

## SESJE DONIESIENÍ ORYGINALNYCH

### Doniesienia oryginalne – audiologiczne

#### Warszawskie szpitale podczas drugiej wojny światowej

Warsaw hospitals during the Second World War

STANISŁAW CHODYNICKI

em. kierownik Kliniki Otolaryngologicznej UMB

#### Szpital Ujazdowski

W trudnych okupacyjnych latach, bardzo wielu Polaków i Żydów znalazło pomoc lub ratunek w Szpitalu Ujazdowskim. W licznych wspomnieniach, pracujący tu lekarze, farmaceuci i pielęgniarki opisywani są bardzo ciepło. Szpital został zbudowany w najładniejszym miejscu Warszawy, na wysokiej wiślanej skarpie i zajmował teren od ulicy Pięknej po Agrykolę. Król Stanisław Poniatowski przeznaczył ten teren na lazaret Wojska Polskiego. W czasie zaborów wzniesiono tu budynki z czerwonej cegły, w których zlokalizowano koszary wojskowe, a nieopodal wykopano kanał Czerniakowski przeznaczony do ćwiczeń wojskowych związanych z pokonywaniem przeszkody wodnej. Do szpitala należał też zamek książąt Mazowieckich. Przed drugą wojną światową mieściło się tutaj Centrum Wyszklenia Sanitarnego Armii Polskiej. Podczas wojny w 1939 r. i obrony Warszawy, do Szpitala przywożono rannych żołnierzy. Podczas okupacji prowadzono tu tajne nauczanie. Wielu lekarzy uczestniczyło w pracy konspiracyjnej. Szpital nazywany był Rzeczpospolitą Ujazdowską lub po prostu Ujazdowem. Prof. Edward Loth, znakomity anatom, antropolog i ortopeda, był wykładowcą w Szkole doc. Jana Zaorskiego. W zamku książąt Mazowieckich, po naprawieniu zniszczeń wojennych, zorganizował pierwszy w Polsce Zakład Przeszkolenia Inwalidów Wojennych. Płk dr med. Leon Strehl, uczestnik Powstania Wielkopolskiego, wieloletni dyrektor Szpitala Ujazdowskiego, umiejętnie kierował zespołem pracowników chroniąc ich przed represjami okupanta. Podczas powstania ewakuował chorych. Obaj znakomici lekarze na terenie Ujazdowa zostali wyróżnieni tablicami pamiątkowymi. Pawilony szpitala uległy zniszczeniu podczas wojny lub zostały rozebrane w związku z budową Trasy Łazienkowskiej, pozostały nieliczne zabudowania.

#### Szpital, w którym leczył się Władysław Reymont

Chodząc ulicami Warszawy zazwyczaj odczytuję napisy na tablicach pamiątkowych. Nieopodal Placu Weteranów wznoszą się zabudowania Szpitala Przemienienia Pańskiego. Na fasadzie budynku umieszczone są dwie tablice. Jedną poświęcona jest żołnierzom Kedywu KG AK, którzy brali udział w zamachu na generała Franza Kutscherę 1 lutego 1944 r. Ciężko ranni „Lot” i „Cichy” zostali przewiezieni do szpitala. Drugą tablicę poświęcono Władysławowi Reymontowi. Pisarz uległ wypadkowi na kolei warszawsko-wiedeńskiej, miał złamane żebra. W szpitalu przebywał od 13 lipca do 10 sierpnia 1900 r. Szpital ma ciekawą historię. Jego początki sięgają 1868 r., kiedy to zbudowano pierwszy pawilon przy ul. Panieńskiej (nazwa pochodzi od klasztoru sióstr Bernardynek). Szpital nosił nazwę Najświętszej Marii Panny. W 1906 r. nazwę zmieniono na Przemienienia Pańskiego. Wielokrotnie rozbudowywany i unowocześniany, szczególnie w roku 1926. W 1939 r. został ewakuowany do Żydowskiego Domu Akademickiego przy ulicy Sierakowskiego 7. W kilka dni później został zbombardowany. Po romoncie w 1941 r. przejęty przez Wehrmacht. Pozostawiono pracownię anatomopatologiczną. Tutaj prowadzono tajne nauczanie medycyny, w którym uczestniczyli studenci Szkoły Zaorskiego między innymi Tadeusz Dzierżykray-Rogalski i Ryszard Niklewicz. W 1944 r. po zajęciu Pragi przez Armię Czerwoną, nasilił się ostrzał z lewobrzeżnej Warszawy. Szpital z ulicy Sierakowskiego, przeniesiono do Gimnazjum przy ul. Boremlowskiej. Tutaj w trudnych warunkach zorganizowano

Wydział Lekarski. W roku 1948 Szpital Przemienienia Pańskiego został odbudowany.

