

● BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE
W DIAGNOSTYCE CHOROÓB ŚLINIANEK

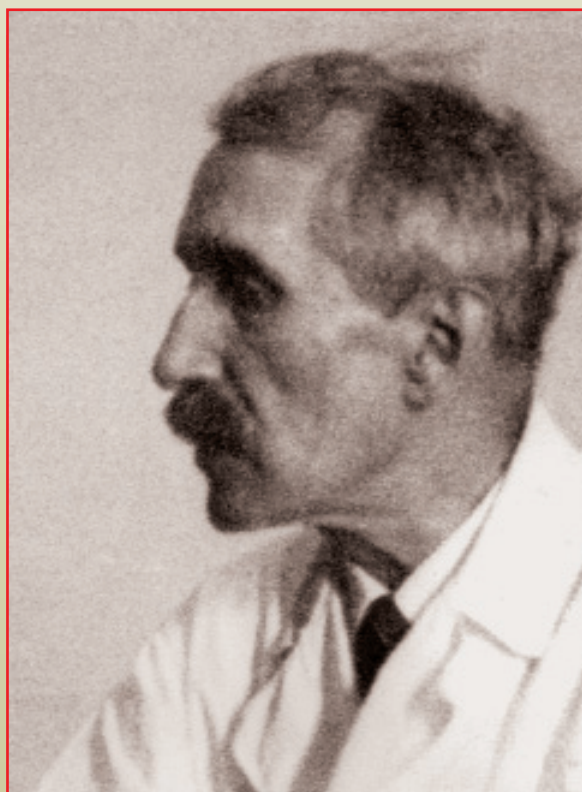
dr med. Ewa J. Białek
dr med. Piotr Zajkowski
prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

● RAK Z KOMÓREK MERKELA

dr hab. med. Ewa Osuch-Wójcikiewicz
dr med. Antoni Bruzgielewicz

● POWSZECHNE BADANIA PRZESIEWOWE
SŁUCHU U NOWORODKÓW

dr hab. med. inż. Krzysztof Kochanek



prof. dr med. Feliks Antoni Erbrich

W NUMERZE

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE	32
prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski	
BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE W DIAGNOSTYCE CHORÓB ŚLINIANEK	34
dr med. Ewa J. Białek dr med. Piotr Zajkowski prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski	
RAK Z KOMÓREK MERKELA	42
dr hab. med. Ewa Osuch-Wójcikiewicz dr med. Antoni Bruzgielewicz	
STATUT STOWARZYSZENIA NA RZECZ ROZWOJU RYNOLOGII „RYNOLOGIA POLSKA”	45
POWSZECHNE BADANIA PRZESIEWOWE SŁUCHU U NOWORODKÓW	50
dr hab. med. inż. Krzysztof Kochanek	

Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
sekretarz redakcji – dr med. Agnieszka Strzembosz
redaktor – mgr Grażyna Gołąb

Patronat naukowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii
Akademii Medycznej w Warszawie

Rada naukowa:

przewodniczący:

– prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

członkowie:

– prof. dr hab. med. Mieczysław Chmielik

– dr hab. med. Joanna Fruba

– prof. dr hab. med. Teresa Goździk-Żołnierkiewicz

– dr hab. med. inż. Krzysztof Kochanek

– prof. dr hab. med. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz

– dr hab. med. Kazimierz Niemczyk

– prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska

– prof. dr hab. med. Edward Zawisza

Opracowanie graficzne: M-art, Jolanta Merc

© Wydawca: Wydawnictwo **EGERIA** B. Krzeska

przy współpracy



Adres korespondencyjny:

Magazyn Otolaryngologiczny
02-218 Warszawa 124, skr. poczt. 60

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości bez uzyskania zezwolenia wydawcy jest zabronione.

Fotografia na okładce – patrz strona 32.

Drodzy Czytelnicy,

W najbliższych tygodniach Polacy wypowiedzą się za lub przeciw przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Wydarzenie niezwykle w historii naszego kraju. Przypuszczamy, że w narodowym referendum większość z nas opowie się za przynależnością do cywilizacji europejskiej. Niektórzy się spodziewają, że wraz z akcesem do Unii znacznej poprawie ulegnie nasza sytuacja materialna. Zapewne tak się stanie, lecz aby to nastąpiło, wielu z nas będzie musiało zmienić swoje pojmowanie świata.

Niewątpliwie pewnym zagrożeniem dla naszej społeczności lekarskiej, w tym laryngologicznej, może być kapitał, który wpłynie do Polski. Będą powstawały lecznice bądź szpitale, które zaoferują pacjentom bardziej komfortowe warunki leczenia. Niektórzy z nas zostaną zaproszeni do pracy na rzecz takich placówek. A co z resztą kolegów, co z naszymi skromnymi gabinetami i praktykami? Skąd można pozyskać środki, aby były one bardziej profesjonalnie wyposażone? Czy nie należałoby się zastanowić nad łączeniem gabinetów, tak aby powstawały odpowiednio wyposażone centra laryngologiczne? Przy stawkach, jakie obecnie otrzymujemy za świadczone konsultacje, nie jesteśmy w stanie rozwijać naszych praktyk. Łączenie w zrzeszenia praktyk indywidualnych lub tworzenie praktyk grupowych stwarza możliwości pozyskiwania i przeznaczania większych kwot na rozwój naszych warsztatów pracy. Tak się dzieje i w Stanach Zjednoczonych, i w Europie Zachodniej, której chcemy dorównać. Myślę, że warto przemyśleć te sprawy i zainicjować rozmowy z aktualnymi „konkurentami”, którzy powinni stać się naszymi partnerami.

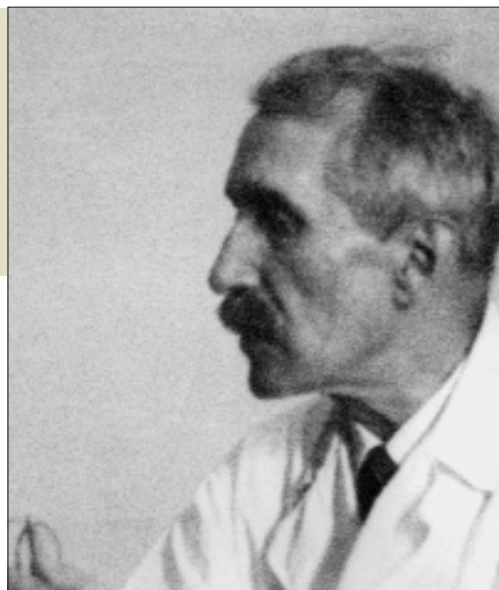
Zastanówcie się Państwo.

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
Redaktor naczelny

Warszawa, maj 2003

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE

FELIKS ANTONI
ERBRICH
(1874–1938)



Przeszłość – jest to dziś, tylko cokolwiek dalej:

*Za kołami to wieś,
Nie jakieś tam coś, gdzieś,
Gdzie nigdy ludzie nie bywali.*

C. K. Norwid (1821–1883)

Twórca i pierwszy kierownik Kliniki Laryngo-Otiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego był uczniem Alfreda Sokołowskiego, znakomitego znawcy ftyzjatrii. W roku 1906 odbywał staż w Klinice Otolaryngologicznej na Uniwersytecie we Fryburgu, którą kierował Gustaw Kilian, i tam poznał metody endoskopowania tchawicy i oskrzeli. W sposób szczególny zajmował się suchotami krtaniowymi, które były w XIX i jeszcze w XX wieku częstymi przyczynami hospitalizacji. Był autorem podręcznika *Metody badania krtani, tchawicy i oskrzeli* (1919) i współautorem podręcznika *Metody badania narządu oddechowego* (1920) wraz z J. Szmurłą, B. Dębińskim, A. Sokołowskim i innymi. W roku 1921 został kierownikiem nowo utworzonej warszawskiej kliniki otorynolaryngologicznej, jak byśmy ją dzisiaj mogli nazwać. Tak więc można powiedzieć, że warszawska laryngologia kliniczna zawdzięcza swe powstanie lekarzowi, którego główne zainteresowania kierowały się ku ftyzjatrii. W roku 1927 nakładem Wydawnictwa Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego ukazało się najwybitniejsze dzieło Feliksa Erbricha *Patologia dróg oddechowych górnych i uszu*. W nim zawarł autor, między innymi, przejmujący opis gruźlicy krtani: *Zaburzenia wywołane przez*

zmiany gruźlicze krtani dotyczą wszystkich jej zasadniczych czynności: fonacyjnej, oddechowej i obronnej. W żadnym cierpieniu przewlekłym krtani, ani w syfilisie, ani w nowotworze wykazujących w pewnym okresie ich rozwoju jednokowe z gruźliczymi zmiany nacieczenia, ból nie występuje w tak gwałtownym nasileniu jak w przebiegu gruźlicy. Ból promieniuje do ucha, do szczytu głowy, do okolicy szczęki, uniemożliwia często łykanie nie tylko pokarmów, ale i śliny. To niezwykle nasilenie bólu, nie odpowiadające stosunkowo niewielkim zmianom w krtani, jest do pewnego stopnia dla gruźlicy charakterystyczne. Ból przy zaawansowanych suchotach krtani jest tak znaczny, że chorzy nie tylko stale odmawiają przyjmowania jakichkolwiek pokarmów, wstrzymują się od przetykania śliny, kaszlu, ruszania głową, zdaje się nie oddychają, bowiem powietrze wpadające do krtani sprowadza ból, którego starają się uniknąć za wszelką cenę.

Przed opublikowaniem w „Otolaryngologii Polskiej” w roku 1964 pierwszej mojej pracy poglądowej poświęconej tracheotomii przejrzałem księgi operacyjne Kliniki Laryngo-Otiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego z lat 1928–1933. Księgi te, ocalone z pożaru Szpitala pw. Świętego Ducha we wrześniu 1939 r. przez dr. Jana

Szymańskiego, ówczesnego asystenta Kliniki, wykazały, że w czasie tych 5 lat w Klinice wykonano 138 tracheotomii. Wskazaniami do tego zabiegu były wówczas: nowotwory krtani – 45 chorych, twardziel krtani – 25, kiła krtani – 16, gruźlica krtani – 14, ropowice krtani – 10, zwężenie krtani po przebytej błonicy – 10, ciała obce w krtani i oskrzelach – 8, ostre zapalenie krtani z obrzękiem – 4, zwężenie głośni po oparzeniach chemicznych – 3, zapalenie płuc – 3 chorych. A więc przed 70 laty tracheotomia była wykonywana z powodu patologii innej niż patologia krtani jedynie w 2% wszystkich operacji tego typu. Żadnych wskazań internistycznych, neurologicznych, neurochirurgicznych, anestezyjologicznych, o intensywnej terapii nie wspominając. Czy był to objaw zacofania? Twardziel, kiła, gruźlica krtani – to był dzień powszedni polskiej otorynolaryngologii tamtych czasów. I wtedy nie było na te choroby skutecznej terapii. Pamiętam, że jeszcze na początku lat 60. nasi nauczyciele przekazywali nam zasady: jeżeli widzisz naciek w spoidle przednim głośni, najprawdopodobniej jest to rak, jeśli w spoidle tylnym – jest to gruźlica. Trudno powiedzieć: iza się w oku kręci, ale ten dystans czasowy, tak niedługi z punktu widzenia historii medycyny, wyraźnie wskazuje, jak bardzo zmienia się także i nasza specjalność.

W końcu roku 1921 Erbrich został wybrany prezesem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, którego był współzałożycielem wraz z Ludwikiem Guranowskim i Janem Szmurłą. Zrezygnował z tej funkcji w roku 1923. Rok później rozpoczął wydawanie pisma firmowanego przez klinikę warszawską pt. „Przegląd Laryngotiatryczny” jako jego redaktor naczelny. Zapewne nie był to periodyk wydawany regularnie. Znałe są jedynie dwa jego numery, z lat 1924 i 1927. Można zaryzykować tezę, że obecny „Magazyn Otolaryngologiczny”, wydawany przez klinikę warszawską na początku XXI wieku, jest kontynuatorem tamtego dzieła sprzed 80 lat.

W roku 1920 Feliks Erbrich został profesorem nadzwyczajnym, a w roku 1934 profesorem zwyczajnym. W latach 1933–1934 pełnił obowiązki dziekana Wydziału Lekarskiego UW. Habilitował dwóch swoich uczniów: Dyonizego Zuberbiera i Henryka Lewenfisza.

