

ORL 2018

5.-7. september 2018



**65. KONGRES SLOVENSKEJ SPOLOČNOSTI
PRE OTORINOLARYNGOLÓGIU
A CHIRURGIU HLAVY A KRKU**

PROGRAM

Nemocnica Komárno s.r.o.



MEDLAR s.r.o.



SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
PRE OTORINOLARYNGOLÓGIU
A CHIRURGIU HLAVY A KRKU

Vážené kolegyně a kolegovia, milí priatelia.

Veľmi ma teší, že Vás môžem pozvať na 65. národný kongres Slovenskej spoločnosti pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku, ktorý sa bude konať na Kúpalisku v Patinciach, najjužnejšej obci Slovenska v oblasti s najdlhším slnečným svitom a najvyššími teplotami nameranými na území našej republiky, ktorá sa nachádza asi 15 km od Komárna.

Dúfam že popri zaujímavom odbornom programe vyskúšate miestne špeciality, poprechádzate sa pri našej najväčšej rieke Dunaj a vyskúšate bazény a wellness priamo na mieste kongresu.

Tešíme sa na stretnutie !

MUDr.Ladislav Baráth
predseda organizačného výboru

Organizátori podujatia

MEDLAR s.r.o

Nemocnica Komárno s.r.o.

Slovenská spoločnosť pre ORL a chirurgiu hlavy a krku

Sponzori



Čestný predseda

Mgr.Miroslav Jaška , riaditeľ, Nemocnica Komárno

Organizačný výbor

Predseda

MUDr.Ladislav Baráth

Členovia

MUDr.Margita Mezeyová

Mgr. Helena Nagyová

Katarína Múčková

a kolektív Jednodňovej chirurgie Nemocnice Komárno s.r.o.

mail : info@orl2018.sk mobil :+421 948 510 912

Programový výbor

doc.MUDr.Pavel Doležal CSc. mim.prof. , predseda SSO

MUDr.Ladislav Baráth

Sekretariát kongresu

Štefánia Horváthová

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku UNB

851 07 Bratislava 5, Slovenská republika

mail : horvathovas@pe.unb.sk

tel : +421 2 635 315 41 - 2

Vystavovatelia



Termín konania

5.-7.september 2018

Miesto konania

Wellness Hotel Patince****
Patince 431, 946 39 Patince

Informácie k odbornému programu

Okrúhly stôl / panel - určené témy
Prednáška - čas 8 minút + 2 minúty diskusia

Rokovací jazyk

slovenský, český,anglický

Audiovizuálna technika

Dataprojekcia : MS Powerpoint Videoprojekcia : WMW, AVI

Registrácia

Streda 5.9.2018	15:30 -18:00
Štvrtok 6.9.2018	7:30 - 12:00
Piatok 7.9.2018	8:00 - 10:00

Registračné poplatky

termín	člen SSO	nečlen SSO
do 30.6.2018	60 €	90 €
do 20.8.2018	80 €	110 €
na mieste	110 €	140 €

Ostatné poplatky

Spoločenský večer 6.9.2018	30€
Obed 6.9.2018	7 €
Obed 7.9.2018	7 €

Objednávanie prebieha výhradne elektronicky. Objednanie na mieste nebude možné.

Registračný poplatok zahŕňa

Účasť na otvorení kongresu 5.9.2018
Účasť na odbornom programe 6.9.-7.9.2018
Občerstvenie v prestávkach
Kongresové materiály

Ubytovanie

Každý účastník si zabezpečuje ubytovanie samostatne.
Ubytovanie je možné priamo v mieste konania alebo v okolitých ubytovacích zariadeniach areálu Patince Kúpele.
S požiadavkou na ubytovanie sa doporučujeme obrátiť na zástupcu zmluvného partnera, ktorý Vám zabezpečí ubytovanie podľa Vášho výberu :

Zuzana Bogdányiová

Sales & Conference Manager

WELLNESS s.r.o.

Patince 431, 946 39 Patince

mail : kongresy@wellnesspatince.sk

mobil : +421 918 809 046

Kredity

Štvrtok 6.9.2018	7 kreditov
Piatok 7.9.2018	4 kredity

Program

Streda 5.9.2018	
Zasadnutie výboru SSO a predsedov sekcií	16:30
Slávnostné otvorenie kongresu, Raut Hotel Wellness Patince	19:00

Štvrtok 6.9.2018	
Otológia 1	8:00 - 9:00
Panel č. 1	9:00 – 10:30
Prestávka	10:30 – 11:00
Panel č.2	11:00 – 12:30
Obed	12:30 - 13:30
Laryngológia	13:30 – 15:00
Prestávka	15:00 - 15:30
Onkológia	15:30 - 17:00
Členská schôdza SSO	17:00 - 18:00
Spoločenský večer Hotel Wellness Patince	20:00 - 24:00

Program

Piatok 7.9.2018	
Otológia 2	8:00 - 9:00
Panel č.3	9:00 – 10:30
Prestávka	10:30 - 11:00
Panel č.4	11:00 - 12:30
Ukončenie	12:30
Obed	

Odborný program

Štvrtok 06.09.2018

Otológia 1 8:00 – 9:00

Predsedajúci: Varga L., Pavlovčinová, G.

1. Varga L., Kabátová Z., Profant M.: Jednostranná hluchota – súčasné možnosti riešenia
2. Špilárová D.: Hyperbarická oxygenácia v liečbe náhleji idiopatickej poruchy sluchu - prečo áno?
3. Slobodová Z., Varga L., Mašindová I., Daniš D., Demešová L., Langová L., Milan Profant M., Gašperíková D.: Geneticky podmienené poruchy sluchu.
4. Pavlovčinová G., Štefanička P., Jakubíková J.: Branchio-oto-renálny syndróm – kazuistiky.
5. Demešová L., Daniš D., Škopková M., Mašindová I., Slobodová Z., Profant M., Gašperíková D., Varga L.: Z ambulancie k ľudskému genómu: budúcnosť či realita v ORL?

Panel č.1. Tympanoplastiky 9:00 - 10:30

Moderátor: Prof. MUDr. Juraj Klačanský, CSc.

Členovia panelu: Prof. Dr. Bauer, M. (Pécs, Maďarsko), MUDr. Lukáš Otruba, (Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN Královské Vinohrady, Praha) MUDr. Marian Sičák, PhD. (Klinika Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, ÚVN a SZU Ružomberok), MUDr. Samuel Kunzo (ORL klinika LFUK a ÚDCH, Bratislava), RNDr., MUDr. Lukáš Varga, PhD., (Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB, Bratislava)

1. Klačanský J.: Tympanoplastiky - história a súčasnosť
2. Klačanský J.: Ionomerný cement v chirurgii ucha
3. Bauer M.: Bonding a short columella to the footplate with ionomer cement
4. Otruba L.: Tympanoplastiky- how i do it
5. Varga L.: Materiály používané pri tympanoplastikách
6. Sičák M.: Tympanoplastiky pri cholesteatóme v detskom veku
7. Kunzo S.: Kongenitálny cholesteatóm- kazuistiky

Prestávka 10:30-11:00**Panel č. 2. Aktívne stredoušné implantáty. 11:00 - 12:30**

Moderátor: Prof. MUDr. Milan Profant, Csc.

Členovia panelu: MUDr. Silvia Krempaská, PhD., MPH, (Klinika Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Košice) Doc. MUDr. Zuzana Kabátová, CSc., RNDr., MUDr. Lukáš Varga, PhD., (Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB, Bratislava) Marian Sičák, (Klinika Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, ÚVN a SZU Ružomberok).

1. Profant M.: Úvod do problematiky
2. Kabátová Z.: Implantáty kre kostné vedenie zvuku pri zmiešanej poruche sluchu, aká je hranica prahu kostného vedenia
3. Krempaská S.: Implantáty pre kostné vedenie zvuku pri jednostrannej hluchote
4. Sičák M.: Optimálne riešenie jednostrannej a obojstrannej ušnej atrézie
5. Varga L.: Aktívny stredoušný implantát pri perceptivej poruche sluchu
6. Profant M.: Aktívny stredoušný implantát pri prevodovej a zmiešanej poruche sluchu
7. Diskusia

Obed 12:30-13:30**Laryngológia 13:30 – 15:00**

Predsedajúci: Šebová, I., Doležal, P.

