

II Ogólnopolska Konferencja „Innowacje w otolaryngologii, wyzwania-możliwości-perspektywy”, 14–16 września 2017 r., Kołobrzeg

Wykłady inauguracyjne

1. The Future of Our Specialty

Patrick J. Bradley

Medical and Social Sciences, Middlesex University, London, England

Head and Neck Oncologic Surgery, The University of Nottingham, England

A medical specialty is defined as a recognised territory with a corpus of relevant knowledge and range of skills (often manual) not readily developed by others. Specialisation is stimulated by competition and the opportunity to exploit the potential of new ideas arising from changes in medical and technical knowledge, and social, economic and financial conditions. Specialisation gives professional standing to its practitioners, increases public faith in their expertise and underlines the notion that the overall body of medical knowledge has outgrown the capacity of any one person.

Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery has evolved as a surgical specialty is a product of the late 19th early 20th century. The early otologists were surgeons used the syringe, the scalpel and trephine whilst the early laryngologists were physicians who combined their knowledge of the larynx with that of the chest. Rhinology was embraced by the laryngologists. Their coming together as a discipline was in the middle of the first half of the 20th century.

In Europe France was the first country to remove otology from the sphere of the general surgeons, followed by the German speaking pioneers from Berlin and Leipzig and the British Otologists of London and Edinburgh. As expertise and specialisation expanded into laryngology and rhinology, students travelled widely to gain clinical expertise in places such as London, Paris, Berlin and Vienna, before returning back to their country to commence practice.

In the 21st century much has changed with developments and understanding of diseases, improved diagnostics, miniaturisation of electronics, computerisation and surgical expertise with the laser and robotics. Extended clinical team working is now the norm with much of the patient care provision being provided by qualified non-medical staff. With increasing demands for such services the more common diseases and conditions need to be decentralised into primary and secondary care, with greater

centralisation of high-tech and rarer diseases into tertiary centres. There is a need for greater awareness for the specialist services to work in partnership with population and the current health care provider to ensure targets and future strategies can be planned, funded and achieved.

2. Aktualne wytyczne do stosowania implantów ślimakowych w różnych typach głuchoty

Henryk Skarżyński

Klinika Otorinolaryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

Rozpoczęty przez H. Skarżyńskiego 16 lipca 1992 r. „Program leczenia głuchoty w Polsce” był dedykowany dla osób z całkowitą głuchotą – zarówno dorosłych, jak i dzieci. Kandydatami byli pacjenci głusi od urodzenia oraz ci, którzy stracili słuch w późniejszym wieku. Polski program przeznaczony dla dorosłych pacjentów był rozpoczęty ponad 20 lat za pionierami amerykańskimi (W. House – Los Angeles) oraz odpowiednio 19 i 17 lat za pionierami europejskimi (H. Chouard – Paryż i K. Burian – Wiedeń). W odniesieniu do seryjnie operowanych dzieci (E. Lehnhard – Hanower i G. Clark – Melbourne) opóźnienie we wdrożeniu programu wynosiło mniej niż 10 lat. Pierwszym, pionierskim w skali międzynarodowej osiągnięciem po wprowadzeniu stałego programu w tej części Europy, było rozpoczęcie przez H. Skarżyńskiego w 1997 r. próby zachowania przedoperacyjnych resztek słuchowych i struktury ucha wewnętrznego – niefunkcjonalnych, ale niezwykle ważnych z punktu widzenia rehabilitacji.

Przedsięwzięcie to szybko przyniosło trwałe efekty i miało fundamentalne znaczenie w rozszerzaniu wskazań do stosowania implantów ślimakowych wśród nowych grup docelowych dzieci i dorosłych.

Najistotniejszym wkładem w rozwój światowej implantologii było rozpoczęcie od 2002 r. przez H. Skarżyńskiego leczenia częściowej głuchoty u osób dorosłych, jak również zainicjowanie w 2004 roku pierwszego na świecie leczenia dzieci.

Kolejnym ważnym wkładem w rozwój programu implantów ślimakowych, a następnie innych wszczepianych do ucha środkowego implantów słuchowych (w tym od 1998 r. do pnia mózgu), było przedstawienie przez H. Skarżyńskiego w 2009 r. pierwszej całościowej koncepcji leczenia

różnych wrodzonych i nabytych uszkodzeń słuchu. Koncepcja uwzględniała nowe rozwiązania chirurgiczne – „Procedurę 6 kroków wg Skarżyńskiego” oraz odpowiedni dobór nowych urządzeń, w tym zaprojektowanej przez H. Skarżyńskiego nowej elektrody.

W 2013 r. H. Skarżyński wraz z zaproszonym przez niego gronem 46 ekspertów reprezentującym 39 ośrodków ze wszystkich kontynentów przedstawili pierwszą w historii implantologii skalę oceny zachowania przedoperacyjnego słuchu. Dzięki temu możliwe stało się nie tylko porównywanie nowych generacji implantów, lecz również kolejnych rozwiązań otocirurgicznych.

Ostatnim akcentem rozwoju „Programu implantów ślimakowych” było przeprowadzenie pierwszych w świecie operacji i udokumentowanie przez H. Skarżyńskiego w roku 2014 i 2015 odległych wyników leczenia częściowej głuchoty z zastosowaniem łączonej stymulacji elektryczno-naturalnej w tym samym uchu (Partial Deafness Treatment Electro-Natural Stimulation – PDT-ENS). Pozwoliło to w 2015 r. na przedstawienie aktualnej, najnowszej w literaturze i praktyce klinicznej, koncepcji leczenia różnych typów głuchoty z zastosowaniem nowych technologii i rozwiązań otocirurgicznych. Było to podstawą udokumentowania „Polskiej Szkoły w Nauce Światowej”.

3. Renesans chirurgii w leczeniu nowotworów głowy i szyi

Wojciech Golusiński

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Jedną z podstawowych metod leczenia nowotworów jest chirurgia. Od początku XVIII wieku jej rozwój był bardzo dynamiczny, nie tylko w laryngologii. Od pierwszego usunięcia krtani, wykonanego przez wielkiego chirurga, profesora Theodora Billrotha w Wiedniu, upłynęły dziesiątki lat, a nóż chirurgiczny jest nadal podstawowym narzędziem w leczeniu nowotworów. Dostrzegamy jednak wspaniały rozwój radioterapii oraz onkologii, które stały się równorzędnymi metodami w leczeniu nowotworów złośliwych.

W latach 70. oraz 90. nastąpiło stopniowe odchodzenie od chirurgii, na rzecz stosowania radiochemioterapii. Jednakże różne powikłania w postaci dużej toksyczności oraz poważnego ograniczenia jakości życia leczonych chorych, wpłynęły na renesans chirurgii onkologicznej.

Nowe technologie medyczne znacznie wsparły zakres i jakość leczenia chirurgicznego nowotworów. Podstawową zasadą w chirurgii onkologicznej jest resekcja blokowa z marginesem zdrowych tkanek. Zasada ta została podtrzymana, natomiast sposób wykonania resekcji uległ całkowitej odmianie. Metody małoinwazyjne pozwalają na zachowanie dobrej jakości życia. Nie bez znaczenia jest szybka rekonwalescencja chorych po leczeniu chirurgicznym.

Możemy powiedzieć, że leczenie nowotworów zawsze leży w rękach chirurga – od pobrania materiału do badania histopatologicznego, poprzez wycięcie zasadniczej zmiany,

na zabezpieczeniu podstawowych funkcji życiowych w leczeniu paliatywnym kończąc.

I Sesja – Nowe technologie w otolaryngologii

4. Chirurgia robotowa w otolaryngologii chirurgii głowy i szyi

Wojciech Golusiński

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Szybka diagnostyka onkologiczna, precyzyjne leczenie małoinwazyjne i szybki powrót do pracy w onkologii głowy i szyi jest możliwy przy wykorzystaniu chirurgii robotowej. Szczególnie w obrębie głowy i szyi doszła do wirtualizacji i precyzji są bardzo potrzebne w radykalnym, oszczędzającym leczeniu onkologicznym. Rozwój chirurgii robotowej datuje się od lat 60., jednakże przełom nastąpił w ostatniej dekadzie, kiedy pojawił się system da Vinci oraz system Medrobotics. Obydwa systemy mogą być wykorzystywane w chirurgii głowy i szyi. Lokalizacje anatomiczne szczególnie predisponowane do wykorzystania robotów to: jama ustna, gardło środkowe, gardło dolne oraz górne piętro krtani. W literaturze światowej pojawiają się jak tsunami publikacje potwierdzające jakość tej metody w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Mała ilość powikłań, krótka hospitalizacja i zachowanie jakości życia to wymierne korzyści zastosowania tej metody.

Głęboko wierzę, że polskim otolaryngologom, chirurgom głowy i szyi w najbliższej przyszłości będzie dane wykonywanie zabiegów chirurgicznych przy użyciu chirurgii robotowej.

5. Neuromonitoring w operacjach tarczycy i ślinianek

Marcin Barczyński¹, Piotr Pieńkowski²

¹ *Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie*

² *Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu*

W wykładzie omówiono podstawy techniki neuromonitoringu w operacjach tarczycy oraz ślinianek.

Śródoperacyjny neuromonitoring jest coraz powszechniej stosowaną metodą, wykorzystywaną w chirurgii tarczycy w celu ułatwienia identyfikacji nerwu krtaniowego wstecznego (NKW) i gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego (GZKNKG) oraz zachowania ich prawidłowej czynności podczas operacji. Jest uzupełnieniem złotego standardu wzrokowej identyfikacji NKW, a jego rozpowszechnianie pozwala żywić nadzieję na minimalizację ryzyka uszkodzeń tych nerwów poprzez ułatwienie chirurgom o zróżnicowanym stopniu doświadczenia w chirurgii

tarczycy rozeznania w polu operacyjnym. Śródoperacyjny neuromonitoring jest obecnie metodą zestandaryzowaną, a jego zastosowanie jest szczególnie przydatne w zabiegach o podwyższonym ryzyku powikłań pooperacyjnych ze strony NKW: w wolu nawrotowym, wolu zamostkowym bądź śródpiersiowym, wolu olbrzymim, a także w raku tarczycy. Obecnie w chirurgii tarczycy neuromonitoring znajduje zastosowanie w formacie neuromonitoringu przerywanego (i-IONM) oraz ciągłego (c-IONM). Zastosowanie elektrody stymulującej założonej na nerw błędny pozwala na automatyczną okresową stymulację (ang. APS – Automatic Periodic Stimulation) nerwu i testowanie jego czynności w czasie zbliżonym do rzeczywistego (c-IONM). Automatyczna analiza zapisu elektromiograficznego (amplitudy i latencji sygnału po stymulacji) umożliwi ocenę zmian przewodnictwa nerwu, zanim dojdzie do jego nieodwracalnego uszkodzenia. Spadek amplitudy o więcej niż 50% i wydłużenie latencji o więcej niż 10% (określanych w j. ang. jako *combined event*) w porównaniu do wartości wyjściowej są wartościami uznawanymi za graniczne, a ich wystąpienie powinno skłonić chirurga do modyfikacji techniki operacyjnej, tak aby nie doszło do śródoperacyjnej utraty sygnału, która z reguły poprzedza uszkodzenie nerwu w mechanizmie pociągania bądź kompresji. Zatem technika c-IONM jest niezwykle obiecująca, bowiem ma potencjał prewencji uszkodzenia nerwu.

Natomiast w chirurgii ślinianki przyusznej monitorowanie śródoperacyjne nerwu twarzowego ma zastosowanie szczególnie w operacjach ze wskazań onkologicznych (zarówno pierwotnych, jak i reoperacjach) – pomaga skutecznie w identyfikacji nerwu twarzowego oraz mapowaniu jego przebiegu, zmniejszając w ten sposób ryzyko pooperacyjnych zaburzeń jego funkcji. Badania przewodnictwa nerwu twarzowego wykonane na zakończony operacji, podczas których nerw został wypreparowany, pozwalają przewidzieć funkcję nerwu VII w okresie pooperacyjnym.

6. Neuronawigacja w chirurgii zatok przynosowych oraz podstawy czaszki

Andrzej Sieśkiewicz

Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Idea wspomagania chirurgów systemami poprawiającymi orientację w trudno dostępnym polu operacyjnym zaczęła się rozwijać w latach 40. i 50. poprzedniego stulecia wraz z wprowadzaniem ram stereotaktycznych do operacji neurochirurgicznych. Jednak dopiero ostatnie 30 lat to dynamiczny rozwój bezramowych systemów neuronawigacji, z których dwa typy – optyczny i elektromagnetyczny – zyskały szczególną popularność. Systemy te, choć niewątpliwie dużo wygodniejsze w stosowaniu od klasycznych systemów stereotaktycznych, wbrew powszechnym opiniom nie gwarantują dużo lepszej dokładności śródoperacyjnej. Dokładność lokalizacyjna osiągnięta podczas zabiegów operacyjnych jest zazwyczaj znacznie gorsza od dokładności technicznej, która jest teoretyczną wartością obliczaną na podstawie parametrów technicznych systemu i jakości badań obrazowych. W pracy przedstawiono najczęstsze przyczyny obniżania się dokładności neuronawigacji na bloku operacyjnym i sposoby minimalizowania tego zjawiska.

7. Chirurgia laserowa w nowotworach głowy i szyi

Maciej Misiołek

Katedra i Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W ostatnich latach widoczny jest istotny postęp technologiczny, a także wzrost doświadczenia wielu ośrodków chirurgii głowy i szyi, pozwalający na coraz szersze stosowanie ustnej chirurgii laserowej w nowotworach głowy i szyi. Skutkuje to w wielu przypadkach zastępowaniem tradycyjnych procedur chirurgicznych z dostępu zewnętrznego tą właśnie techniką endoskopową.

Głównym miejscem docelowym chirurgii laserowej jest krtani i nowotwory w niej zlokalizowane.

Poza dyskusją pozostaje fakt zastosowania technik laserowych w nowotworach krtani we wczesnym stadium zaawansowania miejscowego i dotyczących jednego fałdu głosowego (T1a). W zależności od wielkości nacieku nowotworowego, podejmuje się decyzję o wdrożeniu jednego bądź kilku rodzajów chordektomii laserowej.

Większą dyskusję wywołuje leczenie operacyjne raków krtani umiejscowionych w okolicy spoidła przedniego (T1b, T2). Definicja spoidła przedniego wskazuje, że obszar brany pod uwagę obejmuje nie tylko poziom głośni, lecz również część okolicy nadgłośniowej z fałdami przed-sionkowymi i nasadą nagłośni. Z definicji wynika zatem, że chory z rakiem o takiej lokalizacji wymaga niezwykle precyzyjnej kwalifikacji do leczenia operacyjnego, a wyniki leczenia są nieco niższe od uzyskiwanych w grupie chorych T1a. Dotyczy to zarówno wyników czynnościowych, jak i odsetka przeżycia chorych.

Problemem wywołującym największą dyskusję jest grupa chorych z rakiem krtani o zaawansowaniu miejscowym T2 – T3 w regionie spoidła przedniego i możliwości ich leczenia za pomocą endoskopowej chirurgii laserowej.

Wielu cytowanych autorów we współczesnej literaturze przedmiotu utrzymuje, że endoskopowa chirurgia laserowa we właściwych rękach jest dobrodziejstwem dla omawianych chorych. Podkreśla się konieczność dobrej wizualizacji guza poprzez resekcję podstawy nagłośni i przednich odcinków fałdów przed-sionkowych. Niezwykle ważną i niedocenianą rolę w uzyskiwaniu ostatecznie zadowalających wyników odgrywa krzywa uczenia się. Dotyczy to raków krtani o wszelkiej lokalizacji i rozległości. Niewątpliwym atutem chirurgii laserowej jest operacja przy użyciu mikroskopu, co daje perfekcyjny wgląd w miejsce operowane. Technika ta pozwala na usuwanie guza we fragmentach, co odróżnia ją od chirurgii konwencjonalnej. Niekwestionowanym argumentem rekomendującym technikę laserową w rakach krtani jest mniejsza inwazyjność zabiegu, lepsze wyniki czynnościowe oraz krótszy pobyt chorego w szpitalu, co wiąże się z mniejszymi kosztami operacji.

8. Obrazowanie w laryngologii – nowe technologie

Agnieszka Trojanowska

I Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wraz z dynamicznym rozwojem diagnostyki obrazowej jesteśmy świadkami przełomu w diagnozowaniu chorych z nowotworami głowy i szyi. Współczesne badania radiologiczne cechują się multiparametrycznością, czyli pozwalają na ocenę wielu cech: morfologii guza, charakteru jego unaczynienia, metabolizmu, stopnia złośliwości, a także stopnia odpowiedzi na zastosowane leczenie. Dzięki nowym technologiom obrazowania można przewidywać odpowiedź guza na leczenie nieoperacyjne oraz śledzić postępy chemio- i radioterapii już po kilkunastu godzinach od zastosowanego leczenia.

Rozwój magnetycznego rezonansu jądrowego pozwala nam na szczegółowe obrazowanie krtani ze znaczną redukcją artefaktów ruchowych, co dotychczas nie było możliwe, a także na odróżnienie obrzęku tkanek od nacieku nowotworowego.

Dzięki nowym technologiom jesteśmy w stanie podać bardzo precyzyjne informacje, dotyczące rozległości nacieku, przerzutów do węzłów chłonnych oraz charakteru guza pod kątem wyboru najlepszych schematów leczenia – zarówno chirurgicznego, jak i nieoperacyjnego. Jest to szczególnie istotne w świetle rozwoju nowych metod chirurgicznych oszczędzających narząd.

9. Co nowego w badaniach obiektywnych słuchu?

Krzysztof Kochanek

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

Badania obiektywne słuchu odgrywają wiodącą rolę nie tylko w diagnostyce słuchu małego, ale również w diagnostyce niektórych zaburzeń słuchu u osób dorosłych. Dynamiczny rozwój technologii elektronicznych i informatycznych powoduje, że dokonują się również istotne zmiany w zakresie wielu pomiarów biomedycznych, w tym również dotyczących układu słuchowego. Skutkiem postępu technologicznego jest większa miniaturyzacja aparatury, automatyzacja pomiarów oraz większa efektywność badań obiektywnych słuchu. Coraz częściej badania za pomocą metod obiektywnych wykonywane są również z zastosowaniem rozwiązań telemedycznych.

W prezentacji zostaną omówione przykłady nowych rozwiązań w zakresie poszczególnych metod badań słuchu. M.in. zostanie przedstawiona koncepcja stymulacji układu słuchowego za pomocą bodźca typu chirp oraz sygnału mowy w badaniach słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu, a także przykłady wykorzystania pomiarów absorpcji akustycznej w ocenie stanu ucha środkowego w niektórych zabiegach otolaryngicznych.

10. Rehabilitacja laryngektomowanych. Proteza głosowa – za i przeciw

Sławomir Okła

Klinika Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Kielce

Utrata głosu i mowy uznawana jest od zawsze za najbardziej okaleczający skutek całkowitego usunięcia krtani. Już od daty pierwszej laryngektomii wykonanej z powodu raka krtani rozpoczął się rozwój metod wyształcenia głosu zastępczego, a więc rehabilitacji mowy. W tym okresie powstały różnego rodzaju metody chirurgicznego odtworzenia bezpiecznego połączenia rozdzielonych w trakcie usunięcia krtani dróg oddechowych i pokarmowych, często wykorzystujące urządzenia zewnętrzne. Niedoskonałość tych powstających na przestrzeni kilkadziesiątu lat metod spowodowała, że wielu otolaryngologów za złoty standard rehabilitacji głosu i mowy uznawało naukę mowy przełykowej. Z drugiej zaś strony, długi czas nauki oraz niezadowalający odsetek skuteczności tej metody skłaniał do dalszych poszukiwań. Przełomu dokonał w 1972 roku Polak – prof. Erwin Mozolewski, publikując pracę „Chirurgiczna rehabilitacja głosu i mowy po laryngektomii”, a następnie propagując jopracowaną metodę za granicą. Skutkiem jego pracy jest rozwój nowoczesnej metody chirurgicznej rehabilitacji głosu i mowy z wykorzystaniem wszczepialnej protezy głosowej. Metoda ta cechuje się bardzo wysokim odsetkiem skuteczności, pozwalając na sprawne posługiwanie się mową zastępczą przez ok. 90–95% pacjentów, krótkim czasem nauki – średnio ok. 1–3 dni oraz ogólnie opisywanym jako „niski” odsetkiem niegroźnych powikłań. Wczesne powikłania związane z wytworzeniem przetoki tchawiczo-przełykowej i umieszczeniem w niej protezy głosowej – niegroźne infekcje okołoprzetokowe czy uszkodzenia gardła dolnego podczas implantacji wtórnej – nie budzą większych obaw. Kazuistycznie opisywane powikłania groźne dla życia, jak np. tetraplegia czy uszkodzenie tętnicy szyjnej wspólnej, należy raczej łączyć z niefrasobliwością chirurga niż samą metodą. Jednak powikłania późne związane z często wieloletnim utrzymywaniem protezy głosowej, szczególnie u pacjentów po przebytej radioterapii, prowadzą do powikłań stanowiących istotny problem kliniczny. Przeciek przez protezę głosową, tworzenie ziarniny wokół protezy czy kłopoty z fonacją dają się przeważnie łatwo i szybko usunąć. Natomiast przeciek wokół protezy głosowej związany z jej samoistnym poszerzaniem się, szczególnie w połączeniu z atrofią ściany tchawiczo-przełykowej, narażający pacjentów na przewlekłą aspirację, często jest dużym problemem klinicznym. Metody leczenia zachowawczego, takie jak: dodatkowe mankiety uszczelniające obkurczanie przetoki, jej ostrzykiwanie (kwas hialuronowy, siloxane, czynniki wzrostu, toksyna botulinowa), leki przeciwrefluksowe, leczenie niewydolności tarczycy czy wreszcie stenty przełykowe lub tchawicze, nie zawsze dają oczekiwane efekty. Sposoby leczenia operacyjnego (szew okrężny, zaszywanie przetoki proste lub warstwowe, miejscowe lub odległe płaty uszypułowane, płaty wolne) należy zawsze dobrać indywidualnie w zależności od wielkości przetoki, grubości jej ściany czy przebytej radioterapii, mając na uwadze, iż niepowodzenie takiego leczenia może prowadzić do zagrażających życiu powikłań.

Analiza literatury przedmiotu, jak i własne, ponad 15-letnie doświadczenia z grupą niemal 700 pacjentów, pomimo obserwowanych powikłań miejscowych, pozwalają jednoznacznie rekomendować pierwotną implantację protezy głosowej jako złoty standard rehabilitacji głosu i mowy u chorych po całkowitej laryngektomii.

Wykład specjalny

11. Fundusze strukturalne zaangażowane w ochronę zdrowia w Wielkopolsce

Leszek Wojtasiak

II Sesja – Audiologia

12. Implanty ucha środkowego oraz urządzenia na przewodnictwo kostne – wskazania, technika chirurgiczna, wyniki

Piotr Henryk Skarżyński

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

Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) posiada bogate doświadczenie w protezowaniu niedosłuchu za pomocą implantów ucha środkowego oraz urządzeń na przewodnictwo kostne, zapewniając polskim pacjentom – jako pierwszym w Polsce i jednym z pierwszych na świecie – dostęp do najnowszych rozwiązań technologicznych. Cel pracy stanowi przedstawienie obecnie obowiązujących wskazań, techniki chirurgicznej oraz wyników osiąganych przez użytkowników implantów ucha środkowego oraz na przewodnictwo kostne. Obecnie obowiązujące kryteria kwalifikacji pacjentów do różnego typu urządzeń uwzględniają m.in. wiek pacjenta, rodzaj ubytku słuchu, budowę anatomiczną ucha, wyniki badań audiometrycznych, choroby współwystępujące, brak centralnych zaburzeń słuchu oraz realistyczne oczekiwania i silną motywację pacjenta. Wdrażanie kolejnych systemów implantów słuchowych od czasu pierwszego w Polsce wszczepienia implantu ślimakowego przez prof. Henryka Skarżyńskiego w roku 1992 wiązało się z opracowaniem oryginalnych rozwiązań chirurgicznych, które mają decydujący wpływ na trwałe i efektywne wykorzystanie tych systemów. Należy do nich m.in. technika bezpośredniej stymulacji błony okienka okrągłego według Skarżyńskiego w przypadku zastosowania implantu typu Vibrant Soundbridge. Długoterminowa obserwacja uzyskiwanych przez pacjentów wyników stwarza możliwość stopniowego rozszerzania kryteriów, pozwalając na pomoc coraz większej liczbie osób z niedosłuchem.

13. Wykorzystanie nowoczesnych narzędzi diagnostycznych w zawrotach głowy

Małgorzata Kelm^{1,2}, Anna Dąbrowska^{1,2},
Piotr H. Skarżyński^{2,3,4}

¹ *Zachodniopomorskie Centrum Słuchu i Mowy Medincus, Szczecin*

² *Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany*

³ *Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

⁴ *Zakład Teleaudiologii, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany*

Układ przedsionkowy jest jednym z najbardziej złożonych systemów w ludzkim ciele.

Z tego powodu diagnoza zawrotów głowy i zaburzeń równowagi potrafi być zadaniem niezwykle trudnym. Często wymaga konsultacji wielu specjalistów.

Celem pracy jest przedstawienie najnowszych badań diagnostycznych, dzięki którym jesteśmy w stanie trafniej zlokalizować miejsce i przyczynę uszkodzenia. Posługiwanie się jednym narzędziem diagnostycznym w badaniu tak złożonego systemu jest często metodą niewystarczającą.

W pracy zostały omówione wykorzystane metody badawcze (badanie VNG, Vhit, cVemp, oVemp, Shift Oae), zasady ich działania, badany obszar, zasadność wykorzystywania i ich ograniczenia.

Zaprezentowane zostają wyniki poszczególnych badań w różnych jednostkach chorobowych (chorobie Meniera, położeniowych zawrotach głowy, zapaleniu nerwu przedsionkowego, uszkodzeniu błędniaków, guzach nerwu przedsionkowego, przetocze kanału półkolistego).

