dźwięków jest lepsza, podkreślili również komfort związany z użytkowaniem urządzenia. Efekt kosmetyczny, który dla pacjentów jest niezwykle istotny, został odnotowany w szczególności w przypadku systemu Baha Attract. Pacjenci przebadani zostali za pomocą kwestionariusza opracowanego przez zespół IFPS. Część pacjentów zakwalifikowana wcześniej

do wszczęcia systemu Bonebridge została wykluczona na podstawie oceny tomografii komputerowej (warunki niesprzyjające do wszczęcia systemu Bonebridge) oraz zakwalifikowana do operacji wszczęcia systemu Baha Attract.

Wnioski: Wyniki użycia systemów Baha, Ponto i Bonebridge u pacjentów zgodnie z rekomendacją producentów są pozytywne. Pacjenci pozytywnie oceniają efekty funkcjonalne oraz estetyczne.

Zastosowanie implantów ucha środkowego Vibrant Soundbridge w wadach wrodzonych uszu u osób poniżej 18 roku życia

P. H. Skarżyński^{1,2,3,4}, A. Pastuszek¹,
M. Porowski¹, H. Skarżyński¹

¹ Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

² Centrum Słuchu i Mowy, Kajetany

³ Zakład Niedydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Wstęp i cel: Implanty ucha środkowego stanowią uznaną metodę leczenia zaburzeń słuchu w zaawansowanych chorobach ucha środkowego, w sytuacjach gdy inne sposoby chirurgicznej rekonstrukcji czy też zastosowanie klasycznych aparatów słuchowych z różnych względów nie jest możliwe. Urządzenia te znajdują również zastosowanie w wadach wrodzonych ucha zewnętrznego oraz środkowego, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Celem niniejszej pracy było przedstawienie korzyści po zastosowaniu urządzenia Vibrant Soundbridge w wybranych wadach wrodzonych ucha środkowego i zewnętrznego u osób poniżej 18 roku życia.

Materiał i metoda: Przedstawiona grupa pacjentów to osoby poniżej 18 roku życia z różnymi wadami wrodzonymi ucha środkowego i zewnętrznego, u których zastosowano leczenie niedosłuchu za pomocą systemu implantu ucha środkowego typu Vibrant Soundbridge. Przedstawiono różne sposoby umocowania przetwornika na kosteczkach słuchowych, jak również wskazania i ograniczenia przy zastosowaniu Vibrant Soundbridge w grupie wiekowej poniżej 18 roku życia.

Wyniki i wnioski: Korzyści po zastosowaniu tego typu urządzenia są znaczne w zdecydowanej większości przypadków. Zwłaszcza jest to zauważalne u pacjentów, u których niemożliwe jest zastosowanie klasycznych wewnętrznych aparatów słuchowych z powodu obecności wad wrodzonych ucha zewnętrznego, takich jak atrezja przewodu słuchowego zewnętrznego. Metoda ta wymaga dłuższej obserwacji i analizy, jednak jak dotychczas wyniki są bardzo obiecujące.

Wykład na zaproszenie Ciała obce dróg oddechowych – problem znany, ale stale istotny

A. Zakrzewska

Klinika Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ciała obce dróg oddechowych stanowią problem kliniczny w każdym wieku, jednak u dzieci młodszych, poniżej 4 roku życia, stwierdzone są wyraźnie częściej. Związane jest to z ciekawością i brakiem poczucia zagrożenia, ale w przypadku aspiracji ciał obcych do oskrzeli z prawie liniowym połączeniem czynnościowym jam nosa z wejściem do krtani otwartym w czasie oddychania. Najistotniejszym następstwem obecności ciała obcego w drogach oddechowych jest zaburzenie przepływu powietrza spowodowane wielkością ciała obcego oraz odczynem zapalnym tkanek w wyniku podrażnienia. Zawsze natomiast moment aspiracji może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia, a wiedza na temat właściwego postępowania jest koniecznością.