1. Hadvabová, S.: Imunomodulácia v prevencii infekcií dýchacích ciest. (prednáška s podporou firmy Benela)
2. Sopko, J.: O ľudskom kriku a jeho klinickom význame
3. Šebová, I., Paouris, D., Kunzo, S., Niková, N.: Riešenie laryngomalácie u novorodencov a malých detí.
4. Doláková V., Varga B., Veme I.: Pooperačná obojstranná paréza NLR – ako ďalej?
5. Klasová, S.: Medializácia hlasivky.
6. Pniak, T., Mráz, S., Švec, M.: Orbitocelulitída ako komplikácia akútnej dakryocystitídy.
7. Tedla, M.: Nové prístupy v liečbe infekčných ochorení HDC.

Prestávka 15:00 - 15:30**Onkológia 15:30 - 17:00**

Predsedajúci: Štefanička, P., Baráth, L.

1. Štefanička P., Gnojčáková N., Kurinec F., Profant M.: Incidencia a klinické indikátory cystických metastáz skvamocelulárneho karcinómu v laterálnych krčných cystách
2. Homolová Z.: Keď to pacient nevzdá..
3. Adzimová S.: Rehabilitácia porúch prehĺtania (dysfágie) zlepšuje kvalitu života pacientov s rakovinou hlavy a krku
4. Adzimová S.: Modifikácia diéty pri terapii porúch prehĺtania (dysfágie) – štandardizovaná dysfagiologická diéta IDDSI.
5. Tedla M.: Chirurgické výkony v liečbe dysfágie.
6. Wzošová A., Tedla M.: Možnosti sekundárnej prevencie rakoviny hlavy a krku na Slovensku
7. Mardžej J.: Spindle cell hemangióm - raritný tumor krku.
8. Adásková M., Sičák M.: Schwannóm trojklaného nervu – kazuistika

Členská schôdza SSO 17:00- 18:00

Piatok 07.09.2018**Otológia 2 8:00 - 9:00**

Predsedajúci: Veme, I., Kabátová, Z.

1. Veme I.: *Stapedoplastika- ako to robím ja.*
2. Otruba L., Hornáčková Z. : *Second Look - Zbytečná operace ?*
3. Večeňa, J.: *Endoskopická Butterfly myringoplastika.*
4. Šebová I., Paouris D., Kunzo S.: *Význam tubomanometrie pri diagnostike príchodnosti sluchovej trubice.*
5. Cseksová, I.: *Epizodické vertigo- diferenciálna diagnostika a liečba.*

Panel č.3 Výživa onkologického pacienta 9:00- 10:30

Moderátorka: MUDr. Katarína Obtulovičová, PhD.,

Členovia panelu: MUDr. Juraj Krivuš, (prezident Slovenskej spoločnosti pre parenterálnu a enterálnu výživu, primár metabolickej jednotky I.internej kliniky MFN, Martin) MUDr. Viktor Maňásek, (predseda Pracovnej skupiny nutričnej starostlivosti v onkológii pri Českej onkologickej spoločnosti, primár Komplexného onkologického centra nemocnice v Novom Jičíne) MUDr. Jarolím Šutka, (člen dozornej rady Onkologickej sekcie Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti, Gastroenterologická ambulancia, Bratislava) doc. MUDr. Miroslav Tedla, PhD. , MPH, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB Bratislava, Mgr. Žofia Frajková, klinický logopéd. MUDr. Katarína Obtulovičová, Ph.D., Mgr. Silvia Adzimová (Klinika Otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku, ÚVN a SZU Ružomberok),

1. Krivuš J. : *Súčasná možnosti nutričnej terapie v SR*
2. Maňásek V. : *Dôležitosť perioperačnej nutričnej terapie u onkologického pacienta. Organizácia nutričnej terapie v ČR - štandardy .*
3. Šutka J. : *Legislatívny stav preskripcie enterálnej výživy v SR - praktické aspekty*
4. Tedla M., Frajková Ž. : *Dysfágia u pacienta s rakovinou hlavy a krku, diagnostika a liečba.*
5. Obtulovičová K., Adzimová S. : *Nutričný manažment onkologického pacienta na Klinike ORL a chirurgie hlavy a krku ÚVN a FN v Ružomberku - 1 ročné skúsenosti s perioperačnou klinicky definovanou výživou.*

Prestávka 10:30 – 11:00**Panel č. 4 Rehabilitácia hlasu, čuchu a dýchania u pacientov po LE. 11:00 – 12:30**

Moderátorka: MUDr. Irina Šebová, PhD., MPH,

Členovia panelu: MUDr. Marián Lakata, (Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, ÚVN Ružomberok), MUDr. Ján Korch, (ORL klinika FN Nitra), MUDr. Peter Feciskanin, ORL oddelenie VOÚ Košice), MUDr. Slavomír Straka, (Oddelenie ORL a chirurgie hlavy a krku, FNŠP J.A.Reimana, Prešov), MUDr. Patrik Štefanička, PhD., (Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB, Bratislava)

1. Lakata M. : *Možnosti hlasovej RHB pacienta po odstránení hrtana*
2. Korch J. : *Primárna inzercia ventilovej protézy a pravidlá faryngeálnej funkčnej chirurgie počas LE*
3. Feciskanin P. : *Sekundárna inzercia ventilovej protézy na hlasovú RHB pacienta po LE*
4. Straka S. : *Kritériá výberu ventilovej protézy a postup pri jej výmene, starostlivosť o protézu, možné komplikácie*
5. Štefanička P. : *Riešenie komplikácií súvisiacich s TE shuntom*
6. Šebová I. : *RHB dýchania a čuchu v rámci systému PROVOX*
7. *Diskusia*

Ukončenie kongresu 12 :30

Obed

Jednostranná hluchota – súčasné možnosti riešenia

Varga L., Kabátová Z., Profant M.

Jednostranná hluchota pri neporušenom, resp. zachovanom sluchu na kontralaterálnom uchu, podobne ako jednostranná atrézia vonkajšieho zvukovodu, neboli v minulosti považované za závažný hendikep a riešené boli iba konzervatívne, ak vôbec. V súčasnosti, keď už nestojí otázka, či pacient počuje, ale ako pacient počuje a aká je kvalita jeho života, sa výskum stále podrobnejšie zameriava aj na rôzne aspekty pri jednostrannej hluchote. Jednostranná sluchová deprivácia vedie k psychosociálnym následkom kvôli strate binaurálneho a priestorového počutia, sťaženej koncentrácii a zvýšenej únavy. K ďalším faktorom, ktoré majú vplyv na celkový stav pacienta, patria prítomnosť chronického tinitu, prípadne vestibulárnych symptómov. Patologické zmeny na úrovni centrálnej časti sluchovej dráhy sa líšia podľa veku, v ktorom jednostranná hluchota vznikne. Od toho sa odvíja i výber vhodného spôsobu rehabilitácie sluchu a jeho výsledky. Možné riešenie pri jednostrannej hluchote u dospelých, resp. postlingválne ohluchnutých predstavuje CROS (prípadne BiCROS) stimulácia pomocou načúvacích prístrojov, implantát pre kostné vedenie zvuku alebo kochleárny implantát. Výhody binaurálneho počutia a redukcie tinitu na strane nepočujúceho ucha však možno dosiahnuť iba pomocou kochleárneho implantátu. S pacientom je potrebné konzultovať všetky terapeutické možnosti, ich prednosti a nedostatky. Rozdielna situácia je u detí s kongenitálnou jednostrannou hluchotou, u ktorých je vývinový proces navyše sprevádzaný reorganizáciou sluchovej kôry, s jej abnormálnou lateralizáciou a obsadzovaním inými kôrovými oblasťami. Preferencia jediného počujúceho ucha sa fixuje medzi 3.-4. rokom života, čo sťažuje neskoršiu intervenciu. Takéto deti vykazujú oneskorenie sluchových a rečových schopností, nižšiu výkonnosť v škole. CROS stimulácia v tomto prípade neumožňuje správny vývoj a dozrievanie sluchovej dráhy, preto včasná kochleárna implantácia je plne indikovaný spôsob rehabilitácie sluchu, ktorým možno dosiahnuť optimálne funkčné výsledky. Práca podporená grantmi APVV 15-0067 a VEGA 1/0214/16.