#### Szpital na Świętokrzyskim Folwarku

Szpital Generalny Dzieciątka Jezus został utworzony na placu Wareckim na mocy dekretu króla Augusta III z roku 1758. Wywodził się z Zakładu dla Podrztoków ks. Gabriela Piotra Bouduina. Później został przeniesiony na tereny folwarku Świętokrzyskiego. Przed drugą wojną światową został zbudowany nowoczesny szpital, składający się z szeregu pawilonów, zlokalizowanych pomiędzy ulicami: Oczki i Lindleya, Chałubińskiego i Nowogrodzką. W jego skład wchodziło zaplecze gospodarcze z elektrownią i dwie świątynie wg projektu architekta, dziekana Politechniki Warszawskiej Józefa Piusa Dziekońskiego. Był on zasłużonym konserwatorem zabytków, budowniczym wielu świątyń. Między innymi kościoła św. Floriana na Pradze i kościoła katedralnego w Białymstoku. W oddzielnych budynkach mieściły się kliniki uniwersyteckie i Zakład Anatomii Patologicznej i Prawidłowej. Szpital był bombardowany podczas oblężenia Warszawy. Zniszczeniu uległy budynki i świątynia prawosławna, pod gruzami zginęło wielu lekarzy, pielęgniarek, sióstr zakonnych i chorych. Po zakończeniu walk rozpoczęła się odbudowa, otwarto wiele oddziałów, niektóre przeniesiono do ocalałych budynków. Profesor Edward Loth, razem z pracownikami uprzętał gruz; na własnych rękach wyniósł z Zakładu Anatomii niewybuch pocisku. Od jesieni 1939 r. rozpoczęło się tajne nauczanie studentów medycyny. Prekursorami tajnego nauczania byli prof. Witold Orłowski – nestor polskich internistów, Ludwik Paszkiewicz – patomorfolog i Marian Grzybowski – dermatolog. Profesor Witold Orłowski dzień pracy rozpoczynał od wysłuchania wiadomości z nasłuchów radiowych lub prasy podziemnej, przekazywanych zazwyczaj przez dr Mariana Tulczyńskiego – później, kierownika I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1953-1958. Lekarzom pochodzenia żydowskiego Niemcy zabronili pracować w szpitalu. Wielu pracowników było zaangażowanych w pracy konspiracyjnej, pomocy żołnierzom walczącym z okupantem, ukrywaniem osób pochodzenia żydowskiego. Szpital pracował do Powstania Warszawskiego, później został opanowany przez bandy żołdaków Kamińskiego. Pozostały przy życiu personel i pacjenci zostali ewakuowani do miejscowości podwarszawskich, gdzie w bardzo skromnych warunkach leczono chorych i prowadzono zajęcia dydaktyczne. Szpital został odbudowany w roku 1946. Jeszcze w latach sześćdziesiątych, kiedy byłem w Klinice Otolaryngologicznej AM w Warszawie, mieściła się ona w parterowym pawilonie przy ul. Oczki. Zachowano stare mury, szerokie korytarze i sale chorych liczące po kilkanaście łóżek. W tym czasie kierownikiem Kliniki był prof. Jan Szymański – uczestnik tajnego nauczania medycyny na UW. Od roku 1942 r. obowiązki kierownika objął prof. Antoni Dobrzański, wybrany na to stanowisko przed drugą wojną światową. Z pełnym zaangażowaniem kontynuował tajne nauczanie otolaryngologii.

#### Szpital Wolski i znaczki poczty polowej

Został zbudowany przy ul. Dworskiej pod koniec IX wieku przez gminę żydowską i nosił nazwę Szpitala Starozakonnych. Na początku XX wieku ze względów finansowych został przekazany miastu i otrzymał nazwę Szpitala Wolskiego. Położony na zachodnich obrzeżach Warszawy, uczestniczył we wszystkich tragicznych wydarzeniach stolicy w latach 1939-1944. Tutaj trafiali ranni obrońcy Warszawy z nieodległej barykady przy ul. Grójeckiej. Podczas okupacji miało miejsce tajne nauczanie medycyny studentów UW i UZZ. Pracownicy szpitala leczyli żołnierzy podziemnego państwa. Ukrywali Żydów. Ułatwiali ucieczkę osobom zagrożonym. Znana jest sprawa rzekomej śmierci na stole operacyjnym więźnia Stanisława Miedzy-Tomaszewskiego, artysty powiązanego z AK, operowany zmarł, ukazał się nekrolog i odbył się pogrzeb. Tymczasem więzień opuścił szpital. Operację

