

XXXVI Krajowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Problemy otolaryngologii dziecięcej w codziennej praktyce”, 10–12.10.2013 r., Lublin

10 października 2013 r. (czwartek)

Sesja inauguracyjna

Guzy głowy i szyi u dzieci

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński

11 października 2013 r. (piątek)

Sesja I

Współczesne możliwości w leczeniu wad wrodzonych uszu

*M. Mrówka, H. Skarżyński, M. Porowski,
P. Skarżyński, A. Niedzielski*

*Kliniczne Centrum ORL Światowego Centrum Słuchu i Mowy,
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach*

Wada wrodzona małżowiny usznej wraz z zazwyczaj towarzyszącą jej pierwotną atrezią przewodu słuchowego zewnętrznego i deformacją ucha środkowego stanowi złożony i wymagający kompleksowego postępowania problem funkcjonalny (upośledzenie słuchu) i estetyczny (brak lub deformacja małżowiny usznej). Tylko sama mikrocja występuje raz na około 20 000 żywych urodzeń, drugie tyle to atrezia przewodu słuchowego zewnętrznego. Wady te są częstsze u płci męskiej 3:2 i występują obustronnie w 25–30% przypadków. Poza niedosłuchem przewodzeniowym w 12–50% przypadków może towarzyszyć im różnego stopnia odbiorcze upośledzenie słuchu.

Rozwój mikrochirurgicznych technik rekonstrukcyjnych, wprowadzenie do praktyki otolaryngologicznej metod osteointegracji oraz udoskonalenie aparatów słuchowych zakotwiczanych w kości skroniowej (BAHA, PONTO, BONEBRIDGE) i aparatów ucha środkowego (VIBRANT, DACS) zmieniły bardzo wiele w podejściu do problemu wad wrodzonych ucha zewnętrznego, zwiększając w istotny sposób zakres możliwości terapeutycznych i modyfikując wskazania. W przypadkach głębokiego niedosłuchu lub głuchoty stosuje się implanty ślimakowe, a w bardziej skomplikowanych wadach implanty słuchowe wszczepiane

na powierzchnię jąder ślimakowych pnia mózgu. Wybór właściwego postępowania jest jednak bardzo trudny, czasochłonny i wymaga dużej wiedzy i doświadczenia od całego zespołu.

Autorzy przedstawiają współczesne możliwości leczenia wad wrodzonych ucha środkowego i zewnętrznego, ze szczególnym uwzględnieniem kolejności podejmowanych działań i wykorzystania najnowszych możliwości współczesnej medycyny, co zostanie ujęte w przejrzystej formie algorytmów postępowania.

Powikłania wewnątrzskroniowe u dzieci z zapaleniem ucha środkowego

T. Ryczer, L. Zawadzka-Głós, M. Dębska

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Powikłania usznopochodne mogą wystąpić zarówno w ostrym, jak i w przewlekłym zapaleniu ucha środkowego. Mimo rozpowszechnionej antybiotykoterapii nadal są często spotykane w praktyce klinicznej, w szczególności w populacji dziecięcej.

Materiał i metodyka: Analizą objęto pacjentów hospitalizowanych w Klinice Dziecięcej ORL WUM z powodu powikłań usznopochodnych w okresie styczeń 2011 – styczeń 2013. Oceniano m.in. dane demograficzne pacjentów, rodzaj powikłań, postępowanie.

Wyniki: Hospitalizowano 24 dzieci z ostrym zapaleniem wyrostka sutkowatego (M=14, K=10), mediana wieku wyniosła 4 lata. Zapalenie wyrostka sutkowatego częściściej występowało po stronie prawej (n=16). U 21 dzieci zapalenie wyrostka sutkowatego wystąpiło na tle ostrego stanu zapalnego, u 3 dzieci na tle przewlekłego zapalenia ucha środkowego (jedno dziecko było hospitalizowane trzykrotnie). Ropień podokostnowy wyrostka sutkowatego stwierdzono u 6 dzieci (25%). Paracenteza była wykonana u 20 pacjentów, w 9 przypadkach (37,5%) wykonano antromasteidektomię, a u jednego pacjenta drenaż ropnia podokostnowego. U wszystkich pacjentów prowadzono intensywną antybiotykoterapię dożylną.

Wnioski: Najczęstszym powikłaniem usznopochodnym u dzieci jest zapalenie wyrostka sutkowatego, które

występuje głównie na tle ostrego zapalenia ucha środkowego. Postępowaniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne i złożona antybiotykoterapia. Jeśli nie doszło do perforacji błony bębenkowej z wyciekami ropnym, powinna być wykonana paracenteza. W przypadku ropnia podokostnowego wyrostka sutkowatego wykonywana jest antromasteidektomia.

Operacje tympanoplastyczne wykonywane u dzieci w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Szczecinie w latach 2011–2012

K. Amernik, E. Grochowska-Bohatyrewicz, J. Tomaszewska, E. Jaworowska

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

W latach 2011–2012 wykonano w Klinice 12 operacji tympanoplastycznych u dzieci w wieku od 7 do 15 lat (średnia 12 lat), co stanowiło 13,4% tego typu zabiegów.