Hyperbarická oxygenácia v liečbe náhleji idiopatickej poruchy sluchu - prečo áno?

Špilárová D.

Prezentujeme 3 kazuistiky pacientov s náhlou idiopatickou poruchou sluchu primárne liečenou infúznou kortikoidnou a vazoaktívnou liečbou bez efektu. Následne u nás zahájená hyperbarická oxygenoterapia a po prvých sedeniach došlo k zlepšeniu sluchu.

Geneticky podmienené poruchy sluchu

Slobodová Z., Varga L., Mašindová I., Daniš D., Demešová L., Langová L., Profant M. Úvod: Približne 466 miliónov ľudí (z toho 34 miliónov detí) na celom svete má poruchu sluchu (PS), ktorá môže byť prevodová, senzorieurálna alebo zmiešaná. Polovicu prípadov senzorieurálnej poruchy sluchu (SNHL) tvorí genetika, ktorá spôsobuje syndrómové (30 %) alebo nesyndrómové (70 %) formy PS. Nesyndrómové SNHL najčastejšie zapríčiňujú mutácie v géne GJB2. Avšak poznáme až okolo 100 génov asociovaných s PS, v ktorých sa mutácie vyskytujú zriedkavo. Cieľom práce bolo a) analyzovať gén GJB2 a GJB6 u pacientov s obojstrannou nesyndrómovou SNHL, b) porovnať vzťah veku nástupu poruchy sluchu ku genetickej etiológii poruchy sluchu (prítomnosť mutácií v géne GJB2) a c) identifikovať genetické príčiny u pacientov s familiárnym výskytom poruchy sluchu pomocou celoexómového sekvenovania (WES). Pacienti a metódy: Súbor pacientov tvorilo 1231 jedincov (z toho 945 nepočujúcich z 814 nepríbuzných rodín). Sekvenovanie podľa Sangera sme použili na analýzu mutácií v géne GJB2 u všetkých nepočujúcich jedincov a metódu multiplexnej PCR na detegovanie dvoch najčastejšie sa vyskytujúcich delécií (delD30S1830 a delD30S1854) v géne GJB6. Z GJB2 a GJB6 negatívnych pacientov sme ďalej vybrali a charakterizovali jedincov s familiárnym typom dedičnosti na analýzu všetkých doteraz známych génov alebo identifikovanie neznámych génov spájaných so stratou sluchu pomocou WES. Výsledky: a) V géne GJB2 sme odhalili genetickú príčinu PS u 273 jedincov. Najčastejšia mutácia u kaukazoidného etnika bola c.35delG a u rómskeho etnika c.71G>A. Deléciu delD30S1830 v géne GJB6 sme našli u jedného pacienta. b) Z hľadiska veku nástupu poruchy sluchu sa mutácie v géne GJB2 vyskytovali najčastejšie u pacientov s prelingválnou PS (79 %), avšak iba u 2% u pacientov s postlingválnou PS. c) Na celoexómové sekvenovanie sme vybrali 33 nepríbuzných jedincov (26 kaukazoidného a 7 rómskeho etnika). Pomocou tejto metódy sme detegovali patogénne varianty v génoch TECTA, OTOG, ILDR1, MYO6, TMC1, LOXHD1, EYA4, COCH a TMPRSS3 u 13 probandov kaukazoidného etnika. Zá-

ver: Genetickú etiológiu nesyndrómovej SNHL na podklade mutácií v génoch GJB2 a GJB6 sme potvrdili u 29 % pacientov v našom súbore. U pacientov s mutáciami v géne GJB2 sa vyskytuje prelingválna porucha sluchu častejšie (79 %) ako u GJB2 negatívnych pacientov (49 %). Analýza génu GJB2 je zatiaľ metódou prvej voľby u pacientov s prelingválnou sensorineurálnou poruchou sluchu. Pomocou celoexómového sekvenovania sme detegovali genetickú etiológiu poruchy sluchu u ďalších 50 % jedincov kaukazoidného pôvodu, avšak u žiadneho jedinca rómskeho pôvodu. WES u kaukazoidného etnika dramaticky zvyšuje detekciu patogénnych mutácií v známych génoch asociovaných s poruchou sluchu. **Kľúčové slová:** nesyndrómová sensorineurálna porucha sluchu, GJB2, GJB6, celoexómové sekvenovanie

Branchio-oto-renálny syndróm – kazuistiky.

Pavlovčinová G., Štefanička P., Jakubíková J

Úvod: Branchio-oto-renálny (BOR) syndróm je autozomálne dominantná dedičná porucha, prejavujúca sa anomáliami branchiálneho systému, poškodením sluchu a obličiek, s veľkou fenotypovou variabilitou. Cieľom práce je prezentovať kazuistiky pacientov. Materiál a metodika: Retrospektívne sme analyzovali pacientov s BOR syndrómom. V prvej kazuistike retrospektívne hodnotíme päť generácií rodiny s BOR syndrómom. V druhej a tretej kazuistike sa zaoberáme detskými pacientami, bez predchádzajúcej rodinnej anamnézy BOR syndrómu. Výsledky: V prvom prípade v piatich sledovaných generáciách sme zaznamenali veľkú fenotypovú variabilitu BOR syndrómu, s výskytom kombinovaných alebo samostatných branchiálnych anomálií, malformácií ucha, či obličiek. V druhej kazuistike sme sledovali a liečili pacienta s poruchou sluchu, malformáciami stredného a vnútorného ucha, preaurikulárnymi a laterálnymi krčnými fistulami a agenézou obličiek. V tretej kazuistike opisujeme dievča s obojstrannou prevodovou poruchou sluchu, obojstrannými preaurikulárnymi fistulami, laterálnou krčnou fistulou vpravo, stenóou ductus lacrimalis a hypopláziou ľavej obličky. Záver: Pri výskyte anomálií branchiálneho aparátu je u detí potrebné myslieť na BOR syndróm a každé takéto dieťa odporučiť na včasné vyšetrenie sluchu a nefrologické vyšetrenie.

Z ambulancie k ľudskému genómu: budúcnosť či realita v ORL?

Demešová L., Daniš D., Škopková M., Mašindová I., Slobodová Z., Profant M., Gašperíková D., Varga L.