wykonano na zwłokach, które odpowiednio ucharakteryzowano. Podczas Powstania Warszawskiego Szpital Wolski był pierwszą placówką służby zdrowia na linii nacierających wojsk niemieckich i żołdaków z kolaborujących z Niemcami oddziałów z terenu Rosji. O tragicznych wydarzeniach jakie miały miejsce 5 sierpnia 1944 r. na terenie szpitala i w najbliższym sąsiedztwie dowiadujemy się z „Książki raportów lekarza dyżurnego”. Lekarzem dyżurnym był dr Zbigniew Woźniewski. Niemcy, po zajęciu Woli na terenie szpitala zamordowali prof. Janusza Zeylanda – pediatrę, dr Józefa Piaseckiego – dyrektora i ks. Kazimierza Ciecierskiego – kapelana. Następnie wyprowadzili lekarzy, chorych, siostry zakonne i 20 studentów. Zginęli przy ulicy Górczewskiej. Tutaj został zamordowany prof. Józef Grzybowski, znakomity chirurg Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Pozostali przy życiu dr Zbigniew Woźniewski i kilka siostr starały się zapewnić opiekę chorym pozostawionym w szpitalu. W kolejnych dniach przybywali lekarze i pielęgniarki z dzielnic Warszawy zajmowanych przez Niemców. Do szpitala przyjmowano chorych i rannych z terenu walk. Dr Zbigniewowi Woźniewskiemu i siostrze Barbarze Wardziance udało się przewieźć rannych powstańców z kościoła św. Wojciecha, gdzie gestapo urządziło punkt filtracyjny dla ludności opuszczającej Warszawę. Po upadku powstania Niemcy zapowiedzieli ewakuację szpitala. Lekarz naczelny dr Zbigniew Woźniewski i dyrekcja szpitala utworzyli filie w Podkowie Leśnej, Olszance – w puszczy Mariańskiej pod Skierniewicami i w Pszczelinie koło Brwinowa. Pozostała część szpitala została przewieziona do Krakowa. Za ewakuację warszawskich szpitali odpowiadał Niemiec w randze majora, on decydował o środkach transportu, był filatelista. Znaczki poczty polowej AK zjednywały kilkakrotnie jego życzliwość.

Literatura:

1. Dąbrowska J. Szpital Przemienienia Pańskiego w Warszawie w Z dziejów tajnego nauczania medycyny i farmacji w latach 1939-1945, red. A. Dawidowicz, PZWL, 1977, 113.
2. Odrowąż-Szukiewicz H i wsp. Rzeczpospolita Ujazdowska w Z dziejów tajnego nauczania medycyny i farmacji w latach 1939-1945. red. A. Dawidowicz, PZWL, Warszawa, 185-242.
3. Tulczyński M. Wspomnienia o lekarzach i studentach medycyny z czasów okupacji hitlerowskiej w Z dziejów tajnego nauczania medycyny farmacji w latach 1939-1945, red. A. Dawidowicz, PZWL, Warszawa, 1977, 78.
4. Woźniewski Z. Książka raportów lekarza dyżurnego, PIW, 1974.

## Zapalenia ślinianki przyusznej u dzieci hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Parotitis in children hospitalized in the ENT Department of the Medical University of Wrocław

KATARZYNA PAZDRO-ZASTAWNY, MONIKA MORAWSKA-KOCHMAN, KATARZYNA RESLER, DOROTA ADAMEK-NOWAK, KRZYSZTOF MORAWSKI

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego

Wstęp. Zapalenia ślinianek przyusznych możemy podzielić na ostre i przewlekłe. Ostre spowodowane są infekcją wirusową lub bakteryjną, do przewlekłych zaliczamy zapalenia nawrotowe, w przebiegu kamicy, związane z występowaniem naczynek i malformacji naczyniowych oraz jako przejaw chorób autoimmunologicznych.

Cel pracy. Analiza zmian zapalnych występujących u dzieci w obrębie ślinianek przyusznych.

Materiał i metody. Dzieci hospitalizowane w latach 2010-2019 w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi we Wrocławiu z powodu obrzęku i bólu ślinianek przyusznych hospitalizowano. Oceniano wiek, płeć, etiologię zapalenia, lokalizację zmian oraz wyniki badań dodatkowych.

Wyniki. Przyczyną hospitalizacji był obrzęk i ból okolicy przyusznej prawej. U dzieci z ostrym zapaleniem ślinianek przyusznych stwierdzano podwyższone wykładniki stanu zapalnego oraz powiększone węzły chłonne lub ropień w obrębie ślinianki w badaniach obrazowych. W żadnym przypadku nie stwierdzono kamicy. Wnioski. Zapalenie ślinianek przyusznych jest stosunkowo rzadkie u dzieci. Rozpoznanie wymaga korelacji objawów klinicznych, zmian w badaniu ultrasonograficznym oraz obecności wykładników stanu zapalnego.

## Kompleksowa rehabilitacja zaburzeń głosu w okresie pomutacyjnym jako problem interdyscyplinarny

Comprehensive Rehabilitation of After Mutational Voice Disorders as an Interdisciplinary Problem

LIDIA NAWROCKA, AGNIESZKA GARSTECKA, ANNA SINKIEWICZ

Klinika Foniatrii i Audiologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Zaburzenia głosu w okresie pomutacyjnym nie występują często, a w literaturze opisywane są pojedyncze przypadki.