Wskazania do leczenia operacyjnego były zróżnicowane, wśród nich występowały: perlakowe zapalenie ucha środkowego (n=3), rewizja po operacji perlaka (n=1), proste przewlekłe zapalenie ucha (n=2), adhezyjne zapalenie ucha (n=3), ziarniniak cholesterolowy (n= 1), zapalenie polipowato-ziarninowe (n=1), wada wrodzona ucha (n=1).

Obserwowano następujące typy perforacji błony bębenkowej: centralna (n= 3), subtotalna (n=3), epitympanalna (n=1), brzeżna (n=3). Do rekonstrukcji błony bębenkowej zastosowano powięź mięśnia skroniowego (n=10), ochrzęstną (n=1), chrząstkę (n=3). Tympanoplastyka techniką otwartą wykonano u 3 chorych, techniką zamkniętą u 9 pacjentów. Otwarcie wyrostka sutkowatego przeprowadzono u 8 dzieci.

W trakcie zabiegu stwierdzono: brak młoteczka – po operacji radykalnej (n=1), unieruchomienie młoteczka (n=1), brak kowadełka (n=2), częściowe zniszczenie kowadełka (n= 5), brak suprastruktury strzemiączka (n= 1), brak strzemiączka – po operacji radykalnej (n=1).

Rozstęp powietrzno-kostny przed podjętym leczeniem oceniono u 12 pacjentów i wynosił od 15 do 60 dB (średnio 33 dB), po ukończeniu procesu gojenia oceniono słuch u 6 chorych, poprawa słuchu wystąpiła u 5 pacjentów – średnio o 21 dB, w jednym przypadku rozstęp powiększył się o 10 dB.

Dobre efekty słuchowe po operacjach usznych, które są istotne dla prawidłowego rozwoju dziecka, potwierdzają stanowisko, że wiek nie stanowi kryterium do wykonania tympanoplastyki.

Centralne procesy przetwarzania słuchowego u dzieci z dyslalią

E. Kurkowska, G. Niedzielska

Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zaburzenie percepcji słuchowej uniemożliwia prawidłowy dostęp do informacji dźwiękowej, w wyniku czego mogą występować problemy między innymi z rozwojem mowy oraz w funkcjonowaniu dziecka w środowisku szkolnym. W praktyce logopedycznej przyczyn nieprawidłowej artykulacji upatruje się najczęściej w zaburzeniach motorycznych. Nie dostrzega się jednak podłoża audiogenne, które stanowić mogą centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego. Istnieje bowiem grupa dzieci, która mimo poprawnego słuchu fizycznego oraz właściwej motoryki narządów artykulacyjnych wykazuje trudności w mówieniu.

W wystąpieniu przedstawione zostaną wyniki badań centralnych procesów przetwarzania słuchowego u dzieci z dyslalią. W diagnozie zastosowano testy: FPT, DPT, DLF, CWT, FWT.

Przejawy asymetrii funkcjonalnej mózgu w badaniach procesów poznawczych dzieci i młodzieży z jednostronnym uszkodzeniem narządu słuchu

G. Gwizda¹, A. W. Niedzielski², G. Niedzielska¹

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Badania nad dominacją półkul mózgowych wskazują, że ośrodki percepcji mowy zlokalizowane są zazwyczaj w półkuli lewej, a percepcja jest związana z uchem przeciwległym półkuli. Oznacza to, że prawe ucho jest dominujące w percepcji dźwięków mowy. Przewaga percepcji lewo-usznej dotyczy dźwięków muzycznych, dźwięków z otoczenia i treści emocjonalnych.

Celem prezentowanej pracy jest:

1. Ocena wpływu konsekwencji jednostronnego uszkodzenia narządu słuchu na funkcjonowanie procesów poznawczych dzieci.
2. Ocena deficytów spowodowanych jednostronnym uszkodzeniem narządu słuchu.
3. Zrozumienie neuropsychologicznych mechanizmów zmian zachodzących w centralnym układzie nerwowym u osoby z uszkodzonym narządem słuchu.

Badaniami objęto dzieci, u których zdiagnozowano za pomocą badania audiologicznego jednostronne uszkodzenie narządu słuchu w stopniu głębokim.

W badaniu psychologicznym oceniano poziom zdolności intelektualnych przy użyciu Skali Inteligencji D. Wechslera Dla Dzieci.

Stwierdzono, że strona niedosłuchu ma istotny wpływ na przebieg procesów poznawczych. Dzieci z niedosłuchem prawostronnym osiągają istotnie niższe wyniki w skali słownej w stosunku do dzieci z niedosłuchem lewostronnym, natomiast dzieci z niedosłuchem lewostronnym osiągają istotnie niższe wyniki w zakresie analizy i syntezy wzrokowej, pamięci wzrokowej, posiadają niższe wyniki w zakresie wyobraźni przestrzennej, koordynacji wzrokowo-ruchowej.

W głuchocie prawostronnej obserwuje się więcej trudności w zakresie zdolności językowych – za które odpowiada lewa półkula mózgu, natomiast w głuchotach lewostronnych trudności dotyczą procesów percepcji, analizy i syntezy wzrokowej, dominujących dla prawej półkuli.