Zwykle aspiracja ciała obcego wywołuje odruchy powodujące krztuszenie, a tylko w nielicznych przypadkach nie obserwuje się tego objawu. Zdarza się natomiast, że moment krztuszenia nie zostaje zauważony lub jest bagatelizowany przez opiekunów, a zalegające w drzewie oskrzelowym ciało obce powoduje drażnienie, wywołując poważne następstwa często odległe w czasie.

Istotnym problemem związanym z aspiracją ciał obcych jest diagnostyka, która pozwala na potwierdzenie obecności ciała obcego. Obejmuje ona szczegółowe badanie kliniczne, badania radiologiczne, w tym zdjęcia na wdechu i wydechu, oraz w przypadku dzieci młodszych, a szczególnie niemowląt, poziomymi promieniami. Należy jednak powiedzieć, że w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do wyników badań wobec dodatniego wywiadu dotyczącego krztuszenia należy wykonać bronchoskopię. Niejednokrotnie zaaspirowane ciało obce nie tworzy jednej całości, a jest to kilka fragmentów np. orzecha, dlatego regułą powinno być wykonanie kontroli bronchoskopowej bezpośrednio po usunięciu celem wykluczenia zalegania kolejnych fragmentów. Dalsza opieka nad pacjentem po usunięciu ciała obcego polega na obserwacji klinicznej i tylko w wątpliwych przypadkach wymaga kolejnej kontroli radiologicznej. Usunięcia ciał obcych wykonywane są sztywnymi bronchoskopami, dlatego głęboko zalegające ciała obce u małych dzieci bywają trudno dostępne; w takich sytuacjach należy rozważyć wykonanie płukania i odessania płynu z fragmentami ciała obcego z zablokowanego odcinka drzewa oskrzelowego.

Innym problemem są zalegające ciała obce. Ich podejrzenie, przy braku obciążającego wywiadu, wiąże się zwykle z prowadzoną w oddziałach pediatrycznych czy pulmonologicznych diagnostyką przewlekających się lub nawracających zapaleń płuc u dzieci. Czasem może być to rozwój dramatycznie przebiegających pleuropneumonii, odmy opłucnowej lub szyjno-opłucnowej wymagających długotrwałego leczenia, a nierzadko powodujących trwałe uszkodzenia.

Przypomnienie tego problemu oraz możliwych powikłań powinno być bodźcem do szkoleń w zakresie bronchoskopii, albowiem problem usuwania ciał obcych z dróg oddechowych u dzieci nadal należy głównie do laryngologów dziecięcych.

Wykład na zaproszenie Zespół bezdechów obturacyjnych u dzieci

L. Zawadzka-Głós

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Zaburzenia oddychania podczas snu (*Sleep Disordered Breathing*, SDB) jest grupą schorzeń, do których zaliczamy: zespół wzmożonej oporności górnych dróg oddechowych (*Upper Airway Resistance Syndrome*, UARS), zespół obturacyjny zaburzeń oddychania podczas snu (*Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome*, OSAHS) oraz chrapanie pierwotne (*Primary Snoring*, PS). OSAHS występuje u około 1–3% dzieci we wszystkich grupach wiekowych oraz u 7–27% dzieci przewlekle chrapiących. Najczęściej jednak rozpoznawany jest u dzieci w wieku 4–8 r.ż., gdy wielkość adenoidu i migdałków podniebiennych jest największa. Chrapanie pierwotne dotyczy około 10% dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, a jego częstość obniża się po 9 r.ż. Celem pracy jest przedstawienie aktualnych kryteriów rozpoznania zaburzeń oddychania w czasie snu oraz możliwości diagnostycznych i leczniczych.

Materiał i metoda: Praca oparta jest na przeglądzie współczesnego piśmiennictwa oraz doświadczeniach własnych w leczeniu dzieci z OSAHS.

Wyniki: Obecnie obserwuje się wzrost częstości występowania obturacyjnych zaburzeń oddychania u dzieci w czasie snu. Istnieją odmienne czynniki predysponujące oraz obraz kliniczny w porównaniu z OSAHS u dorosłych. Diagnostyka u dzieci może okazać się utrudniona.