W pracy przedstawiono ocenę efektów leczenia i kompleksowej rehabilitacji głosu 8 pacjentów płci męskiej w wieku od 17 do 23 lat z zaburzeniami głosu związanymi z mutacją. Pacjenci zostali objęci opieką przez lekarza foniatrę, logopedę, psychologa i fizjoterapeutę. Lekarz na podstawie wywiadu, badania laryngologicznego i foniatrycznego wraz z badaniem laryngowideostroboskopowym stawiał diagnozę oraz kierował do szczegółowej oceny logopedycznej. Pacjenci zostali poddani indywidualnie dostosowanej terapii logopedycznej. Przed rozpoczęciem terapii głosu oraz po jej zakończeniu pacjenci dokonywali samooceny głosu przy użyciu kwestionariusza Voice Handicap Index (VHI), skali dyskomfortu traktu głosowego Vocal Tract Discomfort (VTD) oraz kwestionariusza oceny jakości życia zależnej od głosu Voice-Related Quality of Life (V-RQOL). Głos badanych osób nagrywano i oceniano parametry akustyczne przed, w trakcie i po zakończeniu terapii. Rehabilitację głosu prowadzono przez okres od 4 miesięcy do 1,5 roku, w wyniku której uzyskano niski, stabilny głos. Kończąc ocenę foniatryczną potwierdzono badaniem laryngowideostroboskopowym i analizą akustyczną głosu. W zależności od stopnia napięcia mięśni krtani i szyi indywidualnie kwalifikowano do fizykoterapii lub terapii manualnej szyi. Wszyscy pacjenci wymagali konsultacji i zaleceń psychologa.

Pozytywny efekt terapeutyczny u wszystkich pacjentów był w dużej mierze wynikiem ścisłej współpracy doświadczonego, interdyscyplinarnego zespołu.

## Dystonia krtaniowa – analiza problemu w otolaryngologii i neurologii na przykładzie przypadku klinicznego

Laryngeal dystonia – the analysis of the otolaryngeal and neurological problem on example of clinical case

REMIGIUSZ ZIARNO<sup>1/</sup>, ALEKSANDRA GRUDZIEN-ZIARNO<sup>1/</sup>, MAŁGORZATA DEC-ĆWIEK<sup>2/</sup>, KATARZYNA PORĘBSKA<sup>2/</sup>, KATARZYNA SAWCZYŃSKA<sup>2/</sup>, PAWEŁ STRĘK<sup>1/</sup>, JACEK SKŁADZIEN<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Kliniczny Oddział Otolaryngologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

<sup>2/</sup> Kliniczny Oddział Neurologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**Wstęp.** Dystonia to schorzenie neurologiczne z kręgu zaburzeń ruchowych. Charakteryzuje się mimowolnym, powtarzającym się według stałego wzorca ruchem różnych części ciała względem siebie. Dystonia krtaniowa to trzecia co do częstości występowania pierwotna dystonia ogniskowa, cechuje się nieregularnymi i niekontrolowanymi zaburzeniami emisji głosu. Stanowi zatem poważny problem audiologiczno-foniatryczny.

**Cel pracy.** Opisanie problemu dystonii krtaniowej w otolaryngologii i neurologii oraz sposobu jej leczenia na przykładzie przypadku klinicznego.

**Materiał i metody.** Badanie zostało przeprowadzone we współpracy pomiędzy Kliniką Otolaryngologii i Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Pacjent z podejrzeniem dystonii krtaniowej został skierowany z Kliniki Neurologii do pracowni foniatrycznej w Klinice Otolaryngologii w celu wykonania badania wideolaryngostroboskopowego. Badanie potwierdziło dystonię krtaniową (typ przywodzeniowy). Pacjenta zakwalifikowano do leczenia toksyną botulinową. Podano toksynę botulinową typu A do m. tarczowo-nalewkowego obustronnie pod kontrolą USG. W okresie 4 tygodni wykonano kontrolnie badanie wideolaryngostroboskopowe.

**Wyniki i wnioski.** Badanie kontrolne wykazało poprawę funkcji fonacyjnej krtani po zastosowaniu toksyny botulinowej typu A. Współpraca pomiędzy Kliniką Otolaryngologii i Neurologii będzie kontynuowana w celu poszerzenia analizy problemu dystonii krtaniowej, jej leczenia oraz wpływu rehabilitacji logopedycznej na zwiększenie efektywności działania toksyny botulinowej u tych pacjentów.

## Ocena funkcji fonacyjnej i oddechowej krtani u pacjentów z obrzękami Reinkego leczonych mikrochirurgicznie

The assessment of phonatory and respiratory function of larynx in patients with Reinke's oedema treated microsurgically

KATARZYNA URA-SABAT<sup>1/</sup>, JOANNA MORAWSKA<sup>2/</sup>, WOJCIECH DOMKA<sup>1/</sup>, MARTA GAMROT-WRZOŁ<sup>3/</sup>, BOGUSŁAWA WĘDRYCHOWICZ<sup>4/</sup>, EWA NIEBUDEK-BOGUSZ<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Klinika Otolaryngologii, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

<sup>2/</sup> Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

<sup>3/</sup> Katedra i Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny

<sup>4/</sup> Poradnia foniatryczna, Wojewódzki Zespół Specjalistyczny w Rzeszowie

**Wstęp.** Wśród schorzeń krtani powodujących problemy głosowe oraz zaburzenia oddychania jest obrzęk Reinkego (OR), należący do łagodnych, przerostowych zmian fałdów głosowych (BVFM). W zaawansowanych przypadkach OR dochodzi zarówno do obturacji szpary głosni powodującej zaburzenia funkcji oddechowej oraz współistnienie zaburzeń funkcji fonacyjnej.