Klinika od 1921 roku do początków II wojny światowej mieściła się w Szpitalu pw. Świętego Ducha przy ulicy Elektorальной. W wydzielonym pawilonie znajdowały się jedynie dwie duże sale

dla chorych, trzy pokoje do badań oraz jedna sala operacyjna. W roku 1926 w podziemiach pawilonu otwarto przychodnię. W roku 1933, po przeniesieniu Kliniki Ocznej do Szpitala Dzieciątka Jezus, Klinika powiększyła się o salę wykładową i pierwszą w Polsce poradnię dla chorych z zaburzeniami mowy (dr Aleksandra Mitrynowicz-Modrzejewska).

Pierwszymi etatowymi pracownikami Kliniki byli Jerzy Rogoziński, Stanisław Tuz oraz Bronisław Grocholski, jeden z najlepszych chirurgów ucha w Polsce w tym czasie. Do tego zespołu dołączył następnie jako „lekarz miejscowy” (z obowiązkiem stałego ostrego dyżuru, wolna niedziela raz na dwa tygodnie!) dr Jan Szymański. Wszyscy lekarze uchodzili za znakomitych praktyków.

Mój pierwszy Nauczyciel otorynolaryngologii, prof. Jan Szymański, wiele opowiadał o swym szefie sprzed wojny. Był to niezwykle elegancki pan, o wytwornych manierach. Z upodobaniem podawał okrycia swym asystentom. Kiedy się wzbraniłi (jakże inne były wówczas relacje profesor – asystent), mawiał: „Lokaj lokajowi – nigdy, dżentelmen dżentelmenowi – zawsze!” Oburzało Go okazywanie przez jego współpracowników obrzydzenia w sytuacjach, jakie wcale często bywają udziałem otolaryngologa. I tak, kiedy jeden z asystentów był ogromnie niezadowolony z faktu, że jego twarz została opryskana wydzieliną z tchawicy w czasie wykonywanej właśnie tracheostomy, doradził mu: „Niech pan idzie na prawo. Dopiero jako adwokat przekona się pan, z jakimi brudami życia będzie miał pan do czynienia!” Był człowiekiem zamożnym, właścicielem licznych nieruchomości w centrum Warszawy. Pośród ludzi prostych uchodził za uzdrowiciela, którego dotknięcie przywracało zdrowie. Zwłaszcza gruźlikom! Był zaprzyjaźniony z wieloma ludźmi kultury i sztuki. Jego popiersie, dzieło znakomitego rzeźbiarza Edwarda Wittiga, ozdabia salę konferencyjną dzisiejszej Kliniki. Był żonaty, miał dwie córki. Pracował do końca życia, to znaczy do roku 1938, w którym późną jesienią zmarł. Jego grób znajduje się na Cmentarzu Powązkowskim w Warszawie (kwatery 191, szereg 5). ●

BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE W DIAGNOSTYCE CHORÓB ŚLINIANEK

dr med. Ewa J. Białek
dr med. Piotr Zajkowski
prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

USEFULNESS OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN SALIVARY GLANDS DISEASES FOR LARYN- GOLOGISTS

Modern ultrasound equipment, because of its high resolution and possibilities of detection of slow blood flow even in very small vessels, presents very valuable and useful tool in diagnostics of diseases in superficially lying structures. Easy application, harmlessness, possibility of frequent repeated examinations, relatively low costs, very high quality of superficial structures images and real-time application constitute unquestionable advantages of ultrasound.

Nowadays ultrasound is widely accepted as the first and basic imaging method in diagnostics and differentiation of salivary glands diseases.

In the first part of this pictorial essay, the structures and organs visible in ultrasound and not possible to visualise in the submandibular area, parotid region and submental space are mentioned.

Later on advantages of application of ultrasound in sialadenitis and sialolithiasis are shortly presented. The most important points of ultrasound differential diagnostics of tumors localised in the areas of major salivary glands (parotid, submandibular and submental) are introduced.

Important difficulties and ultrasound diagnostic traps are reviewed with attention because mentioned issues are considered by authors to be crucial for proper communication and understanding between performing ultrasound examinations and laryngologists.

Basic limitations and possible misleading ultrasound results are also discussed. At the end indications for other diagnostic imaging methods are outlined.

KEY WORDS: ultrasonography; salivary glands diseases; laryngology

Mag. ORL, 2003, II, 2 (6), 34-41

Zakład Diagnostyki Obrazowej II Wydziału
Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie,
kierownik: prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

PRACA RECENZOWANA

W ciągu ostatniego dziesięciolecia rola poszczególnych metod obrazowych stosowanych w diagnostyce i różnicowaniu chorób gruczołów ślinowych uległa zmianie. Badanie ultrasonograficzne (USG) ślinianek stwarza obecnie tak duże możliwości diagnostyczne, że powinno zajmować pierwsze miejsce wśród technik obrazowania stosowanych w rozpoznawaniu i diagnostyce różnicowej chorób tych gruczołów. Istotne znaczenie ma również możliwość ultrasonograficznej diagnostyki różnicowej wszelkich guzów okolicy przedusznej, podżuchwowej i policzka, niezwiązanych z mięszem ślinianek. Wnioski z badania ultrasonograficznego ułatwiają zaplanowanie leczenia, a w przypadku konieczności operacji – wnoszą dodatkowe, istotne informacje.

Udoskonalona aparatura ultrasonograficzna, oferująca coraz lepszy obraz w warunkach czasu rzeczywistego i wzbogacona o informacje wynikające z zastosowania technik dopplerowskich, wyparła obecnie z powszechnego użytku klasyczne badania radiologiczne i sialografię. Jedyne w nielicznych przypadkach konieczne jest dodatkowe wykonanie innych badań, takich jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny znacznie droższych, mniej dostępnych i niepozbawionych czynników szkodliwych. Każdy rok przynosi nowe rozwiązania techniczne, pozwalające zwiększyć jakość uzyskiwanych obrazów USG i uwypuklić istotę zmian charakterystycznych dla poszczególnych chorób ślinianek. Współczesna aparatura pozwala również na pełną dokumentację, transmisję i archiwizację uzyskanych danych, bez względu na ich statyczny czy dynamiczny charakter.

Nowoczesna aparatura ultrasonograficzna pozwala na uwidocznienie z dużą precyzją topografii struktur anatomicznych okolicy przedusznej, podżuchwowej i policzka z dużą precyzją (ryc. 1–4).

W badaniu USG ślinianki przyusznej można uwidocznić (ryc. 2):

- płat powierzchniowy ślinianki przyusznej,
- część płata głębokiego ślinianki przyusznej,
- żyłę zażuchwową,
- tętnicę szyjną zewnętrzną,
- węzły chłonne wewnątrzśliniankowe, jeżeli występują.

W badaniu USG ślinianki przyusznej NIE można uwidocznić:

- struktur położonych za kością żuchwy (w obrębie ultrasonograficznego cienia akustycznego),
- głębiej położonej części płata głębokiego ślinianki przyusznej,
- gałęzi nerwu twarzowego,
- nieposzerzonych przewodów wewnątrzśliniankowych i pozaśliniankowych.

W badaniu USG ślinianki podżuchwowej można uwidocznić (ryc. 3):

- całą śliniankę podżuchwową,
- tętnicę twarzową,
- u szczupłych osób czasami jest widoczny krótki odcinek nieposzerzonego przewodu wyprowadzającego Whartona w jego proksymalnej części.

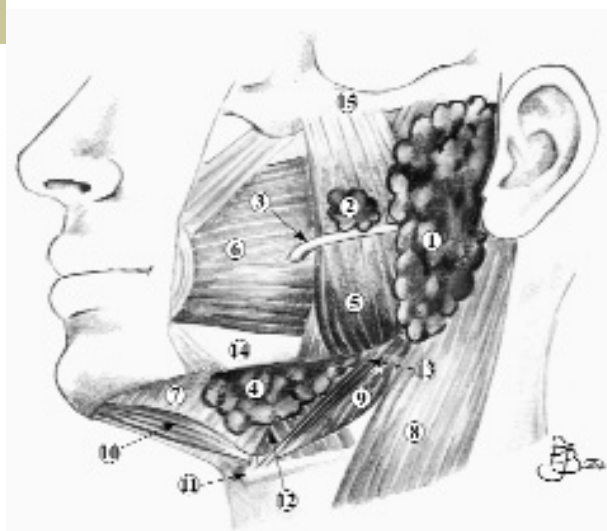
W badaniu USG okolicy podżuchwowej NIE można uwidocznić:

- nieposzerzonych przewodów wewnątrzśliniankowych,
- struktur położonych za kością żuchwy (w obrębie ultrasonograficznego cienia akustycznego).

W badaniu USG w obrębie policzka można uwidocznić (ryc. 4):

- mięsień żwacz,
- mięsień policzkowy (fragment),
- tkankę podskórną,
- zarys powierzchni kości żuchwy,
- śliniankę przyuszną dodatkową, jeżeli występuje.

W przypadku braku pewności, że uwidoczniła struktura jest ślinianką przyuszną dodatkową, np. gdy ma zwiększoną spoistość, a jej echogeniczność różni się od echogeniczności ślinianki przyusznej, należy wykonać biopsję aspiracyjną cienkoigłową monitorowaną USG (BACC).



Ryc. 1. Schemat położenia ślinianki przyusznej, ślinianki przyusznej dodatkowej i ślinianki podżuchwowej;

- 1 – ślinianka przyuszną,
- 2 – ślinianka przyuszną dodatkową,
- 3 – przewód wyprowadzający Stenona,
- 4 – ślinianka podżuchwowa,
- 5 – mięsień żwacz,
- 6 – mięsień policzkowy,
- 7 – mięsień żuchwowo-gnykowy,
- 8 – mięsień mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowy,
- 9 – brzusiec tylny mięśnia dwubrzuścowego,
- 10 – brzusiec przedni mięśnia dwubrzuścowego,
- 11 – kość gnykowa,
- 12 – mięsień gnykowo-językowy,
- 13 – mięsień rylcowo-gnykowy,
- 14 – trzon żuchwy,
- 15 – łuk jarzmowy.

W badaniu USG w obrębie dna jamy ustnej można uwidocznić:

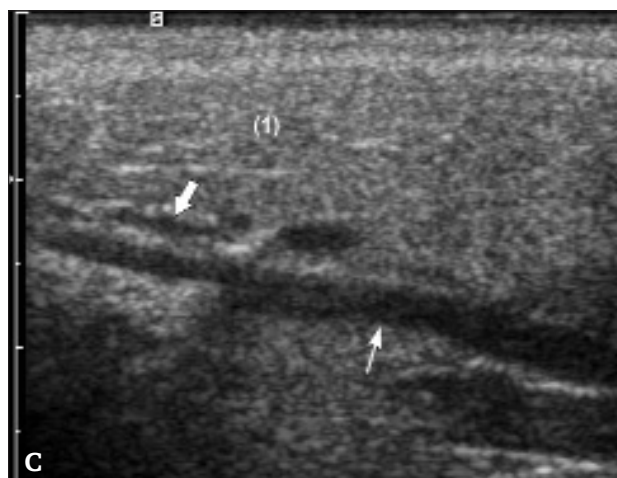
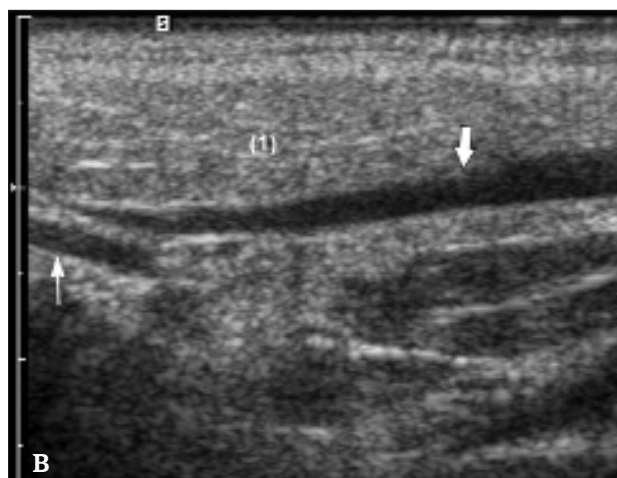
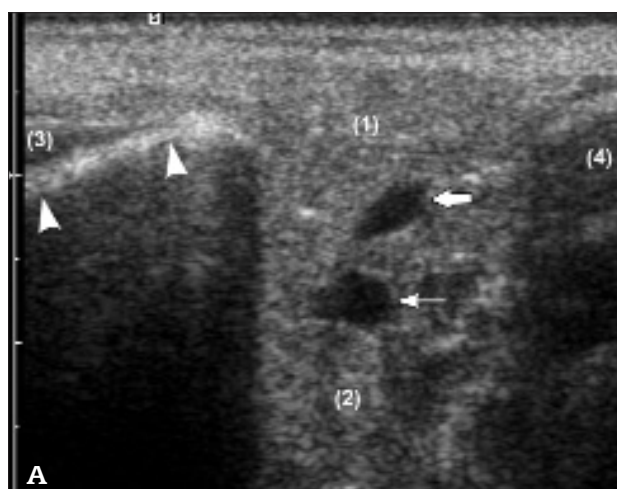
- śliniankę podjęzykową,
- mięsień żuchwowo-gnykowy,
- brzusiec przedni mięśnia dwubrzuścowego,
- mięsień bródkowo-gnykowy,
- mięsień bródkowo-językowy,
- mięsień gnykowo-językowy,
- odcinkowo tętnicę i żyłę językową,

Mięśnie trzonu języka i ewentualne zmiany ogniskowe tam umiejscowione są lepiej widoczne podczas badania od strony jamy ustnej (konieczna specjalna głowica).