Na szczególną uwagę zasługują przypadki pacjentów, którzy badani tylko próbami kalorycznymi otrzymywali wynik symetryczny, a pomimo tego odczuwali duże zaburzenia równowagi. W zleconym dodatkowo badaniu Vhit stwierdzano obustronne osłabienie funkcji błędniaków.

Interesujące są również prezentowane przypadki pacjentów ze znacznie zmniejszoną amplitudą w oVempie, który to wynik stał się przyczyną wysłania pacjentów na badania obrazowe, w których stwierdzono nerwiak nerwu VIII.

Umiejętne wykorzystanie powyższych metod diagnostycznych znacznie skraca czas stawiania diagnozy, wpływa na szybsze wdrożenie leczenia lub rehabilitacji, a także zwiększa stopień zadowolenia pacjenta.

14. Wyniki rehabilitacji pacjentów z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego poddanych terapii metodą Tomatisa oraz SPPS metodą Skarżyńskiego

Dorota Szuber¹, Julita Sobańska¹,
Monika Ossolińska¹, Katarzyna Kwaśny-
-Czehak¹, Monika Figiel¹, Bolesław Bartnicki¹,
Piotr H. Skarżyński^{2,3,4}

¹ Podkarpackie Centrum Słuchu i Mowy Medincus

² Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

³ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Celem pracy jest zaprezentowanie wyników rehabilitacji metodą Tomatisa i SPPS metodą Skarżyńskiego pacjentów z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego na podstawie testów centralnych funkcji słuchowych, uwagi słuchowej, dyskryminacji i lokalizacji dźwięków, wykonanych przed rozpoczęciem terapii, po zakończeniu każdej serii oraz po zakończeniu całej terapii.

Terapia Tomatisa to terapia audio-psycho-lingwistyczna, zaś terapia SPPS to Stymulator Polimodalnej Percepcji Sensorycznej, zatem terapia Tomatisa działa na słuch, procesy poznawcze i język, a terapia SPPS na słuch, procesy poznawcze, język, wzrok i dotyk. Terapia SPPS jest terapią bardziej indywidualną, dobraną do potrzeb danego pacjenta i osiąganymi przez niego wynikami. W terapii Tomatisa stosowana jest muzyka poważna, chorały gregoriańskie, a w terapii SPPS poza muzyką poważną są piosenki dla dzieci, które stymulują nie tylko poprzez muzykę, ale także słowa, a jednocześnie są bardziej atrakcyjne dla dzieci. SPPS jest urządzeniem mobilnym, które daje możliwość terapii np. w domu pacjenta, bez konieczności dojazdu do placówki rehabilitacyjnej. Terapia Tomatisa jest prowadzona na urządzeniu stacjonarnym, co wiąże się z dojazdami, które pochłaniają czas i pieniądze pacjenta oraz opiekuna.

Przy ocenie wyników rehabilitacji brano pod uwagę czynniki, które mogą wpływać na skuteczność rehabilitacji. Przeanalizowano wyniki terapii metodą Tomatisa u 15 pacjentów i metodą SPPS metodą Skarżyńskiego także u 15 pacjentów. Przeprowadzona terapia metodą Tomatisa i SPPS znacznie wpłynęły u badanych pacjentów na poprawę uwagi słuchowej, dyskryminacji i lokalizacji dźwięków. Przeprowadzone badania potwierdziły skuteczność terapii metodą Tomatisa oraz SPPS metodą Skarżyńskiego. Uczestnicy terapii SPPS metodą Skarżyńskiego podkreślali jej atrakcyjność graficzną i łatwość w obsłudze urządzenia.

15. Praktyczna strona logopedycznej rehabilitacji dziecka z zaburzeniami mowy pochodzenia centralnego

Iwona Tomaszewska-Hert^{1,2,3}, Ewa Długosz⁴,
Piotr H. Skarżyński^{1,2,3,4,5,6}

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

² Światowe Centrum Słuchu, Kajetany

³ Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o., Kajetany

⁴ Zachodniopomorskie Centrum Słuchu i Mowy Medincus, Szczecin

⁵ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁶ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

Zaburzenia mowy pochodzenia centralnego to wszelkie problemy związane z dysharmonią rozwoju ośrodkowego układu nerwowego. Rehabilitacja logopedyczna pacjentów prezentujących głównie objawy zaburzeń funkcji ruchowej, mowy, somatognozji i emocji wymaga indywidualizowania oraz dywersyfikacji stosowanych metod terapeutycznych. Celem pracy jest przedstawienie efektów terapii przy zastosowaniu terapii psychomotorycznej w modelu belgijskim wg M. Procus i M. Block. Rehabilitacja Psychomotoryczna dzieci z dysharmonią ośrodkowego układu nerwowego w belgijskim modelu Procus i Block jest systemem usprawniania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, które prezentują łagodne objawy neuropsychologiczne. Materiał obejmuje 4 pacjentów z zaburzeniami mowy o pochodzeniu centralnym, rehabilitowanych w Zachodniopomorskim Centrum Słuchu i Mowy Medincus w Szczecinie metodą terapii psychomotorycznej, stosowanej jako forma rehabilitacji wspomagającej regularną terapię logopedyczną.

Praca przedstawia przebieg oraz efekty rehabilitacji pacjentów. Terapia psychomotoryczna w modelu belgijskim wg M. Procus i M. Block wpływa pozytywnie na uruchomienie bądź usprawnienie zaburzonych funkcji komunikacji językowej u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Kluczową rolą jest odnalezienie drogi, którą dotrzemy do dziecka. Należy brać pod uwagę jego indywidualne predyspozycje oraz stopień złożoności zaburzeń mowy. Na efekty terapii mają nierzadko wpływ również regularność zajęć terapeutycznych oraz współpraca dziecka z terapeutą i rodziców dziecka z terapeutą.

16. Wykorzystanie teledycyny w badaniach obiektywnych słuchu

Iwona Tomaszewska-Hert^{1,2,3},
Piotr H. Skarżyński^{1,2,3,4,5}, Bakyt Karmelieva⁶,
Cholpon Beisheeva⁶

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

² Światowe Centrum Słuchu, Kajetany

³ Centrum Słuchu i Mowy, Kajetany

⁴ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁵ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

⁶ Centrum Słuchu i Mowy Medincus, Biszkek, Kirgistan

Systemy telemetryczne w obecnych czasach zmierzają do bycia alternatywą dla standardowych systemów pomiarowych. Zastosowanie technologii telemetrycznych w medycynie umożliwiła zdalne wykonanie badania i przesłanie wyników do wyspecjalizowanego ośrodka z doświadczoną kadrą. Celem pracy jest przedstawienie wykorzystania aplikacji teledycyjnych na poziomie obiektywnej diagnostyki audiologicznej.

Metodą, którą wykorzystujemy na co dzień do zdalnych badań, jest tzw. hybrydowy model teledycyny. Jest to metoda mieszana, która łączy dwa modele: synchroniczny oraz asynchroniczny. Przed wdrożeniem procedury zdalnego badania odbyły się liczne szkolenia dla techników zdalnych. Osoby te były szkolone w zakresie prawidłowego przygotowania pacjenta do badania oraz prawidłowej obsługi systemu. Przygotowano także materiały instruktażowe. Cały proces zdalnego badania odbywa się z wykorzystaniem aplikacji Team Viewer. Jest to program do prostego i szybkiego współdzielenia pulpitu. Podczas zdalnego badania istnieje możliwość obserwowania pokoju testowego w zdalnej lokalizacji oraz rozmawiania z personelem. Po zakończeniu badania wyniki są gromadzone i przesyłane do specjalisty w Polsce, który opisuje otrzymane rezultaty. Dokumenty są tłumaczone, a następnie w przeciągu 24h wysyłane do placówki zdalnej.

Stosowany przez nas model hybrydowy daje możliwość przeprowadzenia zdalnej diagnostyki w miejscach, gdzie nie ma doświadczonego personelu. Wyniki uzyskane zdalnie pozwalają na ocenę progów słyszenia. Model ten wymaga umiarkowanie szybkiego połączenia internetowego po obu stronach. Jednak nawet, gdy połączenie jest bardzo dobre i niezawodne, mogą wystąpić pewne opóźnienia w przesyłaniu danych oraz towarzysząca temu dyssynchronizacja pomiędzy dźwiękiem a obrazem lub na poziomie wykonywanych ruchów, które podejmujemy na pulpicie.

Projekt zdalnych badań ABR zwiększa dostępność do diagnostyki audiologicznej w odległych, zagranicznych placówkach. Dzięki pomocy specjalistów z Polski jakość tych usług może być świadczona na wysokim poziomie.

17. Obliteracja kości skroniowej u pacjentów po operacjach radykalnych zmodyfikowanych

Andrzej Pastuszak¹, Marek Porowski¹,
Henryk Skarżyński¹, Piotr H. Skarżyński^{1,3,4}

¹ Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Klinika Rehabilitacji, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Instytut Narządów Zmysłów, Kajetany

U wielu pacjentów z przewlekłym zapaleniem ucha środkowego leczeniem z wyboru jest operacja radykalna zmodyfikowana, czyli canal wall down mastoidectomy. W porównaniu do operacji typu canal wall up, po wykonaniu operacji radykalnej zmodyfikowanej obserwuje się mniejszy odsetek wznowy perlaka, a technika ta umożliwia lepszą kontrolę ewentualnej wznowy perlaka. Jednak operacja typu canal wall down powoduje zmiany w anatomii i fizjologii ucha środkowego. Może to doprowadzić do szeregu niedogodności dla pacjentów takich jak: przewlekły wyciek z ucha, zakaz moczenia ucha, częste wizyty u laryngologa, zawroty głowy wywołane zmianą temperatury oraz ograniczone możliwości kompensacji niedosłuchu.

Celem pracy jest przedstawienie możliwości obliteracji jamy wyrostka po operacji typu canal wall down przy użyciu szkła bioaktywnego Bonalive.

W badaniu wzięło udział 14 pacjentów, u których wcześniej została wykonana operacja radykalna zmodyfikowana z powodu perlakowego zapalenia ucha środkowego. Procedura operacyjna polegała na opracowaniu jamy pooperacyjnej i jej obliteracji przy użyciu szkła bioaktywnego Bonalive. Nie odnotowano powikłań podczas operacji. Proces gojenia przebiegał prawidłowo.

Obliteracja jamy pooperacyjnej ucha środkowego po operacji radykalnej zmodyfikowanej z odbudową tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego przy użyciu bioaktywnego szkła -Bonalive przywraca warunki anatomiczne. Nasze wyniki wskazują, że bioaktywne szkło typu Bonalive jest bezpiecznym i skutecznym materiałem do obliteracji jam po operacjach typu canal wall down.

18. Objawy otoneurologiczne w nowotworach głowy i szyi

Henryk Kaźmierczak, Katarzyna Pawlak-Osińska

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii, Zakład Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi, CM UMK, Bydgoszcz

Celem pracy było określenie przydatności badania zaburzeń reakcji wzrokowo-okoruchowych i przedślonkow-okoruchowych w diagnostyce guzów nad- i podnamiotowych OUN, z wyłączeniem nerwiaka nerwu 8. Badania przeprowadzono wśród 130 chorych z guzami płatów oraz okolic w obszarze nadnamiotowym i guzami półkul oraz robaka mózdzku. Oceniono kształtowanie się dowolnego śledzenia, optokinezy, reakcji kierunkowo-spojrzeniowej,

położeniowej, a także przewagi kierunkowej oczopląsu kalorycznego. Stwierdzono największą przydatność rozpoznawczą badania dowolnego śledzenia, zaburzeń oczopląsu optokinetycznego oraz reakcji skrzyżowanej w zakresie przewagi kierunkowej oczopląsu kalorycznego. Obserwowane zaburzenia mogą mieć wartość pomocniczą we wczesnej diagnostyce zmian rozrostowych OUN oraz ocenie powrotu czynności struktur nerwowych po leczeniu operacyjnym lub nieoperacyjnym.

III Sesja – Onkologia

19. The Follow-up Process in Head and Neck Oncology

Patrick J. Bradley

Medical and Social Sciences, Middlesex University, London, England

Head and Neck Oncologic Surgery, The University of Nottingham, England

Head and neck oncology is defined as squamous cell carcinoma of the mucosa of the upper aerodigestive tract, but with increasing technology and surgical expertise various malignant head and neck tumours, much less common, have developed specialist clinics, such as thyroid, salivary, rhinologic & skull base, facial skin etc. which diagnose and treat non-squamous cell carcinoma disease. The reasons to follow-up treated patients are numerous but such a clinical service must be of high standards whilst being cost effective and requires multiple levels of staff expertise and resources for such a service to be delivered.

Which patients should be followed-up and for how long needs to be debated within a clinic setting – the patient volume will be composed of newly treated, longer treated, patients who have been treated with curative intent, and those whose needs are “supportive care”, some patients will have been treated by surgery alone, while others will be treated non-surgically with irradiation and/or chemoradiotherapy! The needs of each patient group are different at different stages of their early and long-term follow-up period!

Which post-treatment plan should be practiced? Routine planned fixed time surveillance or a “patient self-presentation - suspicious symptom” open clinic service, both systems have their advocates, maybe a mixture should be considered!

The data that should be compiled should include not only disease state but quality of life, toxicity evaluation, functional alteration or loss, nutritional support, psychological support as well as the presence of pain.

20. HPV w nowotworach głowy i szyi

Paweł Golusiński

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Pracownia Biologii Nowotworów Głowy i Szyi, Katedra Biologii i Ochrony Środowiska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Udowodniono, że infekcja onkogenna wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) jest jednym z najważniejszych czynników etiologicznych dużej grupy raków głowy i szyi. Najczęściej dotyczy guzów zlokalizowanych w obrębie gardła środkowego. Jest to również grupa, w której zachorowalność wzrasta najdynamiczniej w ostatniej dekadzie, zwłaszcza w grupie chorych poniżej 50. roku życia. Ze względu na odmienny mechanizm kancerogenezy należy uznać nowotwory HPV+ za odrębną jednostkę chorobową. Wiadomo, że etiologia wirusowa jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na rokowanie. Nowotwory HPV+ charakteryzują się lepszą odpowiedzią na leczenie oraz istotnie lepszą przeżywalnością. W związku z powyższym powstaje problem wprowadzenia nowych schematów terapeutycznych, pozwalających oprócz wyleczenia choroby nowotworowej ograniczyć działania niepożądane leczenia onkologicznego i poprawić jakość życia. A zatem czy powinniśmy modyfikować leczenie w oparciu o status HPV? Prezentacja stanowi krótkie podsumowanie molekularnej patogenezy nowotworów HPV+, podstaw diagnostyki klinicznej oraz omówienie obecnych trendów epidemiologicznych w Polsce oraz Europie. W drugiej części wystąpienia przedstawione zostaną obecne trendy dotyczące deintensyfikacji z przestawieniem schematów leczenia oraz omówieniem zasad doboru chorych do odpowiednich form leczenia.

21. Płaty mikronaczyniowe w rekonstrukcjach regionu głowy i szyi

Piotr Trojanowski¹, Jakub Pazdrowski²

¹ *Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

² *Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu*

Chirurgia rekonstrukcyjna umożliwia radykalizację leczenia chirurgicznego nowotworów głowy i szyi, przyczyniając się tym samym do wydłużenia przeżywalności wśród chorych z tym rozpoznaniem. Wśród najczęściej wykorzystywanych wolnych płatów w rekonstrukcjach w obrębie głowy i szyi wymienić należy: płat udowy, płat z przedramienia, płat strzałkowy i płat łopatkowy. Mnogość stosowanych technik (z uwagi na ich odmienne właściwości) umożliwiła poszerzenie wskazań do chirurgii rekonstrukcyjnej.

Przeżywalność wolnych płatów z zespoleniem naczyniowym wynosi 95%. Wprowadzenie technik rekonstrukcyjnych z użyciem wolnych płatów z zespoleniem mikronaczyniowym znacząco poprawia efekt funkcjonalno-estetyczny oraz jakość życia chorych. Odpowiednia kwalifikacja chorych, dobór płata i modyfikacji techniki chirurgicznej wpływa znacząco na końcowy efekt funkcjonalno-estetyczny.

22. Wznovy w nowotworach głowy i szyi – możliwości leczenia skojarzonego

Milena Niemiec

Klinika Nowotworów Głowy i Szyi, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

23. Standard kontrolnych badań obrazowych u chorych z rakiem płaskonabłonkowym głowy i szyi po leczeniu chirurgicznym i chemioterapii

Agnieszka Trojanowska

I Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Badania kontrolne po zakończonym leczeniu onkologicznym stanowią niezbędny element opieki nad chorymi na nowotwory. Określenie optymalnego schematu badań kontrolnych ma krytyczne znaczenie kliniczne. W wielu badaniach dowiedziono, że kontrola po leczeniu oparta na odpowiednio wybranej technice obrazowej jest najważniejszym czynnikiem odpowiadającym za wczesne wykrycie wznovy. W literaturze przedmiotu brakuje jednak kompleksowych opracowań, przedstawiających w jednolity sposób schemat najlepszych badań obrazowych pod kątem wczesnego wykrycia wznovy.

W tym wykładzie/panelu chcę przedstawić Państwu propozycję schematów badań kontrolnych w oparciu o diagnostykę obrazową po leczeniu raka płaskonabłonkowego głowy i szyi.

24. Słoneczna karcynogeneza – ile słońca potrzebujesz?

Aleksandra Dańczak-Pazdrowska

Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej Chorób Skóry, Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Nieczerniakowe nowotwory skóry stanowią grupę najczęstszych nowotworów naszej populacji. Lokalizując się najczęściej na skórze głowy i szyi, są przede wszystkim przyczyną znacznych deformacji i w istotny sposób wpływają na jakość życia chorych, rzadziej będąc przyczyną zgonu. Z kolei nie tak częsty czerniak cechuje się dużą śmiertelnością, a dodatkowo rokrocznie obserwuje się zwiększoną zachorowalność. Najważniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na oba typy nowotworu jest ekspozycja na promienie ultrafioletowe, na co WHO zwróciło uwagę już w 1992 roku. Z kolei w 2009 roku Międzynarodowa Agencja Badania Raka zakwalifikowała solaria do grupy czynników rakotwórczych najwyższego ryzyka (do grupy tej należą również m.in. tytoń i azbest). Szeroko promowane są zatem rozliczne metody fotoprotekcji. Jednocześnie jednak promienie ultrafioletowe są niezbędne do produkcji endogennej witaminy D, która od kilku lat stanowi przedmiot kontrowersji i dyskusji, dotyczących jej wpływu na szereg schorzeń, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca czy nowotwory. W trakcie wykładu spróbuję zatem odpowiedzieć

na pytanie, ile słońca jest tak naprawdę niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu i czy ochrona przeciwsłoneczna, zwłaszcza ta w postaci filtrów przeciwsłonecznych, może ograniczać produkcję witaminy D w skórze i przyczyniać się do zwiększonego ryzyka zachorowania na niektóre choroby cywilizacyjne? Czy faktycznie stoimy przed wyborem pomiędzy niedoborem witaminy D a nowotworem skóry?

IV Sesja – Leczenie zachowawcze w schorzeniach laryngologicznych

25. Nieżyty górnych dróg oddechowych u dzieci a strategia leczenia antybiotykami

Urszula Lulewicz-Sobczak¹, Anna Wegner²

¹ Szpital św. Józefa w Poznaniu SPZOZ nad Matką i Dzieckiem

² Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Nieżyty górnych dróg oddechowych u dzieci są najczęstszą przyczyną wizyt u lekarza rodzinnego i pediatry. Wobec świadomości, iż w dominującym odsetku – ok. 70–75% – są to infekcje o etiologii wirusowej, istotne jest zachowanie rozwagi w ordynowaniu terapii antybiotykowej. Szczegółowa analiza obrazu klinicznego, w tym wywiadu, w miarę możliwości podparta badaniami dodatkowymi, powinna stanowić podstawę takiej decyzji. Szybkie testy, dające możliwość różnicowania infekcji wirusowych i bakteryjnych, mogą być narzędziem znacząco wspomagającym decyzję o antybiotykoterapii, zarówno w gabinecie, jak i oddziale szpitalnym. Biorąc pod uwagę możliwość ich fałszywie dodatnich/ujemnych wyników, należy testy uznać za istotny element w procesie decyzyjnym. Wg danych statystycznych w 5–15% zmniejszają one częstotliwość terapii antybiotykowej u dzieci.

Rosnąca antybiotykooporność bakterii powinna być dla nas przestrożą. Zbyt krótkie, jak i nieuzasadnione długie terapie mogą także indukować lekooporność.

Wytyczne a praktyczne spojrzenie na chorobę dziecka: Czy każda gorączka u dziecka z objawami nieżyty górnych dróg oddechowych jest wskazaniem do włączenia antybiotyku? Czy wiek dziecka z nieżytem dróg oddechowych jest czynnikiem determinującym decyzję o antybiotykoterapii? Kolonizacja bakteryjna dróg oddechowych – obserwacja, immunostymulacja czy leczenie celowane? Nawracające infekcje u dzieci żłobkowych i przedszkolnych – czy niepokój, jaki budzą u rodziców, jest uzasadniony?

Kiedy powinniśmy zastosować antybiotyk?

Współpraca z rodzicem świadomym przebiegu zachorowania u swojego dziecka może być istotną alternatywą dla antybiotykoterapii „na wszelki wypadek”.

26. Znaczenie leczenia zachowawczego ze szczególnym uwzględnieniem antybiotykoterapii i steroidoterapii po zabiegach FESS

Paweł Stręć

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

W ciągu ostatnich lat Funkcjonalna Endoskopowa Operacja Zatok (ang. FESS – *Functional Endoscopic Sinus Surgery*) stała się złotym standardem w leczeniu przewlekłego zapalenia zatok przynosowych. Przygotowanie przedoperacyjne, ale także pooperacyjna farmakoterapia są istotnym elementem skuteczności tej operacji. Zaleca się stosowanie leków przeciwzapalnych, obkurczających błonę śluzową nosa i zatok przynosowych, mukolityków oraz płukanie jamy nosowej. Integralną strategią skuteczności FESS jest wdrożenie steroidoterapii donosowej oraz antybiotykoterapii, jednak przewlekłe stosowanie tych grup leków nadal budzi kontrowersje. Antybiotykoterapia wydaje się celowa szczególnie w przypadkach, w których przewlekłość procesu zapalnego w obrębie zatok przypisywana jest biofilmowi i zwykle powinna trwać 3–4 tyg. po operacji. W leczeniu uwzględniamy antybiotyki beta-laktamowe (amoksylicyna, amoksycylina z klawulanianem, cefuroksym), makrolidy (azytromycyna, klarytromycyna), ketolidy (telitromycyna) oraz fluorochinolony (lewofloksacyna, moksyflokscyna). Warto podkreślić, że badania dotyczące makrolidów potwierdzają nie tylko ich działanie przeciwbakteryjne i przeciwzapalne, ale także zdolność do immunomodulacji. Jednak kwalifikacja do włączenia tych leków zawsze powinna uwzględniać schorzenia układu sercowo-naczyniowego, ze względu na interakcje wielolekowe i możliwość wydłużenia odstępu QT. Stosowanie steroidów donosowych opiera się na zasadzie „leczenia przez całe życie” (ang. *long-life*) i uwzględnia wykorzystanie preparatów w postaci aerozoli (budezonid, beklometazon, flutykazon, mometazon, triamcynolon) i często bardziej skutecznych, ze względu na penetrację, kropli (betametazon, propionian flutykazonu). W okresie pooperacyjnym zaleca się kontynuowanie farmakoterapii zleconej przedoperacyjnie, z uwzględnieniem steroidów doustnych (prednizolon, metylprednizolon) stosowanych długotrwale w małych dawkach, a zmiana na steroidy donosowe zależy od stanu klinicznego pacjenta. Długotrwale stosowanie steroidów donosowych wiąże się z wystąpieniem działań niepożądanych, które mają charakter miejscowy i są znacznie mniej niebezpieczne niż te wywołane przez podawanie steroidów doustnych.

Niniejszy wykład przedstawia współczesny pogląd na leczenie wspomagające endoskopowe operacje zatok przynosowych.

27. Antybiotykoterapia w schorzeniach górnych dróg oddechowych

Eugeniusz Czecior

Katedra i Oddział Kliniczny Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W pracy opisano główne grupy antybiotyków, przeanalizowano ich spektrum przeciwbakteryjne. Przedstawiono fizjologiczną florę bakteryjną i przedyskutowano jej zadania w aspekcie ochrony górnych dróg oddechowych przed infekcjami. Scharakteryzowano drobnoustroje odpowiedzialne za infekcje gardła, nosa, uszu i krtani. Praca zawiera wskazówki odnośnie empirycznej antybiotykoterapii w warunkach ambulatoryjnych.

28. Wspieranie układu odpornościowego w schorzeniach laryngologicznych

Piotr Pieńkowski

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Fitoterapia, inaczej ziołolecznictwo, to metoda leczenia wykorzystująca surowce i przetwory roślinne oraz substancje czynne z nich wyodrębnione.

Ostre, nawracające infekcje górnych dróg oddechowych są najczęstszą przyczyną konsultacji laryngologicznych u dzieci w wieku 2–6 lat. Zdecydowana większość z nich nie wymaga zastosowania antybiotykoterapii. Ze względu na częstość nawrotów i czas ich trwania stanowią one poważne wyzwanie dla lekarza pediatry i lekarza laryngologa.

Należy unikać nadmiernego stosowania antybiotyków, a zatem preparaty ziołowe (np. Imupret N) stanowią alternatywną metodę leczenia. Działają one immunomodulująco, stymulując wytwarzanie cytokin (TNF, IL-1 β , IL-1 α , IL-6) uczestniczących w inicjowaniu odpowiedzi gospodarza na infekcję oraz hamując replikację wirusów (RSV), skracając czas trwania ostrej infekcji dróg oddechowych z siedmiu do czterech dni.

29. Fitoterapia w laryngologii

Wojciech Golusiński

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Rhinosinusitis – zapalenie błony śluzowej jamy nosa i zatok przynosowych, jest powszechnie występującą chorobą w społeczeństwie europejskim. Objawy przewlekłego zapalenia zatok obserwujemy u 2–16% populacji. Aktualne wytyczne dotyczące leczenia zostały określone w raporcie EPOS z 2012 roku. Z uwagi na częste występowanie objawów zapalenia zatok przynosowych i stosunkowo wysoką oporność na leczenie, w ostatnich latach znaczącą rolę w terapii znalazła fitoterapia. Stała się ona uzupełnieniem podstawowego leczenia farmakologicznego i chirurgicznego. Polega na stosowaniu preparatów naturalnych uzyskiwanych z roślin leczniczych.