Úvod: Molekulárno-genetický výskum v posledných rokoch podstatne prispel k odhaleniu patomechanizmov a kauzálnych faktorov mnohých chorôb. Vo viacerých prípadoch načrtol i nové možnosti v terapeutickom manažmente. Napriek významnému pokroku sú tieto zmeny z pohľadu bežnej ambulantnej praxe otorinolaryngológa stále vnímané iba okrajovo, s istou dávkou nedôvery k súčasnosti a skepticizmu do budúcnosti. Cieľom nášho príspevku je demonštrácia aktuálnych princípov a možností komplexnej molekulárno-genetickej diagnostiky na príklade ambulantnej kazuistiky. Pacienti a metódy: 44-ročná pacientka vyšetrená na všeobecnej ambulancii Kliniky ORL a chirurgie hlavy krku LFUK a UNB pre dlhodobý zhoršený sluch, občasný tinnitus a tlaky v ušiach. Z matkinej strany niekoľkí príbuzní nosia načúvacie prístroje. U pacientky sme realizovali štandardné audiologické vyšetrenia a odobrali krv na rutinnú DNA diagnostiku (gén GJB2) v rámci pátrania po hereditárnej príčine sensorineurálnej poruchy sluchu. Výsledky: DNA analýza génu GJB2 nepomohla stanoviť presnú etiológiu poruchy sluchu. Preto sme pristúpili ku komplexnej molekulárno-genetickej analýze celoexómovým sekvenovaním. Pri overovaní zistených kandidátnych variantov pomocou Sangerovho sekvenovania a kosegregačnej analýzy sme identifikovali doteraz neznámy missense variant c.804G>C v géne EYA4 s autozómovo dominantným typom dedičnosti, nachádzajúci sa na poslednej bázovej pozícii exónu 10 uvedeného génu. Hoci in silicopredikčné modely predpovedali pravdepodobne patogénny charakter variantu, na potvrdenie patogenicity bolo potrebné vykonať funkčnú štúdiu pomocou mini-gene assay s využitím lipofekcie plazmidov nesúcich testovanú mutáciu do HeLa buniek. Následná extrakcia RNA a jej reverzný prepis na cDNA ukázali absenciu exónu 10 v géne EYA4v kultúre HeLa buniek s detegovanou mutáciou. Vzhľadom na skutočnosť, že niektoré mutácie génu EYA4 môžu zapríčiniť okrem poruchy sluchu aj vznik dilatáčnej kardiomyopatie, potvrdení nositelia mutácie absolvovali kardiologický skrining. K predikcii vývoja poruchy sluchu v predmetnej rodine sme skonštruovali ARTA (age-related typical audiogram). Záver: Moderné diagnostické metódy na molekulárno-genetickej úrovni prispievajú k presnej identifikácii nových príčin porúch sluchu a iných ochorení v ORL oblasti a prinášajú nový pohľad na tieto diagnózy. Umožňujú tiež včasnú detekciu asociovaných chorôb, ktoré by za iných okolností neboli kauzálne spájané s primárnou diagnózou a boli by odhalené až po ich kli-

nickej manifestácii (kardiologické, neurologické, metabolické poruchy). Neskorší nástup a progresívny charakter viacerých autozómovo dominantne dedičných porúch sluchu vytvárajú priaznivé terapeutické okno na ďalší vývoj kauzálnej liečby. S podporou grantov APVV 15-0067, VEGA 1/0214/16. Kľúčové slová: porucha sluchu, autozomálne dominantná dedičnosť, gén EYA4

Laryngológia

O ľudskom kriku a jeho význame v klinickej praxi

Sopko J.

Ľudský krik je jedným z mála fyziologických a patofyziologických fenoménov, ktoré sú v lekárskech učebniciach a v odbornej literatúre sotva uvedené a zohľadnené. Krik novonarodeniatka pri pôrode je pri tom práve tým prvým životným prejavom a síce špecificky ľudským. Zvieratka pri narodení nekričia, ale zostávajú v tichosti. V prípade, keď u novonarodeného ľudského individua chýba prvý krik - jedná sa o vážny, života nebezpečný stav - pri modrej, alebo bielej asfyxii. Zriedkavo sa vyskytuje u novonarodených obojstranná obrna zratného nervu. Okamžitá intubácia a tracheotómia sú nevyhnutné. Cri-du-chat-syndróm, syndróm mačacieho kriku (CDC - Syndrom, Lejeune - Syndrom (1962)) je charakterizovaný nápadnou podobnosťou zvukových výrazov u novonarodených a u mačiek - práve podľa tejto nápadnej podobnosti bol syndróm pomenovaný. Sonografická analýza je v oboch prípadoch skoro identická. Pri tomto syndróme sa jedná o chromozomálnu poruchu na chromozome 5. Syndróm je spojený s viacerými príznakmi, ako hlboko nasadzujúce ušné boltce, hypertelorizmus a i. Eficientná liečba síce nie je možná, ale fyzioterapia, logopédia a iné rehabilitačné metódy umožňujú aspoň čiastočné zaradenie postihnutých do spoločnosti. Podobne sú terapeutické snahy omedzené aj u Tourette-syndrómu, ktorý sa hlasove prejavuje neočakávanými výkrikmi - spojenými s neočakávanými pohybmi končatín, hlavy i celého tela - tzv. tik - motoricko-vokálny tik. Príčina spočíva v extrapyramidálnej poruche a je zaradená ako ochorenie centrálného nervového systému. Hlasové uzlíčky sa u novonarodených nevyskytujú, hoci títo dosahujú pri svojich prejavoch značné intenzity i frekvenčné výšky až do piskotu. Novonarodenci a dočatá sa hrajú zo svojim hlasovým orgánom tak, ako aj celkovo pohybujú svojimi končatinami i celým telom. Hlasové uzlíčky sa začínajú u detí tvoriť až vtedy, keď sa k hlasovému kriku pridružia agresie - malé boje s kamarátmi,

súrodencami atď. To je práve vo veku, keď deti nastupujú do škôlky. To je aj vek, v ktorom sa často vyskytujú infekcie horných dýchacích ciest, následkom hyperplázie tonzíl a adenoidov. Tkanivo hlasiviek je pri tom edematózne presiaknuté a tým aj menej odolné pre mechanické zaťaženie pri kriku. Laryngostroboskopický obraz je charakterizovaný obojstranným, spravidla symetrickým, vretenovitým zhrubnutím celej pars membranacea hlasiviek. Pri liečbe patrí zásada: noli me tangere! - to znamená nedotýkať sa chirurgicky. Liečba je doménou logopédie zo zohľadnením nielen hlasovej hygieny, ale aj celého spoločenského prostredia. Lekársku kontrolu prevádza otorinolaryngológ.

Krik u dospelého sa najčastejšie prejavuje pri športových výkonoch spojených so silovým napätím, ďalej u hercov na javisku, ale aj pri citových prejavoch. Laryngoskopicky pozorujeme pri kriku jednak maximálne, tvrdé mechanické nárazy hlasiviek, jednak maximálne zúženie celého aditus laryngis, až po supraglotický dotyk nadhlasivkových rias. Niekedy dochádza k subepiteliálnemu krvácaniu v oblasti hlasiviek, z ktorého sa neskôr môže vyvinúť hemoragický polyp. Pri chronickom prekričovaní sa môže vyvinúť Reinkeho-edém. Pri lekárskej ohodnotení hlasu - konkrétne Reinkeho edému - musíme ale zohľadniť aj umelecké momenty. Chrapitý, drsný hlas patrí ku tej - ktorej osobnosti herca na javisku. Operačným odstránením podľa laryngoskopických pravidiel by sme mohli umelca pripraviť práve o jeho charakteristickú špecifitu (príklad: Louis Armstrong, Edith Piaf a.i.). V tvorivom umení je snáď najznámejší obraz: Krik, ktorý namaloval Edward Munch (1893). Antické súsošie Laokoóna - fascinovalo umelcov a filozofov celé stáročia - viedli sa diskutie, či trójsky kňaz vo svojom boji s hadmi vydáva zo seba posledný krik, alebo posledný dych. Nech to je už akokoľvek, návštevníkovi Ríma sa oplatí pobudnúť pred týmto geniálnym dielom vo Vatikánskom múzeu. Zlyhanie kriku sa môže prihodiť pri silnom duševnom šoku. Pacientka, ktorá chcela kričať o pomoc pre svojho manžela visiaceho nad riekou počas túry s bicyklom zlyhal hlas a krik - onemela. Viaceré intrachordálne injekcie priniesli normalizáciu hlasu. Krik ako terapeutická metóda pri obrne hlasivky. Týmto manévrom mobilizujeme krikoaarytenoidný kĺb. Cieľom je predísť artróze kĺbu ex inactivitate. Pri tomto manévri necháme pacienta zdvihnúť zápäté ruky do výšky prs a vyzveme ho, aby hodil ruky k telu dole, pričom sa aj on nahne dopredu a vyrazí zo seba hö. Toto cvičenie opakujeme sedemkrát za sebou. Teoretický výklad je ilustrovaný video-ukázkami. Zohľadnenie fyziológie a patofyziológie kriku môže mať význam pre našu každodennú praktickú činnosť v orl-praxi.

Riešenie laryngomalácie u novorodencov a malých detí.

Šebová, I., Paouris, D., Kunzo, S., Niková, N.