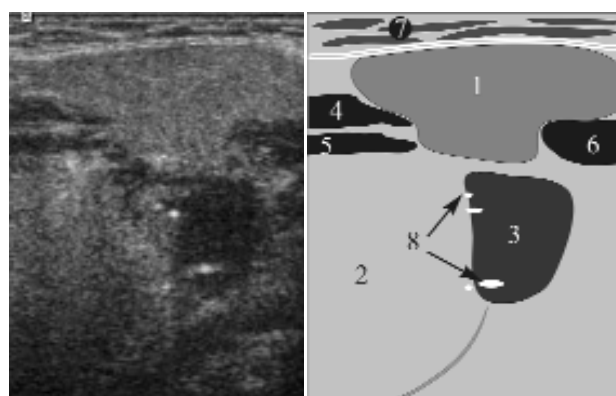
W badaniu USG w obrębie dna jamy ustnej NIE można uwidocznić:

- przewodów wyprowadzających ślinianek podjęzykowych,
- przebiegających tam nerwów.

Struktury i zmiany w obrębie jamy ustnej, np. powierzchnię języka, podniebienie, guzy umiejscowione po wewnętrznej stronie policzka, można dokładnie ocenić jedynie stosując specjalnie wyprofilowane liniowe głowice ultrasonograficzne.



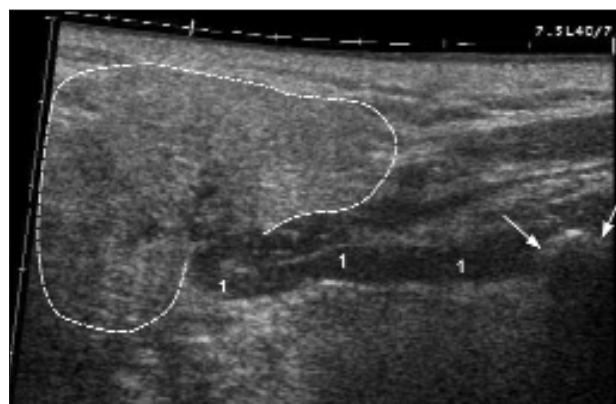
Ryc. 2. Ślinianka przyuszna w przekroju poprzecznym (A) i podłużno-skośnym (B i C);
 1 – płat powierzchniowy,
 2 – płat głęboki,
 3 – m. żwacz,
 4 – m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy,
 ➤ – żyła zażuchwowa,
 → – tętnica szyjna zewnętrzna,
 ➤ – przedni zarys gałęzi żuchwy.



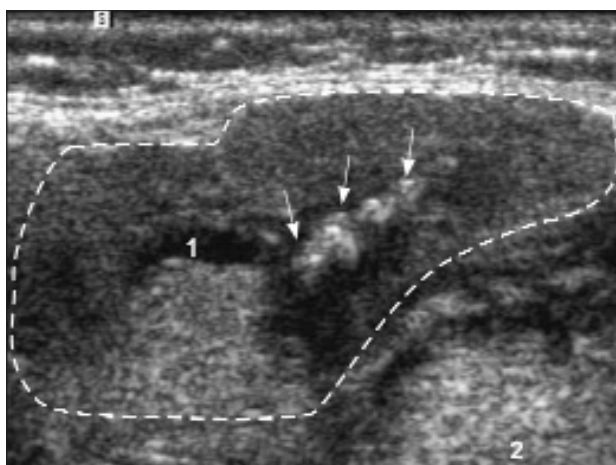
Ryc. 3. Ślinianka podżuchwowa lewa w przekroju skośnym do krawędzi żuchwy;
 1 – ślinianka podżuchwowa lewa,
 2 – język,
 3 – migdałek podniebienny,
 4 – mięsień żuchwowo-gnykowy,
 5 – mięsień gnykowo-językowy,
 6 – tylny brzusiec mięśnia dwubrzuścowego,
 7 – skóra i tkanka podskórna,
 8 – powietrze na powierzchni i w kryptach migdałka.



Ryc. 4. Przekrój poprzeczny przez śliniankę przyuszną i policzek;
 1 – żyła zażuchwowa,
 2 – tętnica szyjna zewnętrzna.

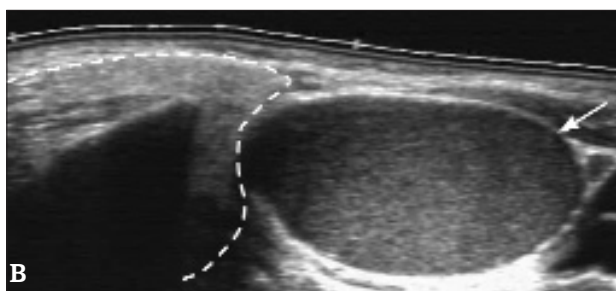
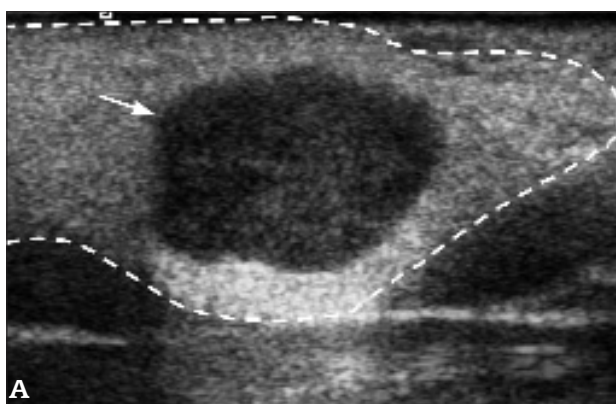


Ryc. 5. Kamień (strzałki) w końcowym odcinku poszerzonego na całym przebiegu przewodu Warthona (1), tuż przy ujściu na mięsku podjęzykowym. Ślinianka podżuchwowa (obwiedziona przerywaną linią) bez złożeń.



Ryc. 6. Liczne złogi (przykładowo zaznaczone strzałkami) w obrębie mięszu ślinianki podżuchwowej (obwiedzionej przerywaną linią);

1 – poszerzony przewód wyprowadzający wewnątrzśliniankowy,
2 – język.



Ryc. 7. Zmiana ogniskowa (strzałka) umiejscowiona: A – w mięszu ślinianki przyusznej (gruczolak wielopostaciowy); B – poza mięszem ślinianki przyusznej (torbiel boczna szyi).

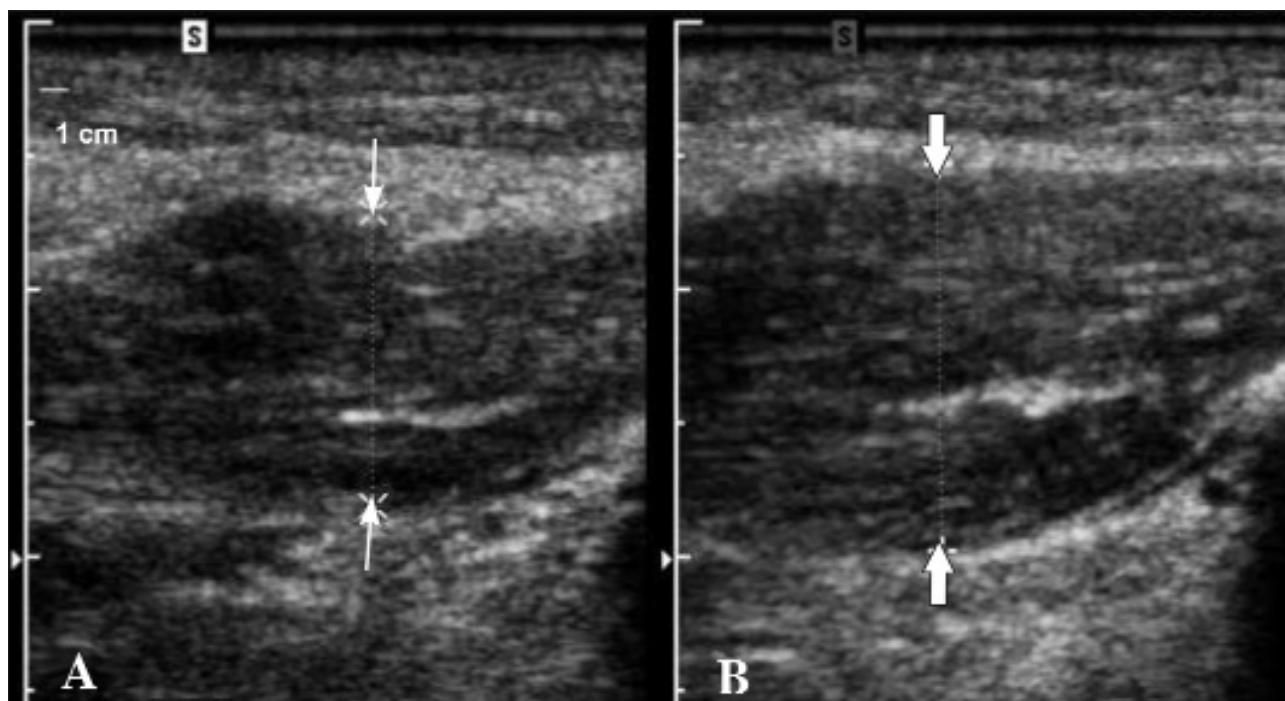
Korzyści z badania USG w przypadku zapalenia i/lub kamicy ślinianek:

- dokładna lokalizacja złogu/złogów w obrębie ślinianki lub w obrębie przewodu wyprowadzającego (Stenona lub Whartona) (ryc. 5),
- ocena zasięgu stanu zapalnego (dotyczy ślinianki przyusznej).

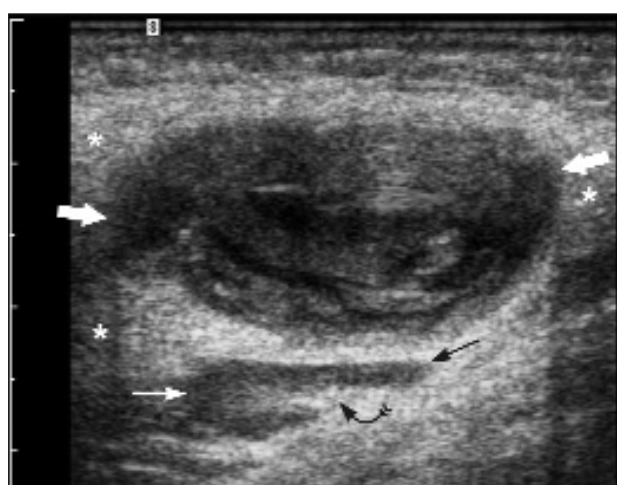
W przypadku guzów w okolicy przedusznej, podżuchwowej, policzka lub podbródkowej, w badaniu USG można:

- wykluczyć występowanie guza w tkankach miękkich w zakresie dostępnym badaniu liniową głowicą ultrasonograficzną (głębokość penetracji w głąb tkanek ok. 4–7 cm od powierzchni skóry, w obszarach nieznajdujących się za kością lub guzem),
- określić wewnątrz- lub pozaśliniankowe umiejscowienie guza (ryc. 7),
- często można zasugerować, w jakim innym narządzie lub tkance znajduje się gaz, np. w tkance podskórnej, w mięśni (ryc. 8), nawet w kości, jeżeli guz powoduje zniekształcenie jej zarysów zewnętrznych,
- potwierdzić, że kliniczny guz jest spowodowany przez powiększony węzeł chłonny lub kilka węzłów chłonnych, a często także zasugerować jego odczynowy lub przerzutowy charakter (ryc. 9) albo wysunąć podejrzenie pierwotnego procesu rozrostowego (chłoniaka); diagnostyka różnicowa węzłów chłonnych jest jednak bardzo trudna, dlatego nawet posiadanie aparatury ultrasonograficznej najnowszej generacji nie zwalnia od ostrożności podczas wyciągania wniosków z badania; w przypadku najmniejszych nawet wątpliwości należy korzystać z BACC,
- podać dokładne wymiary, ocenić kształt, granice oraz strukturę i unaczynienie uwidocznionego guza,
- zasugerować złośliwy lub niezłośliwy charakter uwidocznionej zmiany, a czasami nawet konkretną jednostkę chorobową, np. torbiel ślinianki, tłuszczak, torbiel boczna szyi, guz kłębka szyjnego (ryc. 10–12).