**Cel pracy.** Ocena skuteczności leczenia operacyjnego techniką mini-microflap pacjentów z zaawansowanym obrzękiem reinkego w oparciu o parametry funkcji fonacyjnej i wentylacyjnej.

**Materiał i metody.** Ostateczną grupę badaną stanowiło 20 pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl badań w trzech punktach czasowych: 1, 6, 9 miesięcy po zabiegu operacyjnym. Do oceny funkcji fonacyjnej oprócz LWS zastosowano metodę obiektywną: pomiar maksymalnego czasu fonacyjnego (MCF) oraz metody subiektywne: ocenę percepcyjną głosu oraz samoocenę głosu według kwestionariusza niepełnosprawności głosowej VHI oraz według kwestionariusza jakości życia zależnej od głosu VRQOL. Do oceny funkcji wentylacyjnej wykorzystano badanie spirometryczne, oceniając: FVC, FEV1, MEF25, 50,75, PEF, FEF25,50,75.

**Wyniki.** Najbardziej zmienną poprawę zaobserwowano dla większości parametrów spirometrycznych w obserwacji 9 miesięcznej po zabiegu: PEF ( $p < 0,001$ ), FEV1 ( $p = 0,024$ ), MEF25%, MEF75%, FEF25%, FEF75% ( $p < 0,001$ ). Badania wykazały istotną statystycznie poprawę parametru MCF w 1 miesiącu po zabiegu z tendencją wzrostową, utrzymującą się w obserwacji długoterminowej (MCF wzrost o 3,24s w 1 miesiącu po zabiegu, 4,79s po 6 m i 7,88s po 9 m po zabiegu). Analogicznie istotną poprawę zaobserwowano w obserwacji krótko i długoterminowej dla kwestionariusza VHI ( $p_1, p_6, p_9 < 0,001$ ) i VRQOL ( $p_1, p_6, p_9 < 0,001$ ).

**Wnioski.** W wyniku przeprowadzonego zabiegu techniką mini-microflap uzyskano w grupie badanej osób z obrzękami Reinkego poprawę zarówno funkcji wentylacyjnej jak i fonacyjnej.

**Słowa kluczowe:** obrzęk Reinkego, laryngowideostroboskopia, technika mini-microflap, spirometria

## Mechanizmy kompensacji fonacyjnej u chorych z rakiem krtani po chordektomii laserowej CO2

Phonatory compensation in patients with larynx cancer after CO2 laser cordectomy

BOŻENA KOSZYŁA-HOJNA<sup>1/</sup>, JAROSŁAW ŁUCZAJ<sup>2/</sup>, GRETA BERGER<sup>1/</sup>, MACIEJ ZDROJKOWSKI<sup>1/</sup>, EMILIA DUCHNOWSKA<sup>1/</sup>, ANNA ŁOBACZUK-SITNIK<sup>1/</sup>, JOLANTA BISZEWSKA<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2/</sup> Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp. Endoskopowa chordektomia laserowa CO2 jest metodą zalecaną w leczeniu raka krtani o niskim stopniu zaawansowania klinicznego (T1a, T1b, T2N0M0). Typ wykonanej chordektomii zależy od rozległości i lokalizacji nowotworu (I-Va i Vb). Chirurgia laserowa z dojścia endoskopowego zapewnia lepsze warunki fonacyjne w porównaniu z operacjami z dojścia zewnętrznego.

Cel pracy. Ocena fonacyjnych mechanizmów kompensacyjnych po chordektomii laserowej typu III, IV i Va u chorych z rakiem głośni. Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 30 mężczyzn (średnia wieku 61 lat) operowanych w Klinice Otolaryngologii UMB w latach 2010-2018 i diagnozowanych w Zakładzie Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii UMB (Grupa I). Grupę kontrolną (Grupa II) stanowiło 30 mężczyzn (średnia wieku 60 lat) bez zmian patologicznych w krtani. W leczeniu raka głośni stosowano chordektomię III, IV i Va typu. Ocenę pooperacyjną przeprowadzono po 6 miesiącach od zabiegu. W wizualizacji krtani zastosowano technikę HSDI f. R. Wolf.

Wyniki. W I grupie pacjentów, po chordektomii laserowej typu III, najczęstszym sposobem kompensacji fonacyjnej było zwarcie zdrowego fałdu głosowego z blizną pooperacyjną – I typ kompensacji (33%). U chorych operowanych metodą chordektomii typu IV najczęściej rejestrowano I typ kompensacji (17%). W chordektomii laserowej typu Va najczęstszym mechanizmem kompensacji była fonacja fałdami przedścionkowymi – III typ (17%).