Na podstawie uzyskanych wyników możliwe będzie dostosowanie odpowiednich działań stymulujących deficyty będące skutkiem niedosłuchu, dostosowanie wymagań dydaktycznych do możliwości dziecka z jednostronnym uszkodzeniem narządu słuchu.

Działania psychologiczne jako ważny element terapii dziecka z CAPD i jego rodziny

J. Rostkowska, A. Geremek-Samsonowicz

Klinika Rehabilitacji Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach

Ośrodkowe zaburzenia słuchu to nieprawidłowości w przetwarzaniu słuchowym na poziomie neuronalnym nie wynikające z zaburzeń funkcji poznawczych i językowych. Nie stanowią odrębnej jednostki chorobowej, są zespołem objawów, które wynikają z deficytów opracowywania informacji akustycznej w ośrodkowej części układu słuchowego pomimo prawidłowej czułości słuchu. Dotyczą około 5% populacji dzieci w wieku 5–10 lat. Towarzyszą dysleksji, specyficznym trudnościami w nauce, specyficznym zaburzeniom językowym, zaburzeniom integracji sensorycznej i nadpobudliwości psychoruchowej. Występują dwa razy częściej u chłopców. Dzieci z ośrodkowymi zaburzeniami słuchu mają często trudności z opanowaniem podstawowych umiejętności szkolnych, jakimi są czytanie i pisanie. Nauczyciele i rodzice koncentrują się przede wszystkim na ich wytrenowaniu, ponieważ są kluczowe dla dalszej edukacji, nie zauważając narastających problemów emocjonalnych dziecka.

Celem pracy była ocena zdrowia psychicznego dzieci z ośrodkowymi zaburzeniami słuchu oraz zaprezentowanie programu terapeutycznego wynikającego z otrzymanych wniosków.

Wyniki badań przeprowadzonych w 74-osobowej grupie uczniów obarczonych ośrodkowymi zaburzeniami słuchu, przy użyciu Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) wykazały iż w dzieci te charakteryzuje istotnie

większe nasilenie symptomów emocjonalnych, nadaktywności i problemów w koncentracji uwagi oraz trudności w kontaktach z rówieśnikami. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych okazało się 4 razy większe niż w grupie dzieci o prawidłowym rozwoju. Otrzymane wyniki potwierdziły obserwacje innych badaczy i pozwoliły nakreślić obszar pracy psychologicznej w tej grupie dzieci.

W pracy zostanie przedstawiony autorski program socjoterapeutyczny, odpowiadający potrzebom pacjentów z ośrodkowymi zaburzeniami słuchu, obejmujący trening umiejętności społecznych, kontroli zachowania, koncentracji, wyrażania uczuć, motywacji, budowania i wzmacniania poczucia własnej wartości. W ramach terapii dziecka z ośrodkowymi zaburzeniami słuchu autorki proponują również grupy terapeutyczne dla rodziców, których program zawiera nie tylko treści poznawcze, lecz także pracę psychoterapeutyczną dotyczącą utrwalonych nieadaptacyjnych schematów.

Analiza częstości występowania szumów usznych u dzieci w wieku szkolnym

D. Raj-Koziak, H. Skarżyński, K. Kochanek, I. Niedziałek

Klinika Audiologii i Foniatrii Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach

Celem pracy była ocena częstotliwości występowania szumów usznych, ocena czynników ryzyka szumów usznych oraz ocena wpływu szumów usznych na zachowanie się dzieci w wieku szkolnym w Polsce.

Materiał pracy stanowiły odpowiedzi ankietowe 118 005 rodziców 7-latków oraz ich rodziców oraz 23 339 odpowiedzi ankietowych 12-latków i ich rodziców. Badania zaplanowano jako retrospektywną analizę wyników danych ankietowych.

Odsetek odpowiedzi ankietowych rodziców dzieci 7-letnich wskazujących na występowanie szumów usznych u 12,9% (15 244) dzieci oraz rodziców dzieci 12-letnich potwierdzających występowanie szumów usznych u 16,6% (3386) dzieci okazał się niższy w porównaniu z odpowiedziami uzyskanymi bezpośrednio od dzieci. Analiza odpowiedzi dzieci na pytanie o odczuwanie szumów usznych wykazała 29,3% (34 517) odpowiedzi pozytywnych dzieci w wieku 7 lat potwierdzających słyszenie szumów usznych i 34,5% (8060) pozytywnych odpowiedzi dzieci 12-letnich. Wiek dziecka, niedosłuch, przebyte zapalenia uszu oraz narażenie na hałas pod postacią słuchania głośnej muzyki okazały się czynnikami ryzyka wystąpienia szumów usznych zarówno w grupie 7- i 12-latków. Stwierdzono częstsze występowanie kategorii zachowań dzieci takich jak: ruchliwość, wielomówność, nerwowość, problemy z koncentracją oraz izolowanie się i łatwe rozpraszenie zarówno w grupie 7- i 12-latków odczuwających szumy uszne.

Wnioski

1. Szumy uszne są częstym zjawiskiem u dzieci rozpoczynających edukację szkolną

2. Czynniki ryzyka mającymi wpływ na wystąpienie szumów usznych u dzieci okazały się: wiek dziecka, niedosłuch, przebyte zapalenia uszu, narażenie na hałas.
3. Odczuwanie szumów usznych wywiera negatywny wpływ na zachowanie się dzieci.