Úvod : Laryngomalácia (ďalej LM) je najčastejšou vrodenu vývojovou chybou hrtana (60%) u novorodencov a malých detí pred parézou hlasiviek (15-20%), subglottickoustenózou (10-15%), blanami a atréziami hrtana (5%), subglotickýmhemangiómom (1,5-3%), sakulárnou cystou a laryngokélou (2%) a rásztepami a priedušnice (0,5% -1,5%). Je najčastejšou príčinou stridoru v tomto veku, ktorý sa zhoršuje pri plači, príjme potravy alebo supinácii dieťaťa. Postihuje supraglotické štruktúry hrtana, ktoré pri inšpirii kolabujú do hrtanového vchodu. Materiál a metóda : Vyhodnotili sme retrospektívne zdravotnú dokumentáciu pacientov vyšetrených na Detskej otorinolaryngologickej klinike LF UK a NÚDCH v Bratislave laryngofibroskopicky kvôli stridoru v rokoch 2012-2016. V tomto období sme vykonali 943 flexibilných endoskopií hrtana, pričom diagnózu laryngomalácie sme stanovili u 479 pacientov. U týchto pacientov sme zisťovali vek, pohlavie, typ LM, závažnosť symptómov, liečbu, typ výkonu a pooperačné komplikácie. Výsledky : V súbore bolo 66% chlapcov a 34% dievčat, pričom priemerný vek detí bol v čase stanovenia diagnózy 13,4 týždňa. Z uvedeného počtu malo LM I. typu 85% pacientov, LM II. typu 12% pacientov a LM III. typu 3% pacientov. Chirurgická liečba v zmysle supraglotoplastiky bola pre závažnosť príznakov indikovaná u 10 pacientov, z toho bolo 80% chlapcov a 20% dievčat. U všetkých operovaných pacientov sa jednalo o LM II. typu. Ostatní pacienti boli dispenzarizovaní a sledovaní do úpravy stavu. Pooperačné komplikácie v zmysle desaturácie sa vyskytli u 27% pacientov, ostatní sa zhojili bez komplikácií. K úplnému vymiznutiu symptómov po operácii došlo u 60% pacientov, u 30% pacientov sa stav neupravil a u 10% nám chýbajú relevantné dáta. Diskusia: V literatúre sa uvádza nástup príznakov LM približne 2-4 týždne po pôrode, pomer mužského a ženského pohlavia je zvyčajne 2:1, ich progresia okolo 6-8 mesiacov veku dieťaťa a ústup do 12-24 mesiacov veku dieťaťa. 80% LM je asociovaných s prítomnosťou gastro-ezofageálneho refluxu. V rámci diagnostiky je mimoriadne dôležité vyhľadať všetky príčiny, ktoré vedú k stridoróznemu dýchaniu dieťaťa. Približne u 80% pacientov sa potvrdí mierne až stredne ťažká forma LM (stratégia „wait and see“), u 15% ťažká forma LM (potrebná supraglotoplastika) a u 1-3% veľmi ťažká forma LM (indikovaná tracheotómia). U ťažkých a veľmi ťažkých foriem LM je v popredí príznakov ťažký stridor, ťažkosti s kŕmením, obštrukčné apnoe a výrazné suprasternálne a interkostálne zaťahovanie priestorov. Včasný riešenie je prevenciou pozdných dôsledkov neriešenej obštrukcie v podobe deformít hrudníka, pľúcnej hypertenzie a corpulmonale. Zá-

ver : V rámci nášho súboru budeme pokračovať v analýze dát. V súčasnosti môžeme konštatovať, že u žiadneho pacienta v uvedenom období nebolo potrebné vykonať zaistovacia tracheotómia a počet detí indikovaných na chirurgickú liečbu bol nižší v porovnaní s literatúrou. V prostredí NÚDCH v Bratislave máme možnosť veľmi dobrej interdisciplinárnej spolupráce pri zisťovaní príčin stridoru u novorodencov a malých detí a rovnako na ich liečbu (pediater, neurológ, kardiochirurg, rádiológ, ORL lekár).

Pooperačná obojstranná paréza NLR – ako ďalej?

Doláková V., Varga B., Veme I.

Vzhľadom k rozvoju tyreochirurgie a nárastu počtu operovaných pacientov na našom pracovisku došlo samozrejme aj k vzniku pooperačných komplikácií, v zmysle jednostrannej, ale aj závažnejšej obojstrannej parézy NLR-nervus laryngeus recurrens. V prípade jednostrannej parézy pacient trpí fonačnou poruchou, no v prípade obojstrannej parézy je ohrozený respiračnou poruchou. V prednáške prezentujeme kazuistiky 2 pacientiek s prechodnou obojstrannou parézou NLR, s odlišným terapeutickým postupom, ale s rovnakým dlhodobým funkčným výsledkom. Súčasne prezentujeme vlastné výsledky a počty paréz NLR za obdobie 2002-2018 a literárny prehľad možnosti liečby pooperačnej parézy NLR.

Endoskopická augmentačná medializácia hlasivky na klinike ORL a chirurgii hlavy a krku ÚVN FN Ružomberok

Klasová S., Sičák M.

Endoskopická augmentačná medializácia hlasivky je chirurgická metóda používaná pri nedostatočnom uzávere hlasivkovej štrbiny. Patrí medzi metódy priblíženia hlasiviek- aproximácia. Materiál a metódy: Na klinike ORL v Ružomberku používame k augmentácii hlasivky autológny materiál z chrupky ušnice. Vkladáme ho endoskopicky laterálne od m. vocalis do vypreparovenej kapsy. Na našej klinike podstúpilo augmentačnú medializáciu hlasivky 13 pacientov, z toho 4 muži a 9 žien. U 5 pacientov išlo o idiopatickú parézu hlasivky, u 3 pacientov to bola pooperačná jednostranná paréza hlasivky po totálnej tyreoidektómii, u 1 pacientky po revíznej totálnej tyreoidektómii, u 1 pacientky príčinou parézy hlasivky bol osifiko-

vaný arytenoid , u 1 pacienta išlo o insuficienciu hlasiviek , u 1 pacientky to bola revízna medializácia po predchádzajúcej medializácii hlasivky na inom pracovisku a u 1 pacienta išlo o parézu hlasivky po resekcii glomus jugulare TU.V retrospektívnej štúdii hodnotíme pooperačný endoskopický nález, kvalitu hlasu, kvalitu prehltania, unaviteľnosť hlasiviek, ponámahovú dušnosť a spokojnosť pacientov s výsledkom operácie s časovým odstupom 3 mesiacov , po pol roku a roku od operácie. Záver: : Endoskopická augmentačná medializácia hlasivky chrupkovým materiálom je efektívna chirurgická metóda s dlhodobým benefitom pre pacienta. Kľúčové slová: augmentácia, medializácia hlasivky, autológny štep, kvalita hlasu.

Orbitocelulitída ako komplikácia akútnej dakryocystitídy

Pniak T., Mráz S., Švec M.

Úvod Orbitocelulitída a orbitálny absces sú vzácnymi komplikáciami akútnej dakryocystitídy. V prípade zistenia abscesu je liečba chirurgická. Materiál a metódy Na Očnú kliniku bol prijatý 37 - ročný muž s opuchom viečok vpravo, chemózou spojovky a dipolpiou. Boli zistené vysoké zápalové parametre, sekundárny glaukóm, obmedzenie pohyblivosti bulbu. CT potvrdilo absces orbity v oblasti vnútorného kútika a mediálnej steny orbity. Úspešne bola vykonaná drenáž abscesu a endoskopická endonazálna dakryocystorinostómia (EDCR). V ďalšej časti prednášky je prezentovaný súbor pacientov s obštrukciou slzných ciest liečený v spolupráci Očnej kliniky a ORL oddelenia. Záver EDCR je moderný spôsob liečby obštrukcie slzných ciest. Využitie inštrumentária FESS prináša výhody možnosti transnazálnej endoskopической drenáže v prípade abscesu ako komplikácie akútnej dakryocystitídy. Vzhľadom k symptomatológii a diagnostike úrovne obštrukcie slzných ciest je výhodná medziodborová spolupráca oftalmológa a ORL lekára.