Aktualnie fitoterapia jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się metod leczenia farmakologicznego. Raport z EPOS 2012 wskazuje na zalety korzystania z substancji pochodzenia naturalnego u pacjentów z ostrym zapaleniem zatok.

V Sesja – Rynologia

30. Krwawienia śródoperacyjne w chirurgii endoskopowej zatok przynosowych i podstawy czaszki

Andrzej Sieškiewicz

Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Intensywne krwawienie w trakcie zabiegu endoskopowego w znaczący sposób ogranicza precyzję postępowania chirurgicznego, a tym samym zwiększa ryzyko poważnych powikłań operacyjnych. Głównym źródłem krwawienia w typowych zabiegach FESS, przy niewielkim urazie tkankowym, są naczynia włosowate. Anemizacja pola operacyjnego i odpowiednie prowadzenie znieczulenia ogólnego pozwalają na istotne zmniejszenie krwawienia włośniczkowego i operowanie w tzw. suchym polu. Krwawienie żyłne, pojawiające się przy większym urazie tkankowym, ograniczane może być głównie dzięki odpowiedniemu ułożeniu pacjenta (odwrócona pozycja Trendelenburga) oraz wydłużeniu przerwy rozkurczowej przy zmniejszeniu częstości pracy serca. W przypadku rozległych urazów tkankowych, towarzyszących zwykle operacjom podstawy czaszki, pojawiają się krwawienia tętnicze, wymagające bezpośredniego zaopatrzenia krwawiącego naczynia. W pracy przedstawiono sposoby identyfikacji, warianty anatomiczne, sposoby zaopatrzenia chirurgicznego w przypadku krwawień z tętnic sitowych, szczękowej, klinowo-podniebiennej. Omówiono również zasady postępowania w sytuacji uszkodzenia tętnicy szyjnej wewnętrznej podczas zabiegu endoskopowego.

31. Przewlekłe zapalenia nosa i zatok przynosowych – leczenie zachowawcze

Piotr Rapiejko

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

32. Mikrochirurgia wewnątrznosowa – reoperacje. Wyzwanie dla operatora

Grażyna Lisowska

Katedra i Oddział Kliniczny Otorinolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W prezentacji przedstawione zostaną problemy i wyzwania dla operatora podczas endoskopowej chirurgii zatok (ESS). Zostaną ponadto omówione przyczyny niepowodzeń ESS, ze szczególnym zwróceniem uwagi na dokładną analizę przedoperacyjną obrazów tomografii komputerowej oraz na brak radykalności zabiegu. Omówione zostaną również schorzenia zatok, wymagające często reoperacji

z powodu niewłaściwie zaplanowanej pierwszej operacji, w szczególności grzybicze zapalenia zatok, izolowane zapalenia zatok czołowych, brodawczak odwrócony oraz nowotwory złośliwe. Wyszczególnione będą główne czynniki wpływające na nawroty po ESS oraz możliwości ich minimalizacji. Szczegółowo zostanie omówiona anatomia ząchylka czołowego i zatok czołowych oraz właściwa kwalifikacja do odpowiedniego typu operacji tej okolicy, która stanowi najczęściej najtrudniejsze wyzwanie w chirurgii endoskopowej zatok. Zostanie przedstawiona nowa klasyfikacja chirurgii endoskopowej zatok czołowych w porównaniu z klasyfikacją wg Drafa. Ponieważ w reoperacjach ESS niezmiernie istotną rolę odgrywa doskonała znajomość anatomii, zostaną omówione „landmarks”, które stanowią niezwykle istotne wyznaczniki podczas kolejnych zabiegów. Zostaną również omówione zalety stosowania nawigacji podczas endoskopowych reoperacji zatok.

33. Chirurgia dróg łzowych w praktyce laryngologa

Jakub Pazdrowski

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Nadmierne łzawienie i wycieki treści ropnej są najczęstszymi i drażniącymi objawami klinicznymi charakteryzującymi niedrożność dróg łzowych. W przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego zespolenie workowo-nosowe (DCR) stanowi skuteczną chirurgiczną metodę leczenia. Głównym jej celem jest ominięcie zwężenia poprzez wytworzenie połączenia pomiędzy woreczkiem łzowym i jamą nosową. Skuteczność DCR wynosi ponad 90% i ma duży wpływ na poprawę jakości życia.

VI Sesja – Wyzwania dla otolaryngologa

34. What's New and Why in Salivary Gland Neoplasms!

Patrick J. Bradley

*Medical and Social Sciences, Middlesex University, London, England
Head and Neck Oncologic Surgery, The University of Nottingham, England*

Salivary gland neoplasms (SGN) are classified as benign and malignant epithelial origin composing more than 85%, benign and malignant mesenchymal are uncommon, and haematolymphoid tumours (MALT lymphoma). Early in 2017 the WHO classification of tumours of the salivary glands was published (4th Edition), which revised and updated the previous WHO classification (3rd Edition) in 2005. The recent classification has omitted the term “low-grade” across entities and has grouped together several of the rare epithelial carcinoma subtypes based on similar pathological and clinical characteristics and some “new ones” added.

Epithelial tumours are the most common, with benign (BSGEN) and malignant neoplasms (MSGEN) presenting

and diagnosed in the all anatomical sites of the head and neck (minor salivary glands) as well as in the major salivary glands (parotid, submandibular and sublingual glands). A population study revealed that BSGEN had an incidence of 7.2 and MSGEN of 0.8 per 100,000 populations in the UK.

Surgery remains the treatment of choice for salivary gland neoplasms. BSGEN such as pleomorphic adenoma and its variants should be excised completely with preservation of local structures, most commonly located in the parotid gland. Warthin tumour (adenolymphoma) most commonly diagnosed in the parotid area of the elderly smoker – should all be excised? MSGEN are a “mixed group” of 22 defined entities but the clinician should be cognisant of the more common types – adenoid cystic, mucoepidermoid, adenocarcinoma, acinic cell, polymorphous, carcinoma-ex pleomorphic adenoma, and salivary duct carcinoma.

Prognostic factors determining outcome include advanced T stage, age, cranial nerve involvement, lymph nodal metastasis, extra-parenchymal extension, tumour grading and in addition positive margin surgery, the presence of perineural and perivascular invasion. Currently surgical resection is the mainstay of definitive treatment of operable tumours, and adjuvant radiation therapy is reserved for patients at significant risk of recurrence based on adverse risk factors (above). The use of adjuvant concurrent chemotherapy awaits the results of the RTOG 1008 trial commenced in 2015.

35. Pułapki diagnostyczno-terapeutyczne w otolaryngologii

Wioletta Pietruszewska

Klinika Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Trudności z ustaleniem prawidłowego rozpoznania choroby zdarzają się często, zwłaszcza w praktyce ostrodyżurowej, kiedy trzeba podejmować szybkie i trafne decyzje terapeutyczne. Celem uniknięcia pułapek diagnostycznych i leczniczych należy w każdym wątpliwym przypadku rozważyć występowanie rzadkich chorób. Dotyczy to rozważenia nie tylko chorób dotyczących zatok przynosowych, jamy ustnej, gardła czy krtani, ale również tych z objawami w zakresie głowy i szyi, a często będących obrazem chorób ogólnoustrojowych. Na szczególną uwagę zasługują tu choroby przebiegające z zaburzeniami odporności, choroby układowe czy zapalenia swoiste. Zwłaszcza te ostatnie, w dobie szerokiego zastosowania leczenia immunosupresyjnego, zyskują ponownie na znaczeniu.

Z drugiej strony często występujące choroby w zakresie głowy i szyi mogą przebiegać nietypowo, a ich niecharakterystyczny obraz może sprawiać trudności diagnostyczne oraz utrudniać podejmowanie decyzji terapeutycznych.

W wykładzie zaprezentowano praktyczny punkt widzenia ułatwiający postawienie rozpoznania u konkretnego chorego. Omówiono wybrane przypadki pacjentów poprzez analizę objawów klinicznych, radiologicznych, uzupełnionych o diagnostykę patomorfologiczną, immunologiczną

w obrębie głowy i szyi. Wskazano na systemowe podejście, które może pomóc w uniknięciu pomyłek zwłaszcza w praktyce ostrodyżurowej. Z drugiej strony wskazano, na podstawie konkretnych przypadków klinicznych, na konieczność poszerzenia diagnostyki o szczegółowe badania immunologiczne, patomorfologiczne z odczynami immunohistochemicznymi oraz obrazowe.

36. Pozaprzelykowe objawy choroby refluksowej przełyku – patofizjologia, diagnostyka i leczenie

Paweł Dobrzyński, Laura Ziuzia

Klinika Otolaryngologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Chorobę refluksową przełyku (GERD) definiuje się jako stan, w którym cofanie się zawartości żołądka prowadzi do powstawania uciążliwych objawów i/lub do wystąpienia powikłań. Ta powszechnie występująca jednostka chorobowa może objawiać się również objawami atypowymi, tj. spoza układu pokarmowego. Z tego powodu wyodrębniono zjawisko refluksu krtaniowo-gardłowego (LPR), czyli wstecznego napływania zawartości żołądka do gardła i krtani, prowadzącego do powstania takich objawów, jak uczucie ciała obcego w gardle, przewlekły kaszel, odchrząkiwanie i chrypka. Choroba refluksowa przełyku i refluks krtaniowo-gardłowy mogą mieć też wpływ na rozwój wielu innych chorób, m.in. zapalenia krtani, astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia zatok przynosowych, zapalenia ucha środkowego czy ubytków (erozji) zębowych, a nawet raka krtani czy stanów nagłego zagrożenia życia. W diagnostyce refluksu krtaniowo-gardłowego stosuje się skale oparte na objawach podmiotowych (RSI) i laryngoskopowych (RFS), próbę leczenia inhibitorami pompy protonowej (IPP), 24-godzinną pH-metrię przełyku, badania impedancji przełykowej, manometrię przełyku oraz badanie endoskopowe. Najczęściej stosowaną metodą leczenia jest podawanie IPP w podwójnej dawce przez okres co najmniej sześciu miesięcy. W razie braku skuteczności farmakoterapii można rozważyć leczenie chirurgiczne. Jednakże wciąż brak jest jednolitych wytycznych co do diagnostyki i leczenia refluksu krtaniowo-gardłowego, a w literaturze wciąż istnieje w tym temacie wiele kontrowersji. Opracowanie skutecznych algorytmów postępowania w tej jednostce chorobowej wymaga prowadzenia dalszych badań.

37. Niespodzianki w diagnostyce histopatologicznej nowotworów głowy i szyi

Andrzej Marszałek

Katedra Patomorfologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

38. Ukierunkowana terapia molekularna w nowotworach głowy i szyi

Janusz Klatka

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Istotą terapii ukierunkowanej molekularnie jest hamowanie proliferacji i neoangiogenezy oraz uniemożliwienie tworzenia przerzutów przez komórki nowotworowe, a także indukowanie apoptozy tych komórek. Co więcej, leki tej grupy działają w sposób wybiórczy, co wiąże się z niewielkimi skutkami ubocznymi terapii. Nadekspresja EGFR wiąże się z bardziej agresywnym fenotypem guzów, skłonnością do tworzenia przerzutów, chemioopornością i gorszym rokowaniem. Cetuksymab jest pierwszym chimerycznym, mysio-ludzkim monoklonalnym przeciwciałem anti-EGFR zarejestrowanym w leczeniu chorych na HNSCC. Zalutumumab jest ludzkim monoklonalnym przeciwciałem anti-EGFR. Wyniki pierwszego randomizowanego badania III fazy z jego udziałem u chorych na zaawansowanego HNSCC po niepowodzeniu chemioterapii są bardzo zachęcające. Panitumumab – ludzkie monoklonalne przeciwciało anti-EGFR znajduje się w chwili obecnej w II fazie badania, oceniającego skuteczność: radioterapii, radioterapii w kombinacji z cisplatiną i radioterapii w kombinacji z panitumumabem. Odwracalne, drobnocząsteczkowe inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (IKT EGFR), takie jak gefitynib czy erlotynib, wykazują niewielką skuteczność w terapii HNSCC. Udowodniono zbliżoną lub nawet wyższą skuteczność afatynibu w stosunku do cetuksymabu u chorych na HNSCC. Bewacyzumab – przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko VEGF. Brak jest przekonujących dowodów na skuteczność w terapii HNSCC bewacyzumabu. Zakończyła się druga faza badań klinicznych u chorych na HNSCC z udziałem bortezomibu – inhibitora proteasomu. U chorych na nowotworowego lub przerzutowego HNSCC za pomocą bortezomibu uzyskano w 50% kontrolę choroby, co umożliwiło rozpoczęcie badań III fazy. Jak wynika z dotychczasowych badań, rozwój terapii ukierunkowanej molekularnie w płaskonabłonkowych nowotworach głowy i szyi, daje realną nadzieję na zwiększenie efektywności leczenia tych nowotworów.

VII Sesja – Okrągły stół – Rola leczenia interdyscyplinarnego w nowotworach głowy i szyi

39. Rola zespołu interdyscyplinarnego w leczeniu nowotworów głowy i szyi

Ewa Sierko

Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Udział interdyscyplinarnego zespołu specjalistów w profilaktyce, rozpoznawaniu, leczeniu i opiece nad chorymi na nowotwory okolicy głowy i szyi po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego jest aktualnie „złotym standardem” postępowania medycznego. Z jednej strony jest to rekomendowane przez międzynarodowe towarzystwa naukowe, z drugiej zaś – stanowi integralny system opieki nad tymi chorymi w Polsce, co jest zapisane w ustawie o opiece nad chorymi na nowotwory, czego wykładnikiem jest tzw. karta DILO (diagnostyki i leczenia onkologicznego). Postępowanie interdyscyplinarne daje największe szanse pacjentom na uzyskanie najlepszych wyników leczenia, ale też, co jest niezwykle istotne – na uzyskanie jak największego komfortu życia po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego. Pomimo istniejących wytycznych i rekomendacji, stan wielodyscyplinarnej opieki w Polsce nad chorymi na nowotwory okolicy głowy i szyi nie jest jeszcze idealny, stąd działania mające na celu popularyzację i ujednoczenie najwyższych standardów opieki w tym zakresie są bardzo ważne. Rozwój metod diagnostyki histopatologicznej, molekularnej i radiologicznej, a także stałe udoskonalanie metod terapeutycznych, w tym chirurgii, radioterapii, procedur onkologii klinicznej, stawia przed lekarzami wyzwanie dotyczące wyboru optymalnej, „szytej na miarę” terapii dla poszczególnych chorych. Organizacja komunikacji interdyscyplinarnej w różnych regionach naszego kraju musi być w związku z tym w pełni dopracowana. Idealną sytuacją jest współdziałanie lekarzy różnych specjalności i pielęgniarek w profilaktyce pierwotnej i wtórnej nowotworów okolicy głowy i szyi, udział chirurga, radioterapeuty, onkologa klinicznego, radiologa, histopatologa, fizykoterapeuty, logopedy i innych specjalistów we wspólnym konsylium, podejmującym decyzję o leczeniu danego chorego, oraz w kontroli wyników leczenia i wielokierunkowej rehabilitacji (psychologicznej, fizycznej i zmysłowej) po zakończeniu działań terapeutycznych.

40. Chirurgia małoinwazyjna w leczeniu nowotworów głowy i szyi

Wojciech Ścierański

Katedra i Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrzcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Chirurgia małoinwazyjna to zabiegi operacyjne wykonywane przez naturalne otwory ciała (endoskopia) lub przez minimalne nacięcia powłok skórnych (laparoscopia). Termin ten powstał w odniesieniu do tradycyjnych, bardziej inwazyjnych metod chirurgicznych, zwanych inaczej klasycznymi. Zaletami zabiegów małoinwazyjnych są: niewielki ból

pooperacyjny, mała rana (2–3 nacięcia o długości 1 cm), a więc niewielka blizna, minimalne ryzyko powikłań (nie-wielkie krwawienie, zminimalizowane ryzyko zakażenia), maksymalne oszczędzanie operowanych tkanek oraz szybki powrót do zdrowia i aktywności zawodowej.

Zabieg operacyjny wykonany małoinwazyjną techniką endoskopową jest bardziej precyzyjny w porównaniu do zabiegów wykonywanych techniką tradycyjną. Ma to szczególne znaczenie w onkologii. Wprowadzenie toru wizyjnego umożliwia przeniesienie obrazu z wnętrza człowieka na ekran monitora. Guz na ekranie monitora jest dobrze widoczny (powiększenie obrazu), a chirurg ma do dyspozycji idealnie oświetlone pole operacyjne. Operator może być bardziej precyzyjny i radykalny dzięki temu, iż widzi obraz pod powiększeniem (lepszą oceną marginesów usuwanego guza). Dzięki nowoczesnej konstrukcji narzędzi do endoskopowego cięcia tkanek, tamowania krwawienia oraz zamykania naczyń i zespalania narządów poszerzyły się operacyjne możliwości w wielu dziedzinach chirurgii człowieka.

Leczenie chirurgiczne nowotworów głowy i szyi zawsze kojarzone było z szerokim dostępem operacyjnym i rozległą resekcją, które prowadziły do długiego gojenia, dużych problemów rekonstrukcyjnych i rozległych blizn na ciele chorego. Małoinwazyjna chirurgia endoskopowa stała się standardową techniką operacyjną w wielu dyscyplinach medycznych, takich jak: urologia, chirurgia ogólna czy ortopedia. Swą popularność zyskała głównie ze względu na minimalną inwazyjność i krótki okres rehabilitacyjny. Zabiegi te, z nielicznymi wyjątkami, nie są jeszcze standardem postępowania w nowotworach głowy i szyi. Wynika to głównie ze znacznego stopnia złożoności anatomicznej tego regionu. Jednakże w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat pojawiły się nowe możliwości endoskopowych technik operacyjnych, umożliwiających leczenie małoinwazyjne wybranych nowotworów krtani (laser CO₂), jamy ustnej i gardła (Robot da Vinci), zatok przynosowych (ESS) i gruczołów ślinowych.

41. Radioterapia w nowotworach głowy i szyi

Joanna Kaźmierska

Zakład Radioterapii II z Oddziałem, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Współczesna radioterapia nowotworów ma ten sam cel jak na początku – zniszczyć nowotwór jak najmniejszym kosztem dla tkanek zdrowych. W nowotworach głowy i szyi jest to szczególnym wyzwaniem, ponieważ w regionie głowy i szyi znajduje się wiele narządów o podstawowym znaczeniu, nie tylko dla życia – jak pień mózgu czy rdzeń kręgowy, ale i dla jego jakości – to narządy zmysłów, odżywiania, oddychania czy homeostazy hormonalnej. Ponadto, nie bez znaczenia dla jakości życia jest efekt kosmetyczny po zakończonym leczeniu. Obecnie radioterapeuci mają coraz więcej wyrafinowanych narzędzi, aby temu zadaniu sprostać. Historycznie wykorzystywaliśmy w radioterapii duże, często prostokątne pola, dziś możemy prawie dowolnie rzeźbić dawkę, dostosowując ją do leczonego, nieregularnego obszaru. Co za tym idzie, możemy zmniejszać marginesy tkanek zdrowych otaczających

target i minimalizować wczesne i późne odczyny popromienne bez kompromisu z wyleczalnością. Ma to znaczenie w każdej sytuacji klinicznej, jednak najbardziej spektakularne efekty, porównywalne z chirurgią, osiąga radioterapia we wczesnych nowotworach np. migdałków podniebiennych lub krtani.

W przypadku zaawansowanych miejscowo i regionalnie nowotworów staranne planowanie, zgodne z biologią i drogami rozprzestrzeniania się nowotworu, ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia toksyczności leczenia i uniknięcia tzw. błędów geograficznych.

Radioterapia jako metoda leczenia promieniowaniem jonizującym jest procedurą podlegającą kontrolom, audytom, a także – szczególnie w leczeniu nowotworów głowy i szyi – standaryzacji. Szczegółowe zalecenia konturowania guzów, z indywidualnymi marginesami obejmującymi prawdopodobny obszar mikroskopowego rozsiewu są opracowywane i publikowane przez EORTC i ICRU. Ponadto, zalecenia dotyczące wyboru, konturowania i planowania dawki w narządach krytycznych pozwalają ochronić wiele dodatkowych struktur, w tym np. tętnice szyjne w wybranych przypadkach czy też zwieracze gardła, biorące udział w procesie połykania. W ten sposób postęp technologiczny poparty rzetelną wiedzą i doświadczeniem przekłada się bezpośrednio zarówno na wyleczenie, jak i na zachowanie jakości życia po chorobie, co jest nie mniej ważnym elementem współczesnej radioterapii.

42. Chemioterapia w leczeniu nowotworów głowy i szyi

Milena Niemiec

Klinika Nowotworów Głowy i Szyi, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

VIII Sesja – Problemy otolaryngologiczne wieku senioralnego

43. Problemy otolaryngologiczne wieku senioralnego

Tomasz Kręcicki¹, Mirosław Łątka²

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Inżynierii Biomedycznej, Wydział Podstawowych Problemów Techniki, Politechnika Wroclawska

Zaburzenia chodu i kontroli równowagi występują powszechnie u osób w podeszłym wieku. Możliwości ilościowej analizy tych zaburzeń były do niedawna ograniczone ze względu na koszt układów pomiarowych i złożoność protokołów badawczych. Postęp technologiczny sprawił jednak, że realna staje się możliwość wykonywania badań przesiewowych dużych grup pacjentów.

Celem pracy była weryfikacja przydatności urządzeń noszonych (IMU), aplikacji mobilnych i niskokosztowych platform posturograficznych do ilościowej oceny zaburzeń chodu i kontroli równowagi u pacjentów z zespołami otępiennymi.

Za pomocą systemu analizy ruchu Optitrack (8 kamer) rejestrowano dynamikę środka masy w warunkach oczu otwartych i zamkniętych. Jednocześnie rejestrowano sygnały akcelerometryczne czujnika noszonego (IMU) i sygnały niskokosztowej platformy posturograficznej.

Wyniki: Optyczne śledzenie (motion capture) traktowane jest jako złoty standard w badaniach biomechanicznych. Jednak metody akcelerometryczne wykorzystujące czujniki noszone (lub te wbudowane w urządzenia mobilne np. telefony komórkowe) oraz tanie platformy posturograficzne są wiarygodną, alternatywną implementacją ilościowej próby Romberga.

Wnioski: Zaburzenia chodu i kontroli równowagi stanowią istotny problem w zespołach otępiennych. Wczesne ich wykrywanie jest możliwe dzięki zastosowaniu akcelerometrów MEMS wbudowanych w specjalistycznych urządzeniach noszonych i telefonach komórkowych.

Ponadto urządzenia takie, ze względu na niski koszt i prostotę obsługi, potencjalnie mogą być zamontowane w gabinetach lekarza rodzinnego.

44. Fizjoterapia laryngologiczna u pacjentów w wieku senioralnym

Sławomir Marszałek

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Zakład Fizjoterapii, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Pracownia Rehabilitacji, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Dysfunkcje narządu ruchu są najczęstszą przyczyną konsultacji fizjoterapeutycznych u pacjentów w wieku senioralnym. Związane są ze zmianami strukturalnymi układu mięśniowo-stawowego, które często zaburzają jakość życia, a nawet je skracają.

Leczenie zaburzeń występujących u osób starszych w obrębie głowy i szyi powinno leżeć w kompetencjach fizjoterapeutów. Ze względu na brak wystarczającej wiedzy i doświadczenia fizjoterapeuci rzadko podejmują się pracy z takimi chorymi. Problemem dla zaplanowania i prowadzenia skutecznej terapii jest interdyscyplinarność i złożoność danych dysfunkcji. Do ich skutecznego rozwiązania wymagana jest intensywna współpraca fizjoterapeuty ze specjalistami z dziedziny neurologii, laryngologii, foniatrii, kardiologii, endokrynologii, chirurgii, logopedii, psychiatrii czy psychologii. Dopiero dialog i wzajemna wymiana opinii pozwoli fizjoterapeucie na skuteczną i bezpieczną dla siebie i pacjenta terapię.

Do najczęstszych zaburzeń laryngologicznych, w przypadku których fizjoterapeuta może skutecznie pomagać pacjentom, należą:

- dysfunkcje związane z zaburzeniami okluzji i stawów skroniowo-żuchwowych, które poprzez zaburzenia mięśniowo-powięziowe mogą powodować otalgie czy szumy uszne,

- zaburzenia równowagi jako wynik zmienionej postawy oraz czynności mięśni karku, zaburzeń mózdkowo-rdzeniowych oraz słabszej koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- zaburzenia mowy i artykulacji, będące następstwem zaburzeń neurologicznych oraz strukturalnych powstałych po leczeniu operacyjnym,
- zaburzenia połykania i żucia,
- zaburzenia czynnościowe powstałe po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi.

Odpowiednio zaplanowana i prowadzona terapia w tych dysfunkcjach i dolegliwościach pozwoli fizjoterapeucie skutecznie pomagać pacjentom w wieku senioralnym poprawiać jakość życia, a nawet skutecznie wspomagać jego wydłużenie.

45. Ograniczenia anestezyjologiczne w operacjach głowy i szyi w wieku senioralnym

Wiesława Liberowicz-Wieloch

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Wydłużający się średni czas życia, bezpieczniejsze techniki anestezyjologiczne i mniej inwazyjne techniki chirurgiczne sprawiają, że z roku na rok rośnie odsetek pacjentów w wieku senioralnym poddawanych zabiegom operacyjnym. Zakłada się, że każda osoba po 65. roku życia przynajmniej raz leczona będzie chirurgicznie. Prawidłowa kwalifikacja przez chirurga i odpowiedni wybór znieczulenia przez anestezyjologa wymagają zrozumienia, na czym polega proces starzenia się organizmu.