Wnioski: Wczesne rozpoznanie i wczesne rozpoczęcie leczenia OSAHS zapobiega odległym następstwom. Polisomnografia jest niepodważalną metodą diagnostyczną, lecz o ograniczonej dostępności. W diagnostyce OSAHS wykorzystuje się również inne metody, takie jak: pulsoksymetria, endoskopia górnych dróg oddechowych w śnie indukowanym, biomarkery, analiza genetyczna, ocena ciśnienia i czasu przejścia tętna podczas snu. Częściej niż u dorosłych jest możliwe skuteczne leczenie operacyjne OSAHS.

Postępowanie w niewykształceniu nozdrzy tylnych – szczególne sytuacje kliniczne

J. Kolańska-Lipińska, B. Pucher, M. Kotowski, J. Szydłowski

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Niewykształcenie nozdrzy tylnych to jedna z najczęstszych wad wrodzonych nosa. Występuje raz na osiem tysięcy żywych urodzeń. Anomalia ta dwa razy częściej pojawia się u dziewczynek, a obustronne niewykształcenie nozdrzy tylnych stanowi 25–35% wszystkich przypadków. W ponad 50% choroba ta współistnieje z innymi wadami wrodzonymi.

Autorzy pracy przedstawiają trudności diagnostyczne i terapeutyczne u kilkorga dzieci leczonych z powodu niewykształcenia nozdrzy tylnych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu w ciągu ostatniego roku. U tych pacjentów schorzenia dodatkowe takie, jak asocjacja CHARGE, rozszczep podniebienia czy zespół Cruzona, sprawiły, że leczenie rekonstrukcyjne stało się sporym wyzwaniem.

Uszkodzenie jąder ślimakowo-przedsionkowych u 17-letniego pacjenta – opis przypadku

M. Musiatowicz

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Cel: Celem pracy jest zwrócenie uwagi na rzadko występującą w populacji dziecięcej przyczynę nagłego pogorszenia słuchu.

Pacjent, lat 17 i 11/12, został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii UM w Białymstoku z powodu szumów usznych w uchu prawym, które pojawiły się około 7 dni przed hospitalizacją, z towarzyszącym pogorszeniem słuchu i zawrotami głowy od 3 dni. W dniu przyjęcia do Kliniki ból głowy i 5-krotne wymioty. W kwietniu 2014 r. pacjent był hospitalizowany na SOR UDSK po wypaleniu środka halucynogenego „dopalacza”. Aktualny wywiad odnośnie spożycia alkoholu, leków, narkotyków i innych substancji toksycznych w dniu hospitalizacji ujemny. Przy przyjęciu na Izbę Przyjęć pacjent był konsultowany przez pediatrę, neurologa, okulistę; wykonano punkcję lędźwiową (wynik ujemny) oraz badanie KT głowy. W badaniu laryngologicznym oczopląs poziomy II stopnia w lewo, nasilający się po zniesieniu fiksacji; dwufazowy. W badaniu akumetrycznym UP, przy zagłuszaniu terkotką Barany'ego, szeptu nie powtarza, mowa głośna a.c; w UL szept 5 m. Podczas hospitalizacji zastosowano leczenie zachowawcze: Encorton, Polfilin, Xylocaina. Wykonano diagnostykę audiologiczną: tympanometria z badaniem odruchów z m. strzemiączkowego, audiometria tonalna, otoemisje DPO-AE, audiometria mowy oraz ABR. Ze względu na wynik badania audiologicznego, wskazującego na pozaślিমakową przyczynę ww. dolegliwości, wykonano badanie MRI

głowy, które wykazało różnej wielkości ogniska o charakterze demielinizacyjnym w istocie białej półkul mózgu okolicy okołokomorowej, w okolicy odnogi tylnej lewej torebki wewnętrznej oraz okolicy stropu komory IV. Po konsultacji neurologicznej pacjent został przeniesiony do Kliniki Neurologii Dziecięcej UMB.