Wnioski. W chordektomii laserowej typu III najczęstszym mechanizmem kompensacji fonacyjnej jest typ I. Rak głośni będący wskazaniem do chordektomii IV i V typu prowadzi do hiperfunkcji nadgłośniowej z udziałem fałdów przedścionkowych (II i III typ kompensacji). W chordektomii typu IV obserwuje się najczęściej I i II typ kompensacji fonacyjnej.

## Zastosowanie transtympanalnej elektrokocholeografii i bezpośrednich pomiarów potencjałów słuchowych z nerwu ślimakowego podczas usuwania osłoniaka przedsionkowego

Intraoperative application of transtympanal electrocochleography and direct cochlear nerve potentials in patients with vestibular schwannoma

IZABELA POBOŻNY, MAGDALENA LACHOWSKA, ROBERT BARTOSZEWICZ, KAZIMIERZ NIEMCZYK

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp. Guzy okolicy kąta mostowo-mózdzkowego (CPAT) są nowotworami łagodnymi, które najczęściej rozwijają się z osłonek Schwanna, zazwyczaj z nerwów przedścionkowych (Vestibular Schwannoma, VS). Podczas usuwania VS stosuje się śródope-

racyjne monitorowanie słuchu (IM) w celu jego zachowania na możliwie najlepszym poziomie.

Materiał i metoda. Do pracy włączono 30 pacjentów z potwierdzonym w MRI z kontrastem VS. Pacjentów operowano drogą przez środkowy dół czaszki. IM wykonano z zastosowaniem TT-EcochG i DCNP. Pomiary TT-EcochG prowadzono elektrodami o ułożeniu typowym, z elektrodą mierzącą na promontorium, dla DCNP elektrodę mierzącą ułożono bezpośrednio na część przypniową nerwu ślimakowego. Stymulowano akustycznie trzaskiem (80 dB nHL, 21,17/s, 128-256 uśrednionych próbek) z wykorzystaniem słuchawek ER3 Instert Earphone. Uzyskane wyniki śródoperacyjne porównano z audiometrią tonalną (AT) i audiometrią słowną (AS) przed- i pooperacyjną.

Wyniki. Porównano i oceniono wyniki badań słuchu AT i AS sprzed i po operacji z zapisami odpowiedzi TT-EcochG i DCNP. Wykazano, że pogorszeniu słuchu po operacji towarzyszy obniżenie amplitudy AP o około 2,5 uV, a latencja wydłużyła się średnio o 0,3 ms. Z kolei odpowiedzi DCNP zostały ocenione na podstawie zmiany morfologii zapisów. Poszczególne fazy odpowiedzi DCNP korelują ze zmianami w TT-EcochG oraz AT i AS.

Wnioski. TT-EcochG i DCNP są dobrymi technikami do IM słuchu. Obie metody skutecznie i szybko rejestrują nawet minimalne zmiany w obwodowej części narządu słuchu, głównie w ślimaku, zwoju spiralnym i w nerwie VIII, z możliwością automatycznej aktualizacji danych co 5-6 sek. Połączenie obu technik, tj. TT-EcochG i DCNP, jest najbardziej efektywną strategią IM podczas usuwania VS.

Słowa kluczowe: osłoniak przedsionkowy, guz okolicy kąta mostowo-mózdzkowego, transtympanalna elektrokocholeografia, bezpośrednie pomiary potencjałów słuchowych z nerwu ślimakowego, śródoperacyjne monitorowanie słuchu

## Wykorzystanie śródoperacyjnego monitorowania słuchu podczas dekompresji guza okolicy kąta mostowo-mózdzkowego u pacjentów z neurofibromatozą typu 2

Intraoperative monitoring of hearing during the decompression of the cerebello-pontine-angle tumor in patients with neurofibromatosis type 2

IZABELA POBOŻNY, MAGDALENA LACHOWSKA, ROBERT BARTOSZEWICZ, KAZIMIERZ NIEMCZYK

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp. Neurofibromatoza typu 2 (NF2) wciąż pozostaje wyzwaniem dla chirurga w aspekcie zachowania funkcji nerwu słuchowego, jak i nerwu twarzowego. Jedną z koncepcji chirurgicznego leczenia guza kąta mostowo-mózdzkowego (CPAT) jest odbarczenie przewodu słuchowego wewnętrznego z jednoczesnym śródoperacyjnym monitorowaniem słuchu (IM). W tym przypadku najlepszymi technikami śródoperacyjnych pomiarów są potencjały słuchowe wywołane z pnia mózgu (ABR) oraz transtympanalna elektrokocholeografia (TT-EcochG).

Materiał i metoda. W pracy zaprezentowano 5 przypadków pacjentów z NF2, u których przeprowadzono operację odbarczenia CPAT drogą przez środkowy dół czaszki. Zastosowano IM z tradycyjnie rozmieszczonymi elektrodami do pomiaru TT-EcochG i ABR. Stymulowano akustycznie trzaskiem (80 dB nHL, 21,17/s, 128-256 uśrednionych próbek) z wykorzystaniem słuchawek ER3 Instert Earphone. Śródoperacyjne pomiary TT-EcochG i ABR porównano z audiometrią tonalną (AT) przed- i pooperacyjną.