Sesja II

Możliwości aparatu słuchu w XXI wieku

G. Niedzielska

Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wrodzony stridor oddechowy u dzieci

M. Jabłońska-Jesionowska, L. Zawadzka-Głós, T. Ryczer

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Ropnie okołomigdałkowe wieku dziecięcego jako narastający problem otolaryngologiczny – w materiale Oddziału Otolaryngologii Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie w latach 2005–2013

A. Marmurowicz, A. Betlejewski

Oddział Otolaryngologii Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie

Ropień okołomigdałkowy uważany jest za chorobę ludzi młodych, występującą najczęściej między 20 a 30 rż. Bardzo rzadko, według dostępnego piśmiennictwa, występuje on u dzieci poniżej 5 rż. Obecnie notujemy jednak coraz większą liczbę przypadków występowania ropni okołomigdałkowych u dzieci i młodzieży przed 18 rż. Autorzy analizują 102 przypadki nacieków i ropni okołomigdałkowych w tej grupie wiekowej, które leczone były w oddziale od 01.2005 r. do 08.2013 r. i omawiają najbardziej prawdopodobne przyczyny tego zjawiska.

ASO w aspekcie operacji migdałków podniebiennych

I. Mazurewicz

Oddział Otolaryngologiczny Szpital Polski w Sztumie

Grupa A paciorkowców beta-hemolizujących produkuje enzymy oraz toksyny. Jedną z toksyn jest streptolizyna-O. Odczyn ASO określa stopień infekcji *Streptococcus pyogenes* i może być przydatny w diagnostyce gorączki reumatycznej oraz ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek. Miano ASO może być jednym z czynników przydatnych przy kwalifikacji do tonsylektomii.

Fibromatosis juvenile u dzieci. Opisy przypadków

B. Pucher, J. Szydłowski, J. Sroczyński, I. Chwirot-Głyda

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Fibromatosis juvenile jest chorobą dotyczącą skóry, stawów i kości. Ujawnia się w pierwszych latach życia dziecka. Typowa lokalizacja obejmuje: kończyny górne, szyję, owłosioną skórę głowy, uszy i nos. Leczenie jest najczęściej operacyjne.

Autorzy przedstawiają 2 przypadki fibromatosis juvenile – pierwszy u noworodka na szyi, drugi u 3-letniego chłopca w okolicy skroniowej. Dzieci były leczone operacyjnie w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu i pozostają pod okresową kontrolą poradni przyklinicznej. W pracy przedstawiono także przegląd dostępnej literatury medycznej.

Problemy z intubacją u dzieci w różnych zespołach chorobowych. Metody postępowania

R. Putrym, P. Zaorski

Oddział Otolaryngologii Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku

Z trudną intubacją ogromna większość lekarzy naszej specjalności zetknęła się lub zetknie w swojej przyszłości zawodowej. Problem ten dotyczy wg piśmiennictwa nawet do kilkunastu procent wszystkich intubacji. Autorzy przedstawiają metody postępowania w sytuacji zaistnienia tego problemu na podstawie piśmiennictwa i własnych doświadczeń.

Leczenie zachowawcze naczynek krwionośnych u dzieci – doświadczenia własne

G. Niedzielska¹, P. Żychowski¹, R. Jawniak², E. Sadurska²

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Klinika Kardiologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Dane z literatury wskazują na skuteczne wyniki leczenia naczynek krwionośnych za pomocą propranololu.

Celem pracy jest przedstawienie wyników leczenia propranololem naczynek zlokalizowanych w obrębie skóry twarzy i szyi oraz w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, gardła, nosa i krtani.

Badaniami objęto 42 dzieci w wieku od 4 miesięcy do 8 lat. Leczenie rozpoczynano po przeprowadzeniu badania kardiologicznego. Stosowano propranolol w dawce początkowej 1–1,5 mg/kg m.c./dobę doustnie, zwiększanej stopniowo zależnie od obserwowanych wyników leczenia. Przebieg i skuteczność terapii oceniano na podstawie badania otorynolaryngologicznego, kardiologicznego oraz analizie dokumentacji fotograficznej.

U 40 badanych dzieci zaobserwowano znaczne zmniejszenie wielkości malformacji, a w 32 przypadkach nawet całkowite ustąpienie zmian. Tak dobry efekt leczenia osiągnięto u wszystkich dzieci w ciągu pierwszych dwóch miesięcy leczenia. Podawanie propranololu przez kolejne miesiące nie powodowało dalszej resorpcji zmiany. Skuteczność leczenia korelowała z wiekiem pacjentów. U starszych chorych wyniki leczenia były mniej spektakularne niż u dzieci młodszych do 1. roku życia. W 14 przypadkach leczenie zakończono, nie zaobserwowano ponownego tworzenia się naczynek. Nie stwierdzono także objawów ubocznych stosowania propranololu.

Stosowanie propranololu wydaje się być efektywną i nie przynoszącą powikłań metodą leczenia naczynek wieku niemowlęcego zlokalizowanych w obrębie zainteresowań otorynolaryngologii.