Olbrzymi guz gardła u 16-letniego pacjenta

M. Kotecki, Z. Kozłowski, A. Michalak, A. Zakrzewska

Klinika Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Prezentujemy przypadek 16-letniego pacjenta, przyjętego z powodu znacznego upośledzenia drożności nosa, zaburzeń i trudności w połykaniu, u którego stwierdzono olbrzymi guz wypełniający część górną i środkową gardła. Dolegliwości u pacjenta występowały od około 2 lat. Na podstawie badania laryngologicznego, badania endoskopowego i diagnostyki radiologicznej (TK) zakwalifikowano pacjenta do leczenia operacyjnego, rozpoznając ogromny polip antrochoanalny zatoki szczękowej prawej.

Polip antrochoanalny jest łagodną, pojedynczą zmianą pochodzącą z błony śluzowej zatoki, najczęściej szczękowej, przechodzącą przez naturalne lub dodatkowe ujście zatoki do przewodu nosowego środkowego i rozciągającą się do nosogardła. Stanowi około 28% wszystkich polipów występujących u dzieci. Stwierdzany jest zwykle jako widoczny polip w przewodzie nosowym lub guz w nosogardle. Natomiast wielkość zmiany i dolegliwości obserwowane u przedstawianego pacjenta są ogromną rzadkością.

Powikłania wewnątrzczaszkowe w otolaryngologii dziecięcej – studia przypadków

A. Al.-Jazani¹, K. Partycka-Pietrzyk¹, A. Niedzielski², G. Mielnik-Niedzielska¹

¹ *Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

² *Klinika Pediatrii, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

Wstęp: Wprowadzenie w połowie XX wieku szerokiego zastosowania antybiotykoterapii w leczeniu zarówno zapaleń ucha, jak i zatok obocznych nosa przyczyniło się do spektakularnego zmniejszenia liczby powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu tych jednostek chorobowych. Obecnie szacuje się, że występują one u 3,7% pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia zatok, przy czym częściej są one obserwowane w trakcie zapalenia zatok czołowych oraz sitowych. W przypadku zapalenia ucha powikłania obserwuje się u około 0,36% chorych, z czego 0,02% jest następstwem ostrego zapalenia ucha środkowego.

Cel pracy: Przedstawienie powikłań wewnątrzczaszkowych ostrych procesów zapalnych w otolaryngologii dziecięcej.

Materiał i metoda: Materiał do analizy stanowiły przypadki dwóch chorych – 1,5-letniego chłopca, hospitalizowanego z powodu ostrego, ropnego, obustronnego zapalenia ucha środkowego oraz 12-letniego chłopca, przyjętego do kliniki z objawami ostrego, ropnego zapalenia zatok – hospitalizowanych na przestrzeni 12 miesięcy w Katedrze i Klinice Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii UM w Lublinie.

Wnioski: Powikłania wewnątrzczaszkowe stanowią wprawdzie znikomy odsetek w znaczeniu epidemiologicznym, jednakże ze względu na bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów ich znajomość jest niezwykle ważna.

Pogryzienie przez psa 3-letniej dziewczynki – prezentacja przypadku

**A. Niedzielski¹, P. Puźniak²,
G. Mielnik-Niedzielska², D. Wielosz³**

¹ *III Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

² *Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

³ *Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Pogryzienie przez psa jest częstym problemem spotykanym w naszym społeczeństwie. Rany zadane przez zwierzę mają różny charakter, od drobnych zadrapań przez obrażenia prowadzące do śmierci, zazwyczaj w mechanizmie wykrwawienia. Wśród psów, które atakują najczęściej, zdecydowana większość to mieszańce. Do ras uznawanych za niebezpieczne zaliczają się amerykański pitbull terrier i rottweiler, które stanowią jedynie 0,9% wszystkich pogryzień. Z badań wynika, że 57% ofiar ataków zwierząt domowych stanowią dzieci poniżej 10 roku życia. Niemowlęta z kolei stanowią najbardziej zagrożoną grupę wiekową. Metoda leczenia zależy od umiejscowienia i rozległości doznanych obrażeń. Leczeniem z wyboru jest odtworzenie ciągłości tkanek z zachowaniem ich funkcji i walorów estetycznych. Praca przedstawia przypadek 3-letniej dziewczynki pogryzionej przez psa rasy pitbull będącego pod opieką rodziny.