Wyniki. Przeanalizowano wartości amplitudy i latencji potencjału czynnościowego (AP) oraz latencji fali V w trakcie dekompresji guza oraz porównano ich końcowe pomiary do wyników AT po operacji. U wszystkich pacjentów zachowano funkcje słuchowe,

u dwóch zachowano słuch na bardzo dobry poziomie, a u trzech słuch pogorszył się o około 20-30 dB HL. Wartość amplitudy AP uległa obniżeniu o około 1-1,5 uV, a latencja wydłużeniu o około 0,3 ms. Wartość latencji fali V również uległa wydłużeniu o około 0,2 ms.

Wnioski. Zastosowanie TT-ECoG i ABR podczas odbarczenia przewodu słuchowego wewnętrznego, zajętego przez osłoniaka przedsionkowego u pacjentów z NF2, umożliwia śródoperacyjną kontrolę słuchu podczas operacji, co znacząco podwyższa prawdopodobieństwo zachowania słuchu na poziomie użytecznym społecznie. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów, którzy mają już całkowitą głuchotę w drugim uchu.

Słowa kluczowe: guz okolicy kąta mostowo-mózdzkowego, neurofibromatoza typu 2, transtympanalna elektrokocholeografia, potencjały słuchowe wywołane pnia mózgu, śródoperacyjne monitorowanie słuchu

## Metoda werbo-tonalna w terapii dzieci z uszkodzeniami narządu słuchu

The verbotonal method in the therapy of hearing impairment children

AGNIESZKA DZIEDZIC

Zespół Szkół Specjalnych w Świdnicy

Powstanie systemu SVAG (system audio-wizualno-globalno-strukturalny), którego założenia początkowo dotyczyły procedury nauki języków obcych datuje się na rok 1954, a twórcą był chorwacki fonetyk i lingwista Petar Guberina. Metoda werbo-tonalna jest z jedną z metod wychowania słuchowo-językowego, w której szczególną uwagę zwraca się na stymulację zmysłu słuchu oraz prozodię. Metoda odnosi się do wielospecjalistycznej diagnozy oraz programowania funkcjonalnej terapii. W metodzie werbo-tonalnej suprasegmentalne cechy języka: rytm, intonacja, napięcie, pauza, tempo, kontekst sytuacyjny, gesty, mimika oraz położenie ciała nazywane są wartościami języka mówionego. Stanowią one podstawę w rehabilitacji słuchu i mowy oraz w nauce języków obcych z wykorzystaniem systemu audio-wizualno-globalno-strukturalnego. Zgodnie z założeniami metody, rytmiczne ruchy ciała, pomagają osobom z uszkodzeniami narządu słuchu i zaburzeniami mowy w artykulacji, a także w percepcji dźwięków mowy. Poszczególne dźwięki mowy posiadają swoje charakterystyczne cechy: napięcie, czas trwania, tempo, częstotliwość oraz natężenie.

Wszystkie te właściwości można zaobserwować w dynamice ludzkiego ciała. Petar Guberina uważał, że rytm jest najważniejszą wartością w nabywaniu języka ojczystego i nauce języka obcego, gdyż poprzedza mowę i harmonię ciała, gdyż rytm stanowi podstawę w rozwoju mowy, a z drugiej strony ciało jest najbardziej wrażliwe na niskie częstotliwości, dlatego właśnie rytm jest nośnikiem intonacji i fundamentem w terapii słuchu i mowy. Na podstawie cech dźwięków mowy i funkcji ciała jako nośnika rytmu, w metodzie werbo-tonalnej opracowano rytmiczne ruchy ciała, które imitują ruchy narządów artykulacyjnych, prowokując w ten sposób pojawienie się artykulacji.

## Diagnostic Features of Auditory Function in Patients with Arterial Hypertension

VIKTORIYA LISOTSKAYA, A. MERCULAVA, N. HREBEN, J. EREMENKO

Department of Belarussian Republican Center for Research and Practice in Otolaryngology in Minsk

Białoruski Republikański Naukowy Praktyczny Centrum Otolaryngologii w Mińsku

Introduction. Pure tone audiometry is an insensible method hearing examination patients with Arterial Hypertension (AH). It necessitates the search for new methods for the diagnosis this group of patients.

Aim. To determine the most effective method of diagnostic hearing disorders in patients with AH.

Materials. 20 patients with low-risk primary AH with normal hearing and 20 healthy patients studied at the State Institution The Republican Center for Research and Practice in Otolaryngology, from 2018 to 2019 year.

Results. The study involved an equal man (N=25) and women (N=15) in the middle age at  $38,31 \pm 10$  years (95% CI 18-55 years) were divided into 2 groups: 1 group – patients with AH, 2 group - without AH. Complaints of the AH group were: decrease in speech intelligibility (N=16), difficulty in recognizing speech in polyphony (N=14), tinnitus (N=12), hearing loss (N=3). Tinnitus was observed in patients with decreased diastolic pressure «over deep» by the daily blood pressure monitoring. High-frequency audiometry showed changes in 1/3 of the studied AH group (N=7). The AH group showed significantly lower results at 1-2 kHz by the DPOAE. It was significantly revealed an elongation of the interval III-V with an increase in the amplitude and an increase in the latency of the wave V ( $t \geq 0,93$ ) in the group with AH. Speech intelligibility was  $80 \pm 5\%$  ( $t \geq 0,95$ ), 5% digital dichotic tests in patients of the AH.

Conclusion. AH is a systemic disease that causes damage to the organ of hearing at the central and peripheral level.

## Postępowanie w łagodnych, położeniowych zawrotach głowy w materiale własnym

Management of mild, positional dizziness in own material

MICHAŁ LUBSZCZYK, DARIUSZ POLACZKIEWICZ, ANNA ŁUCZYŃSKA-SOPEL, URSZULA WOJCIECHOWSKA-PAWLIK, MAŁGORZATA DAWISKIBA, L. POLACZKIEWICZ

Oddział Laryngologiczny, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie

Wstęp. Łagodne napadowe położeniowe zawroty głowy są jedną z najczęstszych przyczyn zaburzeń równowagi. Opracowanie manewrów repozycyjnych spowodowało, że jest to obecnie najłatwiejsza w leczeniu przyczyna zawrotów głowy. Test Dix-Hallpike'a wykrywający najczęstszą postać BPPV może wykonać lekarz każdej specjalności, a do jego wykonania wystarcza jedynie kozetka, mimo tego pacjenci często długo czekają na prawidłową diagnozę.

Cel pracy. Określenie czasu do diagnozy, rodzajów wykonywanych konsultacji lekarskich oraz wykonywanych badań dodatkowych i ordynowanego leczenia wśród pacjentów z nowo rozpoznanym BPPV, zanim postawiono prawidłową diagnozę.

Material i metody. Do badania kwalifikowano pacjentów Oddziału Laryngologicznego i Przychodni Poradni Laryngologicznej u których rozpoznano łagodne, napadowe, położeniowe zawroty głowy w okresie 01.2018 - 07.2019. Pacjenci z świeżym rozpoznaniem BPPV proszeni byli o wypełnienie autorskiej ankiety dotyczącej charakteru zgłaszanych dolegliwości i wcześniejszego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W przypadku rozpoznania BPPV proponowano pacjentom odpowiednie leczenie – manewr Epleya lub barbeque-roll.

Wyniki. Do badania zakwalifikowano 41 pacjentów (36 kobiet, 5 mężczyzn). Średni wiek pacjentów wyniósł  $61,76 \pm 17,33$  lat (26-87). Średni czas trwania objawów do diagnozy wyniósł  $47,40 \pm 82,95$  miesięcy, mediana i moda 2 lata (6 osób). Najkrótszy czas do diagnozy kilka godzin, najdłuższy około 40 lat.

W tym czasie 58,54% pacjentów zasięgało w związku z zawrotami głowy porady lekarza rodzinnego, 56,10% – neurologa, 65,85% – laryngologa.

W trakcie diagnostyki pacjenci byli poddawani badaniom dodatkowym: TK głowy 60,98%, RTG kręgosłupa szyjnego 53,66%, MRI głowy 29,27%, UDP tętnic dogłowych 46,34%, VNG 24,39%, audiometrii 31,71%. Czworo pacjentów miało wykonywane

w przeszłości testy położeniowe. 78,05% chorych było hospitalizowanych przynajmniej raz z powodu zawrotów głowy: 29,27% w warunkach SOR, 43,90% na oddziałach laryngologii, 34,15% – neurologii, 14,63% – chorób wewnętrznych, dwoje pacjentów z powodu zawrotów głowy było hospitalizowanych w oddziale chorób zakaźnych z podejrzeniem neuroinfekcji.

Żaden z pacjentów nie był w przeszłości poddawany manewrom repozycyjnym, za to 90,24% otrzymywało różne formy farmakoterapii.

U 92,68% (38/41) chorych rozpoznano BPPV tylnego kanału półkolistego, u 9% (3/34) – BPPV bocznego kanału. U wszystkich chorych po manewrach repozycyjnych uzyskano ujemne próby w testach położeniowych. Całkowite wycofanie się zawrotów głowy uzyskano u 75,61% pacjentów, u 24,39% utrzymywały się zaburzenia równowagi o charakterze dizziness.

Wnioski. Pacjenci z BPPV często długo czekają na prawidłową diagnozę. Wiąże się to z wieloma kosztocionnymi badaniami dodatkowymi, wielokrotnymi konsultacjami lekarskimi, niejednokrotnie jest powodem hospitalizacji. Pacjenci z zawrotami głowy częściej są poddawani badaniom obrazowym niż manewrom diagnostycznym.