12 października 2013 r. (sobota)

Sesja III

Znaczenie tomografii komputerowej w ocenie pacjenta przed planowaną operacją endoskopową nosa i zatok przynosowych

J. Mierzwiński

Oddział Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy

Zapalenie kości i szpiku kości współistniejące z zapaleniem zatok przynosowych w wieku rozwojowym. Część I: Zapalenie kości czołowej jako powikłanie zapalenia zatoki czołowej

A. Zakrzewska¹, A. Sońta¹, Z. Kozłowski²

¹ Klinika Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Klinika Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zapalenie kości i szpiku kości jest głębokim zapaleniem obejmującym zarówno ścianę kostną jak i przestrzeń szpikową. W kości czołowej rozwija się jako proces zapalny szerzący się poprzez żyły środkowiczości z błony śluzowej zatoki czołowej do szpiku kości. Niszcząc przednią ścianę zatoki, powoduje powstanie ropnia podokostnowego zwanego guzem Potta.

Przedstawiono przebieg choroby trzech pacjentów wieku od 6 do 17 lat. Przeanalizowano przyczyny, zwracając uwagę na różnego rodzaju urazy i zaburzenia mineralizacji kości jako czynniki, mogące mieć decydujący wpływ na powstanie i przebieg choroby. Przedstawiono postępowanie lecznicze, zwracając uwagę nie tylko na metody operacyjne, lecz także na odpowiednio długą antybiotykoterapię oraz opiekę pooperacyjną i konieczność prowadzenia długotrwałego nadzoru ambulatoryjnego. Podkreślono fakt możliwości rozwoju powikłanego procesu zapalnego zatok przynosowych obejmującego zatoki czołowe nawet u młodszych dzieci, co wynika z dużej zmienności rozwoju zatok czołowych.

Zapalenie kości i szpiku kości współistniejące z zapaleniem zatok przynosowych w wieku rozwojowym. Część II: Zapalenie kości szczęki i zatoki szczękowej spowodowane powikłaniami zębopochodnymi

M. Malicka¹, A. Neskromna-Jędrzejczak²,
A. Zakrzewska¹

¹ Klinika Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Klinika Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Mechanizm powstawania zapalenia kości i szpiku nie jest nadal jednoznacznie wyjaśniony.

U dzieci wiąże się najczęściej z procesem zapalnym nieprawidłowych zawiązków zębów bądź zmian okołowierzchołkowych zębów szczęki. Proces zapalny stwierdzany zatoce szczękowej wydaje się być wtórny do procesu zapalnego toczącego się w kości.

Przedstawiono 2 przypadki kliniczne, w których mechanizm rozwoju zapalenia kości szczękowej i zatoki szczękowej były spowodowane różnymi problemami zębopochodnymi.

W pracy omówiono postępowanie diagnostyczne: rtg pantomograficzne, TK, a także badanie USG szczególnie przydatne w przypadku tworzenia ropni tkanek miękkich.

Podkreślono, że w procesie leczenia zębopochodnych stanów zapalnych zatok przynosowych konieczna jest współpraca laryngologa i chirurga szczękowo-twarzowego.

Współczesne możliwości badania radiologicznego zatok przynosowych oraz nosogardła

L. P. Chmielik¹, A. Chmielik²

¹ Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

² Zakład Radiologii Lekarskiej Wojskowego Instytutu
Medycznego

Ciało obce oczodołu penetrujące do zatoki szczękowej

J. Sroczyński, B. Pucher, J. Szydłowski

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

Autorzy prezentują przypadek 9 letniego chłopca przyjętego z urazem twarzy, po wybuchu butli z aerozolem wrzuconej do ogniska. W toku przeprowadzonej diagnostyki

stwierdzono metaliczne ciało obce lewego oczodołu, penetrujące do zatoki szczękowej. Ciało obce ok. 13×6 mm przebiło się do szczytowo-tylnej części zatoki szczękowej wraz z fragmentem kostnym powodując stenozę części przyśrodkowej szeliny oczodołowej dolnej, oraz skaleczenie mięśnia oka prostego i skośnego dolnego. Przedstawiono wyniki rozszerzonej diagnostyki obrazowej, badań konsultacyjnych, oraz opis zabiegu usunięcia ciała obcego pod kontrolą optyki Hopkinsa.

Myxoma zatoki szczękowej u dziecka

A. B. Niedzielski¹, K. Partycka-Pietrzyk²,
G. Niedzielska²

¹ Pracownia Otoneurologii III Katedry Pediatrii Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie

² Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii
i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp: Śluzak (*myxoma*) jest wolno rosnącym, histologicznie łagodnym nowotworem o niejasnej etiologii. Najczęściej rozpoznawany jest u dzieci oraz młodych dorosłych – druga i trzecia dekada życia. Niepełnowartościowa torebka oraz skłonność do wznów po nieradykalnym usunięciu powoduje, że jest on klasyfikowany jako zmiana miejscowo złośliwa. Najczęstszym miejscem występowania śluzaków jest mięsień sercowy – lewy przedsionek. Stosunkowo rzadko występuje w obrębie tkanek głowy i szyi. W tej lokalizacji najczęściej zajmuje kości twarzoczaszki. W piśmiennictwie są również doniesienia o niezmiernie rzadkiej lokalizacji śluzaka w krtani, mięśniach szyi, mięśni skroniowych i kościach podstawy czaszki.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie przypadku 9 miesięcznej dziewczynki hospitalizowanej w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Antoniego Gębali w Lublinie w 2006 r., u której rozpoznano śluzaka lewej kości szczękowej oraz nosowej całkowicie wypełniającego zatokę szczękową. Leczenie polegało na radykalnym wycięciu guza z marginesem tkanek otaczających, a badanie histologiczne zmiany potwierdziło wstępne rozpoznanie. W pracy przedstawiono również przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego przypadków nietypowej lokalizacji śluzaka u dzieci.