Nové prístupy v liečbe infekčných ochorení HDC.

Tedla, M.

Infekcie horných dýchacích orgánov sú najčastejším ochorením detskej populácie. V ostatných rokoch sa viacero vedeckých štúdií zaoberalo sledovaním vzťahu kondície ľudského mikrobiómu a výskytu niektorých ochorení. Priniesli sa výsledky o diferenciálnom saprofytickom osídlení rôznych oblastí nosohltana. Zaujímavé sú

práce opisujúce interferenciu medzi určitými typmi saporofytov a patogénov vplývajúce nemalou mierou na vitalitu patogénov. Známa je o.i. priama schopnosť *S. salivarius* produkovať proteíny vykazujúce medzidruhovú inhibíciu (Bacteriocin-like Inhibitory Substances - BLIS) - inhibujú *Streptococcus pyogenes*. Javí sa, že "bakterioterapia", by mohla pomôcť aj v znižovaní spotrebe antibiotík vedúcej k rozširovaniu rezistencie patogénnych kmeňov.

Onkológia

Incidencia a klinické indikátory cystických metastáz skvamocelulárneho karcinómu v laterálnych krčných cystách

Štefanička P., Gnojčáková N., Kurinec F., Profant M.

Cieľ: V súčasnosti pozorujeme zvyšujúcu sa incidenciu pacientov s HPV asociovaným karcinómom orofaryngu, u ktorých sa objaví cystický útvar na krku bez klinicky zjavného primárneho nádoru. Tento nález býva často nesprávne hodnotený ako benígna laterálna krčná cysta. Zisťovala sa incidencia metastáz skvamocelulárneho karcinómu u pacientov s izolovaných cystickým útvarom na krku a hľadali sa klinické indikátory, ktoré by mohli prispieť k rozlíšeniu medzi cystickou metastázou a laterálnou krčnou cystou. Materiál a metódy: Retrospektívne sme hodnotili súbor dospelých pacientov s izolovaným cystickým útvarom na krku, ktorí boli operovaní od 1. januára 2010 do 31. augusta 2016 na ORL klinike v Bratislave a v Nových Zámkoch. Do súboru neboli zaradení pacienti s predchádzajúcou anamnézou malignity, pacienti po liečbe žiarením v oblasti hlavy a krku a pacienti s inou histologickou diagnózou metastázy ako skvamocelulárny karcinóm. Výsledky: Do súboru bolo zaradených 111 dospelých pacientov. Celková incidencia cystickej metastázy bola 9,9% a u dospelých nad 40 rokov bola 18,5%. Panendoskopia a tonzilektómia odhalila primárny nádor u 9 z 11 pacientov. Všetky identifikované primárne nádory boli v orofaryngu, 6-krát v podnebnéj mandli a 3-krát v koreni jazyka. Všetci jedenásti pacienti boli p16 pozitívny, buď z primárneho nádoru alebo z metastázy. Záver: Incidencia cystických metastáz v laterálnych krčných cystách u pacientov starších ako 40 rokov je dostatočne vysoká nato, aby sa po exstirpácii vykonalo intraoperačné histologické vyšetrenie a podľa výsledku v jednom sedení panendoskopia s probatórnymi biopsiami, tonzilektómia alebo aj krčná disekcia pri histologicky potvrdennej metastáze skvamocelulárneho karcinómu. Veľkosť a zápalové znaky cystického

útvary nemajú význam na odlišenie, či je cystický útvar benígny alebo malígny. Liečba karcinómu hrtana transorálnou laserovou mikrochirurgiou na ORL klinike v Bratislave Štefanička P.1, Bučková, L.2, Rosolanka M., Profant M.1 1Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UN Bratislava 2 Otorinolaryngologické oddelenie, FN Trnava Abstrakt Cieľ: Transorálna laserová mikrochirurgia (TLM) patrí v súčasnosti k základným liečebným modalitám včasného karcinómu hrtana. Cieľom práce bolo vyhodnotiť výsledky liečby pacientov s glotickým karcinómom hrtana riešených TLM na ORL klinike v Bratislave. Materiál a metódy: Retrospektívne sa analyzoval súbor pacientov s karcinómom hrtana liečených transorálnou laserovou mikrochirurgiou v rokoch 2009 až 2013 na ORL klinike v Bratislave. Do súboru boli zaradení pacienti s histologicky potvrdeným skvamocelulárnym karcinómom. Hodnotil sa typ TLM podľa Európskej laryngologickej spoločnosti (ELS), onkologické výsledky liečby. Vyhodnocovala sa lokálna kontrola, výskyt a riešenie lokálnej rekurencie, Kaplan-Maierová analýza po prvej a druhej resekcii, prežívanie bez laryngektómie. Priemerná doba pooperačného sledovania bola 40,4 mesiaca. Výsledky: V rokoch 2009 až 2013 bolo na ORL klinike v Bratislave liečených 185 pacientov s diagnózou karcinómu hrtana, z toho 117 (63,2 %) pacientov bolo s diagnózou glotického karcinómu, 33 (17,8 %), 29 (15,7 %), resp. 6 (3,2 %) pacientov bolo s diagnózou supraglotického, transglotického, resp. subglotického karcinómu. Transorálna laserová resekcia sa indikovala u 58 pacientov s diagnózou glotického karcinómu. Transorálnu resekciu podstúpilo 5 žien (8,6 %) a 53 (91,4 %) mužov. Vek pacienta v čase transorálnej resekcie bol od 46 do 81 rokov, v priemere 60,7 (SD 8,0) rokov, medián 60 rokov. Dvoj-ročná lokálna kontrola hrtana bola 90,2% a 2-ročné prežívanie bez laryngektómie bolo 97,8%. Záver: TLM pri správnej selekcii pacienta predstavuje efektívnu liečbu glotického karcinómu hrtana s dobrými onkologickými výsledkami. Aktuálne zmeny v TNM klasifikácii karcinómu orofaryngu Štefanička Patrik Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UN Bratislava Abstrakt Od januára 2018 je v platnosti 8. vydanie TNM klasifikácie zhubných nádorov, ktorá sa výrazne dotkla nádorov hlavy a krku. V prezentácii sa autor zameriava predovšetkým na zmeny pri HPV asociovaných karcinómoch orofaryngu. Rozoberajú sa potreby zmeny klasifikácie, prognostický význam T a N nálezu, aktuálne uplatnenie klasifikácie. Diskutuje sa vývoj zmien v klinickej a histopatologickej klasifikácii v štúdiách na súboroch nechirurgicky a chirurgicky liečených pacientoch.

Keď to pacient nevzdá...

Homolová Z.

Kazuistika : Pacient M.M, nar. 1943, v r 2011 po totálnej laryngektómii pre ca laryngu, odvtedy bez recidívy, v r 2013 inzerovaná fonačná protéza, v 3/2017 ťažká mediastinitída, s nutnosťou resekcie pažeráka a vytvorenie laterálnej krčnej esofagostomie, gastrostomie. Pac naďalej fonuje pomocou fonačnej protezy a gastrostomického vrecka prilepeného na stómii. Pred 2 týždňami uvoľnenie fonačnej protezky. Pacient naďalej fonuje cez TE fistulu. Hlas je stále jasný, zrozumiteľný. Jedine pranie pacienta? Opäť sa normálne najesť. Plánovaná nová inzercia na jeseň t.r.V rámci prednášky aj video pacienta.

Rehabilitácia porúch prehĺtania (dysfágie) zlepšuje kvalitu života pacientov s rakovinou hlavy a krku

Adzimová S.