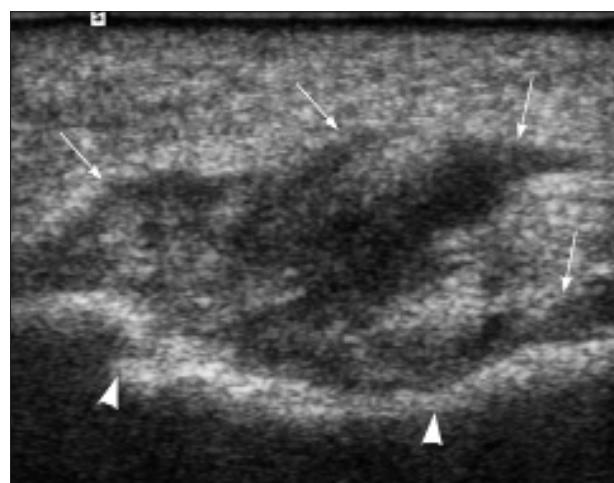
Sugestie ultrasonograficzne co do charakteru uwidoczniionych zmian ogniskowych powinny być traktowane ostrożnie i nie zwalniają od przeprowadzenia biopsji (BACC), jeżeli została ona zasugerowana na podstawie badania, stanowią natomiast istotną wskazówkę co do pilności weryfikacji rozpoznania i podjęcia leczenia.



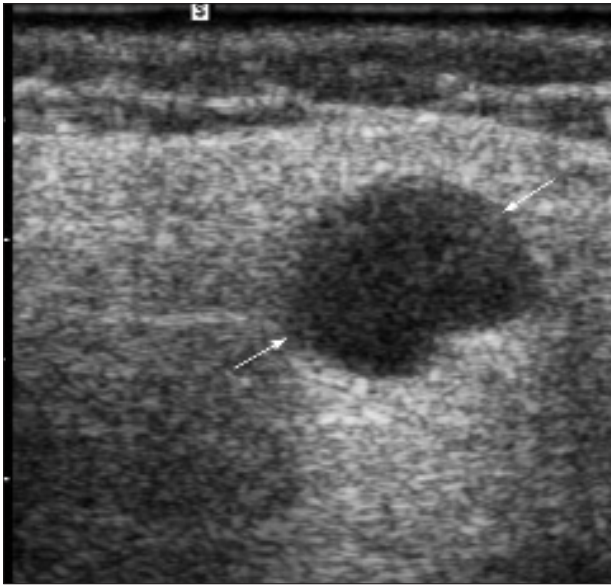
Ryc. 8. A – Lewostronny przerost mięśnia żwacza (strzałki) (K, 45 lat); B – grubość mięśnia w symetrycznej okolicy po przeciwnej stronie (strzałki).



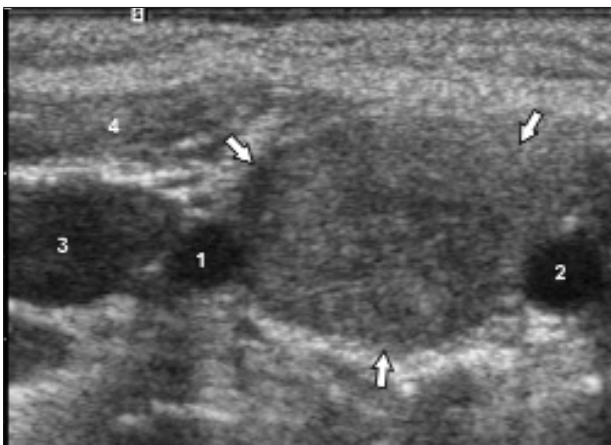
Ryc. 9. Zmiana ogniskowa (strzałki grube) (niezłośliwa w BACC) w śliniance przyusznej (*), a poniżej węzeł chłonny (strzałki cienkie) o obrazie USG odpowiadającym odczynowemu węzłowi chłonnemu; strzałki czarne wskazują wnękę węzła chłonnego (hiperechogeniczną).



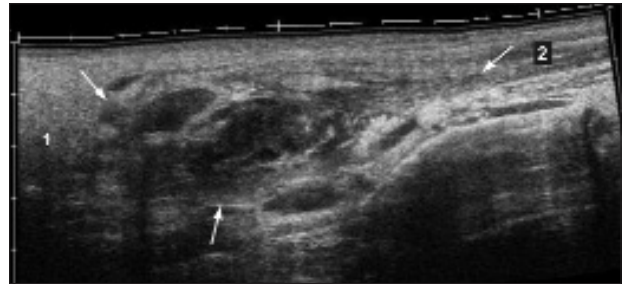
Ryc. 10. Rak zatoki szczękowej jako przykład zmiany ogniskowej (strzałki) o obrazie USG charakterystycznym dla nisko zróżnicowanych nowotworów złośliwych: kształt nieregularny z wypustkami, nierówne, odcinkowo zatarte granice, niejednorodna echogeniczność; groty strzałek wskazują na nierówną powierzchnię kości szczęki.



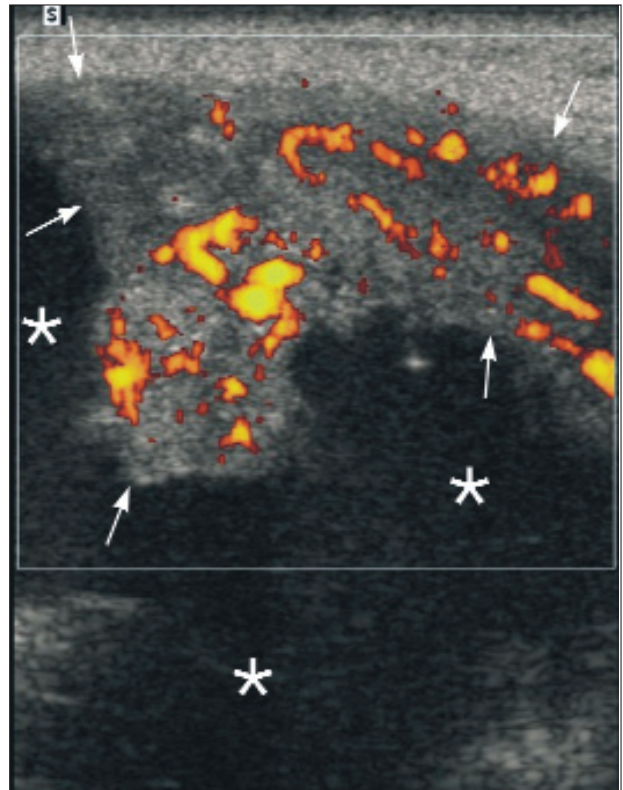
Ryc. 11. Gruczolak wielopostaciowy w śliniance przyusznej jako przykład zmiany ogniskowej (strzałki) o obrazie USG charakterystycznym dla niezłośliwych zmian ogniskowych: owalno-policykliczny kształt, wyraźne, równe granice, jednorodna echogeniczność.



Ryc. 12. Charakterystyczne umiejscowienie guzów kłębka szyjnego (strzałki) w rozwidleniu tętnicy szyjnej wspólnej w połączeniu z bogatym unaczynieniem i niskooporowym spektrum przepływu krwi pozwalają w większości przypadków na trafne rozpoznanie ich w badaniu USG;
1 – tętnica szyjna wewnętrzna,
2 – tętnica szyjna zewnętrzna,
3 – żyła szyjna wewnętrzna,
4 – mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy.



Ryc. 13. Zmieniona zapalnie torbiel boczna szyi. Naciek zapalny (strzałki) o obrazie USG typowym dla nacieku nowotworu złośliwego;
1 – dolny biegun ślinianki przyusznej,
2 – m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy.



Ryc. 14. Fragment dużego guza szyi z obwodową częścią ultrasonograficznie litą, ze wzmożonym przepływem krwi (strzałki) oraz bezechowym wnętrzem, ultrasonograficznie płynowym (gwiazdki), z którego aspirowano treść ropną. Na podstawie samego obrazu USG nie można określić, czy część lita zmiany odpowiada wyłącznie naciekowi zapalnemu, mimo klinicznych objawów zapalenia. Histopatologicznie rozpoznano raka płaskonabłonkowego.



Ważne trudności i pułapki diagnostyczne

1. Wysoko zróżnicowane nowotwory złośliwe (często nowotwory ślinianek) oraz przerzuty do mięszu ślinianek, zwłaszcza poniżej średnicy 20 mm, mogą prezentować obraz ultrasonograficzny typowy dla nowotworów niezłośliwych: owalny lub policykliczny kształt, równe, wyraźne granice i jednorodną echogeniczność. Z tego powodu w prawie każdym przypadku uwidocznienia zmiany ogniskowej w obrębie ślinianki konieczne jest przeprowadzenie BACC.

2. Nacieki zapalne – ostre lub przewlekłe – mogą prezentować obraz USG typowy dla nisko zróżnicowanego nowotworu złośliwego (**ryc. 13**): mogą mieć nieregularny kształt, z palczastymi wypustkami, nieregularne, zatarte granice, niejednorodną echogeniczność. W obu wymienionych grupach chorób, zarówno w naciekach zapalnych, jak i nowotworowych, we wnętrzu zmian są przeważnie widoczne naczynia krwionośne. Weryfikację należy przeprowadzić w badaniu BACC.

3. W badaniu USG nie zawsze można jednoznacznie odróżnić naciek zapalny od ropnia. Zależy to od głębokości i lokalizacji nacieku/ropnia. W obszarze nacieku zapalnego (w ostrej fazie) przeważnie są widoczne naczynia krwionośne. Są to naczynia o małej średnicy i wolnym przepływie krwi. Ponieważ czułość metody dopplerowskiej stosowanej do uwidocznienia przepływu w ultrasonografii maleje wraz ze zwiększeniem odległości od głowicy, w zmianach głębiej położonych można nie uwidocznić przepływu krwi, mimo występowania naczyń krwionośnych. Ropnie, jako obszary gęstopłynowe, dają w USG obraz zmiany litej o niejednorodnej echogeniczności i przeważnie nierównych, nieostrych, zatartych zarysach. Uwidocznienie przemieszczania się opisanej gęstej zawartości w połączeniu z brakiem ultrasonograficznych cech przepływu krwi w obrębie takiej niejednorodnej echogenicznie zmiany może sugerować, że jest to ropień. Jeżeli na obwodzie ropnia (nawet po ewakuacji treści ropnej z wnętrza uwidocznionej w USG zmiany) znajduje się lity obszar, z naczyniami krwionośnymi widocznymi w jego obrębie, należy przeprowadzić BACC z tego obszaru, ponieważ nawet kliniczne objawy ostrego stanu zapalnego nie przesądzają jednoznacznie, że obraz odpowiada naciekowi zapalnemu na obwodzie ropnia (**ryc. 14**). W takich przypadkach nie można wykluczyć rozrostu nowotworowego, powikłanego procesem zapalnym.