Sesja IV

Błędy w progowych badaniach ABR**K. Kochanek***Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach*

Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu są obecnie standardową metodą w obiektywnej ocenie proggu słyszenia u małych dzieci oraz u innych osób, u których istnieje konieczność uzupełnienia badania audiometrycznego o obiektywną ocenę proggu słyszenia. Pomimo znacznego upowszechnienia metody ABR wciąż nie są rzadkie przypadki znacznej rozbieżności pomiędzy wynikami badań progowych ABR wykonywanych w różnych pracowniach, przekraczające 50 dB. Najczęściej przyczyną są błędy wynikające z braku doświadczenia, stosowanie niestandardowych procedur czy też błędy metodologiczne.

Badania progowe ABR wykonuje się procedurą szeregu natężeniowego, zmniejszając stopniowo natężenie bodźca, aby wyznaczyć najniższe natężenie, przy którym fala V przestaje być widoczna w zapisach odpowiedzi. Wraz ze zmniejszaniem natężenia bodźca maleje amplituda fali V oraz stosunek sygnału do szumu, co stwarza określone problemy z detekcją odpowiedzi przy natężeniach okołoprogowych. Biorąc pod uwagę to niekorzystne zjawisko, należy we właściwy i staranny sposób prowadzić badanie oraz dobrać parametry stymulacji i toru rejestrującego.

Podczas wykładu zostaną omówione różne czynniki, które mają wpływ na wartość stosunku sygnału do szumu, oraz zostanie przedstawiony wpływ typowych błędów związanych ze stymulacją i parametrami akwizycji w badaniach ABR na wynik oceny proggu słyszenia tą metodą.

Wysokoczęstotliwościowe ubytki słuchu u dzieci szkolnych**A. Zapert, A. Piotrowska, K. Tarczyński, E. Piłka, A. Danielewicz, H. Skarżyński***Światowe Centrum Słuch Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach*

Wstęp: Prawidłowy słuch jest istotny dla rozwoju mowy i języka. Ubytki słuchu mogą wystąpić w każdym wieku, jednak największy problem rozwojowy stanowią wówczas kiedy dotyczą dzieci. Jedną z przyczyn wystąpienia niedosłuchu u dzieci w wieku szkolnym może być narażenie na nadmierny hałas. Pohałasowe uszkodzenie słuchu w początkowym etapie dotyczy wysokich częstotliwości. Wczesne wykrycie wysokoczęstotliwościowych zaburzeń słuchu u dzieci oraz podjęta odpowiednio wcześniej właściwa interwencja mogą w istotny sposób ograniczyć progresję niedosłuchu oraz jego negatywne następstwa.

Cel: Ocena częstości występowania wysokoczęstotliwościowych ubytków słuchu u uczniów klas I i VI.

Materiał: Badaniami objęto 82 uczniów klas I i VI szkoły podstawowej, w tym 38 uczniów klas I (46%) i 44 uczniów klas VI (54%).

Metoda: U każdego dziecka wykonano audiometryczne badanie słuchu (przewodnictwo powietrzne i kostne) prawego i lewego ucha, dla tonów o częstotliwościach: 0,5, 1, 2, 3, 4, 6, 8, 16, 20 kHz. Pomiary wykonywano metodą Carhart-Jerger, w kabinie audiometrycznej na audiometrze Madsen Astera z zestawem słuchawkowym Sennheiser HDA 200. Wynik badania uznawano za prawidłowy, jeżeli próg słyszenia dla przewodnictwa powietrznego w zakresie częstotliwości od 0,5 kHz do 20 kHz nie przekraczał 20 dB HL oraz wartość rezerwy nie była większa niż 15 dB HL.

Wyniki: W badanej grupie niedosłuch stwierdzono u 46 dzieci (56%), w tym 26 uczniów klas I (56%), 20 uczniów klas VI (44%). U 27 dzieci (44% uczniowie klas I, 56% uczniowie klas VI) ubytek słuchu występował tylko na częstotliwości 6 kHz. W grupie dzieci z ubytkiem tylko dla 6 kHz 26% stanowiły ubytki obustronne.

Wnioski: Z uwagi na dużą częstość ubytków słuchu występujących tylko na częstotliwości 6 kHz powinno się rozważyć wykonywanie pomiaru na tej częstotliwości podczas realizacji badań przesiewowych słuchu w szkołach.