Pacienti s rakovinou hlavy a krku veľmi často trpia poruchami prehĺtania rozmanitého stupňa, a to najmä po absolvovaní onkologickej liečby. Rádioterapia veľmi skoro negatívne ovplyvňuje prehltací akt. Hovoríme o včasných dôsledkoch rádioterapie, napr. xerostómia v dôsledku zníženej produkcie slín, bolestivé spracovanie potravy, zmeny chutí. Známe sú aj neskoré vplyvy rádioterapie, a to 2 aj viac rokov od jej ukončenia, napr. znížená funkcia a rigidita svalov v dôsledku fibrotizácie tkaniva a následný vznik trizmu, vznik striktúr a stenóz a pod. Odborník, ktorý sa zaoberá diagnostikou, terapiou a manažmentom porúch prehĺtania onkologického pacienta v rámci interdisciplinárneho tímu a v kontexte medicíny založenej na dôkazoch, je klinický logopéd - dysfagiológ. Primárnym cieľom špecifických prehltacích cvičení a manévrov realizovaných počas rádioterapie a po nej je udržať dobrú mobilitu svalov podieľajúcich sa na prehltaní. Len sval, ktorý sa dobre pohybuje a je v dobrej kondícii, môže zaistiť lepšiu funkciu prehĺtania. Mnohé zahraničné dysfagiologické výskumy poukazujú na fakt, že včasná rehabilitácia porúch prehĺtania, a teda včasná realizácia špecifických prehltacích cvičení a manévrov, môže vo významnej miere zlepšiť pohyblivosť svalov a svalových skupín hlavy a krku vystavené rádioterapii. Je to zároveň profylaxia pred fibrotizáciou a vznikom stenóz a striktúr. Prehltacie cvičenia je potrebné aplikovať dlhodobo a pravidelne. Vďaka systematickej dysfagiologickej rehabilitácii prehĺtania zaznamenávajú pacienti s rakovinou

hlavy a krku počas a po rádioterapii markantné zlepšenia kvality života. V príspevku sa s vami podelíme o naše skúsenosti v tejto oblasti aj o spätné väzby našich aktívne cvičiacich pacientov.

Modifikácia diéty pri terapii porúch prehĺtania (dysfágie) – štandardizovaná dysfagiologická diéta IDDSI

Adzimová S.

Na Slovensku je v ORL praxi bežným štandardom, že onkologickému pacientovi s poruchou prehĺtania sa po chirurgickej liečbe podáva strava kašovitej konzistencie. Je to jeden zo spôsobov, ako možno modifikovaním stravy na jednotnú, hladšiu konzistenciu pooperačne uľahčiť pacientovi prehĺtanie, a zároveň zvýšiť ochranu jeho prehĺtacích ciest pred rizikom aspirácie. V zahraničí tvorí modifikácia diéty veľmi dôležitú zložku v terapii porúch prehĺtania rôznej etiológie, onkologického pacienta nevnímajúc. Má oveľa širšie ponímanie, nakoľko rozlišuje viaceré stupne úpravy stravy aj tekutín, a to s ohľadom na rôzne subtypy dysfágie. V našom príspevku predstavíme najnovšiu generáciu terapeutickú diétu určenej pacientom s poruchami prehĺtania, ktorá má eliminovať riziká dysfágie - aspiráciu alebo epizódy dusenia sa. Vytvorila ju tzv. „Medzinárodná Iniciatíva za štandardizáciu dysfagiologickej diéty“ (IDDSI), ktorá združuje celé spektrum odborníkov – teoretikov, praktikov aj výskumníkov z oblasti výživy, medicíny, klinickej logopédie-dysfagiológie, a.i. Táto organizácia vznikla v roku 2013 a jej cieľom je celosvetovo zaviesť jednotnú nomenklatúru pri terapeutickom stravovaní pacientov s poruchami prehĺtania. Cieľom príspevku je zvýšiť povedomie terapie dysfágie na Slovensku formou modifikácie diéty.

Chirurgické výkony v liečbe dysfágie

Tedla M.

Liečebný manažment pacientov s poruchou prehĺtania vo veľkej väčšine prípadov nevyžaduje chirurgickú intervenciu. Každopádne existuje malá skupina pacientov s dysfágiou, ktorá z chirurgického výkonu profituje. Vo všeobecnosti chirurgický výkon pri dysfágii má za cieľ ovplyvnenie sfinkterového mechanizmu (v oblasti velopalatinného uzáveru, glottis alebo horného pažerákového zvierača), zvýšenie

propulznej sily alebo odstránenie intra- alebo extraluminálnej obštrukcie. Ďalšia skupina výkonov ako napríklad perkutánna endoskopická gastrostómia alebo gastrostómia z vonkajšieho prístupu má za cieľ zlepšenie nutričného stavu pacienta, bez toho aby modifikovala hltací akt. Niektorí pacienti s dysfágiou vyžadujú tracheotómiu za účelom vykonávania toalety dolných dýchacích orgánov. Treba podotknúť, že prítomnosť tracheotómie a vlozenej kanyly negatívne vplyva na zdvih hrtanovo – jazykoveho komplexu, ako aj na subglotický tlak, čo má za následok akcentovanie dysfágie, čím je tracheotómia pri poruche prehĺtania kontraverzným výkonom. Chirurgické oddelenie dýchacích od hltacích ciest má svoje využitie pri úpornej a inak neriešiteľnej aspirácii. Chirurgické výkony pri poruchách prehĺtania je možné deliť z viacerých hľadísk- podľa anatomickej lokalizácie, podľa typu poruchy (obštrukčné vs aspiračné), podľa prognózy (kuratívne vs paliatívne) a.i.

Možnosti sekundárnej prevencie rakoviny hlavy a krku na Slovensku

Wzošová M., Tedla M.

Najefektívnejším spôsobom zníženia mortality, morbidity a mutilácie pacienta s rakovinou hlavy a krku je záchyt ochorenia v skorom štádiu. Napriek tomu, na Slovensku je takmer 70% pacientov diagnostikovaných v pokročilom štádiu. Predpokladá sa, že k tomuto javu vo veľkej miere prispievajú nedostatočné vedomosti obyvateľstva o ochorení a profesionálne oneskorenie stanovenia diagnózy. Na základe týchto pozorovaní boli s na svete aplikované viaceré stratégie prevencie, vedúce k rôznym výsledkom. Táto prezentácia predstavuje prístupy ktoré by mohli byť efektívne použité v našich podmienkach.

Spindle cell hemangióm - raritný tumor krku

MUDr.Ján Mardžej

Prezentovaná kazuistika raritného benígneho tumoru na krku s možnou rekurenciou a ojedinelým metastazovaním.

Schwannóm trojklanného nervu - kazuistika

Adásková M., Sičák M.

Schwannóm nervus trigeminus je pomaly rastúci tumor vychádzajúci z pošvy periférneho nervu, zo schwannových buniek trojklanného nervu. Je druhým najčastejším neurinómom hlavových nervov, avšak nie tak častým ako vestibulárny schwannóm (90 %). V tejto kazuistike autori prezentujú 30-ročného pacienta s neurinómom n. trigeminus v zriedkavej lokalizácii- na extrakraniálnej časti nervu. Tumor veľkosti 22x23x21 mm sa nachádza v oblasti fossa infratemporalis a spôsobuje tlakové bolesti hlavy. Autori rozoberajú CT a MRI snímky pacienta a možnosti liečby. Definitívna liečba schwannómov je chirurgická.

Otológia 2

Stapedoplastika- ako to robím ja

Veme I.

Stapedoplastika - operačná technika s využitím ionomérneho cementu (video) a rozbor 50 stapedoplastík, operovaných týmto spôsobom.

Second Look - Zbytečná operace ?

Otruba L., Hornáčková Z.

Úvod: Pojem second-look se v ušní chirurgii objevuje s rozvojem uzavřené a zvláště sekundárně uzavřené techniky, tedy rekonstrukcí stěny trepanační dutiny (zadní horní stěny zvukovodu) a primární rekonstrukcí bubínku a řetězu kůstek ve snaze o co největší přiblížení k normálním anatomickým poměrům. Je předmětem častých diskuzí. Nejčastěji řešené problémy jsou : u kolika procent operací cholesteatomu ev. retrakčních kapes je second look indikován a jaká jsou kritéria indikace, jaká je „výťažnost“ (procento perzistence cholesteatomu), je reálné second look bezpečně nahradit zobrazovacím vyšetřením(CT, MRI...)?Metodika: Retrospektivní studie souboru 92 pacientů operovaných pro dg cholesteatomu od 9/2010 do 9/2013 jedním operátorem, hodnocení výsledků second look operací, porovnání s počtem revizí pro recidivu(perzistenci) cholesteatomu, podíl operací uzavřenou a

otevřenou technikou, podíl jednotlivých druhů cholesteatomů.Výsledky: v souboru zastoupeno 63 primooperací, 9 (14%) second lookoperací z toho 3 (33%) pozitivních. Za stejnou dobu provedeno 10 revizí po jiných operatérech a 10(17%) „vlastních“ revizí pro recidivu cholesteatomu.Závěr: Cholesteatom zůstává výzvou pro chirurga a second look má stále své indikace jako výkon předcházející rozsáhlejší destrukci kosti skalní při perzistenci cholesteatomu, které nelze zcela nahradit ani pečlivou dispenzarizací ani zobrazovacími metodami na jejich současné úrovni.

Endoskopická Butterfly myringoplastika

Večeřa J.

Myringoplastika patří mezi nejčastejší ušné operácie. V súčasnosti sa pri operáciách kladie zvýšený dôraz na mininvazivitu. Použitie endoskopu umožňuje dobrý prehľad bez nutnosti pomocných incízií vo zvukovode alebo v okolí ušnice. Použitie Butterfly štiepu umožňuje veľmi dobré krytie defektu a fixáciu štiepu. Materiál a metodika: Butterfly štiep sme od roku 2016 použili u 17 pacientov a z toho u 12 pacientov sme operačný mikroskop nahradili endoskopom. Použitie endoskopu skrátilo operačný čas, incízia bola minimalizovaná na krátky rez na tragu k odberu štiepu. Štiep bol odoberaný pomocou kruhového skalpelu v presnej veľkosti potrebnej na krytie defektu, maximum chrupky tragu bolo šetrené. Výsledky: Metódou Butterfly štiepu sme operovali celkovo 17 pacientov. Operovali sme 4 pacientov pomocou mikroskopu a 13 pacientov endoskopicky. U 16 pacientov bolo hojenie bez komplikácií. 1 pacient sa na kontrolu nedostavil Záver: Endoskopická Butterfly myringoplastika je vhodná metóda u menších defektov blanky bubienka s minimálnou záťažou pre pacienta.

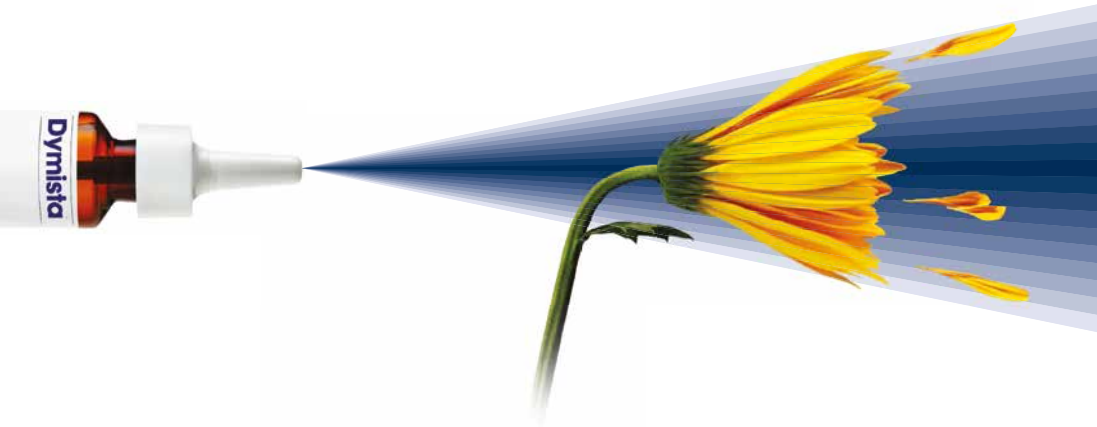
Význam tubomanometrie pri diagnostike priechodnosti sluchovej trubice

Šebová I., Paouris D., Kunzo S.

Úvod :Tubomanometria bolo po prvý raz opísanaEstévom v roku 2001. Na Detskej otorinolaryngologickej klinike LFUK a NÚDCH v Bratislave sme tubomanometriu zaviedli ho do klinickej praxe od mája 2018 za účelom skvalitnenia diagnostiky priechodnosti sluchovej trubice.

Liek VOĽBY

V liečbe alergickej rinitídy



Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: Dymista nosová aerodisperzia 137 mikrogramov / 50 mikrogramov v jednom vstreknutí, nosová suspenzná aerodisperzia. **Zloženie:** Každý gram suspenzie obsahuje 1 000 mikrogramov azelastíniumhydrochloridu a 365 mikrogramov flutikazóniumpropionátu. Jedno vstreknutie (0,14 g) poskytuje 137 mikrogramov azelastíniumhydrochloridu (= 125 mikrogramov azelastínu) a 50 mikrogramov flutikazóniumpropionátu. **Pomocná látka zo známym účinkom:** Jedno vstreknutie (0,14 g) poskytuje 0,014 mg benzalkóniumchloridu. **Terapeutické indikácie:** Úľava od symptómov stredne ťažkej až ťažkej sezónnej a celoročnej alergickej rinitídy, ak sa monoterapia intranazálnym antihistaminikom alebo glukokortikoidom nepovažuje za dostatočnú. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Na dosiahnutie úplného terapeutického prínosu je nevyhnutné pravidelné používanie. Má sa predísť kontaktu s očami. **Dospelí a dospievajúci (12 rokov a starší):** Jedno vstreknutie do každej nosovej diery dvakrát denne (ráno a večer). **Deti mladšie ako 12 rokov:** Dymista nosová aerodisperzia sa neodporúča používať u detí mladších ako 12 rokov, keďže bezpečnosť a účinnosť nie je v tejto vekovej skupine stanovená. Dymista nosová aerodisperzia je vhodná na dlhodobé používanie. Dĺžka liečby má zodpovedať obdobiu expozície alergénom. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia:** Počas používania lieku po jeho uvedení na trh sa objavili hlásenia klinicky významných liekových interakcií u pacientov, ktorí dostávali flutikazóniumpropionát a ritonavir, čo malo za následok vznik systémových účinkov kortikosteroidov zahŕňajúcich Cushingov syndróm a potlačenie funkcie nadobličiek. Súbežnému používaniu flutikazóniumpropionátu a ritonaviru sa má preto predísť. Môžu sa objaviť systémové účinky nazálnych kortikosteroidov, najmä ak sa predpisujú vo vysokých dávkach počas dlhého obdobia. Možné systémové účinky môžu zahŕňať Cushingov syndróm, Cushingoidné príznaky, potlačenie funkcie nadobličiek, spomalenie rastu u detí a dospievajúcich, kataraktu, glaukóm a zriedkavejšie rad fyziologických alebo behaviorálnych účinkov zahŕňajúcich psychomotorickú hyperaktivitu, poruchy spánku, úzkosť, depresiu alebo agresivitu (najmä u detí). Dymista obsahuje benzalkóniumchlorid. Ten môže spôsobiť podráždenie nosovej sliznice a bronchospazmus. **Liekové a iné interakcie:** ritonavir (veľmi silný inhibitor cytochrómu P450 3A4) môže vo veľkej miere zvýšiť plazmatické koncentrácie flutikazóniumpropionátu. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Dymista nosová aerodisperzia má malý vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje, môže to byť spôsobené aj samotným ochorením. **Nežiaduce účinky:** bolesť hlavy, dysgeuzia, nepríjemná chuť špecifická pre liečivá (často z dôvodu nesprávneho spôsobu podania, konkrétne pri prílišnom zaklonení hlavy počas podania). Držiteľ rozhodnutia o registrácii: MEDA Pharma spol., s. r. o., Slovenská republika. **Registračné číslo:** 24/0055/13-S. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **Dátum revízie textu:** Február 2016. Podrobné informácie o lieku sú dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (ŠÚKL) <http://sukl.sk>. Skrátená informácia o lieku bola pripravená v marci 2017.