4. W przypadku dużych lub głęboko położonych zmian ogniskowych mogą wystąpić trudności w ocenie punktu wyjścia zmiany.

5. Do badań obszaru szyi należy stosować aparaturę o dużej rozdzielczości z czułym Dopplerem kolorowym i Dopplerem mocy, ponieważ zbyt mała rozdzielczość i parametry maszyn starszych generacji mogą być przyczyną istotnych pomyłek, na przykład opisanie nowotworów ślinianek (często o znacznie zmniejszonej echogeniczności w stosunku do otaczającego mięszu) jako torbieli.

Wskazania do wykonania dodatkowo innych badań obrazowych (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny):

- zmiana ogniskowa głęboko położona, której nie można uwidocznić w całości,
- podejrzenie złośliwego charakteru uwidocznionej zmiany ogniskowej i konieczność oceny górnej części przestrzeni przygardłowej pod kątem wystąpienia przerzutów. ●

Część rycin zamieszczonych w artykule pochodzi z pracy doktorskiej dr med. Ewy J. Białek.

PIŚMIENNICTWO

- Ahuja A.T., Evans R.M. (red.). (2000) Practical head and neck ultrasound. Greenwich Medical Media Limited, London.
- Ahuja A.T., King A.D., Kew J., King W., Metreweli C. (1998) Head and neck lipomas: sonographic appearance. AJNR, 19 (3), 505-508.
- Ahuja A.T., King A.D., Metreweli C. (2000) Second branchial cleft cysts: Variability of sonographic appearances in adult cases. AJNR, 21, 315-319.
- Ahuja A.T., Ying M., Yuen Y.H., Metreweli C. (2001) Power Doppler sonography to differentiate tuberculous cervical lymphadenopathy from nasopharyngeal carcinoma. AJNR, 22, 735-740.
- Białek E.J., Osmólski A., Karpińska G., Fedorowicz M., Jakubowski W., Zajkowski P., Serafin-Król M. (2001) US-appearance of a Küttner tumor resembling a malignant lesion: US-histopathologic correlation. Eur. J. Ultrasound, 14 (2-3), 167-170.

Katedra i Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie

**PROGRAM
KURSÓW SZKOLENIOWYCH
W ROKU 2003**

- Białek E.J., Zajkowski P., Jakubowski W., Łazęcka K., Wysocki M. (2001) Guczolak wielopostaciowy i guz Warthina w ultrasonografii i innych badaniach obrazowych (scyntygrafia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). *Ultrasonografia*, 5, 32-38.
- Candiani F., Martinoli C. (1995) Salivary glands. W: Solbiati L., Rizzatto G. (red.) *Ultrasound of superficial structures*. Churchill Livingstone, 125-139.
- Giovagnorio F., Galluzzo M., Andreoli Ch., De Cicco M. L., David V. (1995) Color Doppler sonography in the evaluation of superficial lymphomatous lymph nodes. *J. Ultras. Med.*, 21, 403-408.
- Gritzmann N. (1989) Sonography of the salivary glands. *AJR*, 153, 161-166.
- Jakubowska A., Zawadzka-Głós L., Brzewski M. (1989) Ocena przydatności badania ultrasonograficznego w diagnostyce ślinianek u dzieci. *Ultrason. Pol.*, 6, 30-41.
- Keberle M., Jenett M., Scharfenberger M., Hahn D. (2000) 3-D-power-Doppler-Ultraschall: Neue Möglichkeiten in Diagnostik und Bilddokumentation am Beispiel von Zungengrundtumoren. *Laryng. Rhin. Otol.*, 79 (4), 197-200.
- Klimek L., Schreiber J., Amedee R., Mann W.J. (1998) Three-dimensional ultrasound evaluation in the head and neck. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 118, 267-271.
- Martinoli C., Derchi L.E., Solbiati L., Rizzatto G., Silvestri E., Giannoni M. (1994) Color Doppler sonography of salivary glands. *AJR*, 163, 933-41.
- Młosek K. (1991) Badanie ultrasonograficzne twarzoczaszki i okolic anatomicznie przyległych. *Ultrason. Pol.*, 1 (2/3), 149-162.
- Schade G., Ussmuller J., Leuwer R. (1998) Stellenwert der Duplexsonographie bei der Diagnostik von Parotistumoren. *Laryngo. Rhino. Otol.*, 77, 337-341.
- Shimizu M., Ussmüller J., Hartwein J., Donath K., Kinukawa N. (1999) Statistical study for sonographic differential diagnosis of tumorous lesions in the parotid gland. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 88, 226-233.
- Shimizu M., Ussmüller J., Hartwein J., Donath K. (1999) A comparative study of sonographic and histopathologic findings of tumorous lesions in the parotid gland. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 88, 723-737.
- Solbiati L., Osti V., Cova L., Tonolini M. (2001) Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes. *Eur. Radiol.*, 11, 2411-2424.
- Tschammler A., Heuser B., Ott G., Schmitt S., Hahn D. (2000) Pathological angioarchitecture in lymph nodes: underlying histopathologic findings. *Ultrasound Med. Biol.*, 26 (7), 1089-1097.
- Tschammler A., Ott G., Schang T., Seelbach-Goebel B., Schwager K., Hahn D. (1998) Lymphadenopathy: differentiation of benign from malignant disease-Color Doppler US assessment of intranodal angioarchitecture. *Radiology*, 208, 117-123.
- Vassalo P., Edel G., Roos N., Naguib A., Peters P.E. (1993) In-vitro high resolution ultrasonography of benign and malignant lymph nodes. A sonographic-pathologic correlation. *Invest. Radiol.*, 28, 698-705.
- Zajkowski P. (1998) Ocena przydatności badań ultrasonograficznych w diagnostyce torbieli bocznych i środkowych szyi (praca doktorska). Warszawa.
- Zajkowski P., Białek E.J., Jakubowski W. (2000) Ultrasonograficzna diagnostyka różnicowa powiększonych węzłów chłonnych szyi. *Ultrasonografia*, 4, 57-63.
- Zajkowski P., Białek E.J., Jakubowski W., Osmólski A., Karpińska G., Serafin-Król M. (2001) Guz kłębk szyjnego – obraz w badaniu ultrasonograficznym i innych badaniach obrazowych, objawy kliniczne oraz leczenie. *Ultrasonografia*, 6, 70-76.
- Zajkowski P., Jakubowski W., Białek E.J., Wysocki M., Osmólski A., Serafin-Król M. (2000) Pleomorphic adenoma and adenolymphoma in ultrasonography. *Eur. J. Ultrasound.*, 12 (1), 23-29.
- Zajkowski P., Postolski M. (1995) Badanie ultrasonograficzne torbieli bocznych i środkowych szyi. *Ultrason. Pol.*, 5 (1), 57-61.

**1. Współczesne metody badań narządu słuchu i równowagi
3–4 kwiecień**

Kierownik naukowy: dr hab. med. inż. K. Kochanek
Kurs podstawowy
Koszt uczestnictwa – 500 zł

**2. Podstawowe techniki mikrochirurgii ucha
8–9 maj**

Kierownik naukowy: dr hab. med. K. Niemczyk
Kurs doskonalący
LIMIT MIEJSC WYCZERPANY

**3. Międzynarodowa Konferencja
„POSTĘPY W RYNOLOGII”
12–14 czerwiec**

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. G. Janczewski
www.amwaw.edu.pl/~kro/

**4. Podstawy foniatrii
10–11 październik**

Kierownik naukowy:
prof. dr hab. med. B. Maniecka-Aleksandrowicz
Kurs podstawowy
Koszt uczestnictwa – 300 zł

**5. Diagnostyka i leczenie guzów przyusznicy
23–24 październik**

Kierownik naukowy: dr hab. med. E. Osuch-Wójcikiewicz
Kurs podstawowy
Koszt uczestnictwa – 500 zł

**6. Podstawy chirurgii rekonstrukcyjnej
w otolaryngologii
20–21 listopad**

Kierownik naukowy: dr n. med. P. Chęciński
Kurs podstawowy
Koszt uczestnictwa – 500 zł

**7. Chirurgia perlaka kości skroniowej
4–5 grudzień**

Kierownik naukowy: dr hab. med. K. Niemczyk
Kurs doskonalący
Koszt uczestnictwa – 500 zł

ZGŁOSZENIA:

**Klinika Otolaryngologii AM
ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa
tel. 658 36 48, fax: 658 03 13**

RAK Z KOMÓREK MERKELA

dr hab. med. Ewa Osuch-Wójcikiewicz
dr med. Antoni Bruzgielewicz

MERKEL CELL CARCINOMA (MCC)

Merkel cell carcinoma (MCC) is an uncommon neuroendocrine primary skin cancer. It is highly aggressive neoplasm with a marked propensity for local recurrences and distant metastasis. MCC is a disease of the elderly (average age 69 years), white people.

MCC appears on the sun exposed areas of the skin: approximately 50% of all tumours occurring in the face and neck, 40% appear on the extremities, 10% on the trunk and genitals. Most patients with MCC present local disease (70–80%), 10–30% of patients have regional lymph node involvement, 1–4% have distant metastases. Histopathologic diagnosis may be difficult and immunocytochemical studies are necessary. MCC express epithelial and neuroendocrine markers: cytokeratins, NSE, chromogranin. The histologic differential diagnosis of MCC includes small-cell carcinoma, melanoma, lymphoma. Treatment for this neoplasm depend on the grounds of clinical staging and presentation and may include surgical excision with tumor-free margin, radiotherapy and chemotherapy.

KEY WORDS: Merkel cell carcinoma

Mag. ORL, 2003, II, 2 (6), 42-44

PRACA RECENZOWANA

Katedra i Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie,
p.o. kierownika: prof. dr hab. med. Antoni Krzeski,
ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa

Rak z komórek Merkela (*Merkel cell carcinoma*, **MCC**) jest złośliwym, neuroendokrynnym nowotworem skóry o wybitnej skłonności do tworzenia miejscowych wznów i odległych przerzutów. Agresywny rozwój guza i przynależność do tej samej grupy nowotworów neuroendokrynnych powoduje, że MCC jest porównywany z rakiem drobnokomórkowym płuc (rak owsianokomórkowy) oraz czerniakiem. Występuje niezwykle rzadko, przeważnie u osób starszych (80% chorych ma ponad 65 lat) rasy białej.

Nazwa komórek MCC pochodzi od nazwiska Friedricha Sigmunda Merkela, który w roku 1875 opisał zidentyfikowaną przez siebie komórkę naskórka, pozbawioną dendrytów i niewytwarzającą keratyny, którą nazwał komórką dotykową. Sto lat później Tang i Toker (Tang i Toker 1978), posługując się mikroskopem elektronowym, wykryli w komórkach raka beleczkowatego skóry, którego pochodzenie wiązano z gruczołami potowymi, ziarnistości neurosekrecyjne charakterystyczne dla komórek Merkela i komórek neuroendokrynnych. Uznano, że komórki i wydzielające się z nich nowotwory należą do tej samej grupy i zaproponowano nazwę „rak z komórek Merkela”, ale również „rak neuroendokrynną skóry” lub „rak z małych komórek skóry” (De Wolf-Peeters i in. 1980). Ostatecznie nie jest wyjaśnione, czy MCC rozwija się z dojrzałych komórek Merkela czy z komórek niedojrzałych, które różnicują się w kierunku komórek neuroendokrynnych (Zaucha 1998).

Etiologia

Czynnik etiologiczny MCC nie jest znany, wiadomo jednak, że długotrwałe przebywanie na słońcu, jak w przypadku czerniaka, sprzyja powstaniu choroby. Innymi czynnikami ryzyka są: kontakt z arsenem, osłabienie układu odpornościowego wynikające z jatrogennej immunosupresji (stosowanej np. w leczeniu gościa przewlekłego postępującego, GPP), zakażenia HIV, choroby nowotworowej. Istnieją doniesienia o występowaniu MCC u chorych po transplantacji organów wewnętrznych (0,9% powikłań po przeszczepach).

MCC może występować jednocześnie (synchronicznie lub metachronicznie) z rakiem podstawnocomórkowym lub kolczystocomórkowym skóry.

Objawy kliniczne

MCC występuje na skórze narażonej na działanie promieni słonecznych: około 50% przypadków dotyczy twarzy i szyi, 40% – kończyn, 10% – tułowia i genitaliów (Chiarelli i in. 2000). Rejony twarzy najczęściej objęte chorobą to powieki, policzki, czoło, wargi, ucho i nos (Rice i in. 1993, Gackle i in. 2000). W piśmiennictwie można spotkać pojedyncze doniesienia o występowaniu MCC na błonie śluzowej jamy nosa i jamy ustnej (Goepfert i in. 1984, Melgarejo-Moreno i in. 1996).

W badaniu przedmiotowym stwierdza się występowanie guza o gładkiej powierzchni, średnicy od 0,5 do 5 cm, w kolorze czerwonym lub sinym. Wzrost guza zwykle jest powolny, niebolesny, jednak może on nagle się powiększyć, a na jego powierzchni mogą się pojawić owrzodzenia. Większość chorych (70–80%) zgłasza się na pierwsze badanie z nowotworem miejscowym, u 10–30% stwierdza się przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych, u 1–4% – przerzuty odległe. Stwierdzenie uogólnienia procesu chorobowego znacznie pogarsza rokowanie.

MCC ma wybitną skłonność do tworzenia wznów miejscowych, które powstają najczęściej w ciągu pierwszego roku, a częstość ich występowania określa się na 20–25%.

Przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych występują przede wszystkim w ciągu pierwszego roku od rozpoznania choroby, u 31–80% chorych, a ich występowanie zależy od wielkości guza pierwotnego: ognisko o średnicy 2 cm w 83% przypadków daje przerzuty do węzłów szyjnych (Goepfert 1984).

Przerzuty odległe, szerzące się drogą krwionośną lub limfatyczną, w pierwszych dwóch latach od rozpoznania choroby występują w 26–75% przypadków, najczęściej w wątrobie, płucach, kościach i mózgu.

Patologia

MCC rozwija się w skórze właściwej, często obejmuje również tkankę podskórną. Zwykle naskórek jest nienaruszony. Mikroskopowo guz składa się z małych, okrągłych, barwiących się na niebiesko komórek z wielobarwnymi jądrami komórkowymi i niewielką ilością cytoplazmy, w której znajdują się charakterystyczne ziarnistości. Wyróżnia się trzy podtypy histologiczne guza: rak pośredni, rak z małych komórek i rak

beleczkowaty (najrzadziej spotykany). Najczęściej jest rozpoznawany rak pośredni. Komórki mają małe okrągłe lub owalne, pęcherzykowate jądra z niewielką ilością cytoplazmy. Występują liczne ziarnistości chromatyny.

W rozpoznaniu raka istotną rolę odgrywają badania immunocytochemiczne, bez których czasem niemożliwe jest odróżnienie MCC z małych komórek od innych raków drobnokomórkowych, np. od raka oskrzeli. Komórki MCC wydzielają cytokeratynę CK 20, (rak drobnokomórkowy oskrzeli – CK 7), białko włókien nerwowych (neurofilament protein) – niespotykane w rakach drobnokomórkowych oskrzeli), reagują na enolazę neuronową (neuron-specific enolase, NSE), synaptofizynę i chromograninę, mogą wydzielać antygen nabłonka. MCC wytwarzają również gastrynę, somatostatynę, ACTH, kalcytoninę oraz wazoaktywny peptyd jelitowy (Sibley 1985). Dają ujemny wynik w badaniu na proteinę S 100 i antygen leukocytowy, co pozwala na odróżnienie MCC od czerniaka.

W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę: czerniaka, inne guzy neuroektodermalne, przerzuty raka drobnokomórkowego, złośliwe chłoniaki.

U chorych na MCC stwierdzono zaburzenia chromosomalne podobne do zaburzeń występujących u chorych na raka drobnokomórkowego płuc, czerniaka i neuroblastomę (wszystkie raki neuroendokrynne z dużą tendencją do przerzutów).

Leczenie

Postępowanie chirurgiczne jest leczeniem z wyboru i polega na wycięciu guza z dużym marginesem tkanek zdrowych (od 2 do 3 cm szerokości i 2 cm głębokości). Yiengpruksawan (1991) stwierdził miejscową wznowę u chorych (4/27), u których margines tkanek zdrowych był mniejszy niż 3 cm, w przeciwieństwie do chorych, u których margines ten był większy niż 3 cm. Podobne obserwacje podał O'Connor (1999), natomiast Ott (1999) oraz Gillenwater (2001) nie stwierdzili różnic w powstawaniu wznów miejscowych choroby w zależności od szerokości marginesu tkanek zdrowych przy usuwaniu guza. Melgarejo-Moreno i in. (1996) uważają, że MCC powinno się leczyć tak jak czerniaka złośliwego. Uważają również, że zachowanie mniejszych niż 2,5 cm marginesów tkanki zdrowej przy usuwaniu guza w obrębie głowy i szyi przyczynia się do dwukrotnego zwiększenia odsetka wznów miejscowych, zwłaszcza w porównaniu z guzami umiejscowionymi na kończynach.

Powiększenie regionalnych węzłów chłonnych jest wskazaniem do ich chirurgicznego usunięcia. Dyskusyjne pozostaje profilaktyczne usuwanie węzłów regionalnych. Dużą uwagę poświęca się biopsji węzła wartowniczego, obecnie stosowanej również w przypadkach raka piersi i czerniaka, którą po raz pierwszy wykonał Cabanas w 1977 r. w przypadku raka prącia. Okazało się, że stan węzła wartowniczego odzwierciedla histologię pozostałych węzłów chłonnych w danym rejonie, co pozwala na podjęcie decyzji o rozległości operacji węzłów. Biorąc pod uwagę podobieństwo MCC i czerniaka we wczesnym i szybkim tworzeniu przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych można przypuszczać, że określenie stanu węzła wartowniczego może mieć znaczenie także w postępowaniu leczniczym w przypadku MCC. Być może u chorych bez przerzutów do węzła wartowniczego nie byłoby wskazań do usuwania węzłów chłonnych. Silva i in. (1984) zalecają profilaktyczne usuwanie regionalnych węzłów chłonnych, jeśli guz pierwotny jest większy niż 2 cm, w badaniu mikroskopowym stwierdza się dużą aktywność mitotyczną, guz jest zbudowany z małych, niezróżnicowanych komórek, a węzły chłonne są powiększone.

Radioterapia

MCC jest nowotworem, który reaguje na radioterapię, toteż stosuje się ją jako leczenie uzupełniające po leczeniu chirurgicznym. Szerokim polem napromienia się okolicę operowaną i regionalne węzły chłonne. Bielamowicz i in. (1994) uważają za wskazane obustronne napromienianie węzłów chłonnych w przypadku, gdy zmiana pierwotna umiejscowiona jest blisko linii środkowej. Ott (1999) podaje, że dawka równa lub większa niż 45 Gy (do 60 Gy w chorobie uogólnionej) pozwala na zmniejszenie odsetka wznów miejscowych.

Chemioterapia

Chemioterapię stosuje się jako leczenie uzupełniające w przypadkach nawrotów choroby, jej uogólnienia lub w przypadkach guzów nieoperacyjnych. Najczęściej stosowanymi lekami, podobnie jak w raku drobnokomórkowym płuc, są: cyklofosfamid, doksorubicyna, winkrystyna i etopozyd. Wartość terapeutyczna chemioterapii w MCC nie została określona. Rzadkie występowanie choroby uniemożliwia podjęcie badań w grupach randomizowanych chorych, które umożliwiłoby stworzenie schematu postępowania. Ogólny odsetek pozytywnych reakcji chorych na MCC na chemioterapię określa się

na 59–60%, co oznacza wydłużenie okresu ich przeżycia o 1–5 lat. Około 9% chorych umiera z powodu powikłań po chemioterapii.

Prowadzi się badania nad zastosowaniem innych preparatów w leczeniu MCC: interferonu oraz czynnika martwicy nowotworu (*tumor necrosis factor*). Metody te są w dalszym ciągu w fazie badań eksperymentalnych.

Rokowanie u chorych na MCC, z powodu znacznej agresywności nowotworu, częstych wznów miejscowych i przerzutów do regionalnych węzłów, nie jest korzystne: pierwszy rok po rozpoznaniu i leczeniu choroby przeżywa 88% chorych, trzy lata – 55%, a 5 lat – 30% chorych. ●

PIŚMIENNICTWO

- Bielamowicz S., Smith D., Abemayor E. (1994) Merkel cell carcinoma: an aggressive skin neoplasm. *Laryngoscope*, 104, 528-532.
- Chiarelli T.G., Grant-Kels J.M., Sporn J.R., Rezuze W.N., Whalen J.D. (2000) Unusual presentation of a Merkel cell carcinoma. *J. of the American Academy of Dermatology*, 42, 2, 366-370.
- De Wolf-Peeters C., Marien K., Mebis J. i in. (1980) A cutaneous APUDoma or Merkel cell tumor? A morphologically recognizable tumor with a biological and histological malignant aspect in contrast with its clinical behavior. *Cancer*, 46, 1810-1816.
- Gackle H.C., Spraul C.W., Wagner P., Moller P., Lang G.K. (2000) Merkel cell tumor of the eyelids: review of the literature and report of 2 patients. *Klinische Monatsblatter fur Augenheilkunde*, 216, 1, 10-16.
- Gillenwater A.M., Hessel A.C., Morrison W.H. i in. (2001) Merkel cell carcinoma of the head and neck: Effect of surgical excision and radiation on recurrence and survival. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 127, 149-154.
- Melgarejo-Moreno A., Hellin-Meseguer D., Sarroca-Capell E. (1996) Merkel cell carcinoma in the nasal cavity: a case report. *Rhinology*, 34, 247-248.
- O'Connor W.J., Brodland D.G. (1996) Merkel cell carcinoma. *Dermatol. Surg.*, 22, 262-267.
- Ott M.J., Tanabe K.K., Gadd M.A. i in. (1999) Multimodality management of Merkel cell carcinoma. *Arch. Surg.*, 134, 388-393.
- Rice R.D., Chonkich G.D., Thompson K.S., Chase D.R. (1993) Merkel cell carcinoma of the head and neck. Five new cases with literature review. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 119, 782-786.
- Shah J.P. (2001) *Cancer of the head and neck*. BC Decker Inc., Hamilton, London, 80.
- Sibley R.K., Dahl D. (1985) Primary neuroendocrine (Merkel cell?) carcinoma of the skin: an immunocytochemical study of 21 cases. *Am. J. Surg. Pathol.*, 9, 109-116.
- Tang C.K., Tokar C. (1978) Trabecular carcinoma of the skin: An ultrastructural study. *Cancer*, 42, 2311-2321.
- Yiengpruksawan A., Coit D.G., Thaler H.T. i in. (1991) Merkel cell carcinoma: Prognosis and management. *Arch. Surg.*, 126, 1514-1519.
- Zaucha R., Goszczyńska-Matysiak E., Jassem J., Pisarek B., Łuczak W. (1998) Skojarzone leczenie raka Merkela – doniesienie wstępne. *Nowotwory*, 48, 677-682.

RYNOLOGIA POLSKA

S T O W A R Z Y S Z E N I E

Komitet Założycielski Sekcji Rynologicznej PTORL-ChGiS został powołany w grudniu 1994 r. podczas Międzynarodowej Konferencji „Współczesne metody leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych”, która odbyła się w Warszawie. Jego przewodniczącym został dr Zbigniew Świerczyński. Zebranie Komitetu Założycielskiego i powołanie Sekcji Rynologicznej nastąpiło 16 listopada 1996 r. podczas II Konferencji Rynologicznej zorganizowanej przez prof. M. Chmielika w Warszawie. W wyniku wyborów powołano Zarząd Sekcji w składzie: prof. dr hab. St. Betlejewski (przewodniczący), dr hab. A. Krzeski, dr hab. W. Mikulewicz, dr Zb. Świerczyński. Decyzją Zarządu zostałem upoważniony do nawiązania kontaktów z międzynarodowymi organizacjami rynologicznymi. W wyniku moich starań Polska stała się członkiem The European Rhinologic Society podczas XVIII Kongresu tego Towarzystwa, który odbywał się w czerwcu 2000 r. w Barcelonie. W tym samym roku w Waszyngtonie podczas konferencji „The Nose 2000 – and Beyond” Polska została członkiem The International Rhinologic Society. Będąc delegatem Komitetu Wykonawczego The European Rhinologic Society, zostałem zobowiązany do powołania krajowej organizacji rynologicznej, gdyż statut ERS nie dopuszcza możliwości wyboru delegatów z poszczególnych krajów z grona człon-

ków krajowych towarzystw laryngologicznych. Zgodnie z tym wymogiem złożyłem w 2002 r. wnioski do Sądu o rejestrację Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Rynologii „Rynologia Polska”. Podjąłem decyzję o wyborze formuły Stowarzyszenia w miejsce Towarzystwa Naukowego, albowiem taka organizacja ma zdecydowanie większą możliwość pozyskiwania środków finansowych, które można przeznaczyć na rozwój dziedziny, którą reprezentuje. Stowarzyszenie „Rynologia Polska” jest organizacją otwartą dla wszystkich, którzy pragną przyczynić się do rozwoju polskiej rynologii. Jest również organizacją, mającą na celu upowszechnianie współczesnej rynologii w środowisku polskich laryngologów.

Chciałbym wyraźnie podkreślić, że Stowarzyszenie „Rynologia Polska” nie jest organizacją konkurencyjną wobec Sekcji Rynologicznej PTORL-ChGiS. Mam nadzieję, że współpraca i wspólne inicjatywy obu tych organizacji naukowych stworzą szansę rozwoju rynologii w Polsce. Siedzibą Stowarzyszenia jest sekretariat Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie. ●

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
Przewodniczący Stowarzyszenia
na Rzecz Rozwoju Rynologii Polskiej

STOWARZYSZENIE NA RZECZ ROZWOJU RYNOLOGII „RYNOLOGIA POLSKA” STATUT

Rozdział I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Stowarzyszenie o nazwie Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Rynologii „Rynologia Polska” zwane dalej „Stowarzyszeniem”, jest dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem mającym na celu rozwijanie i propagowanie inicjatyw, postaw i działań sprzyjających rozwojowi otorynolaryngologii, a przede wszystkim Rynologii, upowszechnianie postępu dokującego się w tej dziedzinie medycyny, a także wspieranie organizacyjne i rzeczowe osób fizycznych i jednostek organizacyjnych, które podejmują takie działania.

§ 2

Siedzibą Stowarzyszenia jest Warszawa. Tymczasowo siedzibą Stowarzyszenia jest Poradnia Endoskopowa Kliniki Otolaryngologii SP CSK AM, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa.

§ 3

Stowarzyszenie działa na podstawie przepisów ustawy Prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. z 1989 r. Nr 20, poz. 104 z późn. zm.) oraz niniejszego statutu i z tego tytułu posiada osobowość prawną.

§ 4

Stowarzyszenie może być członkiem krajowych i międzynarodowych organizacji o podobnym celu działania.

§ 5

Stowarzyszenie swoim działaniem obejmuje obszar Rzeczypospolitej Polskiej. Dla właściwego realizowania swych celów Stowarzyszenie może prowadzić działalność poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 6

Czas trwania Stowarzyszenia nie jest ograniczony.

§ 7

Celem Stowarzyszenia jest:

1. Popularyzacja wiedzy o chorobach z zakresu otorynolaryngologii.
2. Propagowanie i wspieranie nowoczesnego leczenia chorób z zakresu otorynolaryngologii.
3. Działalność profilaktyczna zmierzająca do eliminacji zagrożeń wynikających z chorób z zakresu otorynolaryngologii.
4. Podejmowanie wszechstronnych działań zmierzających do poprawy efektywności leczenia z zakresu otorynolaryngologii.

§ 8

1. Stowarzyszenie realizuje cele przez:

- a) Gromadzenie środków i darów rzeczowych na wspieranie działalności służącej rozwojowi otorynolaryngologii.

- b) Inicjowanie ofiarności społecznej w kraju i za granicą na rzecz gromadzenia środków finansowych i rzeczowych.

- c) Popularyzowanie wiedzy o chorobach z zakresu otorynolaryngologii.

- d) Współdziałanie z władzami, instytucjami oraz organizacjami zainteresowanymi działalnością Stowarzyszenia.

- e) Finansowanie tematów badawczych w formie grantów naukowych lub stypendiów.

- f) Współdziałanie z organizacjami społecznymi w kraju oraz utrzymywanie kontaktów z organizacjami i środowiskami za granicą w sprawach związanych z realizacją celów Stowarzyszenia.

- g) Prowadzenie doradztwa naukowego i konsultacji.

- h) Współdziałanie i współpraca z innymi stowarzyszeniami naukowymi o zbliżonym profilu działania zarówno w kraju jak i za granicą.

- i) Finansowanie zakupów aparatury i odczynników związanych z diagnostyką i leczeniem chorób z zakresu otorynolaryngologii.

2. oraz prowadzi działalność gospodarczą:

- a) wydawanie książek – PKD 22.11.Z,

- b) wydawanie czasopism i wydawnictw periodycznych – PKD 22.13.Z,

- c) pozostała działalność wydawnicza – PKD 22.15.Z,

- d) przetwarzanie danych – PKD 72.30.Z,

- e) działalność związana z bazami danych – PKD 72.40.Z,

- f) pozostała działalność związana z informatyką – PKD 72.60.Z,

- g) prace badawczo-rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych i farmacji – PKD 73.10.F,

- h) reklama – PKD 74.40.Z,

- i) działalność związana z organizacją targów i wystaw – PKD 74.84. A,

- j) pozostała działalność komercyjna gdzie indziej nie sklasyfikowane – PKD 80.42.Z,

- k) pozaszkolne formy kształcenia, gdzie indziej nie sklasyfikowane – PKD 80.42. Z,

- l) pozostała działalność związana z ochroną zdrowia ludzkiego, gdzie indziej nie sklasyfikowana – PKD 85.14.C,

- m) działalność pozostałych organizacji członkowskich, gdzie indziej nie sklasyfikowana – PKD 91.33.Z,

§ 9

Stowarzyszenie dla realizacji swych statutowych celów może powołać inne jednostki organizacyjne w granicach prawem dopuszczonych.

§ 10

Realizując powyższe cele Stowarzyszenie opiera się na społecznej pracy członków. Może jednak zatrudniać pracowników do prowadzenia swych spraw, jak również wypłacać wynagrodzenie członkom za realizację zleczanych tematów (prac).

§ 11

Członkiem zwyczajnym Stowarzyszenia może być pełnoletni obywatel Rzeczypospolitej Polskiej oraz

cudzoziemiec, także nie mający miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który przedstawi opinie (rekomendacje) co najmniej dwóch członków Stowarzyszenia w tym jedną członka założyciela i złoży deklarację członkowską.

Osoby prawne mogą być członkami wspierającymi.

§ 12

Członkostwo Stowarzyszenia nabywa się przez przyjęcie kandydatury przez Zarząd Stowarzyszenia zwykłą większością głosów w drodze uchwały.

§ 13

1. Członkowie stowarzyszenia zobowiązani są:
 - 1) swoją postawą i działaniami przyczyniać się do wzrostu roli i znaczenia Stowarzyszenia,
 - 2) dbać o jego dobre imię,
 - 3) zabiegać o właściwą opinię społeczną i klimat wokół środowiska otorynolaryngologów,
 - 4) popierać i czynnie realizować cele Stowarzyszenia,
 - 5) przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz postanowień statutu,
 - 6) regularnie opłacać składki.
2. Członek zwyczajny Stowarzyszenia ma prawo brać udział w życiu Stowarzyszenia, w szczególności:
 - 1) przysługuje mu bierne i czynne prawo wyborcze, jak również może:
 - 2) wnioskować we wszystkich sprawach dotyczących celów i funkcjonowania Stowarzyszenia,
 - 3) korzystać z lokali Stowarzyszenia,
 - 4) posiadać legitymację Stowarzyszenia i nosić odznaki Stowarzyszenia,
 - 5) korzystać z rekomendacji, gwarancji i opieki Stowarzyszenia w swojej działalności,
 - 6) korzystać nieodpłatnie z urządzeń technicznych, poradnictwa i szkoleń, które Stowarzyszenie stawia do dyspozycji członków,
 - 7) korzystać z innych możliwości, jakie stwarza swoim członkom Stowarzyszenie.

§ 14

1. Osoby prawne mogą zostać członkami wspierającymi poprzez złożenie oświadczenia woli Zarządowi Stowarzyszenia, który podejmuje w tej kwestii stosowną uchwałę.
2. W takim samym trybie następuje ustanie członkostwa wspierającego Stowarzyszenie.
3. Formę i rodzaj wspierania Stowarzyszenia członkowie wspierający ustalają z zarządem Stowarzyszenia.
4. Członkowie wspierający korzystają z praw przysługujących członkom zwyczajnym wymienionych w § 13 ust. 2 pkt. 2-7.

§ 15

Skreślenie z listy członków Stowarzyszenia następuje przez:

1. rezygnację pisemną złożoną na ręce Zarządu,
2. wykluczenie przez Zarząd:

- a) za działalność sprzeczną ze statutem oraz uchwałami Stowarzyszenia,
- b) za nieusprawiedliwiony brak czynnego udziału w pracach Stowarzyszenia,
- c) za zaleganie z opłatą składki członkowskiej przez rok,
- d) na pisemny umotywowany wniosek co najmniej 10 członków Stowarzyszenia z przyczyn określonych w lit. a i b,
- e) z powodu utraty praw publicznych w wyniku prawomocnego orzeczenia sądu,

3. Śmierć członka.

§ 16

Od uchwały Zarządu w przedmiocie wykluczenia członkowi przysługuje odwołanie do Walnego Zgromadzenia Członków na co najmniej 21 dni przed terminem Walnego Zgromadzenia. Uchwała Walnego Zgromadzenia jest ostateczna.

Rozdział II WŁADZE STOWARZYSZENIA

§ 17

Władzami Stowarzyszenia są:

1. Walne Zgromadzenie Członków
2. Zarząd
3. Komisja Rewizyjna
4. Sąd Koleżeński.

§ 18

Kadencja wszystkich władz wybieralnych Stowarzyszenia trwa 4 lata.

§ 19

Uchwały wszystkich władz Stowarzyszenia zapadają zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy członków uprawnionych do głosowania, jeśli dalsze postanowienia statutu nie stanowią inaczej.

§ 20

1. Najwyższą władzą Stowarzyszenia jest Walne Zgromadzenie Członków.
2. Walne Zgromadzenie zwołuje Zarząd co najmniej jeden raz na dwanaście miesięcy lub częściej na pisemny uzasadniony wniosek co najmniej 1/4 członków Komisji Rewizyjnej, powiadamiając o jego terminie, miejscu porządku obrad wszystkich członków listami poleconymi lub w każdy inny skuteczny sposób co najmniej 14 dni przed terminem rozpoczęcia obrad.
3. W Walnym Zgromadzeniu winna uczestniczyć co najmniej połowa członków uprawnionych do głosowania w pierwszym terminie, a w drugim terminie, który może być wyznaczony o godzinie później tego samego dnia – może ono skutecznie obradować bez względu na liczbę uczestników.
4. W Walnym Zgromadzeniu mogą uczestniczyć członkowie zwyczajni Stowarzyszenia oraz, z głosem doradczym, członkowie wspierający i zaproszeni goście.
5. Do kompetencji Walnego Zgromadzenia należy:
 - 1) uchwalanie programu działania Stowarzyszenia,

- 2) rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej,
 - 3) uchwalanie regulaminu obrad Walnego Zgromadzenia,
 - 4) udzielanie absolutorium ustępującemu Zarządowi,
 - 5) wybór członków Zarządu i Komisji Rewizyjnej,
 - 6) uchwalanie zmian statutu,
 - 7) podejmowanie uchwał w sprawie powołania przez Stowarzyszenie innych organizacji,
 - 8) podjęcie uchwały w sprawie rozwiązania Stowarzyszenia,
 - 9) rozpatrywanie odwołań od uchwał Zarządu wniesionych przez członków Stowarzyszenia,
 - 10) powoływanie i odwoływanie składu Sądu Koleżeńskiego oraz rozpatrywanie odwołań od jego orzeczeń,
 - 11) rozpatrywanie skarg członków Stowarzyszenia na działalność Zarządu.
6. Uchwały Walnego Zgromadzenia zapadają zwykłą większością głosów członków obecnych, w głosowaniu jawnym. Głosowanie tajne odbywa się w przypadku złożenia takiego wniosku przez co najmniej jednego członka Stowarzyszenia.
7. Zmiana statutu, odwołanie Prezesa, członków Zarządu, Komisji Rewizyjnej, Sądu Koleżeńskiego oraz rozwiązanie Stowarzyszenia, wymaga bezwzględnej większości przy obecności połowy członków Stowarzyszenia w pierwszym terminie; w drugim terminie wymóg obecności połowy członków nie obowiązuje.
8. Każdemu członkowi przysługuje jeden głos.