Ocena tympanometrii wieloczęstotliwościowej w diagnostyce ucha środkowego u małych dzieci**A. Sączek¹, E. Piłka², A. B. Niedzielski³, K. Kochanek^{1,2}, H. Skarżyński²**¹ Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie² Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach³ Pracownia Otoneurologii III Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp: Audiometria impedancyjna należy do rutynowych badań wykonywanych w diagnostyce zaburzeń słuchu u małych dzieci. Standardowo w pomiarach tympanometrycznych stosuje się ton próbny o częstotliwości 220 lub 226 Hz. Jednakże coraz częściej istotne znaczenie diagnostyczne przypisuje się tympanometrii wieloczęstotliwościowej (ang. *MFT – Multifrequency Tympanometry*), szczególnie przy użyciu tonu próbnego o częstotliwości 1000 Hz, która umożliwia ocenę poszczególnych elementów składowych admitancji ucha.

Cel: Celem niniejszej pracy jest ocena wiarygodności MFT w diagnostyce ucha środkowego u małych dzieci oraz porównanie parametrów pomiarowych uzyskiwanych z wykorzystaniem dwu częstotliwości pomiarowych: 226 Hz oraz 1000 Hz.

Metoda: Materiał pracy obejmował 58 noworodków, przebywających w Klinice Patologii Noworodków Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Prof. A. Gębali w Lublinie. Każde z dzieci zostało poddane badaniu podatności ucha środkowego z wykorzystaniem dwu częstotliwości pomiarowych: 226 Hz oraz 1000 Hz. Uzyskane wyniki pozwoliły na porównanie parametrów otrzymanych przy użyciu dwu częstotliwości pomiarowych oraz na ocenę efektywności stosowania częstotliwości 1000 Hz w diagnostyce ucha środkowego u małych dzieci.

Wyniki: Rezultaty przeprowadzonych badań wskazują, iż wykresy tympanometryczne otrzymywane dla tych samych uszu, z wykorzystaniem różnych częstotliwości, różnią się znacznie od siebie. Ponadto, w przypadku częstotliwości 1000 Hz, odnotowuje się większy odsetek krzywych typu B.

Wnioski: Na podstawie uzyskanych wyników stwierdza się, że krzywe tympanometryczne dla częstotliwości pomiarowych 226 Hz oraz 1000 Hz, mają zróżnicowane kształty, przy czym częstotliwość 1000 Hz w grupie noworodków ukazuje większy odsetek patologii ucha środkowego. Istnieje zatem potrzeba prowadzenia dalszych badań, a co za tym idzie – wprowadzenia standardów diagnozowania schorzeń ucha środkowego u małych dzieci, celem weryfikacji użyteczności MFT jako metody diagnostycznej o wysokiej czułości.

Ocena wpływu hałasu szkolnego na centralne procesy przetwarzania słuchowego

L. Fajdek¹, A. Piłka², W. W. Jędrzejczak¹,
K. Kochanek^{1,2}

¹ Zakład Językoznawstwa, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

² Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach

Porównanie dotychczasowych wyników pomiarów hałasu szkolnego pokazuje niekorzystny stan warunków akustycznych w szkołach, co może oddziaływać negatywnie na narząd słuchu uczniów oraz zakłócać odbiór i rozumienie mowy. Do tej pory jednak na terenie Polski nie przeprowadzono badań dotyczących wpływu hałasu szkolnego na centralne funkcje słuchowe, dlatego celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu hałasu panującego podczas długich przerw międzylekcyjnych na centralne procesy przetwarzania słuchowego u dzieci.

Badaniami objęto dwie klasy IV Publicznej Szkoły Podstawowej w Lublinie. Wszystkich 45 uczniów wypełniło kwestionariusz ankiety dotyczącej subiektywnej oceny hałasu szkolnego. Grupa 20, wyselekcjonowanych na podstawie wyników audiometrii tonalnej, uczniów poddana została badaniom testami centralnych funkcji słuchowych. Badania wykonywane były przed rozpoczęciem zajęć lekcyjnych oraz po kilku godzinach zajęć, tuż po zakończeniu długiej przerwy międzylekcyjnej (25 min.).

W pracy użyto następujących narzędzi badawczych: autorskiej ankiety dla uczniów oraz testów psychoakustycznych: testu słyszenia rozdzielno usznego - DDT, testu rozumienia mowy w szumie – aSPN, testu wykrywania przerw w szumie – GDT.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż ekspozycja na hałas szkolny w trakcie przerw międzylekcyjnych nie wpływa znacząco na wyniki testów psychoakustycznych. Brak wpływu hałasu na wyniki testów centralnych funkcji słuchowych spowodowany był najprawdopodobniej zbyt krótkim czasem ekspozycji na hałas.

Analiza ankiety wykazała, iż do najczęściej występujących subiektywnych opinii i dolegliwości związanych z ekspozycją na hałas należą: utrudnianie wypoczynku, osłabienie słuchu, pamięci i koncentracji. Ponadto, stan wiedzy uczniów na temat wpływu hałasu na stan zdrowia i samopoczucie człowieka jest zadowalający, konieczne jest jednak podnoszenie świadomości dotyczącej szkodliwości dźwięków o dużym natężeniu oraz wdrażanie różnorodnych działań profilaktycznych.