Podeszły wiek związany jest z częstszym występowaniem schorzeń towarzyszących. Niezwykle ważna jest skrupulatna ocena anestezyjologiczna pacjenta przed podjęciem ostatecznej decyzji o leczeniu chirurgicznym, aby na etapie przygotowań i kwalifikacji do znieczulenia można było dokonać niezbędnych dodatkowych konsultacji specjalistycznych. Ponadto, wśród starszych pacjentów oddziałów chirurgii głowy i szyi częściej spotyka się niedożywienie, wynikające z choroby podstawowej, odwodnienie czy nadużywanie alkoholu.

Polifarmakoterapia to kolejny aspekt wieku podeszłego. Zakłada się, że chorzy po 65. roku życia przyjmują do ośmiu różnych leków dziennie. Zwiększa to znacznie ryzyko powikłań, wynikających zarówno z bezpośredniego działania tych leków, jak i ich interakcji z lekami stosowanymi w okresie okołoperacyjnym.

O wyborze metody znieczulenia – ogólnego lub miejscowego – decydują rodzaj zabiegu i kompleksowa ocena kliniczna pacjenta. Pacjenci po 65. roku życia szczególnej troski wymagają również w okresie pooperacyjnym z uwagi na nasilenie się zaburzeń funkcji poznawczych.

Wynik leczenia chirurgicznego zależy od wieku pacjenta, stanu ogólnego i współistniejących chorób (ocena w skali ASA), od pilności i rodzaju zabiegu. Każdy pacjent w podeszłym wieku przed zabiegiem operacyjnym wymaga indywidualnej oceny.

Wykład specjalny

46. Nauczanie otolaryngologii z perspektywy Dziekana Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Jurek Olszewski

Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Na podstawie regulaminu studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nie później niż 7 dni przed rozpoczęciem semestru kierownik przedmiotu zobowiązany jest umieścić w ESOS sylabus (przewodnik dydaktyczny przedmiotu).

Obowiązujący stan prawny wskazuje, że prezentacja opracowana przez nauczyciela akademickiego na zajęcia dla studentów, która jest przygotowana przez pracownika etatowego, staje się utworem pracowniczym i jest własnością uczelni, a nie pracownika, ponieważ to jest praca dydaktyczna, a nie naukowa. Organy uczelni mają prawo do podejmowania decyzji związanych z udostępnianiem dzieł pracownicznych, zgodnie z ich przeznaczeniem: osobom trzecim, m.in. innym pracownikom nauki, osobom kształcącym się itp. Proponuje się zapis w zakresie obowiązków/uprawnień i odpowiedzialności nauczyciela akademickich o konieczności udostępniania materiałów dydaktycznych studentom.

Zajęcia z przedmiotu otolaryngologia odbywają się na 5. roku studiów i obejmują 50 godzin ćwiczeń (10 ćwiczeń po 5 godzin) i 10 godzin wykładów.

W ramach praktycznego nauczania na 6. roku studiów oprócz przedmiotów obowiązkowych jest również wybierana specjalność przez studenta (5 tygodni \times 5 dni \times 6 godzin = 150 godzin). Zajęcia odbywają się od godz. 8.00 do 13.00 – I tura oraz od godz. 13.00 do 18.00 – II tura po 6 studentów). Do wyboru studenci mają następujące przedmioty: otolaryngologia (1 grupa dziekańska), okulistyka (1 grupa dziekańska), neurochirurgia (1 grupa dziekańska), urologia (1 grupa dziekańska), ortopedia (2 grupy dziekańskie), neurologia (2 grupy dziekańskie), kardiologia (2 grupy dziekańskie), anestezjologia i intensywna terapia (2 grupy dziekańskie). Z zestawienia wynika, że przeważają specjalności zabiegowe ze względu na duże deficyty lekarzy.

IX Sesja – Chrapanie i bezdech senny

47. Aktualne wytyczne EBM w leczeniu chrapania i bezdechu

Marek Rogowski

Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zgodnie z założeniami EBM i z uwzględnieniem zasad Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM), przedstawiono aktualne wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne w zespole obturacyjnych bezdechów podczas snu (ang. *obstructive sleep apnea syndrome*, OSAS). Przedstawiono również wytyczne, dotyczące leczenia chrapania, wsparte również danymi opartymi na dowodach. Ocenie EBM podlegały zarówno minimalnie inwazyjne, jak i inwazyjne formy leczenia.

Według danych opartych na dowodach, leczenie farmakologiczne OSAS, jak też postępowanie z zastosowaniem dilatatorów donosowych, nie jest zalecane (odpowiednio stopień A i stopień C rekomendacji).

Operacje poprawiające drożność nosa nie obniżają w wystarczającym stopniu AHI i jako izolowana metoda leczenia OSAS nie są rekomendowane (stopień rekomendacji B). Operacje takie ułatwiają korzystanie z urządzenia CPAP (stopień C). UPPP z tonsillektomią zalecana jest w leczeniu OSAS (stopień rekomendacji B). Dobre wyniki leczenia kształtują się po 6 miesiącach leczenia w przedziale 50-60 procent. Odległe wyniki są gorsze (40–50 procent). Posiadane dane wskazują na lepszy efekt zmodyfikowanych form UPPP w porównaniu z klasyczną operacją (stopień B), jednakże na wysnucie ostatecznych wniosków należy jeszcze poczekać. Nadal nie zaleca się stosowania technik polegających na zwykłej redukcji błony śluzowej w obrębie podniebienia miękkiego bez podszycia (np. LAUP) (stopień rekomendacji B).

W dalszej części przedstawiono zalecenia dotyczące operacji w obrębie nasady języka, chirurgii wielopoziomowej oraz stosowania technik małoinwazyjnych.

Dynamiczny przyrost publikacji z zakresu leczenia chrapania i OSAS powoduje stałą modyfikację wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych z tego zakresu.

48. Diagnostyka i leczenie bezdechu podczas snu, kwalifikacja do leczenia chirurgicznego zespołu bezdechów podczas snu

Ewa Olszewska

Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zespół obturacyjnych bezdechów podczas snu (OSAS) charakteryzuje się obecnością nawracających epizodów całkowitej lub częściowej obturacji górnych dróg oddechowych podczas snu, z okresami upośledzenia utlenowania krwi tętniczej oraz następczą sennością dzienną. Efektywna chirurgia OSAS ma na celu przywrócenie fizjologicznego toru oddychania, powiększenie ciśni

podniebieno-gardłowej, zmniejszenie wibracji tkanek gardła środkowego oraz zminimalizowanie ryzyka zapadania się ścian górnych dróg oddechowych podczas snu.

Cele:

1. Ocena przydatności poszczególnych badań diagnostycznych w kwalifikacji do leczenia chirurgicznego OSAS.
2. Określenie skuteczności wybranych zabiegów operacyjnych w leczeniu OSAS u dorosłych.
3. Analiza wystąpienia powikłań po zastosowaniu wybranych metod chirurgicznych u pacjentów z OSAS.

Na podstawie doświadczeń własnych i systematycznego przeglądu literatury dokonano oceny porównawczej poszczególnych wytycznych do następujących zabiegów operacyjnych przeprowadzanych u pacjentów z OSAS: septoplastyka, operacja zastawki nosa, różne typy plastyki gardła środkowego, termoablacji podniebienia miękkiego i operacji nasady języka.

Wytyczne dotyczące procesu diagnostycznego i wyboru metody leczenia pacjentów z OSAS zostały podzielone na bezwzględne i względne. Kiluminutowe filmy video, które będą przedstawione podczas prezentacji, pozwolą na poznanie wybranych technik operacyjnych stosowanych w OSAS. Skuteczność zabiegów operacyjnych w OSAS nie jest w pełni określona. Większość stosowanych obecnie operacji tylko częściowo leczy zaburzenia oddychania podczas snu. Najwięcej publikacji dotyczy oceny skuteczności uwulopalatofaryngoplastyki jako zabiegu jednoetapowego i jest ona, niestety, niska. Większe znaczenie przypisuje się chirurgii wieloetapowej, ale i w tym przypadku potrzebna jest dokładna analiza porównawcza korzyści z zabiegu w stosunku do jego ryzyka i powikłań. Ryzyko zabiegów chirurgicznych w OSAS i ich potencjalnych powikłań nie zostało, jak dotąd, poddane systematycznej analizie. Z doświadczeń własnych wynika, że do najczęstszych powikłań uwulopalatofaryngoplastyk należy krwawienie wczesne i późne z łóż po usuniętych migdałkach podniebennych. Niemniej jednak, zdarzają się one głównie w przypadkach nieprzestrzegania przez pacjenta zaleceń pooperacyjnych. Najczęstszym objawem niepożądanym, zgłaszanym przez niemal wszystkich pacjentów pooperacyjnych, jest ból o różnym stopniu nasilenia i okresie trwania.

W obliczu imponujących innowacji w zakresie leczenia operacyjnego OSAS obserwuje się niedostatek wystandaryzowanych metod postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Dotyczy to oceny klinicznej, kwestionariuszy, wytycznych związanych z opieką peri- i pooperacyjną.

49. Bezdech i chrapanie u dzieci

Grażyna Mielnik-Niedzielska

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

Zaburzenie oddychania podczas snu (SDB) stanowi szerokie spektrum anomalii, sięgających od chrapania po znaczącą niedrożność dróg oddechowych, a następnie bezdechu sennego (OSAS). SDB obejmuje objawy o różnym stopniu nasilenia, z chrapaniem z jednej strony, z drugiej

zaś z bezdechem. Jedne objawy mogą towarzyszyć drugim, a niektórzy pacjenci mogą wykazywać wszystkie z możliwych objawów. Występowanie OSAS u dzieci, które nie wykazują żadnych innych objawów, wynosi 0.7–3%, podczas gdy chrapanie dotyczy około 16% pacjentów pediatrycznych. Zaburzenia oddychania podczas snu występują w każdym wieku, od noworodków do dzieci w wieku przedszkolnym i starszych. Pośród czynników etiologicznych wymienia się anomalie czaszkowo-twarzowe, zespół Downa, otyłość, zaburzenia nerwowo-mięśniowe, wiotkość krtani. Najczęstszą przyczyną zaburzeń oddychania u dzieci jest przerost migdałka gardłowego i podniebieniowy.

U dzieci w wieku dojrzewania chrapanie występuje tak samo często w odniesieniu do płci dziecka, co różni zaburzenia oddychania u dzieci z OSAS u dorosłych. Z tego powodu, jak i odmiennej manifestacji klinicznej choroby, niektórzy autorzy zalecają, by OSAS u dzieci traktować jako odrębną jednostkę chorobową.

Stan przewlekłego niedotlenienia może powodować zaburzenia rozwoju somatycznego, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia rozwoju intelektualnego oraz funkcji poznawczych. Wskazuje się na trudności w koncentracji uwagi, nieprawidłowości w zachowaniu, którym towarzyszy nadmierna pobudliwość. W tej grupie pacjentów obserwuje się trudności szkolne.

Rozpoznanie zespołu bezdechów sennych typu obturacyjnego opiera się na badaniu polisomnograficznym, uważanym za złoty standard w diagnostyce zaburzeń oddychania u dorosłych. Ponieważ te testy są drogie i czasochłonne, poszukuje się innych metod badawczych, takich jak: oksymetria, rinomanometria, ocena faz snu, badanie jakości życia.

Leczenie jest zależne od stopnia nasilenia bezdechu i jego przyczyny. Metody niechirurgiczne to przede wszystkim stosowanie donosowych kortykosteroidów. Wykorzystuje się w tym sposobie leczenia stwierdzany wzrost ekspresji glukokortykoidowych receptorów w tkance limfatycznej górnych dróg oddechowych u dzieci.

Leczenie chirurgiczne, polegające na usunięciu migdałka gardłowego i zmniejszeniu masy migdałków podniebennych, jest skutecznym sposobem leczenia chrapania i obturacyjnego bezdechu sennego u 60–90% dzieci.

50. Diagnostyka i leczenie nieoperacyjne obturacyjnego bezdechu sennego

Tomasz Piorunek

Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Obturacyjny bezdech senny (OBS) dotyczy około 4% mężczyzn i 2% kobiet. Częstość występowania choroby w Polsce określa się na 16,7% w populacji mężczyzn i 5,4% wśród kobiet. OBS charakteryzuje się wielokrotnymi epizodami zapadania się dróg oddechowych (bezdech/*apnoea*) lub ich znacznymi zwężeniami na poziomie gardła (spłycczenie oddychania/*hypopnoea*) przy zachowanej pracy mięśni oddechowych. W konsekwencji dochodzi do obniżenia

utlenowania krwi tętniczej i hiperkapnii, a narastający wysiłek oddechowy i aktywacja mechanoreceptorów prowadzą do przebudzenia, zwykle nieuświadomionych, i fragmentacji snu, powodując niedobór snu głębokiego i w jego następstwie wzmożoną senność dzienną. Wstępne rozpoznanie OBS ustalane jest w oparciu o informacje uzyskiwane od pacjenta i osoby towarzyszącej podczas snu. Zebranie wywiadu i określenie stopnia ryzyka występowania choroby ułatwiają Skala Senności Epworth i Kwestionariusz berliński, oceniający objawy w czasie dnia i w okresie snu. Standardem diagnostyki OBS jest polisomnografia, umożliwiająca określenie faz i stadiów snu oraz rejestrację elektrokardiogramu, saturacji, przepływu powietrza przez nos i usta, ruchów oddechowych klatki piersiowej i brzucha, położenia ciała w czasie snu i dźwięków oddechowych. Kryteria rozpoznania OBS zostały określone przez American Academy of Sleep Medicine (AASM) w 2009 roku i przyjęte przez Polskie Towarzystwo Badań nad Snem oraz opublikowane w ERS Monograph w 2015 roku: AHI ≥ 5 połączone z nadmierną sennością dzienną oraz co najmniej 2 z 4 objawów – chrapanie nawykowe, uczucie duszenia lub dławienia się w nocy, częste wybudzenia w czasie snu, upośledzenie koncentracji i zmęczenie w ciągu dnia. AASM wyróżnia następujące stopnie ciężkości choroby: łagodny ($5 \geq \text{AHI} \leq 15$), umiarkowany ($15 > \text{AHI} \leq 30$) i ciężki ($\text{AHI} > 30$). W diagnostyce OBS stosowana jest także poligrafia, umożliwiająca rejestrację zaburzeń snu w warunkach domowych oraz badania przesiewowe, np. pulsoksymetria nocna. Leczenie nieoperacyjne OBS obejmuje zmianę nawyków żywieniowych i eliminację niekorzystnych zachowań, stosowanie „protezy powietrznej”- aparatów CPAP, auto-CPAP lub Bi-PAP oraz aparatów wewnątrzustnych (aparaty wysuwające żuchwę i podtrzymujące język), mających na celu poprawę drożności górnych dróg oddechowych, wykonywanych według indywidualnych potrzeb pacjenta.

Wykład specjalny

51. Perspektywy unijne w ochronie zdrowia

Zbigniew Czachór

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

UE przyjęła definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – „zdrowie to: całkowity dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny, a nie jedynie brak choroby lub schorzenia”. Zgodnie z Traktatem o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) Unia ma uzupełniać i wspierać krajowe polityki zdrowotne, zachęcać do współpracy pomiędzy państwami członkowskimi i promować koordynację pomiędzy ich programami, przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności państw członkowskich za określenie ich polityki zdrowotnych oraz organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej. Do najważniejszych regulacji UE w zakresie służby zdrowia należą:

- Konkluzje Rady UE w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (2006/C 146/01);
- KOMUNIKAT KOMISJI w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej (COM(2014) 215 final);

- Program „Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu” (strategia „Europa 2020”);
- Rezolucja ustawodawcza w sprawie przyjęcia rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie wyrobów medycznych;
- DYREKTYWA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej;
- ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) NR 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE;
- Wieloletnie Ramy Finansowe UE 2014-2020 (programy i fundusze UE do wykorzystania przez polską służbę zdrowia).

X Sesja – Chirurgia estetyczna twarzy

52. Chirurgia estetyczna twarzy – różnorodności zabiegów w leczeniu defektów estetycznych powstałych w wyniku starzenia, chorób oraz przebytych urazów

Maciej Lichaj

53. Współczesne trendy w medycynie estetycznej

Marta Hasse-Cieślińska

Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Medycyna estetyczna to dziedzina, która nieustannie się rozwija. Od lat 80. XX wieku każda dekada przynosiła nowe rozwiązania, dając lekarzom i pacjentom lepsze możliwości. Początek XXI wieku to czas wypełniaczy. Tradycyjne techniki zakładały podawanie wypełniacza bezpośrednio w obszarze zmarszczek. Efekty zabiegów często były niezadowalające, a wygląd pacjenta coraz bardziej nienaturalny. Dziś wiemy, że pierwszą zasadą dla lekarza medycyny estetycznej powinno być przywrócenie prawidłowych proporcji i konturu twarzy pacjenta, co pozwoli otrzymać naturalny efekt, bez przerysowania i zatracenia indywidualnych cech twarzy. Uzyskanie takiego efektu możliwe jest dzięki wykorzystaniu technik wolumetrycznych, przy których stosuje się kwas hialuronowy o dobrych właściwościach wiskoelastycznych i liftingujących. Ukoronowaniem nowoczesnego podejścia do medycyny estetycznej jest opracowany przez dr Mauricio de Maio ośmiopunktowy lifting twarzy. To technika oparta na podaniu niewielkich ilości wypełniacza w ośmiu anatomicznie strategicznych punktach twarzy. Z czasem pojawiły się kolejne punkty iniekcji, dając dalsze możliwości poprawy wyglądu twarzy - tak powstała idea „MD Codes”. MD Codes to precyzyjnie określone punkty iniekcji kwasu hialuronowego, zapewniające leczenie przyczyn zmiany wyglądu starzejącej się twarzy. Takie holistyczne podejście do zastosowania wypełniaczy zapewnia najwyższą skuteczność terapii, efekt jest naturalny i utrzymuje się dłużej. Prawidłowe zrozumienie właściwości kwasu hialuronowego i opanowanie

najnowszych technik jego podawania daje możliwości korekty nie tylko zmian wynikających z fizjologicznego przebiegu starzenia się skóry, ale także defektów będących następstwem chorób, urazów czy zabiegów chirurgicznych.

54. Miejsce chirurgii plastycznej twarzy w otolaryngologii

Michał Krawczyński

Chirurgia plastyczna twarzy jako dyscyplina medyczna we współczesnej laryngologii jest zjawiskiem stosunkowo młodym – jej oficjalny początek związany jest z precedensowym procesem sądowym w Stanach Zjednoczonych w latach 80. XX wieku, wytoczonym w konflikcie branżowym przez chirurgów plastycznych otolaryngologom. Po spektakularnej wygranej otolaryngologów chirurgia plastyczna twarzy weszła na stałe do kanonu współczesnej laryngologii światowej – w tym również europejskiej. W Europie promocją i szkoleniem w zakresie tej specjalności zajmuje się Europejska Akademia Chirurgii Plastycznej Twarzy, początkowo znana jako Joseph Society.

W pracy prezentuję spektrum zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej twarzy wykonywanych w ramach praktyki laryngologicznej oraz omawiam aktualną sytuację formalno-prawną chirurgii plastycznej twarzy w strukturach zjednoczonej Europy. Zachęcam też – szczególnie młode pokolenie polskich otolaryngologów – do wstąpienia w szeregi Europejskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy.

XI Sesja – Otolaryngologia dziecięca

55. Alergia górnych dróg oddechowych u dzieci

Piotr Rapiejko

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

56. Powikłania i zagrożenia leczenia operacyjnego dzieci

Grażyna Mielnik-Niedzielska

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

Najczęściej wykonywanymi zabiegami operacyjnymi u dzieci są zabiegi usunięcia migdałków, zarówno gardłowego, jak i podniebiennych. Chociaż zgon w wyniku zabiegu występuje rzadko, ze współczynnikiem śmiertelności 1 na 16 000 do 35 000 zabiegów, to komplikacje są powszechne. Do najczęstszych powikłań zagrażających życiu pacjenta należą krwotoki i zatrzymanie akcji serca, problemy z oddychaniem. Wczesne krwawienia występują w pierwszej dobie po operacji, natomiast należy pamiętać o krwawieniach późnych między 7. a 10. dobą po operacji, które są spowodowane uczynnieniem procesów proteolitycznych w czasie gojenia i zbyt wczesnego oddzielenia się włókna.

Zabieg usunięcia migdałków coraz częściej jest wykonywany u pacjentów z zaburzeniami oddychania podczas snu. Zwiększona świadomość negatywnych skutków OSA doprowadziła do sytuacji, że zabieg przeprowadza się u coraz młodszych pacjentów. Badania wykazały, że wiek <2 lat sprzyja desaturacji w większym stopniu niż wiek <3 lat. Masa ciała poniżej 15 kg także częściej koreluje z desaturacją niż <20 kg. Desaturacja tlenowa poniżej 90% pojawia się u 7% pacjentów po zabiegu adenotonsillektomii.

Rzadkim, ale niebezpiecznym powikłaniem operacji usunięcia migdałków podniebiennych jest odma podskórna. Powikłanie to było po raz pierwszy opisane w 1936 roku, ale do dnia dzisiejszego jej mechanizm nie został do końca wyjaśniony. Powikłanie to może być związane z techniką operacyjną lub intubacją dotchawiczą. Przypuszcza się, że zbyt głębokie preparowanie, sięgające w obręb mięśnia zwieracza gardła górnego, powoduje powstanie drogi dla powietrza do przestrzeni przygardłowej i pozagardłowej; z tych przestrzeni powietrze może przedostać się do śródpiersia.

Konkludując, pacjenci poddani zabiegowi usunięcia migdałków powinni być ściśle monitorowani pod kątem wystąpienia krwotoku lub odmy. Kwalifikacja do zabiegu powinna być poprzedzona dogłębnym zbadaniem stanu zdrowia pacjenta, by nie narazić go na desaturację.

57. Brodawczaki górnych dróg oddechowych u dzieci – problem nadal aktualny

Jarosław Szydłowski

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Katedra Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Nawracająca brodawczakowatość układu oddechowego (RRP) u dzieci pozostaje chorobą nieprzewidywalną w swoim przebiegu klinicznym. Powszechnie uznanym czynnikiem etiologicznym RRP jest wirus brodawczaka ludzkiego. W zdecydowanej większości przypadków w materiale tkankowym poddanym badaniom wirusologicznym identyfikuje się DNA wirusów Papilloma o niskim potencjale onkogennym. Potwierdzone jednocześnie badaniami populacyjnymi wysokie nosicielstwo HPV 6 i 11 wskazuje na udział innych czynników promujących zakażenie i prowadzących do wystąpienia choroby. Ich poszukiwania prowadzone wielokierunkowo nie przyniosły dotychczas jednoznacznych rezultatów, a stwierdzone zaburzenia immunologiczne okazują się dalece niejednorodne.

Dane epidemiologiczne wskazują obecnie na zmniejszoną zapadalność na RRP w krajach wysoko rozwiniętych i jednocześnie wzrost częstości rejestrowania nowych przypadków w krajach rozwijających się, co koreluje z opracowanym przed wieloma laty modelem epidemiologicznym choroby, wskazującym na istotny udział czynników społecznych i ekonomicznych w rozprzestrzenianiu infekcji HPV i chorób HPV-zależnych.

Ostatnie lata nie przyniosły także istotnych zmian w leczeniu nawracającej brodawczakowatości układu oddechowego u dzieci. Celem leczenia chirurgicznego pozostaje utrzymanie drożności dróg oddechowych i zapewnienie

wydolności układu oddechowego, a w przypadkach zmian obejmujących poziom głośni – zapewnienie prawidłowej fonacji. Leczenie chirurgiczne – niezależnie od techniki i instrumentarium – ma wyłącznie charakter objawowy. Podejmowane dotychczas próby leczenia wspomagającego postępowanie chirurgiczne nie przynoszą jednoznacznie korzystnych rezultatów. Po okresie przerwy, spowodowanej niepokojącymi doniesieniami o możliwym działaniu kan-cerogennym, do użytku wraca obecnie cidofovir w istotnie zmodyfikowanych wskazaniach i zredukowanym daw-kowaniu. W zaawansowanych przypadkach klinicznych z rozprzestrzenieniem do dolnych dróg oddechowych po-dejmowane są obecnie próby z systemowym podawaniem bevacizumabu.

Pierwotnie podejmowane próby opracowania szczepionki o charakterze terapeutycznym nie przyniosły zadowalają-cych rezultatów, choć prace w tym zakresie nadal są pro-wadzone. Ogromne nadzieje pokłada się obecnie w szcze-pieniach profilaktycznych.

Wykład specjalny

58. Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych – kiedy leczyć zachowawczo, a kiedy operacyjnie?

Antoni Krzeski

Klinika Otolaryngologii, Wydział Lekarsko-Dentystyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Czerniakowski w Warszawie

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych (PZZP) jest schorzeniem o naturze zapalnej, którego leczenie wymaga przede wszystkim terapii zachowawczej. Europejskie Wytyczne Dotyczące Leczenia PZZP (EPOS 2012) propo-nują dwa schematy postępowania terapeutycznego w za-leżności od postaci klinicznej, tj. PZZP bez polipów nosa i PZZP z polipami nosa. W obu przypadkach podstawę leczenia stanowi glikokortykosteroidoterapia w różnych modyfikacjach.

W przypadku braku uzyskania poprawy po leczeniu za-chowawczym zalecane jest wykonanie badania tomogra-fii zatok przynosowych i w zależności od stwierdzanych odmienności budowy anatomicznej bocznej ściany jamy nosa oraz zaawansowania procesu zapalnego w obrębie zatok przynosowych celowe staje się wdrożenie leczenia chirurgicznego.

Aktualnie standardem chirurgicznym jest mikrochirurgia wewnątrznosowa – chirurgia endoskopowa zatok przyno-sowych (ESS), której wyniki zależne są nie tylko od zakresu i precyzji przeprowadzenia samego zabiegu operacyjnego, ale również od stopnia zaawansowania zmian zapalnych w zatokach. Tym samym należy stwierdzić, że im dłuższy jest czas trwania i bardziej zaawansowane zmiany zapalne, tym wyniki leczenia chirurgicznego są gorsze. W miejscu tym należy zauważyć, iż wprowadzone przed 30 laty poję-cie Czynnościowa Chirurgia Endoskopowa Zatok Przyno-sowych (FESS) ma dzisiaj znaczenie historyczne.

Prezentacje ustne

1. Perforacje przegrody nosa u dzieci

**Anna Tuszyńska, Maciej Pilch,
Lidia Zawadzka-Głós**

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Treść naszej pracy oparta jest na doświadczeniu pracy Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej WUM działającej przy SPDSK w Warszawie. Na podstawie przykładów naszych pacjentów omówiona zostanie kwalifikacja do zabiegu, technika zastosowanego leczenia, cele, które chcemy osiągnąć, oraz otrzymane wyniki. Zwrócimy również uwagę na potencjalne problemy techniczne, które mogą wystąpić w trakcie zabiegu.

2. Kiedy skierować chorego do otorynolaryngologa?

Jurek Olszewski, Piotr Pietkiewicz

Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Chorzy z dolegliwościami otorynolaryngologicznymi najczęściej zgłaszają się do lekarzy rodzinnych.

Ze strony wybranych objawów i chorób uszu zasadnymi skierowaniami chorego do otorynolaryngologa są: ciało obce w uchu, bóle uszu, urazy mechaniczne i ciśnieniowe błędnika, przewlekłe zaostrzone zapalenie ucha środkowego, nagła głuchota, zawroty głowy, porażenie nerwu twarzewego, szumy uszne, uraz akustyczny. Z kolei przypadki niewymagające skierowania do otorynolaryngologa to: woskowina, ostre zapalenie ucha środkowego, półpasiec uszny. W przypadku objawów i chorób nosa i zatok przynosowych zasadnymi skierowaniami chorego do otorynolaryngologa są: uraz głowy, niedrożność nosa, nieprzyjemny oddech, krwawienie z nosa, wyciek z nosa, polipy nosa i zatok przynosowych, guzy nosa i zatok przynosowych, natomiast przypadki niewymagające skierowania do otorynolaryngologa to: ciało obce w nosie, czyrak nosa i wargi górnej. Wybrane objawy i choroby jamy ustnej i gardła wymagające skierowania do otorynolaryngologa to: ciało obce w gardle, zespół obturacyjnych bezdechów sennych, guzy ślinianek przyusznych, jamy ustnej i gardła środkowego, a niewymagające skierowania do otorynolaryngologa to: ból gardła, zasychanie w jamie ustnej i gardle, zapalenie ślinianek, ostre zapalenie gardła, zapalenie migdałków podniebiennych, angina. Spośród wybranych objawów i chorób krtani wymagające skierowania do otorynolaryngologa to: urazy krtani, ostra duszność krtaniowa, ciało obce w krtani, zachłyśnięcie, oparzenia jamy ustnej, gardła i krtani, ostre podgłośniowe zapalenie krtani, chrypka, guzy krtani i niewymagające skierowania do otorynolaryngologa to: kaszel, zapalenie krtani.

W przypadku większości objawów i przedstawionych chorób konieczna jest konsultacja laryngologiczna oraz ścisła współpraca lekarza rodzinnego z laryngologiem.

3. Endoskopia z użyciem wąskiej wiązki światła NBI (Narrow Band Imaging) jako nowoczesna metoda wykrywania wczesnych zmian nowotworowych w obrębie głowy i szyi

**Magdalena Waclawek, Jarosław Miłośki,
Jurek Olszewski**

Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie endoskopii, związanej z użyciem wąskiej wiązki światła NBI (ang. *Narrow Band Imaging*) jako nowoczesnej metody wykrywania wczesnych zmian nowotworowych w obrębie głowy i szyi.

Fizyczne zasady obrazowania, sprzęt i interpretacja wyników. Endoskopia z wykorzystaniem wąskiej wiązki światła oparta jest na modyfikacji spektralnych właściwości wiązki fali z wykorzystaniem specjalnego filtra umieszczonego w systemie optycznym. Filtr ten wybiórczo przepuszcza światło, uzyskując wiązki o długości fal 400–430 nm (docelowo 415 nm) oraz 525–555 nm (docelowo 540 nm). Endoskopia z użyciem NBI umożliwia więc identyfikację przebiegu naczyń krwionośnych błony śluzowej (400–430 nm), jak i błony podśluzowej (525–555 nm). Ponadto, dzięki wykorzystaniu technologii High Definition Television (HDTV), w którą zaopatrzone są kamery niektórych endoskopów, jesteśmy w stanie uzyskać obraz o wysokiej rozdzielczości, ok. 4 razy lepszy niż w standardowej endoskopii.

NBI w badaniach klinicznych. Będąc dość nową metodą NBI doczekało się już wielu badań klinicznych badających zarówno czułość, swoistość w wykrywaniu pierwotnych wczesnych zmian nowotworowych, jak i przydatność w czasie operacji w celu zachowania marginesu podczas resekcji złośliwych zmian czy też poszukiwania ognisk wznowy u pacjentów po leczeniu operacyjnym, radioterapii, radiochemioterapii.

Obrazowanie za pomocą wąskiej wiązki światła daje nadzieję na skuteczny monitoring pacjentów po zastosowanym leczeniu nowotworów górnego odcinka dróg oddechowych i drogi pokarmowej. Tak ważna dlatego jest kontynuacja badań i propagowanie idei endoskopii z wykorzystaniem wąskiej wiązki światła.

4. Rzadki przypadek zespołu Eagle'a – trudności diagnostyczne i leczenie operacyjne

**Jarosław Miłośki, Piotr Pietkiewicz,
Jurek Olszewski, Kefah Karawani**

Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Celem pracy było przedstawienie przypadku chorego z zespołem Eagle'a zakwalifikowanego do operacji częściowego usunięcia nadmiernie wydłużonego wyrostka rylcowatego z dostępu wewnątrzustnego.

Opis przypadku. Pacjent, lat 28, przyjęty do Kliniki z powodu bólów szyi po stronie lewej, promieniujących do ucha lewego o zmiennym nasileniu i ciągłym przebiegu, utrzymujące się od ok. 3 lat. Na podstawie obserwacji klinicznej, po analizie wyników badań, ze szczególnym uwzględnieniem tomografii komputerowej wyrostków rylcowatych z rekonstrukcjami 3D (prawy długości ok. 45 mm, lewy ok. 39 mm), zakwalifikowano pacjenta do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym do plastyki wyrostka rylcowatego lewego z dostępu wewnętrznego. W ciągu kolejnych kilku dni po operacji, po wygojeniu się rany w gardle, chory zgłosił całkowite ustąpienie dolegliwości.

Jakkolwiek występowanie zespołu Eagle'a jest rzadkie, to w diagnostyce jednostronnych bólów gardła i szyi, szczególnie z dłuższym wywiadem, powinno być brane pod uwagę. Brak w wywiadzie zabiegu tonsylektomii nie zmniejsza zasadniczo szansy, że przyczyną istniejących dolegliwości jest nadmiernie wydłużony wyrostek rylcowaty. Podstawą rozpoznania i ustalenia wskazań do leczenia jest tomografia komputerowa z rekonstrukcjami 3D. Skuteczną metodą leczenia jest operacyjne, częściowe lub całkowite, usunięcie wyrostka rylcowatego.

5. Ocena progów słyszenia na urządzeniach mobilnych skalibrowanych metodą biologiczną

Marcin Masalski^{1,2}, Tomasz Kręcicki³

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Inżynierii Biomedycznej, Politechnika Wroclawska

³ Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Badania przesiewowe słuchu oparte na audiometrii tonalnej mogą być prowadzone za pomocą skalibrowanych do tego celu urządzeń mobilnych. Kalibracja urządzeń mobilnych, zawierających w zestawie słuchawki producenta, możliwa jest na podstawie predefiniowanego poziomu dźwięku odniesienia wyznaczonego dla danego modelu w odniesieniu do progów słyszenia osób prawidłowo słyszących. Celem pracy było porównanie progów słyszenia wyznaczonego za pomocą urządzenia mobilnego z progiem słyszenia wyznaczonym w audiometrii czystego tonu. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Kliniki Otolaryngologii, którzy posiadają własne urządzenie mobilne ze słuchawkami z zestawu oraz systemem Android. Pomiar progów słyszenia na urządzeniu mobilnym przeprowadzany był za pomocą ogólnodostępnej aplikacji Hearing Test, zawierającej predefiniowane poziomy dźwięku odniesienia dla różnych modeli urządzeń mobilnych, wyznaczone wcześniej w odniesieniu do progów słyszenia osób prawidłowo słyszących. W badaniach udział wzięło 70 osób, 34 mężczyzn i 36 kobiet w wieku 18–71 (średnia 36, odchylenie standardowe 11) lat. Średnia różnica pomiędzy progiem słyszenia, wyznaczonym w audiometrii tonalnej i na urządzeniach mobilnych, była istotnie różna od zera i wyniosła 2,6 dB (95% CI 2,0–3,1), przy odchyleniu standardowym na poziomie 8,3 dB (95% CI 7,9–8,7). Liczba różnic nie większych od 10 dB kształtowała się na poziomie 89% (95% CI 88–91), a średnia różnica bezwzględna wyniosła 6,5 dB (95% CI 6,2–6,9). Pomiar progów słyszenia

wyznaczone na urządzeniu mobilnym przy użyciu słuchawek dołączonych do zestawu w oparciu o predefiniowany poziom dźwięku odniesienia jest wiarygodnym narzędziem w monitorowaniu narządu słuchu i może być wykorzystywany w badaniach przesiewowych lub badaniach epidemiologicznych na dużą skalę.

6. Endoskopowa transsfenoidalna operacja guzów przysadki: dostęp klasyczny i poszerzony, resekcja guza i technika zamknięcia

Marcin Masalski¹, Paweł Tabakow², Krzysztof Zub¹, Tomasz Kręcicki¹

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra i Klinika Neurochirurgii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Transsfenoidalny dostęp do siodła tureckiego umożliwia usunięcie większości guzów przysadki i jest dostępem najdogodniejszym w resekcji guzów podprzeponowych. Celem pracy jest prezentacja etapów endoskopowej transsfenoidalnej resekcji guzów przysadki. Materiał obejmuje 18 pacjentów z guzem przysadki operowanych w Klinice Neurochirurgii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu we współpracy z Kliniką Otolaryngologii. W pracy przedstawiono klasyczny dostęp wzdłuż przegrodowy, obejmujący zniesienie przedniej ściany zatoki klinowej wraz z tylną częścią przegrody nosa, oraz dostęp poszerzony obejmujący dodatkowo obustronną etmoidektomię z otwarciem przestrzeni wewnątrzczaszkowych przez płaszczyznę klinową. W etapie wewnątrzczaszkowym omówiono technikę resekcji guza z uwzględnieniem wykorzystania śródoperacyjnego rezonansu magnetycznego. Przedstawiono metody zamknięcia w przypadku wystąpienia płynotoku nosowego. Statystyki dotyczące operacji prowadzonych pod kontrolą endoskopu porównano z danymi literaturowymi z innych ośrodków.

7. Rekonstrukcja gardła z wykorzystaniem miejscowych tkanek, skóry i błony śluzowej krtani

Sergei Bondarenko¹, Roman Slipetsky², Oleh Halay¹, Oleh Duda¹, Ostap Druzyuk¹, Iryna Sendeha¹, Volodymyr Ludchak¹, Światosław Karp²

¹ Lwowskie Państwowe Regionalne Onkologiczne Centrum Leczniczo-Diagnostyczne

² Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halickiego

Rak gardła, rak części krtaniowej gardła oraz rak krtani spotykany jest stosunkowo rzadko, a występuje przeważnie u pacjentów płci męskiej w wieku 50–60 lat. Wobec tego, że powyższa patologia klinicznie manifestuje się w późnych stadiach, wczesna diagnostyka zmian jest utrudniona i odsetek choroby zdiagnozowanej w I–II stadium jest niski. Pierwszym etapem leczenia raka gardła, części krtaniowej gardła i krtani jest chirurgiczna interwencja – najczęściej faryng- oraz laryngektomia. Po przeprowadzeniu resekcji wymienionych struktur u pacjentów znacznie obniża się

jakość życia poprzez utratę możliwości naturalnego przyjmowania pokarmu, a odżywianie odbywa się przez ezofagostomię za pomocą zgłębnika.

Istnieje szereg chirurgicznych metod rekonstrukcji gardła, które mogą zapewnić doustne przyjmowanie pokarmu przez chorego.

Na oddziale nowotworów głowy i szyi LWROCLD od 2010 do 2016 roku, przeprowadzonych zostało 14 operacji rekonstrukcji gardła z wykorzystaniem miejscowych tkanek, skóry i błony śluzowej krtani. Dwóm pacjentom z danej grupy została wszczepiona proteza głosowa z zadowalającym skutkiem odzyskania funkcji mowy. Jednemu z pacjentów nie udało się przywrócić doustnego przyjmowania pokarmu – zmarł z powodu marskości wątroby. Chirurgia rekonstrukcyjna przy chirurgicznym leczeniu raka gardła, części krtaniowej gardła oraz krtani znacznie poprawia jakość życia chorych, ponieważ daje możliwość powrotu do komfortowego życia w społeczeństwie. Aczkolwiek najlepsze rokowania przy danej patologii mają techniki trzewne rekonstrukcji po faryng- oraz laryngektomii. Przewaga technik trzewnych polega na braku wieloetapowego leczenia chirurgicznego, mniejszej liczbie powikłań pooperyacyjnych oraz możliwości przeprowadzenia specyficznego, zachowawczego leczenia przez 3-4 tygodnie. Jednocześnie przy wykorzystaniu technik trzewnych rekonstrukcji gardła niezbędne jest techniczne przygotowanie oraz obecność dwóch odpowiednich zespołów chirurgów.

8. Rehabilitacja zawrotów głowy z wykorzystaniem technik Wirtualnej Rzeczywistości

Oskar Rosiak¹, Krzysztof Krajewski²,
Marcin Szczepaniak³, Jarosław Walak³,
Magdalena Józefowicz-Korczyńska⁴

¹ Zakład Układu Równowagi, I Katedra Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Pirogowa w Łodzi

³ Zakład Rehabilitacji, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi

⁴ Zakład Układu Równowagi, I Katedra Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Badanie przeprowadzono u 30 pacjentów diagnozowanych i leczonych w roku 2016 w Zakładzie Układu Równowagi, I Katedry UM w Łodzi z rozpoznaniem zaburzeń układu przedsionkowego. U pacjentów zakwalifikowanych do badania wykonano badanie otoneurologiczne, posturograficzne i wideonystagmograficzne.

Pacjenci oceniani byli trzykrotnie: przed rozpoczęciem terapii, po jej zakończeniu i na wizycie kontrolnej po miesiącu. Ocenie podlegały wyniki testów posturograficznych, testu Tinnetti oraz kwestionariuszy samooceny dotyczące między innymi zawrotów głowy, satysfakcji z metody leczenia. Pacjentów rehabilitowano z zastosowaniem zastawu do Wirtualnej Rzeczywistości w Zakładzie Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. Sesje treningowe trwały 2 tygodnie, po pięć razy w tygodniu, przez 30 minut w asyście magistra fizjoterapii. Uzupełnieniem treningu były

ćwiczenia wykonywane w domu, które pacjent odnotowywał w dzienniczku pacjenta.

Stwierdzono poprawę w wynikach kwestionariuszy oraz zapisów posturograficznych, dotyczących zarówno redukcji długości całkowitej stabilogramu, pola powierzchni rozwinętej stabilogramu i prędkości przemieszczania środka ciężkości, która utrzymywała się w badaniu kontrolnym.

Rehabilitacja z zastosowaniem technik Wirtualnej Rzeczywistości jest metodą poprawiającą sprawność funkcjonalną pacjentów z uszkodzeniem układu przedsionkowego.

9. Ocena przydatności diagnostycznej badania PET/CT w nowotworach głowy i szyi

Ewa Majchrzak

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Celem rozprawy doktorskiej jest ocena przydatności badania ¹⁸F-FDG-PET/CT w diagnostyce nowotworów głowy i szyi w zakresie poszukiwania punktu wyjścia choroby nowotworowej w grupie chorych z potwierdzonymi histopatologicznie przerzutami do węzłów chłonnych szyi z nieznanego ogniska pierwotnego (CUP Syndrom) oraz w różnicowaniu wznowy miejscowej, guza resztkowego, wznowy węzłowej i przerzutów odległych u chorych poddanych leczeniu onkologicznemu z powodu nowotworu złośliwego głowy i szyi w wywiadzie.

Materiał obejmuje 261 chorych diagnozowanych i leczonych z powodu choroby nowotworowej głowy i szyi. Mężczyźni stanowili 68%, kobiety 32%. Pacjentów podzielono na dwie grupy badane: chorzy z rozpoznanymi histopatologicznie przerzutami nowotworu złośliwego do układu chłonnego szyi z nieznanego pierwotnego ogniska nowotworowego – I grupa chorych (44%) i chorzy z rozpoznanym nowotworem złośliwym głowy i szyi po zakończonym leczeniu onkologicznym (chirurgicznym i/lub radio(chemio)terapeutycznym) – II grupa chorych (56%). W pracy zastosowano podstawowe metody badawcze, takie jak regularne badania laryngologiczne chorych uzupełnione o ocenę fiberoskopową górnego odcinka drogi oddechowo-pokarmowej, analiza wyników badań ¹⁸F-FDG-PET/CT w oparciu o obserwacje kliniczne pacjentów, ocena morfologicznych badań obrazowych (CT, MRI i USG szyi) oraz retrospektywna analiza historii choroby każdego pacjenta.

W oparciu o wyniki badań ¹⁸F-FDG-PET/CT w grupie chorych z CUP Syndrom uzyskano wskaźnik wykrywalności pierwotnego ogniska nowotworowego równy 24,3% (33/136) ogółem, 17,6% (24/136) dla głowy i szyi oraz 6,6% (9/136) dla pozostałych rejonów anatomicznych organizmu ludzkiego. Czulość PET/CT wynosiła 47,14%, swoistość 66,67%, dokładność 56,61%, PPV 60%, NPV 54,32%. Ostatecznie badanie przyczyniło się do zmiany planu leczenia przeciwnowotworowego około 50% chorych z CUP Syndrom. W II grupie badanej wskaźnik wykrywalności wznowy miejscowej, oszacowany na podstawie badań ¹⁸F-FDG-PET/CT, równał się 22% (27/125), wznowy regionalnej 10% (13/125), odległej 23% (29/125). PET/CT okazał

się również skuteczny w diagnostyce chorych z nienabłonkowymi nowotworami złośliwymi głowy i szyi w wywiadzie (wskaźnik wykrywalności wznowy miejscowej równy 12%, regionalnej 23% i odległej 29% u pacjentów z czerniakiem złośliwym). Czulość badań PET/CT wykonanych w II grupie chorych ogółem wynosiła 91,57%, swoistość 88,89%, dokładność 90,76%, PPV 95%, NPV 82,05%.

¹⁸F-FDG-PET/CT jest skuteczną metodą diagnostyki wznowy lokoregionalnej i odległej u chorych po radykalnym leczeniu onkologicznym z powodu raka głowy i szyi w wywiadzie. Ponadto, PET/CT jest użyteczne w procesie wykrywania pierwotnego ogniska nowotworowego oraz innych niespodziewanych ognisk patologicznych, np. przerzutów odległych u chorych z CUP Syndrom.

10. Wzorzec histopatologicznego naciekania chrząstek w raku krtani (doniesienie wstępne)

**Liucija Weselik¹, Andrzej Marszałek²,
Matthew Ibbs², Wojciech Golusiński¹**

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

² Zakład Patologii Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Rak krtani pozostaje trudnym problemem klinicznym. Pomimo rozwoju nowych technologii medycznych śmiertelność z powodu raka krtani rośnie. Naciekanie chrząstek krtani przez proces nowotworowy jest najczęstszym źródłem błędów w ocenie zaawansowania nowotworu. A ma to kluczowe znaczenie podczas wyboru metody leczenia.

Celem pracy jest ustalenie wzorca naciekania histopatologicznego chrząstek krtani w materiale własnym.

Badanie wykonano na 17 krtaniach pozyskanych od chorych po wykonaniu laryngektomii całkowitej w przedziale wiekowym od 23 do 93 lat (5 kobiet i 12 mężczyzn) w latach 2016/2017. Stopień zaawansowania narządowego u 9 chorych był T4a, u 7 chorych T3, oraz u jednego chorego rT2. U wszystkich chorych wykonano przed podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym badanie tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości lub rezonans magnetyczny.

Do określenia sposobu i kierunku szerzenia się nacieku nowotworowego w obrębie struktur krtani wykorzystano poszerzone badanie histopatologiczne wykorzystujące przekrój pionowy całej krtani.

W 10 przypadkach zaobserwowano rozbieżności pomiędzy oceną kliniczną, radiologiczną i mikroskopową. W 9 preparatach krtani stwierdzono naciekanie chrząstek krtani – nieopisywane w badaniu tomografii komputerowej, w 1 przypadku wykluczono podejrzenie naciekania aparatu chrząstnego.

W pozostałych 7 przypadkach poszerzone badanie histopatologiczne preparatów krtani odpowiadało badaniu klinicznemu oraz radiologicznemu z okresu przedoperacyjnego.

Pomimo coraz doskonalszych metod i technik diagnostycznych raka krtani obserwuje się dużo niezgodności w ocenie klinicznej, radiologicznej i histopatologicznej.

Poszerzone badanie histopatologiczne z wykonaniem przekrojów pionowych całej krtani jest badaniem bardzo precyzyjnym, pozwalającym na szczegółowe ustalenie stopnia zaawansowania narządowego T. Ustalenie wzorca histopatologicznego naciekania chrząstek krtani wpływa na zmianę klasyfikacji TNM. Ma to kluczowe znaczenie w planowaniu dalszego leczenia u chorych z rakiem krtani.

11. Telomeraza jako cel terapii genowej w leczeniu nowotworów głowy i szyi

**Wojciech Barczak^{1,2}, Paweł Golusiński^{1,3},
Wiktoria Maria Suchorska², Michał Masternak⁴,
Wojciech Golusiński¹**

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

² Pracownia Radiobiologii, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Zakład Elektrodzielnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Pracownia Biologii Nowotworów Głowy i Szyi, Katedra Biologii i Ochrony Środowiska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ University of Central Florida, Burnett School of Biomedical Sciences, College of Medicine, Orlando, United States

Mając na celu maksymalną radykalizację leczenia przeciwnowotworowego, powszechnie wykorzystuje się zasadę leczenia skojarzonego polegającą na łączeniu metod leczenia miejscowego z leczeniem ogólnoustrojowym. Coraz większe zainteresowanie wzbudza jednak możliwość wykorzystania terapii genowej. Jednym z możliwych celów terapii genowej jest regulacja ekspresji telomerazy – kompleksu enzymatycznego biorącego udział w uniesmiertelnianiu komórek nowotworowych.

Celem pracy było opracowanie efektywnego sposobu wyciszenia ekspresji podjednostki hTERT kompleksu telomerazy.

W komórkach linii ustalonych HNSCC (KB, FaDu, H103) wyciszono gen hTERT za pomocą wektorów lentiwirusowych niosących zaprojektowaną sekwencję shRNA. Poziom ekspresji genu hTERT został zmierzony z wykorzystaniem metod qPCR, IF oraz Western blot. Oceniono wpływ cytostatyków oraz promieniowania jonizującego na procesy apoptozy, autofagii, przebieg cyklu komórkowego, poziom ROS oraz γ H2AX (metody: qPCR, IF, Western blot oraz FC). Długość telomerów została zmierzona za pomocą metody qPCR.

Wykazano wysoką efektywność wyciszenia genu hTERT przez zaprojektowane shRNA. Zaobserwowano aktywację procesów apoptozy oraz autofagii w komórkach linii FaDu i H103 w wyniku jednoczesnego wyciszeniem genu hTERT i zastosowania cytostatyków. Ponadto wyciszenie genu hTERT skutkowało zatrzymaniem cyklu komórkowego w fazie G1 (FaDu) lub S/G2 (H103). Wykazano również wzrost odpowiedzi na promieniowanie jonizujące komórek HNSCC po wyciszeniu genu hTERT

oraz z jednoczesnym podaniem cytostatyków. Wyciszenie genu hTERT powoduje wzrost chemio- i radiowrażliwości komórek HNSCC. Wnioskuje się, że telomeraza odgrywa kluczową rolę w odpowiedzi na chemio- i radioterapię w nowotworach rejonu głowy i szyi.

Wyniki badań powstały w wyniku realizacji projektu badawczego o nr 2015/17/N/NZ5/00686 finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki.

12. Mutacja C250T w promotorze genu hTERT i długość telomerów jako markery molekularne rozwoju raka płaskonabłonkowego głowy i szyi

Agnieszka Sobecka^{1,2}, Wojciech Barczak^{1,2}, Karolina Bednarowicz², Piotr Machczyński¹, Paweł Golusiński^{1,3}, Błażej Rubiś⁴, Michał M. Masternak⁵, Wiktoria M. Suchorska², Wojciech Golusiński¹

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

² Pracownia Radiobiologii, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Zakład Elektroradiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Pracownia Biologii Nowotworów Głowy i Szyi, Katedra Biologii i Ochrony Środowiska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ Katedra i Zakład Chemii Klinicznej i Diagnostyki Molekularnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

⁵ University of Central Florida, Burnett School of Biomedical Sciences, College of Medicine, Orlando, United States

Rak płaskonabłonkowy głowy i szyi (HNSCC) jest szóstym najczęściej występującym nowotworem na świecie. Liczba zachorowań szacowana jest na około 500 tysięcy w skali roku. Komórki nowotworowe charakteryzują się podwyższoną aktywnością telomerazy, kompleksu enzymatycznego odpowiedzialnego za odbudowywanie telomerów. Ostatnie badania wykazały częste występowanie mutacji w promotorze genu hTERT (kodującego katalityczną jednostkę telomerazy) w licznych typach nowotworów.

Celem pracy było zbadanie długości telomerów oraz częstości występowania mutacji C250T w promotorze genu hTERT w leukocytach krwi obwodowej chorych z histologicznie zdiagnozowanym HNSCC.

Z leukocytów krwi obwodowej pochodzącej od 61 chorych z HNSCC i 49 zdrowych osób wyizolowano DNA, a następnie z zastosowaniem ilościowej reakcji PCR zbadano długość telomerów. W celu identyfikacji mutacji C250T w promotorze genu hTERT wykorzystano technikę denaturacji DNA z wysoką rozdzielczością. Analizy statystycznej wyników dokonano z użyciem testów: t-Studenta, ANOVA, chi-kwadrat i Fishera.

Wykazano występowanie krótszych telomerów u chorych z HNSCC w stadium T2 w porównaniu do grupy kontrolnej (odpowiednio $6,329 \pm 1,864$ i $19,06 \pm 1,801$; $P=0,0001$). Odnotowano również istotne statystycznie różnice w długości telomerów pomiędzy chorymi z HNSCC w stadium T2 i T3

(odpowiednio $6,329 \pm 1,864$ i $16,94 \pm 3,301$; $P=0,0063$) oraz T2 i T4 (odpowiednio $6,329 \pm 1,864$ i $26,3 \pm 7,615$; $P=0,0028$). Mutację C250T zidentyfikowano u 36% chorych z HNSCC oraz u 27% zdrowych osób. Wykazano istotną korelację pomiędzy częstością występowania mutacji a stadium rozwoju guza (T1=27%; T2=36%; T3=35%; T4=46%; $P \leq 0,0001$).

Mutacja C250T w promotorze genu hTERT stanowi częste zjawisko towarzyszące kancerogenezie HNSCC i wraz z długością telomerów może być jednym z markerów molekularnych progresji raka płaskonabłonkowego rejonu głowy i szyi.

13. Atypowa metoda rekonstrukcji stomii u pacjentów po radykalnym leczeniu raka krtani i gardła

Oleh Duda¹, Roman Slipetsky², Oleh Halay¹, Sergei Bondarenko¹, Ostap Druzyuk¹, Iryna Sendeha¹, Volodymyr Ludchak¹, Światosław Karp²

¹ Lwowskie Państwowe Regionalne Onkologiczne Centrum Leczniczo-Diagnostyczne

² Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halickiego

80% obrzeków krtaniowo-gardłowych jest przeważnie rozpoznawanych w III–IV stopniu zaawansowania. Leczenie chirurgiczne często przewiduje faryngektomię, laryngektomię oraz limfadenektomię szyi, co uniemożliwia jednocześnie zamknięcie znacznego defektu gardła i przełyku.

Najbardziej typowe metody rekonstrukcji gardłowo-przełykowej w warunkach radykalnego leczenia pacjentów jest ograniczone wpływem radioterapii na mikrocyrkulację tkanek szyi. Stosowanie „filatowskiej łodygi“ adaptowanej do warunków głodu naczyniowego może stanowić adekwatną alternatywę.

Przeanalizowano kliniczny przypadek rekonstrukcji gardła u pacjenta z zaawansowanym rakiem krtani (T3pN2bM0G1), przebywającego na leczeniu w LPROCLD. Pacjentowi, dzięki etapowemu przemieszczeniu „filatowskiej łodygi“, zrekonstruowano przewód pokarmowy i odnowiono funkcję języka.

Pacjent (45 lat) rozpoczął leczenie w LPROCLD w 2013 r.: radioterapia neoadiuwantowa według schematu RDV 2 Gy, SDV 40 Gy na obszar krtani i węzłów limfatycznych szyi, po 3 tygodniach laryngektomia, operacja Crile'a z prawej strony (rekonstrukcja gardła i przełyku kosztem pozostałej błony śluzowej). Pooperacyjny kurs radioterapii do SDV 60 Gy. Rana goiła się bez uwag, co pozwoliło na dokonanie po 3 miesiącach protezowania głosowego. Recydywa nastąpiła po 20 mies. od początku leczenia. Objętość przeprowadzonej ingerencji – resekcja części ustnej gardła, przewodu pokarmowego na szyi, rozzieleniu języka, selektywnej limfadenektomia I-III poziomów z lewa – przewidywał planowe kształtowanie oro- i faryngostomii. Po 3 miesiącach rozpoczęto rekonstrukcję gardła i jednej trzeciej górnej części przełyku dzięki etapowemu przemieszczaniu „filatowskiej łodygi“. Wynik: wznowienie żywienia doustnego, wstawienie nowej protezy głosowej. Danych dotyczących recydywy stanem na 2017 rok nie stwierdzono.

„Filatowska łodyga“ może być pomyślnie stosowana do rekonstrukcji gardła i przełyku w strefie tkanek o obniżonej zdolności regeneracyjnej wskutek radioterapii. Jednocześnie dana metodyka powinna być stosowana jako etap zindywidualizowanego leczenia pacjenta i uwzględnić kliniczny przebieg choroby.

14. Zastosowanie biodegradowalnych opatrunków nosowych (Nasopore) jako nośnika substancji leczniczej w chirurgii endoskopowej nosa i zatok

Błażej Grześkowiak¹, Paweł Krzysztof Burduk², Rafał Walorek¹, Małgorzata Wierzchowska²

¹ Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy

² Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Biodegradowalne opatrunki wewnątrznosowe stosowane w operacjach endoskopowych nosa i zatok cieszą się rosnącą popularnością z uwagi na poprawę komfortu pacjenta przy zachowaniu funkcji hemostatycznych i stabilizujących. Dodatkową zaletą jest możliwość zastosowania ich jako nośnika substancji leczniczej.

Celem niniejszego badania jest porównanie efektu zastosowania opatrunku biowchłaniającego (Nasopore) nasączonego substancją aktywną (roztwór antybiotyku, sterydu oraz obu) z identycznym opatrunkiem nasączonym roztworem fizjologicznym soli.

Prospektywne, randomizowane badanie z podwójną ślełą próbą kontrolowaną placebo przeprowadzono na grupie 120 pacjentów z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej nosa i zatok przynosowych, zakwalifikowanych do FESS. We wszystkich przypadkach wykonywano tomografię komputerową zatok przynosowych, na podstawie której oceniono zaawansowanie zmian zapalnych w skali Lund-Mackay. W sposób losowy każdy z pacjentów został przyporządkowany do jednej z trzech 40-osobowych grup. W każdej z nich w końcowym etapie operacji endoskopowej po jednej stronie zakładano opatrunek nasączony roztworem antybiotyku, sterydu bądź mieszaną obu (w zależności od grupy), natomiast po drugiej stronie opatrunek kontrolny nasączony fizjologicznym roztworem soli. W okresie pooperacyjnym pacjenci byli kontrolowani w 2., 10., 30. i 90. dobie. W trakcie kontroli każdy pacjent wypełniał ankietę, w której określał nasilenie subiektywnych dolegliwości. Obecność zmian zapalnych, zrostów i nawrotu polipów była oceniana w badaniu wideoendoskopowym.

Wykazano istnienie różnic w części badanych parametrów na korzyść opatrunków z substancją leczniczą zarówno w zakresie subiektywnych skarg, jak i obrazu endoskopowego.

Zastosowanie biodegradowalnych opatrunków nosowych jako nośnika substancji leczniczej w chirurgii endoskopowej nosa i zatok niesie korzyści zarówno w aspekcie odczuwanych dolegliwości, jak i poprawy przebiegu procesów gojenia.

15. Zastosowanie techniki Lax Vox u dzieci z guzkami głosowymi

Sylvia Kędzierawska¹, Grażyna Mielnik-Niedzielska²

¹ Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

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

Powszechnie wiadomo, że jedną z najczęstszych przyczyn przewlekłej chrypki u dzieci są guzki głosowe. Przyczyną guzków głosowych jest nieprawidłowa emisja głosu. Metoda Lax Vox powoduje zmniejszenie napięcia mięśniowego w czasie tworzenia głosu.

Celem pracy była ocena skuteczności techniki Lax Vox w leczeniu guzków głosowych. Badania przeprowadzono u 32 dzieci w wieku od 5 do 12 lat, leczonych w Poradni Foniatrycznej USD w Lublinie z powodu guzków głosowych. U pacjentów przeprowadzono badanie laryngologiczne, badanie videolupostroboskopowe, analizę akustyczną głosu, zmierzono średni czas fonacji oraz dokonano subiektywnej oceny głosu za pomocą skali GRBAS. Ponadto z pacjentami przeprowadzono kwestionariusz oceny jakości życia zależnej od głosu (V-RQOL) oraz oceniono wskaźnik niepełnosprawności głosowej (VHI). Po wykonaniu powyższych badań pacjentów zapoznano z techniką Lax Vox i ćwiczeniami oddechowo-fonacyjnymi z użyciem silikonowej rurki o długości 35 cm i średnicy 10 mm zanurzonej w pojemniku z wodą na wysokości około 1,5 cm. Badanie kontrolne wykonano po upływie miesiąca.

Po miesięcznej terapii zaobserwowano tendencję do normalizacji parametrów w analizie akustycznej głosu oraz w subiektywnej skali głosu GRBAS. Ponadto stwierdzono, że średni czas fonacji uległ wydłużeniu. U większości pacjentów zaobserwowano poprawę w subiektywnie zgłaszanych dolegliwościach, co potwierdzały wyniki kwestionariuszy V-RQOL i VHI.

Terapia głosu za pomocą techniki Lax Vox jest chętnie stosowana przez dzieci. Jest to technika nieinwazyjna, a ćwiczenia fonacyjne mają formę zabawy. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że technika Lax Vox jest przydatna w leczeniu guzków głosowych u dzieci.

16. Orientacja śródoperacyjna w operacjach zatok u dzieci

L. Paweł Chmielik, Rafał Jowik, Stanisław Nitek

Oddział Laryngologii Dziecięcej, SZPZOZ w Dziekanowie Leśnym

Podstawą operacji jest dobra orientacja w polu operacyjnym. Postęp technologiczny umożliwia coraz bardziej precyzyjną identyfikację struktur anatomicznych. Celem pracy jest przedstawienie współczesnych metod obrazowania śródoperacyjnego.

Na podstawie dostępnej literatury oraz doświadczeń własnych autorzy przedstawia sposoby orientacji przestrzennej w polu operacyjnym, jakim jest jama nosowa dziecka. Nawigacja śródoperacyjna, która w sposób znaczący zwiększyła precyzję leczenia operacyjnego, nadal intensywnie się rozwija, zarówno w sferze optycznej, jak i elektromagnetycznej.

17. Rzadki przypadek guza Warthina krtani, opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Michał Skóra, Paweł Papież

Oddział Otolaryngologiczny, Szpital Specjalistyczny im. S. Zeromskiego w Krakowie

Opis przypadku cystadenolymphoma krtani u 82-letniej pacjentki oraz przegląd dostępnego piśmiennictwa.

82-letnia pacjentka została skierowana do szpitala z powodu rozpoznanej w poradni laryngologicznej cystowatej zmiany krtani z objawami narastającej od kilku miesięcy dysfonii. Przy przyjęciu ujawniono guz umiejscowiony nadgłośnieowo, przyspoidłowo, na fałdzie rzekomym prawym o gładkim wejściu. Chorą zakwalifikowano do laryngoskopii bezpośredniej z podejrzeniem torbieli retencyjnej krtani. W trakcie mikrolaryngoskopii ujawniono obły twardy guz piętra nadgłośnieowego, który usunięto mikronarzędziami w całości pod kontrolą mikroskopu. Wynik badania histopatologicznego – cystadenolymphoma. Efekt morfologiczny i funkcjonalny leczenia zadowalający – ustąpienie objawów. Pacjentka w obserwacji od 12 miesięcy, bez objawów. Gruczolakotorbielak brodawczakowaty limfatyczny jest rzadkim guzem krtani, w dostępnym światowym piśmiennictwie dostępnych jest 14 opisów guza Warthina. Leczenie operacyjne z dostępu przezustnego jest zwykle skuteczną metodą leczenia.

18. Clinical Characteristics of Patients with Granulomatosis with Polyangiitis and Microscopic Polyangiitis in Otorhinolaryngologist Practise: A Comparative Analysis

Joanna Wojciechowska, Tomasz Kręcicki

Department and Clinic of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Medical University Hospital in Wrocław

ENT manifestations are commonly observed in patients with small vessel vasculitis (SVV). We present the clinicopathologic characteristics of individuals with SVV emphasising the ENT symptoms. We evaluated 64 patients, 41 with granulomatosis with polyangiitis (GPA) and 23 with microscopic polyangiitis (MPA). We present clinicopathologic features of GPA and MPA comparing these entities.

The average age at diagnosis was 50,2 and 56,2 years, for GPA and MPA, respectively. 57 patients (89%) were antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) positive, 34 (59.6%) for anti-proteinase 3 (PR3)-ANCA and 21 (36.8%) for myeloperoxidase (MPO)-ANCA. 7 patients (10,9%) were ANCA negative.

The most commonly affected organs were lungs (76.56%), ENT (75%) and kidneys (73.44%). ENT disorders mainly appeared as chronic rhinosinusitis and epistaxis and preceded SVV diagnosis by an average 14.4 months. In the majority of patients ENT disorders were the first symptoms of SVV and preceded its systemic transformation. Pulmonary, ENT and nervous manifestations were more common in GPA, whereas the prevalence of renal, gastrointestinal, cutaneous, cardiovascular and ocular disorders was higher in MPA.

The results emphasize the high prevalence of ENT symptoms in patients with SVV, especially in GPA. We highlight the significant role of otorhinolaryngologist in early SVV diagnosis and its further management. Every patient with persistent ENT symptoms or ENT dysfunctions not responding to standard otorhinolaryngological treatment should be precisely and rapidly evaluated towards the presence of systemic dysfunctions (especially renal and pulmonary). Realizing the differences and similarities between GPA and MPA is crucial in undelayed SVV diagnosis and proper treatment administration.

19. Leczenie zwężeń dróg oddechowych u pacjentów z wadami szkieletowymi twarzy

Jan Borys¹, Izabela Szarmach², Emilia Domel¹, Justyna Rutkowska³, Janusz Różycki⁴, Urszula Łebkowska⁴, Marek Rogowski³, Ewa Olszewska³

¹ *Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Plastycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

² *Zakład Ortodoncji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

³ *Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

⁴ *Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

Coraz więcej młodych pacjentów zgłasza się do leczenia chirurgiczno-ortodontycznego wad szkieletowych twarzy. U tych chorych oprócz wady zgryzu i dysharmonii rysów twarzy stwierdza się również zwężenie górnych dróg oddechowych, które może prowadzić do wystąpienia zespołu bezdechów sennych. W planowaniu leczenia tych chorych należy uwzględnić nie tylko poprawę warunków zgryzowych i rysów twarzy, ale także stanu górnych dróg oddechowych.

Przedstawienie wyników leczenia wybranych pacjentów z wadami szkieletowymi twarzy ze współistniejącym zwężeniem górnych dróg oddechowych, poddanych zabiegom ortognatycznym.

W Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Plastycznej UM w Białymstoku wśród chorych leczonych z powodu wad szkieletowych twarzy znaczny odsetek stanowią pacjenci ze zwężeniem górnych dróg oddechowych.

Zastosowanie technik chirurgii ortognatycznej umożliwiło uzyskanie korzystnych wyników morfologicznych, czynnościowych i estetycznych, a także poprawę drożności górnych dróg oddechowych.

W zespołowym leczeniu pacjentów z wadami szkieletowymi twarzy należy uwzględnić nie tylko warunki układu

stomatognatycznego i rysów twarzy, ale również stan górnych dróg oddechowych w celu leczenia lub zapobieżenia wystąpienia zespołu bezdechów sennych. Jedynie zespołowa, wielospecjalistyczna diagnostyka i leczenie umożliwia pełną rehabilitację pacjenta obciążonego wadą szkieletową twarzy ze współistniejącym zwężeniem górnych dróg oddechowych.

20. Glikozaminoglikany i egzoglikozydazy – rola w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych

Martyna Waniewska-Łęczycka, Mariola Zagor, Antoni Krzeski

Klinika Otorinolaryngologii, Wydział Lekarsko-Dentystyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych (CRS – *chronic rhinosinusitis*) jest częstym schorzeniem o nieznanym etiologii i mechanizmie powstawania. Glikozaminoglikany i egzoglikozydazy mogą odgrywać istotną rolę w patologii CRS. Glikozaminoglikany są węglowodanami modyfikującymi odpowiedź immunologiczną poprzez wpływ na adhezję, migrację oraz proliferację komórek stanu zapalnego. Glikozaminoglikany w organizmie są degradowane poprzez egzoglikozydazy. Zmiany w aktywności egzoglikozydaz zaobserwowano w wielu procesach zapalnych, gdzie stanowią specyficzny marker diagnostyczny oraz prognostyczny wielu chorób.

Nasza praca przedstawia zmiany w zawartości glikozaminoglikanów oraz aktywności egzoglikozydaz u pacjentów z CRS bez polipów (CRSsNP) oraz z polipami (CRSwNP).

Grupa badana obejmowała 34 pacjentów (10-CRSsNP; 17-CRSwNP, 7-grupa kontrolna). Materiał był pobrany z błony śluzowej kompleksu ujściowo-przewodowego zatok przynosowych oraz z surowicy krwi obwodowej, który następnie został poddany odpowiedniej analizie biochemicznej oceniającej zawartość glikozaminoglikanów oraz aktywność egzoglikozydaz w badanych grupach.

Zaobserwowaliśmy podwyższony poziom glikozaminoglikanów w grupie CRSsNP, co może być związane z włóknistą przebudową błony śluzowej zatok przynosowych stwierdzoną u tych pacjentów. Donosowe podawanie preparatów z egzoglikozydazami może mieć znaczenie kliniczne w leczeniu CRSsNP. Obniżona aktywność wybranych egzoglikozydaz zaobserwowana w grupie CRSwNP odzwierciedla zmniejszoną zawartość glikozaminoglikanów w tkance tej grupy pacjentów, przyczyniając się tym samym do powstania obrzęku oraz polipów. Stosowanie miejscowe glikozaminoglikanów takich jak kwas hialuronowy może być użyteczne szczególnie w tej grupie pacjentów.

21. Wykorzystanie kompensacji odchylen ciśnienia ucha środkowego w pomiarach otoemisji akustycznej u dzieci zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego wysiękowego zapalenia ucha

Tomasz Horoch, Grażyna Mielnik-Niedzielska

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

Celem pracy była ocena zastosowania kompensacji odchylen ciśnienia ucha środkowego w pomiarach otoemisji akustycznej u dzieci zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego wysiękowego zapalenia ucha.

Patologia ucha środkowego ma negatywny wpływ na wykrywalność otoemisji akustycznych. Celem weryfikacji metody badaniem objęto dzieci, które zakwalifikowano do jedno- lub obustronnego drenażu ucha środkowego.

22. Manifestacja chorób IgG4 zależnych w obrębie głowy i szyi

Magdalena Laskowska¹, Anna Miner¹, Michał Fał²

¹ *Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu*

² *Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu*

Pragniemy przedstawić aktualne ustalenia dotyczące chorób IgG4-zależnych w rejonie głowy i szyi z uwzględnieniem nowych kryteriów rozpoznania.

Wiele jednostek chorobowych występujących w regionie głowy i szyi opisywanych dawniej jako narządowo swoiste zaliczanych jest obecnie do grupy chorób IgG4-zależnych. Choroby IgG4-zależne charakteryzują się podwyższonym stężeniem IgG4 w surowicy oraz naciekem zapalnym, organomegalią oraz rozległym lub ogniskowym włóknieniem. Jedną z ich najczęstszych lokalizacji w regionie głowy i szyi są gruczoły ślinowe (choroba Mikulicza, guz Kutnera), oczodół oraz węzły chłonne. Dokonano przeglądu piśmiennictwa. Dokładna etiologia chorób IgG4-zależnych nie jest poznana i nie jest zdefiniowana dokładnie rola kompleksów IgG4 w ich powstawaniu. Postuluje się, że proces zapalny oraz proces włóknienia są spowodowane reakcją komórek Th2. Nowe wytyczne rozpoznania chorób IgG4-zależnych obejmują 3 kryteria: powiększenie gruczołu, zwiększenie poziomu IgG4 >135 mg/ml w surowicy oraz pozytywny wynik biopsji. Terapia kortykosteroidami pozostaje dziś podstawą leczenia IgG4-zależnych zmian. Pragniemy przedstawić aktualne ustalenia dotyczące chorób IgG4-zależnych w obrębie głowy i szyi z uwzględnieniem nowej koncepcji etiopatogenezy oraz nowych kryteriów rozpoznania.

23. Zapalny guz nosa, IgG4-related disease – trudny przypadek diagnostyczny

**Agnieszka Chmielewska, Eliza Brożek-Mądry,
Antoni Krzeski**

*Klinika Otorynolaryngologii, Warszawski Uniwersytet
Medyczny, Szpital Czerniakowski, Warszawa*

IgG4-RD cechuje się podwyższonymi wartościami IgG4 w surowicy oraz charakterystycznym obrazem patomorfologicznym. Zmiany zapalno-obrzękowe lokalizują się m.in. w oczodołach, śliniankach, węzłach chłonnych. Tę rzadką jednostkę należy uwzględnić w różnicowaniu guzów głowy i szyi.

24. Ocena narządu słuchu i układu równowagi u pacjentów ze zwężeniem tętnic dogłowych

Karolina Dorobisz, Tomasz Kręcicki

*Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet
Medyczny we Wrocławiu*

Zwężenie tętnic dogłowych jest jedną z głównych przyczyn udaru niedokrwiennego mózgu. Stenoza może być bezobjawowa lub może mieć charakter typowych objawów neurologicznych, często jednak występują bardzo

dyskretne objawy, niespecyficzne niedokrwienia, jak bóle i zawroty głowy, szumy uszne oraz niedosłuch. Mogą one wskazywać na istotne klinicznie zwężenie tętnic dogłowych, głównie z obszaru tętnicy szyjnej wewnętrznej, a także na ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu u pacjenta.

Ocena wpływu zwężenia tętnic dogłowych na funkcję narządu słuchu i układu równowagi.

Badaniem objęto 63 chorych ze zwężeniem w tętnicach dogłowych. Grupę kontrolną stanowiło 32 zdrowych.

U wszystkich pacjentów przeprowadzono dokładną diagnostykę audiologiczną i otoneurologiczną. Narząd słuchu oceniono poprzez wykonanie audiometrii tonalnej progowej, audiometrii impedancyjnej, badanie otoemisji akustycznych oraz badanie słuchowych potencjałów wywołanych z pnia mózgu. U każdego pacjenta oceniano obecność i charakter szumów usznych. Narząd przedsionkowy oceniono poprzez badanie przedmiotowe, badanie elekronystygmograficzne oraz posturograficzne.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono istotnie statystycznie gorsze wyniki badań narządu słuchu i układu równowagi u pacjentów ze zwężeniem tętnic dogłowych w porównaniu do pacjentów z grupy kontrolnej.

Symposium Fizjoterapia w otolaryngologii (14 września 2017 r.)

1. Rola fizjoterapii w laryngologii

Wojciech Golusiński¹, Sławomir Marszałek^{1,2,3}

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

² Zakład Fizjoterapii, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

³ Pracownia Rehabilitacji, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Dysfunkcje narządu ruchu są najczęstszą przyczyną konsultacji fizjoterapeutycznych. Związane są ze zmianami strukturalnymi i czynnościowymi układu mięśniowego, powięziowego oraz stawowego.

Do kompetencji fizjoterapeutów powinna należeć także terapia zaburzeń występujących w obrębie głowy i szyi. Jednak ze względu na brak wystarczającej wiedzy i doświadczenia, fizjoterapeuci rzadko podejmują się pracy z takimi chorymi. Zaplanowanie i prowadzenie skutecznej terapii, ze względu na złożoność dysfunkcji w obrębie głowy i szyi, wymaga współpracy interdyscyplinarnej zespołu leczniczego. Dlatego tak ważna jest intensywna współpraca ze specjalistami z dziedziny neurologii, laryngologii, foniatrii, kardiologii, endokrynologii, chirurgii, logopedii, psychiatrii czy psychologii. Dopiero wzajemna wymiana doświadczeń pozwoli fizjoterapeucie na skuteczną i bezpieczną terapię.

Do najczęstszych zaburzeń laryngologicznych wymagających fizjoterapii należą:

- dysfunkcje związane z zaburzeniami okluzji i stawów skroniowo-żuchwowych, które poprzez zaburzenia mięśniowo-powięziowe mogą powodować otalgie czy szumy uszne,
- zaburzenia równowagi jako wynik zmienionej postawy oraz czynności mięśni karku, zaburzeń mózdkowo-rdzeniowych oraz słabszej koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- zaburzenia mowy i artykulacji będące następstwem zaburzeń neurologicznych oraz strukturalnych powstałych po leczeniu operacyjnym,
- zaburzenia połykania i żucia,
- bóle twarzy, głowy związane z zaburzeniami napięcia tkankowego oraz biomechaniki w obrębie kompleksu szyjno-czaszkowo-żuchwowego,
- zaburzenia czynnościowe powstałe po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi.

Odpowiednio zaplanowana i prowadzona fizjoterapia, doświadczenie fizjoterapeuty oraz determinacja chorych z powyższymi dysfunkcjami pozwalają na skuteczną poprawę ich jakości życia.

2. Diagnostyka i leczenie zaburzeń połykania jako interdyscyplinarny problem kliniczny

Jurek Olszewski

Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W zależności od lokalizacji przyczyny zaburzeń połykania dzieli się je na: górne (ustno-gardłowe) i dolne (przełykowe). Przyczyny dysfagii ustno-gardłowej związane są z zaburzeniem I lub II fazy połykania, czego następstwem jest utrata przez chorego zdolności do formowania kęsa pokarmowego lub przesuwania go w kierunku gardła.

Do ustalenia prawidłowego rozpoznania przyczyny dysfagii niezbędne są badania: wywiad ukierunkowany na objaw dysfagii, badanie przedmiotowe z uwzględnieniem palpacji i rynofaryngolaryngoskopii, badania specjalistyczne, konsultacje (laryngologiczna, gastroenterologiczna i neurologiczna).

Rehabilitację dysfagii neurogennej powinno rozpoczynać się łącznie z leczeniem jej przyczyny, czyli podstawowego schorzenia neurologicznego, o ile poddaje się leczeniu. Niektóre przyczyny dysfagii neurogennej leczone są chirurgicznie lub farmakologicznie. Z kolei w przypadku aspiracji pokarmów u chorych z porażeniem krtani wskazany jest zabieg przesunięcia fałdu głosowego do linii środkowej ciała, poprzez zwanie chrząstek nalewkowych. W przypadku ciężkiej aspiracji należy rozważyć wykonanie chirurgicznego zabiegu rozdzielenia dróg oddechowych od pokarmowych, poprzez założenie tracheostomii. Zgodnie z międzynarodowym podziałem według WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health) z 2001 roku w leczeniu zachowawczym zaburzeń połykania wyróżnia się następujące metody: restytucyjne, kompensacyjne, adaptacyjne.

3. Zaburzenia połykania – problem interdyscyplinarny

Anna Żebryk-Stopa

Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

W procesie połykania, oddychania, fonacji i artykulacji biorą udział te same odcinki drogi oddechowej i pokarmowej, tworząc unikalny system połączeń i przełączeń.

Dysfagia to zaburzenia procesu połykania, mogące wystąpić na którymkolwiek etapie tych dróg, zarówno u pacjentów neurologicznych, jak i onkologicznych, u dzieci, a także osób w podeszłym wieku. Zaburzenia połykania przez swoje kliniczne konsekwencje w postaci niedożywienia, odwodnienia i zachłystowego zapalenia płuc stanowią istotne niebezpieczeństwo. Objawy towarzyszące trudnościom w połykaniu mogą rozwijać się niepostrzeżenie i początkowo łagodnie, stąd nie zawsze są łatwe do rozpoznania i niejednokrotnie wymagają dodatkowej, ukierunkowanej diagnostyki.

Istotne dla postępowania diagnostycznego jest przeprowadzenie wywiadu przez lekarza prowadzącego (dynamika procesu, jego charakter, czas trwania oraz umiejscowienie). Wczesne rozpoznanie zaburzeń połykania, a także ich mechanizm, pozwala na szybkie rozpoczęcie leczenia zachowawczego/chirurgicznego, rozpoczęcie rehabilitacji fizjoterapeutycznej, diety, terapii neurologopedycznej w postaci ćwiczeń i strategii kompensacyjnych (zmiany nawyków żywieniowych, wprowadzenie odpowiedniego pożywienia i jego konsystencji), by przywrócić efektywne odżywianie drogą ustną przy zachowaniu lub wykształceniu odruchów obronnych i ochrony dróg oddechowych. Dzięki podjęciu kompleksowej i skutecznej terapii polepsza się jakość życia pacjentów. Wszystkie te działania wymagają interdyscyplinarnego podejścia i współpracy specjalistów z różnych dziedzin, m.in. laryngologa, foniatry, neurologa, radiologa, gastroenterologa, pulmonologa, chirurga, neurologopedy, fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa. A zatem w pracy z pacjentem z zaburzeniami połykania powinna nas obowiązywać zasada: „Wszystkie ręce na pokład” (cyt. za dr Czernuszenko).

4. Postępowanie w dysfoniach w modelu holistycznym

Ewa Niebudek-Bogusz

Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Problem dysfonii (zaburzeń głosu) dotyczy najczęściej osób, u których narzędziem pracy jest głos. W początkowym stadium zaburzenia głosu o podłożu zawodowym mają charakter dysfonii czynnościowych, a dysfunkcja fonacyjna krtani jest odwracalna. Wśród czynników etiologicznych, prowadzących do tych zaburzeń, należy wymienić m.in.: przedłużony czas pracy głosem, nieprawidłową technikę emisji głosu, pracę w nieodpowiednich warunkach akustycznych czy mikroklimatycznych. Ostatnio coraz częściej ważną rolę w etiopatogenezie dysfonii odgrywa stres. Sytuacje stresogenne powodują napięcie mięśni karku i odcinka lędźwiowego kręgosłupa, a u tzw. mówców zawodowych często ma miejsce przeniesienie tego napięcia na mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne krtani i gardła. Obraz kliniczny dysfonii czynnościowych charakteryzuje się bogatą symptomatologią, w której dominują zaburzenia o charakterze hiperfunkcyjnym z hiperkinezą mięśni szyi, mięśni żwaczy i dna jamy ustnej.

Dysfunkcje te powinny być diagnozowane w dokładnym badaniu foniatrycznym uzupełnionym o badanie manualne układu mięśniowo-powięziowo-więzadłowego gardła i krtani przeprowadzonego przez wykwalifikowanego terapeutę głosu, a także przez fizjoterapeutę/osteopatę. W badaniu manualnym dysfonii czynnościowych logopedzi/terapeuci głosu najczęściej stosują skalę ewaluacji palpacyjnej krtani LMTPE (ang. *Laryngeal Manual Therapy Palpatory Evaluation*), natomiast osteopaci – skalę zaproponowaną przez Liebermanna, oceniającą struktury anatomiczne pośrednio i bezpośrednio związane z traktem głosowym. W leczeniu schorzeń narządu głosu niezbędne jest podejście holistyczne, z uwzględnieniem metod rehabilitacji głosu eliminujących hiperkinezę struktur powięziowo-mięśniowych. W prezentacji przedstawiono współczesne interdyscyplinarne podejście terapeutyczne do pacjentów

dysfonicznych, ukierunkowane na normalizację czynności poszczególnych struktur anatomicznych związanych pośrednio i bezpośrednio z krtanią, uzupełnione o elementy autoterapii.

5. Postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi

Sławomir Marszałek

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Zakład Fizjoterapii, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Pracownia Rehabilitacji, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Choroba nowotworowa w obrębie głowy i szyi powoduje często zniekształcenia strukturalne i zaburzenia podstawowych czynności życiowych. Pomimo coraz bardziej nowoczesnych technik medycznych oraz coraz częściej stosowanego leczenia oszczędzającego nie sposób uniknąć różnego stopnia niepełnosprawności oraz obniżenia jakości życia pacjentów.

Istotne dla chorych uszkodzenia pooperacyjne powstają w przypadku nowotworów umiejscowionych w obrębie głowy i szyi. Ponadto blizny, poprzez zrosty (restrykcje) tkankowe, w istotny sposób zaburzają w dodatkowym stopniu podstawowe czynności chorego (picie, jedzenie, połykanie, artykulacja, mimika, widzenie). Ma to szczególnie duży wpływ na jakość życia chorych po zabiegach onkologicznych w obrębie głowy i szyi. Onkologia głowy i szyi, zarówno w Polsce, jak i na świecie, jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny, dlatego też postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi nie jest szczegółowo opisane w literaturze przedmiotu. Chorzy, mimo powstałych znacznych dysfunkcji i uszkodzeń w najbardziej widocznych miejscach ciała, nie mają we współczesnym systemie służby zdrowia zapewnionej profesjonalnej fizjoterapii, która pozwala zmniejszać następstwa zabiegów rekonstrukcyjnych i uzupełniającej radio-, radiochemioterapii. Istotne jest, że złożoność postępowania fizjoterapeutycznego w rejonie głowy i szyi należy rozpatrywać niezależnie, stosując odmienne postępowanie fizjoterapeutyczne, odrębne dla poszczególnych lokalizacji, sposobu oraz okresu leczenia onkologicznego. Odpowiednio prowadzona fizjoterapia pozwala w istotny sposób przyspieszyć powrót do zdrowia oraz poprawić jakość życia.

Celem pracy jest przedstawienie opracowanego autorskiego programu kompleksowej fizjoterapii u chorych po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi.

6. Dysfunkcje barku po zabiegach operacyjnych na szyi

M. Górecki^{1,2,3}, S. Marszałek^{1,2,3}, J. Doś^{2,3},
O. Ozga-Majchrzak², W. Golusiński¹

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

² Zakład Fizjoterapii, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

³ Pracownia Rehabilitacji, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Zabiegi operacyjne w rejonie głowy i szyi powodują znaczne zmiany czynnościowe i strukturalne. Zaburzenia te niejednokrotnie wykraczają poza obszar operacji i często są bagatelizowane lub niekojarzone z samym przebiegiem leczenia onkologicznego. Jednymi z trudniejszych w terapii pooperacyjnej tego typu powikłań są zaburzenia w obrębie kończyny górnej. Wiązą się one z objawami obciążającymi normalne funkcjonowanie chorego oraz niejednokrotnie utrudniają leczenie uzupełniające. Po leczeniu onkologicznym obserwuje się znaczne ograniczenia ruchomości, dolegliwości bólowe, a także istotną asymetrię ciała. Zaburzenia czynnościowe i strukturalne w znaczący sposób obniżają jakość życia chorych po zabiegach w rejonie głowy i szyi.

Celem pracy jest ocena autorskiego programu fizjoterapii u chorych z dolegliwościami w obrębie kończyny górnej po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi.

Grupę badawczą stanowiło 16 chorych skierowanych do Pracowni Rehabilitacji z dolegliwościami obręczy barkowej, leczonych operacyjnie w rejonie głowy i szyi w Katedrze i Klinice Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu.

Chorzy zostali dwukrotnie poddani badaniu potencjałów elektrycznych mięśni wskaźnikowych dla nerwu dodatkowego, przed zabiegami oraz po zabiegach fizjoterapeutycznych. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem sEMG Noraxon Telemyo DTS. Dodatkowo oceniono poziom bólu oraz ruchomość w stawach obręczy barkowej i szyi.

W programie usprawniania zastosowano autorski protokół z wykorzystaniem manualnych technik fizjoterapeutycznych. Terapia była prowadzona u każdego pacjenta przez okres 6 tygodni, minimum trzy razy w tygodniu. Wykorzystane zostały takie techniki, jak: manipulacje powięznowe, energizacja tkanek miękkich, poizometryczna relaksacja mięśni oraz neuromobilizacja.

Zastosowana terapia istotnie wpływa na zaburzenia czynnościowe i strukturalne w obrębie kończyny górnej, poprawia zakres ruchomości oraz zmniejsza dolegliwości bólowe.

Wykorzystany program usprawniania może stanowić propozycję algorytmu postępowania u pacjentów z objawami uszkodzenia nerwu dodatkowego. Dysfunkcje w obrębie kończyny górnej po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi mogą być wynikiem zaburzeń czynności nerwu dodatkowego. W dalszych badaniach należy

podjąć próbę identyfikacji etiologii zaburzeń funkcji nerwu dodatkowego.

7. Rola neurologopedy w procesie usprawniania chorych z nowotworami głowy i szyi

Dominika Kozłowska, Sławomir Marszałek

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

U chorych po leczeniu operacyjnym i/lub leczeniu uzupełniającym radioterapią obserwuje się zaburzenia przełykania, zaburzenia mowy, szczękocisk, zaburzenia pokarmowe czy też zaburzenia fonacyjno-oddechowe.

Celem wystąpienia jest przedstawienie roli, jaką pełni neurologopeda w rehabilitacji chorych po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi.

Grupę pacjentów stanowią pacjenci Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Pracowni Rehabilitacji oraz Oddziałów Radioterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu.

Przed wszystkim pragnę przedstawić problemy naszych pacjentów ze względu na chorobę i rodzaj leczenia. Pierwszą grupą pacjentów, których chcę omówić, są pacjenci z nowotworami jamy ustnej. W wystąpieniu omówię dość szczegółowo, jak neurologopeda poprzez wywiad z lekarzem i zespołem pielęgniarskim może stworzyć indywidualną terapię dla pacjentów. Następnie pragnę omówić nowotwory krtani, a także sposób terapii w zależności od resekcji częściowej czy też całkowitej tego narządu. Przedstawię tutaj rehabilitację fonacyjno-oddechową, formę nauki mowy przełykowej oraz rehabilitację głosową pacjentów z protezą głosową. Osobnym zagadnieniem jest leczenie chorych radioterapią. Radioterapia niesie ze sobą skutki uboczne w zależności od lokalizacji nowotworu, sposobu napromieniania oraz liczby frakcji. Rehabilitacja logopedyczna jest więc niezbędna dla powrotu do funkcjonowania naszych pacjentów. Ostatnim aspektem mojej prezentacji będzie problem dysfagii ze względu na leczenie chirurgiczne, ze względu na leczenie radioterapią, a także ze względu na leczenie chirurgiczne z uzupełniającym leczeniem radioterapią. W zależności od leczenia nasi pacjenci borykają się z innym rodzajem dysfagii, co jest bardzo ważne dla logopedów, aby umieć rozpoznać podłoże dysfagii i dostosować terapię.

W swoim wystąpieniu chcę dokładnie omówić zaburzenia, z jakimi borykają się nasi pacjenci, przedstawić ćwiczenia i formy wsparcia dla chorych z nowotworami głowy i szyi, różnego rodzaju metody praktykowane od lat w poprawieniu funkcjonowania chorych w obrębie jamy ustnej oraz omówić rolę budowania zespołu pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami a pacjentem i jego rodziną. Współpraca pomiędzy wyżej wymienionymi specjalistami jest niezbędna, żeby osiągnąć efekt rehabilitacji zadowalający dla pacjenta.

Wnioski:

1. Pacjenci objęci rehabilitacją logopedyczną oraz fizjoterapią dużo szybciej wracają do funkcjonowania po leczeniu.

2 Rehabilitacja logopedyczna i fizjoterapia oraz wsparcie psychologiczne powinny być nieodłączną częścią leczenia pacjentów z nowotworami głowy i szyi. Terapia powinna być prowadzona przez wyspecjalizowany zespół rehabilitacyjny, składający się z lekarza chirurga głowy i szyi, logopedy, fizjoterapeuty oraz psychologa.

8. Postępowanie fizjoterapeutyczne i osteopatyczne w tzw. napięciowych bólach głowy

Sławomir Marszałek

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Zakład Fizjoterapii, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Pracownia Rehabilitacji, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Bóle głowy pochodzenia napięciowego i mięśniowo-powięziowego mogą być spowodowane nie tylko zaburzeniem czynności tkanek miękkich. Osteopata, terapeuta manualny czy fizjoterapeuta powinien mieć świadomość szeregu niebezpieczeństw i zagrożeń, które mogą wiązać się z terapią tak zwanych szyjnych bólów głowy. Aby zapewnić optymalne bezpieczeństwo pacjentowi, jak i sobie, terapeuta powinien przeprowadzić wnikliwy wywiad oraz mieć dostęp do badań obrazowych. Umożliwi to przeprowadzenie odpowiedniej diagnostyki różnicowej, pozwalającej określić typ oraz przyczyny bólów głowy. Pozwoli to uniknąć niebezpieczeństw związanych z patologiami, których leczenie wykracza poza kompetencje i narzędzia osteopaty, fizjoterapeuty.

Dopiero po wykluczeniu możliwych przeciwwskazań terapeuta bezpiecznie może stosować odpowiednią terapię opartą na zabiegach manualnych. Podczas prezentacji oraz w ramach warsztatów przedstawione zostaną podstawowe założenia diagnostyki i terapii jednych z najczęstszych przyczyn bólów głowy – promieniujących od odcinka szyjnego kręgosłupa przez przejście głowowo-szyjne, kość potyliczną aż do okolicy czołowej i rejonu oczu. Przedstawione zostaną neuroanatomiczne połączenia pomiędzy nerwami rdzeniowymi, strukturami mięśniowo-powięziowymi oraz okolicą unerwianą przez nerw trójdzielny. Omówione zostaną podstawowe techniki, normalizujące czynność tkanek miękkich i struktur stawowych okolic przejścia szyjno-głowowego.

9. Wspomaganie procesu fizjoterapii przez aplikację kinesiologii-taping u chorych z porażeniem nerwu twarzowego

Tomasz Senderek

Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

10. Wspomaganie psychologiczne procesu fizjoterapii w onkologii głowy i szyi

Maria Kuśnierkiewicz

Pracownia Psychologii Klinicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Grupa osób chorujących na nowotwory głowy i szyi od wielu lat jest jedną z najliczniejszych wśród chorych onkologicznie. Nadal większość z nich stanowią osoby starsze, przeważnie mężczyźni. Badania wskazują na związki tej grupy chorób ze stylem życia – nałogiem tytoniowym czy nadmiernym spożywaniem alkoholu. Od jakiegoś czasu obserwuje się również, że zachorowania coraz częściej dotyczą osób młodych, będących w szczytowym okresie aktywności życiowej i zawodowej. W obrębie głowy i szyi zlokalizowanych jest wiele narządów, bardzo istotnych dla odżywiania, mowy i komunikacji społecznej. Dysfunkcje w tym obszarze mają zatem silny wpływ na funkcjonowanie człowieka, potęgując trudności w procesie adaptacji do nowej sytuacji związanej z diagnozą przewlekłej, potencjalnie śmiertelnej choroby. Wzrost wiedzy na temat uwarunkowań chorób nowotworowych pozwala na coraz dokładniejsze wskazanie przyczyn i mechanizmów ich powstania, rozwój metod leczniczych oraz – w wielu wypadkach – ograniczenie negatywnych skutków zachorowania oraz zastosowanych metod leczniczych. Powrót do zdrowia wymaga jednak często działań dodatkowych o charakterze rehabilitacyjnym. W przypadku chorych na nowotwory głowy i szyi bardzo ważną rolę pełnią: rehabilitacja logopedyczna, fizjoterapia oraz wsparcie psychologiczne chorego i jego bliskich, które często znacznie wykraczają poza ramy czasowe leczenia onkologicznego. Nieodzowne jest, aby poszczególni specjaliści współpracowali ze sobą – wymieniając się informacjami i doświadczeniami, koordynując swoje działania.

Celem niniejszej prezentacji jest przedstawienie obszarów wspólnych oraz powiązań pomiędzy oddziaływaniami fizjoterapeutów i psychologów, podejmowanych w celu poprawy jakości życia osób leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi.

11. Dysfunkcje czaszkowo-żuchwowe w ujęciu osteopatycznym

Paweł Büttner

RYTM Paweł Büttner – Prywatny gabinet osteopatii, Poznań

Definicja osteopatii przyjęta przez PAMO – Polską Akademię Medycyny Osteopatycznej – mówi, że osteopatia to filozofia, nauka i sztuka w jednym.

Jej filozofia zawiera koncepcję jedności struktury i funkcji organizmu zarówno w zdrowiu, jak i podczas choroby. Jako nauka osteopatia obejmuje działy biologii, chemii i fizyki – w służbie zdrowiu oraz profilaktyce, leczeniu i łagodzeniu chorób. Sztuka osteopatii polega na zastosowaniu tej filozofii i nauki w praktyce.

Akademickie nauczanie osteopatii opiera się na podstawach anatomii i neurofizjologii. Leczenie osteopatyczne uwzględnia jedność organizmu oraz wiedzę o zdolności do samoleczenia, a także wzajemne relacje między strukturami i funkcjami.

Ruchy obrotowe głowy są związane z odruchem przedmiotowo-ocnym i optokinetycznym. Związek ten powoduje pojawienie się odruchu sprzęgającego działanie mięśni okoruchowych i mięśni szyi. Ma on więc istotny wpływ na zmianę ustawienia głowy i szyi w przestrzeni. Zależność między zębami a oczami ma związek z informacją biegnącą z receptorów znajdujących się w przyzębiu. Przechodzi przez twór siatkowaty, który ma połączenie nerwowe z ośrodkami nerwowymi wzgórków górnych oraz z jądrami okoruchowymi.

Zależność między zębami a postawą ciała polega na tym, że impuls nerwowy z receptorów przyzębia oddziałuje

na mięśnie okoruchowe i mięśnie obręczy barkowej. Ma to związek dzięki połączeniom z ośrodkami nerwowymi zlokalizowanymi w jądrze czuciowym nerwu trójdzielnego i tworu siatkowatego. Zależność między bruksizmem, postawą ciała a oczami ma związek z układem limbicznym, który rozstraja zdolności regulacyjne tworu siatkowatego, powodując dezorganizację w harmonijnej pracy mięśni narządu żucia.

Okluzja to sposób stykania się zębów szczęki i żuchwy. Zależna jest od położenia i kształtu zębów, napięcia mięśni łączących żuchwę ze szczęką oraz położenia żuchwy w stawach skroniowo-żuchwowych.

Objawy dysfunkcji czaszkowo-żuchwowej zlokalizowane są najczęściej w okolicy twarzy, głowy i szyi. Obejmują ból, ograniczone otwarcie ust i trzaski w stawach skroniowo-żuchwowych. Napięciowe bóle głowy, napięcie mięśni twarzoczaszki, zaczerwienienie spojówek, łzawienie oka, szumy uszne, i/lub bóle zębów, nieustępujące po prawidłowym leczeniu, również mogą wskazywać na istniejącą dysfunkcję w kompleksie czaszkowo-żuchwowym.

Osteopatia i osteopatyczne techniki czaszkowo-krzyżowe stają się więc doskonałym uzupełnieniem leczenia stomatologicznego, otolaryngologicznego i neurologopedycznego.

Symposium pielęgniarskie (15 września 2017 r.)

I Sesja – Nowe technologie w laryngologii, chirurgii głowy i szyi

1. Innowacyjne metody leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi jako wyzwanie dla pielęgniarek oddziałów laryngologicznych

Anita Szymańska

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Nowotwory regionu głowy i szyi charakteryzuje niski stopień uleczalności z uwagi na fakt, że zdecydowana większość pacjentów zgłaszających się do poradni laryngologii onkologicznej prezentuje w chwili rozpoznania zaawansowany proces nowotworowy.

Wybór metody leczenia zależy przede wszystkim od ogólnego stanu zdrowia chorego, stopnia zaawansowania i umiejscowienia procesu nowotworowego oraz stopnia złośliwości.

Jedną z podstawowych metod leczenia jest chirurgia. Innowacyjne zabiegi z zespoleniem mikronaczyniowym są standardem w chirurgii rekonstrukcyjnej po rozległych resekcjach z powodu nowotworów głowy i szyi. Dla zespołu interdyscyplinarnego każdy pacjent jest indywidualnością, postrzegany holistycznie i mający prawo do szansy na zdrowie i życie. Okaleczenie fizyczne, utrata pełnionych funkcji zawodowych, rodzinnych i społecznych, powoduje zepchnięcie chorego na margines życia społecznego. Pielęgniarka jest równorzędnym partnerem zespołu terapeutycznego, skupiając swoje działania na rozwiązaniu wszystkich problemów pielęgnacyjnych, które pojawiają się na trudnej drodze do wyzdrowienia.

2. Pielęgnacja skóry u pacjentów napromienianych z powodu nowotworów głowy i szyi

Katarzyna Sołtysiak

Oddział Radioterapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Radioterapia powoduje wiele skutków ubocznych ogólnie definiowanych jako popromienne zapalenie skóry. Jedną z najbardziej powszechnych ostrych reakcji skórnych jest odczyn popromienny, który może wahać się od łagodnego rumienia do rozlanego złuszczenia wilgotnego. Wszyscy pacjenci leczeni promieniami jonizującymi są narażeni na wystąpienie powyższych reakcji skórnych. Skóra okolicy twarzy oraz przedniej powierzchni szyi jest szczególnie wrażliwa na działanie promieni. Ważnym elementem procesu pielęgnowania podczas radioterapii jest profilaktyka wczesnych odczynów popromiennych poprzez planową i systematyczną pielęgnację skóry.

3. Porady dla pacjentów po operacji usunięcia krtani – pielęgnacja tracheostomy

Tomasz Roman Wardowicz

Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Istotne znaczenie w okresie okołoperacyjnym ma przygotowanie pacjenta oraz jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji. Holistyczne podejście do tego zagadnienia wpływa na łatwiejszy kontakt z pacjentem, co przekłada się na samodyscyplinę osoby operowanej w przestrzeganiu zaleceń lekarskich i pielęgniarskich.

Celem prezentacji jest przedstawienie zaleceń prozdrowotnych u pacjentów po zabiegach operacyjnych usunięcia krtani oraz omówienie zaleceń lekarskich, dietetycznych i sposobów pielęgnacji pooperacyjnej.

Przygotowanie pacjenta do okresu okołoperacyjnego wpływa na emocje (łagodzi stres i lęk, wzbudza zaufanie), rodzaj i liczbę powikłań pooperacyjnych, współpracę z personelem medycznym, zachowania prozdrowotne oraz uczy pacjenta i jego rodzinę czynnego udziału w procesie rekonwalescencji.

II Sesja – Pielęgniarka członkiem zespołu operacyjnego w chirurgii głowy i szyi

4. Nadzór i opieka pielęgniarki anestezjologicznej nad pacjentem w Centralnym Bloku Operacyjnym podczas znieczulenia do zabiegów rekonstrukcyjnych rejonu głowy i szyi

Katarzyna Kabacińska

5. Pielęgniarstwo operacyjne w zabiegach rekonstrukcyjnych rejonu głowy i szyi

Beata Szmigielska, Danuta Lewandowska

Centralny Blok Operacyjny, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

W Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu przeprowadza się zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie głowy i szyi, polegające na rozległym i radykalnym wycięciu nowotworu i jednoczasowym pobraniu wolnego płata z mikronaczynieniem w celu uzupełnienia ubytku. Leczeniem nowotworów zajmuje się interdyscyplinarny zespół z Oddziału Kliniki Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej.

W zależności od rozległości ubytku wybiera się odpowiednie miejsce do pobrania płata: przedramię, płat przednio-boczny uda, płat kostno-powięziowo-skórny.

Użycie różnych płatów wolnych umożliwia precyzyjną odbudowę usuniętych struktur, aby zapewnić prawidłowe

funkcjonowanie pacjenta. Do przeprowadzenia takiej operacji, trwającej nierzadko kilka godzin, konieczna jest pełna akceptacja i ścisła współpraca zespołu anesteziologicznego, chirurgicznego i pielęgniarek operacyjnych.

Praca na bloku operacyjnym musi mieć charakter zintegrowany, co przyczynia się do prawidłowej relacji lekarz–pielęgniarka oraz dobrej współpracy członków tego samego zespołu operacyjnego, wykonującego różne zadania, ale zmierzające do tego samego celu. Każdy zabieg wymaga od zespołu operacyjnego wiedzy medycznej i doświadczenia, odpowiednich warunków technicznych oraz zgodnych z zasadami aseptyki warunków sanitarnych. Praca pielęgniarki operacyjnej obejmuje całościowe i fachowe przygotowanie do zabiegu operacyjnego oraz instrumentowanie przy jego przeprowadzaniu. Do przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcyjnego potrzebny jest odpowiedni zestaw narzędzi, sprzęt techniczny oraz materiały dodatkowe. Zadaniem pielęgniarki operacyjnej jest przygotowanie sali laryngologicznej do operacji rekonstrukcyjnej. Rola pielęgniarki podczas zabiegów rekonstrukcyjnych jest bardzo ważna i odpowiedzialna, wymaga od niej doświadczenia i kompetencji oraz umiejętności współpracy w zespole. W trakcie operacji zabezpiecza pobrane materiały do badań histopatologicznych, dokumentuje zużycie sprzętu. W Wielkopolskim Centrum Onkologii pielęgniarki operacyjne pracują według ustalonych standardów i procedur, co korzystnie wpływa na jakość świadczonych usług na rzecz zdrowia pacjenta.

6. Specyfika opieki pielęgniarskiej u chorych z nowotworami głowy i szyi leczonych metodą brachyterapii

Lidia Rogozik-Śledzińska

Zakład Brachyterapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Do nowotworów głowy i szyi zalicza się raki zlokalizowane w górnej części układu pokarmowego i oddechowego. Mimo odmiennej historii naturalnej oraz rokowania często ujmowane są jako jedna grupa. Ich umiejscowienie niejednokrotnie powoduje zaburzenia podstawowych czynności życiowych, takich jak oddychanie i odżywianie. Mogą wpływać także na różne funkcje układu nerwowego, upośledzać wzrok, słuch, węch i smak.

Jedną z metod leczenia nowotworów głowy i szyi jest brachyterapia, w której wykorzystuje się energię fotonów lub cząstek pochodzących z rozpadu izotopów promieniotwórczych umieszczonych w guzie lub jego bezpośrednim sąsiedztwie. Brachyterapia jest bezpieczną i sprawdzoną metodą wykorzystywaną od lat, umożliwiającą leczenie nowotworów z większą precyzją, w mniej obciążający dla chorego sposób. Może być stosowana jako leczenie samodzielne lub w połączeniu z innymi metodami.

Pielęgnowanie pacjenta z nowotworem umiejscowionym w rejonie głowy i szyi, leczonego metodą brachyterapii, wymaga doświadczenia w stawianiu diagnozy pielęgniarskiej. Na podstawie rozpoznanych problemów, pielęgniarka stawia diagnozę oraz ustala odpowiedni plan postępowania. W pierwszej kolejności należy uwzględnić działania

zapewniające odpowiednie funkcjonowanie pacjenta w sferze psychicznej, które zlikwidują lęk, strach i niepewność, dadzą poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Równie ważne są wszystkie czynności, które będą miały na celu złagodzenie objawów ubocznych leczenia, w tym działania profilaktyczne.

Sprawując opiekę nad chorym, pielęgniarka uwzględni rodzaj promieniowania, technikę aplikacji izotopu promieniotwórczego, metodę terapii oraz plan leczenia. Działania pielęgniarskie, wynikające z postawionej diagnozy, muszą być zharmonizowane z cyklem frakcji napromieniania. Czynności pielęgniacyjne wykonywane są w reżimie czasowym, wyznaczonym czasem trwania pojedynczej frakcji leczenia oraz przerwy występującej pomiędzy pulsami.

Brachyterapia jest jedną z metod leczenia chorych z nowotworem głowy i szyi, która oferuje pacjentom wymierne korzyści. Umożliwia podanie większej niż standardowa dawki leczenia, przy równoczesnej ochronie zdrowych tkanek otaczających guz, minimalizując ryzyko wystąpienia powikłań. Ze względu na swoją specyfikę stanowi wyzwanie dla osób sprawujących opiekę.

III Sesja – Rola pielęgniarki w leczeniu interdyscyplinarnym

7. Znaczenie spotkań interdyscyplinarnych w leczeniu chorych w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Klinice Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej

Renata Uczulka

Sekcja Koordynacji Pracy Zespołów Interdyscyplinarnych, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

W Wielkopolskim Centrum Onkologii spotkania Komitetu Interdyscyplinarnego leczenia chorych z nowotworami krtani rozpoczęły swoją działalność w 2007 roku. Istniała potrzeba łączenia i korzystania z różnych dyscyplin medycznych, jak i dążenie do uzyskania jak najlepszych wyników leczenia. Ważnym elementem stała się personalizacja leczenia chorych. Na potrzeby komitetu powołano zespół specjalistów i koordynatora medycznego. Ustalono zostały zasady działania zebrań interdyscyplinarnych. W 2015 r. minister zdrowia Bartosz Arłukowicz wprowadził tzw. pakiet onkologiczny, który zakładał skrócenie czasu diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych. Pacjentów z Zieloną Kartą obowiązuje Szybka Terapia Onkologiczna. Od 2015 r. odbywają się Konsylia chorych z nowotworami głowy i szyi. Zadania koordynatora to m.in. przygotowanie dokumentacji medycznej, przeprowadzenie zebrania, sporządzenie protokołu, poinformowanie pacjenta o możliwościach leczenia i pomoc w realizacji planu leczenia. Koordynator jest odpowiedzialny za działania informacyjne, administracyjne i organizacyjne na poszczególnych etapach leczenia. Jest przewodnikiem pacjenta w całym procesie leczenia.

8. Leczenie żywieniowe jako wyzwanie pielęgniarstwa onkologicznego

Anna Pleszewa

Oddział Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Chorych na nowotwór obejmuje się intensywnym leczeniem, a to bardzo często wywołuje skutki uboczne, które znacząco osłabiają pacjenta, a tym samym pogarszają rokowania co do wyleczenia. Dlatego odpowiednie żywienie jest konieczne, aby każdy rodzaj terapii przebiegał prawidłowo, a chory jak najszybciej wrócił do zdrowia. Obserwacje pokazują, że prawidłowe odżywienie pacjenta poprawia odpowiedź organizmu na leczenie, a także skraca czas trwania hospitalizacji. U wielu chorych z rozpoznaniem nowotworu regionu głowy i szyi już w momencie diagnozy i podjęcia decyzji o leczeniu onkologicznym występują pierwsze symptomy pogorszenia się stanu odżywienia – głównie utrata masy ciała. Niedożywienie stwierdza się nawet u 80% chorych przyjmowanych na oddziały onkologiczne. Do nowotworów złośliwych regionu głowy i szyi należą raki ustnej, krtaniowej i nosowej części gardła, rak języka, dna jamy ustnej, krtani i raki ślinianek oraz zatok obocznych nosa. Wyniszczenie u pacjentów z tym rozpoznaniem dotyczy średnio 75% chorych i ma bezpośredni wpływ na zwiększenie ryzyka wszystkich powikłań do zgonu włącznie. Dlatego tak ważne jest żywieniowe przygotowanie chorego do terapii, jak i właściwe jej prowadzenie w trakcie leczenia onkologicznego.

Mimo że leczenie żywieniowe jest w większości przypadków leczeniem wspomagającym, a nie swoistą terapią danej choroby, zapobiega niekorzystnym skutkom głodzenia, dlatego też jest jednym z elementów postępowania terapeutycznego i wymaga właściwego z nim zintegrowania. W wytycznych ESPEN nie ma wskazań do rutynowego prowadzenia żywienia dojelitowego u chorych z nowotworem regionu głowy i szyi w trakcie radio- i chemioterapii, jeżeli nie stwierdza się istniejących lub zagrażających zaburzeń połykania, ponieważ nie wpływa to ani na leczenie, ani na zmniejszenie działań niepożądanych z nim związanych. Interwencja żywieniowa jest konieczna zawsze wtedy, gdy codzienna podaż składników odżywczych nie przekracza przynajmniej 60% dziennego zapotrzebowania przez okres dłuższy niż 10 dni. Zaleca się natomiast stosowanie poradnictwa żywieniowego i doustne diety przemysłowe w celu zwiększenia ilości przyjmowanego pokarmu oraz zapobiegania związanej z leczeniem przeciwnowotworowo-wym utracie masy ciała.

Rola pielęgniarek pracujących przy chorym otrzymującym leczenie żywieniowe jest ogromna i wymaga nie tylko dużego zasobu wiedzy specjalistycznej, ale także umiejętności jej praktycznego zastosowania. W leczeniu żywieniowym pielęgniarka współpracuje z dietetykiem oraz dba o to, aby pacjenci spożywali w całości przeznaczone im pokarmy. W zespole leczenia żywieniowego pielęgniarka spełnia funkcję pielęgnacyjną, opiekuńczą, edukacyjną oraz instrumentalno-techniczną. Wynika to ze specyfiki i złożoności podejmowanych przez nią działań. Pielęgniarka powinna motywować pacjentów do poszukiwania porady żywieniowej u dietetyka. Wsparcie żywieniowe przyczynia się

do poprawy efektów leczenia, zmniejszenia licznych powikłań, w tym śmiertelności, skraca czas i obniża koszty hospitalizacji, poprawia jakość życia chorych.

9. Rehabilitacja logopedyczna w leczeniu zaburzeń mowy u chorych po zabiegach onkologicznych z nowotworami głowy i szyi

Dominika Kozłowska^{1,2}, Sławomir Marszałek^{1,2}

¹ *Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

² *Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu*

U chorych po leczeniu operacyjnym i/lub leczeniu uzupełniającym radioterapią obserwuje się zaburzenia przełykania, zaburzenia mowy, szczękocisk, zaburzenia pokarmowe czy też zaburzenia fonacyjno-oddechowe.

Celem wystąpienia jest przedstawienie form rehabilitacji logopedycznej chorych po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi. Grupę pacjentów stanowią pacjenci Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Pracowni Rehabilitacji oraz Oddziałów Radioterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu.

Różnego rodzaju zaburzenia mowy u pacjentów z nowotworami głowy i szyi występują ze względu na chorobę i rodzaj leczenia. Pierwszą grupę pacjentów, których chcę omówić to pacjenci z nowotworami jamy ustnej. W wystąpieniu omówię rodzaj zaburzeń mowy dotyczących tych pacjentów oraz sposób ich rehabilitacji. Następnie pragnę omówić nowotwory krtani, a także sposób terapii w zależności od resekcji częściowej czy też całkowitej tego narządu. Przedstawię tutaj rehabilitację fonacyjno-oddechową, formę nauki mowy przełykowej oraz rehabilitację głosową pacjentów z protezą głosową. Ostatnim zagadnieniem jest leczenie chorych radioterapią. Radioterapia niesie ze sobą skutki uboczne w zależności od lokalizacji nowotworu, sposobu napromieniania oraz liczby frakcji. Wśród pacjentów leczonych radioterapią dochodzi do zaburzeń mowy, nawet jeśli narządy mowy nie zostały wcześniej objęte leczeniem chirurgicznym. Rehabilitacja logopedyczna jest więc niezbędna w powrocie do funkcjonowania naszych pacjentów.

W swoim wystąpieniu chcę dokładnie omówić zaburzenia, z jakimi borykają się nasi pacjenci, przedstawić ćwiczenia i formy wsparcia dla chorych z nowotworami głowy i szyi, różnego rodzaju metody praktykowane od lat w poprawieniu funkcjonowania chorych w obrębie jamy ustnej, omówić rolę budowania zespołu pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami a pacjentem i jego rodziną. Współpraca pomiędzy wyżej wymienionymi specjalistami jest niezbędna, żeby osiągnąć efekt rehabilitacji zadowalający dla pacjenta.

Wnioski:

1. Pacjenci objęci rehabilitacją logopedyczną oraz fizjoterapią dużo szybciej wracają do funkcjonowania po leczeniu.
2. Rehabilitacja logopedyczna i fizjoterapia oraz wsparcie psychologiczne powinny być nieodłączną częścią leczenia pacjentów z nowotworami głowy i szyi. Terapia

powinna być prowadzona przez wyspecjalizowany zespół rehabilitacyjny, składający się z lekarza chirurga głowy i szyi, logopedy, fizjoterapeuty oraz psychologa.

10. Postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi

Sławomir Marszałek

Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Zakład Fizjoterapii, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Pracownia Rehabilitacji, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Choroba nowotworowa w obrębie głowy i szyi powoduje często zniekształcenia strukturalne i zaburzenia podstawowych czynności życiowych. Pomimo coraz bardziej nowoczesnych technik medycznych oraz coraz częściej stosowanego leczenia oszczędzającego nie sposób uniknąć różnego stopnia niepełnosprawności oraz obniżenia jakości życia pacjentów.

Istotne dla chorych uszkodzenia pooperacyjne powstają w przypadku nowotworów umiejscowionych w obrębie głowy i szyi. Ponadto blizny, poprzez zrosty (restrykcje) tkankowe, w istotny sposób zaburzają w dodatkowym stopniu podstawowe czynności chorego (picie, jedzenie, połykanie, artykulacja, mimika, widzenie). Ma to szczególnie duży wpływ na jakość życia chorych po zabiegach onkologicznych w obrębie głowy i szyi. Onkologia głowy i szyi, zarówno w Polsce, jak i na świecie, jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny, dlatego też postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi nie jest szczegółowo opisane w literaturze przedmiotu. Chorzy, mimo powstałych znacznych dysfunkcji i uszkodzeń w najbardziej widocznych miejscach ciała, nie mają we współczesnym systemie służby zdrowia zapewnionej profesjonalnej fizjoterapii, która pozwala zmniejszać następstwa zabiegów rekonstrukcyjnych i uzupełniającej radio-, radiochemioterapii. Istotne jest, że złożoność postępowania fizjoterapeutycznego

w rejonie głowy i szyi należy rozpatrywać niezależnie, stosując odmienne postępowanie fizjoterapeutyczne, odrębne dla poszczególnych lokalizacji, sposobu oraz okresu leczenia onkologicznego. Odpowiednio prowadzona fizjoterapia pozwala w istotny sposób przyspieszyć powrót do zdrowia oraz poprawić jakość życia.

Celem pracy jest przedstawienie opracowanego autorskiego programu kompleksowej fizjoterapii u chorych po operacjach onkologicznych w obrębie głowy i szyi.

11. Wsparcie psychologiczne jako integralna część leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi

Maria Kuśnierkiewicz

Pracownia Psychologii Klinicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Rozpoznanie choroby przewlekłej, w tym choroby nowotworowej, to w życiu człowieka jedno z najbardziej stresujących wydarzeń. Często określane jest mianem traumy czy kryzysu. W przeciwieństwie do innych, trudnych życiowych wydarzeń z jakimi się mierzymy, towarzyszy mu bezradność i poczucie braku kontroli nad przebiegiem wydarzeń. Oczywiście, emocje i sposoby radzenia sobie z nimi są u poszczególnych osób mocno zindywidualizowane, zależne od czynników sytuacyjnych, w tym fazy choroby i występujących dolegliwości, czynników osobowościowych, wcześniejszych doświadczeń czy zasobów osobistych. Wśród tych ostatnich należy wymienić wsparcie społeczne – uzyskiwane od osób bliskich, ale także od personelu medycznego. Aby było ono efektywne, dostosowane do potrzeb poszczególnych chorych, nieodzowne jest aby poszczególni specjaliści współpracowali ze sobą – wymieniali się informacjami i doświadczeniami, koordynując swoje działania. Tematem wystąpienia będą: sytuacja psychospołeczna, rodzaje wsparcia udzielanego pacjentom leczonym z powodu nowotworów zlokalizowanych w obrębie głowy i szyi przez zespół psychologów oraz obszary współpracy z zespołami: lekarskim, pielęgniarskim, pracownikami socjalnymi, fizjoterapeutami, logopedą, a także pozostałym personelem, działającym na rzecz pacjentów na terenie Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Symposium stomatologiczne (16 września 2017 r.)

1. Estetyka twarzy – problem medyczo-stomatologiczny

Teresa Matthews-Brzozowska

Katedra i Klinika Ortopedii Szczękowej i Ortodontji, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Studium Podyplomowe „Estetyka Twarzy”

Atrakcyjność fizyczna – cecha uchwytna bardziej intuicyjnie niż aparaturą pomiarową do niedawna była przedmiotem zainteresowania głównie artystów i filozofów. Jednakże posiada ona tak poważne konsekwencje społeczne, że nauka nie mogła pozostawić jej poza obszarem swych zainteresowań. Atrakcyjność fizyczna osoby oceniana jest za pomocą różnych zmysłów – najważniejszy jest wygląd. Z wizualnych wyznaczników atrakcyjności szczególnie istotna jest twarz, ponieważ zawiera szereg elementów morfologicznych, jest podstawowym kanałem komunikacji międzyludzkiej, przeważnie nie jest osłonięta. Z tych powodów twarz stanowi bogate źródło informacji o jej właścicielu, przyczynia się do oceny atrakcyjności tej osoby. W ostatnim dziesięcioleciu zintensyfikowano badania nad atrakcyjnością twarzy.

Piękno ludzkiej twarzy wynika z idealnych proporcji poszczególnych jej elementów oraz harmonijnej pracy mięśni kompleksu ustno-twarzowego. Zaburzenie ułożenia spoczynkowego, czy też prawidłowej pracy mięśni warg, policzków oraz języka wpływa niekorzystnie na wyraz twarzy i funkcję układu stomatognatycznego. Twarz ludzka zmienia się w ciągu całego życia.

Jedną z najistotniejszych dla współczesnej estetyki stomatologicznej jest „złota proporcja”.

Zasada ta ma znaczenie w ocenie uśmiechu oraz szerokości zębów w stosunku do uśmiechu.

Indywidualnie dobrana terapia estetyczna skupia uwagę lekarza na atrakcyjności twarzy oraz harmonii pomiędzy makro-, mini- i mikroestetyką uśmiechu, widzianą oczami pacjenta. Dzięki coraz to nowym możliwościom zabiegowym medycyna estetyczna twarzy pozwala na korygowanie powstałych defektów estetycznych, jednocześnie opóźniając starzenie się skóry. W psychologii stosunek do własnego ciała traktuje się jako jedno z najważniejszych kryteriów samoakceptacji.

2. Zastosowanie przeszczepów tkanki łącznej w chirurgii stomatologicznej

Mansur Rahnama

Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

3. Przyczyny niepowodzeń w implantologii stomatologicznej

Jerzy Sokalski

Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

4. Od małoinwazyjnej ekstrakcji zęba poprzez implantację natychmiastową do zaawansowanych technik augmentacyjnych

Andrzej Szwarczyński

Poznańskie Centrum Implantologii ASKODENT

W trakcie prezentacji przedstawione zostaną zabiegi, począwszy od minimalnie inwazyjnych ekstrakcji zębów poprzez minimalnie inwazyjne techniki postępowania z tkankami, od ekstrakcji zęba poprzez implantację natychmiastową, wczesną i późną, wraz z zastosowaniem materiałów augmentacyjnych. Podkreślone zostaną zalety delikatnego postępowania z tkankami na każdym z etapów z wyszczególnieniem niekorzystnych następstw, mogących prowadzić do niepowodzenia leczenia implanto-protetycznego. Opisane zostaną różne rodzaje uzupełnień z zastosowaniem implantów, począwszy od uzupełnień pojedynczych braków zębowych, poprzez braki wolnoskrzydłowe do pełnołukowych (zarówno stałych, jak i ruchomych). Uzupełnienie nieprawidłowości podłoża kostnego zostanie oparte o materiały augmentacyjne, jak i przeszczepy kości własnej. Biomateriały podzielone zostaną w zależności od czasu ich resorpcji i zalet zastosowania w różnych sytuacjach klinicznych. Ponadto zostaną omówione i przedstawione techniki rozszczepienia kości i podniesienia dna zatoki szczękowej. Autor postara się odpowiedzieć na pytanie, kiedy wybrać krótkie implanty, a kiedy wykonać lifting zatoki szczękowej i którą z metod zastosować, aby osiągnąć stabilne i długotrwałe wyniki leczenia.

Przedstawione zostaną przypadki implantacji z użyciem szablonów, uzyskanych po analizie radiologicznej z zastosowaniem tomografii komputerowej 3D, z podkreśleniem minimalnej inwazyjności zabiegu i jego precyzji. Celem przyspieszenia procesu wgajania się implantu z zastosowanym materiałem augmentacyjnym przedstawione zostaną zabiegi z użyciem czynników wzrostu PRF i CGF.

5. Wpływ stopów dentystycznych na stan błony śluzowej jamy ustnej

Mariusz Pryliński

Pracownia Techniki Dentystycznej, Zakład Techniki i Technologii Dentystycznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

W praktyce klinicznej używa się około 38 pierwiastków metalicznych, które są składnikami stopów podstawowych oraz szlachetnych, służących do laboratoryjnego wykonawstwa protez stałych i ruchomych. Konstrukcje protetyczne wykonane z powyższych stopów są umieszczane w jamie ustnej, gdzie ze względu na obecność wilgoci, a także ciągłe zmiany temperatury oraz pH, ulegają korozji elektrochemicznej oraz biologicznej. Uwolnione w trakcie tych procesów jony metali mogą nie tylko działać cytotoksycznie oraz alergizująco, lecz także prowadzić do miejscowych lub ogólnych schorzeń autoimmunologicznych. Do metali, których jony najczęściej wywołują uczulenia kontaktowe w jamie ustnej o charakterze opóźnionego odczynu komórkowego typu IV należą chrom, nikiel, kobalt, pallad, srebro i miedź. Jednak coraz częściej pojawiają się doniesienia o alergizujących właściwościach złota, czy też uważanego do niedawna za metal bioinertny, tytanu.

6. Wykorzystanie wewnątrzustnych stomatologicznych aparatów ortopedycznych w celu poprawy toru oddechowego górnego odcinka układu oddechowego w wczesnych postaciach bezdechu nocnego współistniejących w dysfunkcjach układu stomatognatycznego

Halina Jadwiga Ey-Chmielewska

Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Jednym z najważniejszych przejawów życia jest oddychanie. Wydaje się nieskomplikowane, gdyż jest nieodłączną częścią naszej fizjologii. Jednak każde zakłócenie drogi toru oddechowego, począwszy od oddychania przez nos, aż do płuc, może wpływać na naszą wydolność oddechową. Podłożem upośledzenia toru oddechowego mogą być wady rozwojowe lub odmienności budowy anatomicznej górnego odcinka układu oddechowego. W terapii dysfunkcji czynnościowych układu stomatognatycznego częstym współistniejącym objawem jest występowanie bezdechu nocnego. Zaburzenia czynnościowe, występujące w układzie stomatognatycznym, stanowią coraz większy problem diagnostyczny i terapeutyczny. O zaznaczeniu tego zjawiska świadczy liczba publikacji, ukazujących się nie tylko w czasopismach stomatologicznych.

Autorka w pracy przedstawia kilkunastoletnie doświadczenia w terapii wczesnych postaci bezdechów nocnych współistniejących w zaburzeniach czynnościowych stawów skroniowo-żuchwowych. Omawia stosowane metody diagnostyki różnicowej, a także przedstawia stosowane wewnątrzustne stomatologiczne aparaty ortopedyczne. Dzięki zastosowanym aparatom uzyskuje zmianę przestrzennego położenia żuchwy. Tym samym nie tylko znosi dolegliwości ze strony układu stomatognatycznego, ale

również usprawnia tor oddechowy. Zastosowanie zmodyfikowanych aparatów stomatologicznych skraca czas terapii zaburzeń czynnościowych ssz oraz ma wpływ na lepsze samopoczucie pacjentów i może wspomagać leczenie łagodnych wczesnych postaci bezdechów nocnych.

7. Leczenie zachowawcze oraz profilaktyka chorych po leczeniu onkologicznym

Anna Surdacka

Klinika Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na dużą zachorowalność na nowotwory złośliwe głowy i szyi, która jest znacznie wyższa w porównaniu z krajami Unii Europejskiej. Podkreśla się ścisły związek wzrostu liczby zachorowań ze stylem życia i czynnikami środowiskowymi i zwraca uwagę na nowe zjawisko, szczególnie w Polsce (fenomen epidemiologiczny), wzrostu zachorowań u ludzi poniżej 40 r.ż., którzy nigdy nie palili i nie nadużywali alkoholu.

Podstawowymi metodami leczenia nowotworów są: leczenie chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia, a najczęściej połączenie tych metod. Bardzo często radioterapia i chemioterapia prowadzą do powikłań w jamie ustnej, które utrudniają lub wręcz uniemożliwiają normalne życie. Najczęściej obserwowane powikłania, którym towarzyszy silny ból, to: zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, infekcje bakteryjne, grzybicze, wirusowe, suchość błony śluzowej jamy ustnej i związane z nią następstwa, popromienna próchnica zębów, martwica kości żuchwy i szczęki.

Bardzo ważne jest stomatologiczne przygotowanie pacjenta do leczenia onkologicznego, jak również pełna opieka stomatologiczna w trakcie oraz po jego zakończeniu. Lekarz dentysta, ściśle współpracujący z onkologiem, powinien odpowiednio wcześniej wdrożyć działania zapobiegające objawom ubocznym poprzez wykonanie sanacji jamy ustnej, instruktażu higieny oraz zmotywowanie pacjenta do konieczności utrzymania idealnej higieny jamy ustnej. W trakcie leczenia onkologicznego zaleca się płukanie jamy ustnej płynami o działaniu przeciwzapalnym, buforującym, uśmierzającym ból, łagodzącym skutki kserostomii, jak również zapobiegającym szybko rozwijającej się próchnicy zębów (profilaktyka fluorkowa). Jednocześnie odpowiednia dieta pozwoli zakończyć leczenie onkologiczne bez wymuszonych przerw i tym samym wpłynie na poprawę komfortu życia pacjentów.

Po zakończeniu leczenia onkologicznego konieczna jest ścisła kontrola stomatologiczna co 4–6 tygodni przez pierwsze pół roku, nadal wzmożona profilaktyka próchnicy i chorób przyzębia, a w razie konieczności jest leczenie i odbudowa utraconych z powodu próchnicy tkanek zęba. Konieczna jest edukacja chorych w kierunku ryzyka powikłań późnych związanych z popromienną martwicą kości.

Ścisła współpraca stomatologa z onkologiem minimalizuje skutki uboczne leczenia onkologicznego, zmniejsza dyskomfort psychiczny i poprawia jakość życia.