§ 21

1. Zarząd składa się z trzech członków wybranych przez Walne Zgromadzenie.
2. Zarząd składa się z Prezesa, Wiceprezesa i Skarbnika.
3. Prezesa powołuje i odwołuje Walne Zgromadzenie na 4-letnią kadencję.
4. Zarząd konstituuje się na pierwszym po wyborach zebraniu.
5. Do kompetencji Zarządu należy:
 - 1) przyjmowanie nowych członków Stowarzyszenia,
 - 2) reprezentowanie Stowarzyszenia na zewnątrz i działanie w jego imieniu,
 - 3) kierowanie bieżącą pracą Stowarzyszenia,
 - 4) zwoływanie Walnego Zgromadzenia,
 - 5) ustalanie wysokości składek członkowskich.

§ 22

1. Komisja Rewizyjna składa się z trzech członków wybranych przez Walne Zgromadzenie.
2. Komisja Rewizyjna składa się z przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i jednego członka.
3. Do kompetencji Komisji Rewizyjnej należy:
 - 1) kontrola bieżącej pracy Stowarzyszenia,
 - 2) składania wniosków w przedmiocie absolutorium na Walnym Zgromadzeniu,

- 3) występowanie z wnioskiem o zwołanie Walnego Zgromadzenia,
- 4) dokonywanie wyboru podmiotu mającego zbadać sprawozdanie finansowe Stowarzyszenia zgodnie z przepisami o rachunkowości.

§ 23

1. Sąd Koleżeński składa się z trzech członków Stowarzyszenia nie będących członkami Zarządu ani Komisji Rewizyjnej.
2. Do kompetencji Sądu należy rozpatrywanie każdego pisemnego wniosku członka Stowarzyszenia dotyczącego spraw Stowarzyszenia i jego członków poza wnioskami i skargami wniesionymi na władze Stowarzyszenia.
3. Sąd zbiera się na pisemny wniosek członka Stowarzyszenia i ustosunkowuje się do jego wniosku w terminie nie dłuższym niż 1 miesiąc.
4. Sąd zamyka postępowanie wydaniem orzeczenia, które podaje do wiadomości wszystkich członków.
5. Stronom przysługuje odwołanie od orzeczenia Sądu Koleżeńskiego do najbliższego Walnego Zgromadzenia.
6. Orzeczenia Sądu zapadają w pełnym składzie.

§ 24

W razie zmniejszenia się składu władz Stowarzyszenia wymienionych w § 17 pkt. 2, 3 i 4 w czasie trwania kadencji, uzupełnienie ich składu może nastąpić w drodze kooptacji. Kooptacji dokonują pozostali członkowie organu, którego skład uległ zmniejszeniu. W tym trybie można powołać nie więcej niż połowę składu organu.

§ 25

1. Majątek Stowarzyszenia powstaje ze składek członkowskich, darowizn, spadków, zapisów, dochodów z własnej działalności oraz ofiarności publicznej.
2. Funduszami i majątkiem Stowarzyszenia zarządza Zarząd.
3. Do reprezentowania Stowarzyszenia jest upoważniony Prezes Zarządu jednoosobowo lub dwóch innych Członków Zarządu.
4. Do zaciągania zobowiązań upoważniony jest Prezes Zarządu jednoosobowo bądź dwóch innych członków Zarządu działających łącznie z upoważnieniem Prezesa Zarządu.

§ 26

1. Stowarzyszenie rozwiązuje się na podstawie uchwały Walnego Zgromadzenia lub w innych przypadkach przewidzianych w przepisach prawa.
2. Podejmując uchwałę o rozwiązaniu Stowarzyszenia Walne Zgromadzenie określa sposób jego likwidacji oraz przeznaczenia majątku Stowarzyszenia.
3. W sprawach nie uregulowanych niniejszym statutem mają zastosowanie przepisy Prawa o stowarzyszeniach.

POWSZECHNE BADANIA PRZESIEWOWE SŁUCHU U NOWORODKÓW

dr hab. med. inż. Krzysztof Kochanek

Wśród najważniejszych celów współczesnej audiologii na pierwszym miejscu wymienia się wczesne wykrywanie wrodzonych zaburzeń słuchu u noworodków. Istnieją przynajmniej dwie zasadnicze przyczyny takiej sytuacji. Po pierwsze, wrodzone wady słuchu dominują pod względem częstości występowania wśród innych wad wrodzonych. Występują 20 razy częściej niż na przykład fenyloketonuria, której wykrywanie jest objęte programem badań przesiewowych. Z aktualnych wyników badań przesiewowych słuchu u noworodków wynika, że wrodzone zaburzenia słuchu różnego stopnia występują u 3–5 dzieci na 1000 urodzeń. Po drugie, wczesne rozpoczęcie rehabilitacji zaburzeń słuchu (przed 6. miesiącem życia), co wykazały jednoznacznie badania prowadzone w ostatnich latach przez amerykańską badaczkę C. Yoshinaga-Itano, powoduje, niezależnie od wielkości niedosłuchu, znacznie lepsze efekty rozwoju języka i mowy niż opóźnione zainicjowanie takiego postępowania. To dlatego tak ważne jest, aby właśnie w tym okresie wykryć i rozpoznać zaburzenie słuchu oraz rozpocząć odpowiednią rehabilitację.

Jedyną drogą prowadzącą skutecznie do znacznego obniżenia średniego wieku dziecka, w którym wykrywa się zaburzenia słuchu, jest prowadzenie powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków. Realizacja takiego programu na szerszą skalę pozwala wykryć około 25% dzieci z zaburzeniami słuchu w pierwszych 3 tygodniach życia, 50% dzieci w pierwszych 5 tygodniach życia, 75% w 3 pierwszych miesiącach i 25% dzieci powyżej 6. miesiąca życia.

Katedra i Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie,
p.o. kierownika: prof. dr hab. med. Antoni Krzeski,
ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa

Aktualnie najbliższej praktycznej realizacji powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków na szeroką skalę są m.in. Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Szwajcaria, Niemcy i Holandia. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych takie badania wykonuje się obecnie u 80–85% dzieci. W Wielkiej Brytanii badaniami przesiewowymi objęto obecnie około 20% dzieci, a wdrożenie programu badań przesiewowych na terenie całego kraju przewiduje się do końca roku 2005.

Niewątpliwie do czołówki krajów realizujących praktycznie ideę badań przesiewowych słuchu u noworodków można zaliczyć również Polskę. Do końca marca 2003 r. w programie realizowanym przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy badaniami przesiewowymi objęto ponad 150 tys. dzieci. Ten fakt potwierdza jednoznacznie, że idea takich badań ma w Polsce swoich zwolenników, co niewątpliwie jest pozytywnym skutkiem działań prowadzonych w ostatnich latach przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z wieloma ośrodkami neonatologicznymi i audiologicznymi. Zapewne duże znaczenie dla dalszej skutecznej realizacji tego programu w Polsce będzie miało przygotowywane rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące obowiązku prowadzenia badań przesiewowych u dzieci w różnym wieku. Zalecany obecnie standardem są powszechne badania przesiewowe realizowane na oddziałach noworodkowych, co w takim kraju jak Polska, gdzie prawie 100% dzieci rodzi się na oddziałach szpitalnych, pozwala skontrolować pod tym względem praktycznie wszystkie dzieci.

W badaniach przesiewowych słuchu u noworodków stosuje się aktualnie wyłącznie metody obiektywne: otoemisję akustyczną (OAE)

i słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (ABR). W Stanach Zjednoczonych obie metody stosuje się alternatywnie, przy czym zaleca się realizację dwustopniowych badań z wykorzystaniem obu metod. Taki model wdrażany jest w Anglii. Jako pierwsze wykonuje się badanie otoemisji akustycznej. W przypadku uzyskania wyniku nieprawidłowego (wynik dodatni) jako drugie w kolejności wykonuje się badanie ABR. Analiza efektywności różnych modeli badań przesiewowych wykazuje, że właśnie ten jest najbardziej optymalny z ekonomicznego i praktycznego punktu widzenia. U dzieci przebywających na oddziałach patologii noworodka, u których występuje duże ryzyko zaburzeń pozasłimakowych, niezależnie od wyniku otoemisji akustycznej wykonuje się również badanie ABR.

W Polsce wdrażany jest model oparty wyłącznie na badaniu OAE. Należy jednak mieć nadzieję, że w najbliższym czasie oddziały patologii noworodka zostaną dodatkowo wyposażone w urządzenia do badań ABR. W przeciwnym wypadku znacznie zwiększy się ryzyko niewykrywania wrodzonych zaburzeń słuchu związanych z występowaniem neuropatii słuchowej. Według najnowszych szacunków zaburzenia tego typu mogą stanowić nawet 10% wszystkich wrodzonych zaburzeń słuchu typu odbiorczego. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że niezależnie od wyniku badania przesiewowego, istnieje konieczność wykonywania kontrolnych badań słuchu w kolejnych miesiącach życia u dzieci z grupy ryzyka, u których istnieje możliwość pojawienia się zaburzeń słuchu w okresie późniejszym. Z tego powodu dla każdego dziecka wypełnia się kwestionariusz wysokiego ryzyka uszkodzenia słuchu.

Niewątpliwie realizacja programu badań przesiewowych słuchu u noworodków w Polsce jest dużym wyzwaniem dla neonatologów, pediatrów, audiologów i otolaryngologów oraz audioprotetyków i logopedów. Każda z wymienionych grup zawodowych musi być zapoznana z wieloma zagadnieniami związanymi z wczesnym wykrywaniem zaburzeń słuchu, diagnostyką i rehabilitacją, aby w sposób kompetentny uczestniczyć w realizacji programu. Wiedza ta jest również niezwykle ważna w kontaktach z rodzicami, którym należy udzielać jednoznacznych, nie wzbudzających niepotrzebnego niepokoju odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Waga tego problemu podkreślana jest przez realizatorów badań przesiewowych prowadzonych w innych krajach. W Polsce niezwykle istotne jest uruchomienie ogólnodostępnego serwisu informacyjnego, np. internetowego, omawiającego

najważniejsze zagadnienia i problemy badań przesiewowych słuchu u noworodków. Takie serwisy funkcjonują w innych krajach (w Stanach Zjednoczonych na stronie www.infanthearing.org, w Anglii na stronie www.nhsp.info).

Realizacja programu na etapie wdrożenia wymaga wykonania wielu zadań organizacyjnych i szkoleniowych. Niewątpliwie dużym problemem i wyzwaniem dla koordynatorów programu jest odpowiednie przeszkolenie personelu oddziałów neonatologicznych, w których będą realizowane badania przesiewowe, przygotowanie materiałów informacyjnych dla rodziców i lekarzy, a także utworzenie dobrze przygotowanej pod względem kadrowym sieci ośrodków wczesnej diagnozy audiologicznej oraz ośrodków zajmujących się wczesną protetyką i rehabilitacją słuchu. Głównie od poziomu wykształcenia personelu oddziałów noworodkowych i jego zaangażowania w realizację programu będzie zależała przede wszystkim liczba wyników fałszywie dodatnich. Dotychczasowe doświadczenia ośrodków polskich, które stosowały jako pierwszą metodę przesiewu otoemisję akustyczną, wskazują na dość dużą liczbę nieprawidłowych wyników (od 4 do 21%), co w zestawieniu z małą liczbą wyników nieprawidłowych przy zastosowaniu metody ABR, nie przekraczającą zazwyczaj 1%, musi budzić niepokój.

Jak wiadomo, badanie przesiewowe znajduje się na początku procesu, który w efekcie końcowym ma doprowadzić do wdrożenia wczesnej rehabilitacji słuchu (przed upływem 6. miesiąca życia). To oznacza ogromną odpowiedzialność spoczywającą na wszystkich grupach zawodowych zaangażowanych w cały proces wczesnej identyfikacji i rehabilitacji zaburzeń słuchu. Niewątpliwie nad prawidłowym przebiegiem realizacji programu muszą czuwać odpowiednio towarzystwa naukowe i stowarzyszenia zawodowe. Istnieje pilna potrzeba wskazania obowiązujących standardów i procedur z zakresu diagnostyki, protezowania i rehabilitacji, które muszą obowiązywać we wszystkich ośrodkach zaangażowanych w realizację programu. Są to niewątpliwie poważne wyzwania, przed którymi staną w najbliższych latach środowiska polskich neonatologów, otolaryngologów, audiologów, audioprotetyków i logopedów. ●