Miejsce dzieci z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego w systemie edukacyjnym

M. Zgoda, A. Lorens, J. Putkiewicz-
-Aleksandrowicz, A. Obrzycka, H. Skarżyński

Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach

Wstęp: Prawo do edukacji jest jednym z podstawowych praw człowieka. Wśród czynników biopsychicznych wskazuje się wpływ niesprawnego funkcjonowanie narządów zmysłowych na osiągnięcia szkolne uczniów. W przypadku wystąpienia częściowej głuchoty u dzieci niepełnosprawność słuchowa jest trudniej wykrywalna, szczególnie w przypadku najmłodszych. Zachowane reakcje nawet na poziomie normy dla niskich częstotliwości maskują kłopoty dziecka ze słyszeniem. Problem z rozwojem mowy prowadzi lekarzy do poszukiwania przyczyn w stanie słuchu dziecka. Korzystanie z klasycznych aparatów słuchowych w tej grupie pacjentów nie jest dość efektywne, dlatego z sukcesem stosuje się implanty ślimakowe pozwalające pacjentowi na odbiór dźwięków o wysokiej częstotliwości jako dopełnienie słuchu akustycznego.

Brak jest badań odnośnie miejsca dzieci z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego w systemie edukacyjnym. Praca przedstawia dane demograficzne, możliwość rozumienia mowy oraz miejsce edukacji dzieci z częściową głuchotą w czasie od 5 do 7 lat od operacji.

Materiał i metoda: Grupę badawczą stanowiło 18 dzieci z częściową głuchotą, użytkowników implantu ślimakowego przez minimum 5 lat. Przeanalizowano karty medyczne pacjentów. Rozdystrybuowano wśród rodziców zaprojektowaną na potrzeby badania ankietę odnośnie miejsca edukacji.

Wyniki: Przed operacją 89% dzieci uczyło się w otwartym systemie kształcenia, a 11% uczęszczało do szkół specjalnych. W czasie od 5 do 7 lat korzystania z systemu implantu ślimakowego 83% dzieci kontynuowało naukę w szkołach ogólnodostępnych, a 17% w szkołach specjalnych.

Wnioski: Ważnym celem implantacji w przypadku dzieci jest umożliwienie kształcenia się w szkołach ogólnodostępnych. Badana grupa nie była liczna, jednak można wnioskować, iż poprawa możliwości słuchowych u dzieci z częściową głuchotą po zastosowaniu implantu ślimakowego pozwoliła na dalsze ich kształcenie w otwartym systemie edukacji.

Czynniki wpływające na rozwój słuchowy dzieci, którym wszczepiono implant ślimakowy przed ukończeniem drugiego roku życia

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

Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach

Wstęp: W grupie dzieci korzystających z systemu implantu ślimakowego obserwuje się występowanie dużych, międzyosobniczych różnic w rozwoju słuchowym. Wskazanie czynników mogących mieć wpływ na ten rozwój uznaje się obecnie za jeden z istotniejszych problemów badawczych.

Celem pracy jest identyfikacja czynników wpływających na rozwój słuchowy dzieci, którym wszczepiono implant ślimakowy przed ukończeniem drugiego roku życia.

Materiał i metoda: Grupę badawczą stanowiło 120 dzieci. Oceny rozwoju słuchowego dokonano przy użyciu kwestionariusza LittlEARS. Do czynników mogących mieć wpływ na rozwój słuchowy dziecka zaliczono: wiek w momencie wszczęcia implantu, uzyskiwane korzyści z aparatów słuchowych w okresie przedoperacyjnym, długość okresu korzystania z aparatów słuchowych przed wszczęciem

implantu oraz wiek słuchowy dziecka (długość okresu korzystania z implantu ślimakowego).

Wyniki: Korelacja pomiędzy wynikiem badania kwestionariuszem LittlEARS a wiekiem słuchowym w chwili badania osiąga wartości istotne statystycznie po około pięciu miesiącach korzystania z implantu i pozostaje istotna w kolejnych interwałach. Ponadto korelacje pomiędzy wynikiem badania a długością okresu korzystania z aparatów słuchowych oraz średnim progiem słyszenia w aparatach słuchowych przed operacją były istotne statystycznie tylko w pierwszych miesiącach korzystania z implantu.

Wnioski: Powyższe wyniki wskazują, że na rozwój słuchowy dzieci wcześniej implantowanych wpływa głównie stymulacja słuchowa z wykorzystaniem systemu implantu ślimakowego, a nie wcześniejsze doświadczenie słuchowe. Dzieci mające opóźniony rozwój słuchowy z powodu braku korzyści z aparatów słuchowych w okresie przedoperacyjnym, nadrabiają je w pierwszych miesiącach po aktywacji implantu i zrównują się w rozwoju słuchowym z dziećmi o początkowym wyższym stopniu tego rozwoju.

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/05/N/ST7/02006.

Warsztaty

Udrożnienie dróg oddechowych w stanach nagłych u dzieci, podstawowe czynności resuscytacyjne – każdy lekarz powinien to umieć! Zajęcia praktyczne na fantomach

B. Rybojad^{1,2}

¹ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie

² Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie