

OD  
REDAKTORA

# Postępy w otolaryngologii w ostatnim 50-leciu

Zygmunt Szmeja



To dla mnie wielki zaszczyt i przyjemność móc przedstawić Państwu zagadnienie postępów w otolaryngologii w ciągu ostatnich 50 lat. Jest mi tym bardziej przyjemnie, że tu w Łodzi na zjeździe laryngologów w 1952 r. wygłaszałem swój pierwszy referat. Następnie brałem udział w Zjeździe w 1983 r. i mam wrażenie, że chyba moje dzisiejsze wystąpienie będzie zarazem ostatnim i nie będę już więcej zabierał Państwu czasu.

*Omnia tres perfectum est.* Patrząc wstecz muszę zwrócić uwagę na fakt, że właściwie wszystko, co nastąpiło jest mniejszym czy większym postępem. Stan wyposażenia klinik i oddziałów laryngologicznych był po wojnie tragiczny. Chciałbym przypomnieć, że w owym czasie ani jedna z klinik nie dysponowała aparatem do narkozy, nie było mikroskopów operacyjnych, było tylko kilka audiometrów przekazanych przez armię amerykańską. Liczba pracujących laryngologów rosła szybko, ale była w dalszym ciągu niewystarczająca. Muszę przypomnieć, że po wojnie została tylko 1/3 liczby przedwojennych kolegów (1/3 zginęła w czasie wojny, w tym głównie koledzy pochodzenia żydowskiego, zamordowani w obozach koncentracyjnych czy w Katyniu). Część nie powróciła z Zachodu, gdyż w kraju groziło im aresztowanie.

Na pierwszym zjeździe laryngologów we Wrocławiu w 1946 r. było obecnych 90 osób, na ostatnim w Poznaniu ponad 2000.

Jednocześnie pragnę podkreślić, że istniały jednostki chorobowe, których prawie wszyscy Państwo nie znają, a mianowicie: istniała pryszczycza - choroba pyska i racic u pracowników obór (typowe pęcherzyki u nasady paznokci i na błonie śluzowej warg i jamy ustnej); przez kilka lat istniał ciężki problem twardzieli złośliwie nazywanej przez Niemców „trądem Słowian”, schorzenia bardzo niebezpiecznego, prowadzącego często do zmian deformacyjnych twarzy i śmierci z powodu uduszenia przez obturację dróg oddechowych. Często spotykana była błonica, która obecnie dzięki szczepieniom zniknęła, a także toczek powodujący wielkie zmiany deformujące, zwłaszcza twarz pacjenta. Szczepienie wyeliminowało odrę, a zwłaszcza jej ciężkie powikłania jak *Laryngotracheitis maligna*.

Pragnę omówić zagadnienie rozwoju i postępu w odniesieniu do poszczególnych grup chorobowych,

a mianowicie zagadnienie nowotworów, niedosłuch i głuchota, powikłania wewnątrzczaszkowe oraz problematykę z pogranicza neurochirurgii - krwotoki.

Metodą leczenia raka krtani była początkowo wyłącznie laryngektomia i to wykonywana w znieczuleniu miejscowym, gdyż dopiero kilka lat później zostało wprowadzone uśpienie dotchawicze. Pamiętam wrażenie, jakie wywołały sprowadzone do trzech klinik (Warszawy, Krakowa i Poznania) aparaty firmy Drager, które w naszej klinice służyły przez ponad 30 lat. Jednocześnie z coraz szerszym stosowaniem zabiegów chirurgicznych w raku krtani (a zwłaszcza laryngektomii) wyłoniła się kwestia rehabilitacji - na wspomnianym zjeździe w Łodzi po raz pierwszy przedstawiono metodę mowy przełykowej w rozmaitych wersjach jej szkolenia.

Kolega Sas z Poznania przedstawiał jako ostatni krzyk techniki mowę przełykową pacjentów nagranych na płyty gramofonowe. Jaki postęp osiągnęliśmy od tego czasu do najnowszych systemów nagrań - nie muszę Państwu mówić.

Na tym zjeździe w dyskusji poświęconej nowotworom padły słynne słowa prof. Miodońskiego: „zmienił się nasz stosunek do raka krtani, przedtem byliśmy jak „eunuch w haremie” - wiedzieliśmy jak, lecz nie potrafili liśmy”.

Wraz z rozwojem techniki rozpoznawania nastąpiło wprowadzenie tomografii i zwykłej, a w kolejnych latach całej gamy tomografii i komputerowej, a następnie tomografii i rezonansu magnetycznego czy obecnie ostatniego krzyku techniki - PET.

Nastąpił gwałtowny rozwój rozpoznawania i zmiany metody leczenia raka krtani. Wprowadzono szereg metod oszczędzających i rekonstrukcyjnych w przypadku operacji raka krtani: operację frontolateralną, operację frontolateralną z rekonstrukcją przedniego spoidła za pomocą chrząstki przegrody nosa, chrząstki małżowiny usznej, czy też proponowane przez niepokojnego odkrywczego ducha prof. Mozolewskiego - przeszczepienie części gruczołu tarczowego lub ślinianki w rozszczepioną krtani.

W dalszym rozwoju rozpoczęto stosowanie metody operacyjnej Sedlacka z przesunięciem nagłośni w brzegi rozszczepionej krtani oraz metody połączenia chrząstki pierścieniowatej z kością gnykową lub

<sup>1</sup> Wykład honorowy w czasie ceremonii otwarcia XLIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi w Łodzi 4-7.06.2008 r.

chrząstki pierścieniowatej, kości gnykowej i nagłośni *crico-hyoideopexia* lub *crico-hyoideoepiglottopexia* (Piqueta) - czy też metoda poprzecznej częściowej laryngectomii - Calero.

Muszę zwrócić uwagę na fakt, że niejednokrotnie osiągnięcia polskich autorów nie były doceniane i zauważane w otolaryngologii światowej. Być może spowodowane to było brakiem możliwości publikacji w czasopismach zagranicznych, a także być może pewną polityką naukową ośrodków zagranicznych. Lekcje takiego postępowania poznałem w czasie zjazdu Amerykańskiej Akademii Otolaryngologii w Nowym Orleanie, w którym wspólnie z prof. Sekulą braliśmy udział jako zaproszeni spoza żelaznej kurtyny goście.

W klinice prof. Tuckera, wiodącej w chirurgii krtani, zorganizowane były dwa kursy (udział w kursie wynosił 50 \$, lecz jako zaproszeni goście byliśmy zwolnieni z opłaty): jeden wygłaszany był przez zastępcę prof. Tuckera, a dotyczył operacji oszczędzających w raku krtani, natomiast drugi wyników leczenia raka krtani metodami oszczędzającymi wygłaszany był przez samego prof. Tuckera. Przedstawiane w pierwszym referacie wyniki były bardzo podobne do uzyskiwanych w naszych klinikach, natomiast szokujący wręcz był referat prof. Tuckera przedstawiający ponad 90% dobrych wyników. Zaintrygowany zwróciłem się zapytaniem: jak to jest, że wyniki przedstawiane przez pracownika różniły się zasadniczo od wyników przedstawianych przez niego? Odpowiedź była szokująca: „on przedstawiał powikłania, a ja dobre wyniki”. Równie szokująca była odpowiedź, na pytanie, o propagowaną przez niego jako własną metodę przesuwania nagłośni używaną do rekonstrukcji, która została już przed wielu laty opisana i demonstrowana w Poznaniu przez prof. Sedlacka z Pragi, która brzmiała: „Sedlaczek? Nie znam go”.

To jest często stosowana przez niektóre ośrodki praktyka reklamowania tylko własnych wyników.

Specjalnym zagadnieniem jest chirurgia raka pozapierścieniowego *-postcricoid cancer* oraz zachyłków gruszkowatych i wejścia do przełyku. W Wielkiej Brytanii, gdzie liczba tych przypadków jest stosunkowo duża, już w latach 60. XX w. wprowadzono metodę gastrofaryngostomii - usuwano krtani łącznie z śliniankami, następnie wspólnie z torakochirurgiem lub gastrochirurgiem uruchamiano bez otwarcia klatki piersiowej drogę poprzez tylne śródpiersie, przesuwając żołądek i przełyk na miejsce usuniętych narządów. Odcinano przełyk i zaszywano żołądek, natomiast wzdłuż krzywizny dużej rozcinano trójkątnie żołądek i wszywano w boczną i tylną ścianę gardła. Obserwowałem te wyniki, były zaskakująco dobre, choroby

na piąty dzień byli już karmieni doustnie. Dlatego zaskoczeniem dla mnie była uzyskana kilkanaście lat później od prof. Harrisona informacja, że wycofano się z tej metody stosując radiochemioterapię.

Nie zawsze nowe metody robiące wrażenie jako bardzo ważne sprawdziły się w praktyce - dotyczy to metody kontaktowego mikroskopowego rozpoznawania guzów krtani (Mario Antonio) - metoda jako mało wiarygodna nie znalazła zastosowania w praktyce.

Przewrotem w leczeniu raka krtani było wprowadzenie lasera do leczenia operacyjnego. Użycie promienia laserowego z jednoczesnym zastosowaniem powiększenia przez mikroskop operacyjny pozwala na wykonywanie bardzo precyzyjnych cięć z maksymalną dokładnością i możliwością oszczędzania czynności krtani. Dotyczy to zarówno operacji we wczesnych stadiach T1 na fałdzie głosowym, jak również rozległych zabiegów połączonych z resekcją chrząstki nagłośni, tarczowatej oraz pierścieniowatej. Pobieranie jednocześnie wycinków pozwala na stwierdzenie, czy zmiana została usunięta w całości czy też wymaga dodatkowego docięcia. Propagatorem tej metody jest prof. Steiner, którego materiał obejmujący kilka tysięcy operowanych tą metodą raków krtani jest imponujący, zarówno co do liczby przypadków, jak i uzyskanych efektów. W czasie pierwszych dni „Onkologii w Otolaryngologii” przed 13. laty w Poznaniu mieli Państwo okazję zapoznać się z jego wynikami, zresztą jego technika została bardzo dokładnie opisana w podręczniku „Laser w chirurgii krtani”. Zagadnieniem bardzo istotnym są przerzuty do węzłów chłonnych szyi, od ich wykrycia i radykalnego usunięcia zależą wyniki. Niestety większość przypadków zgłaszających się w naszych warunkach jest już mocno zaawansowana i w znacznym odsetku są już przerzuty. Podział regionów szyi na VI pól pozwala na bardzo dokładne opisanie miejsca występowania zmian w węzłach chłonnych - chociaż wydaje mi się, że w praktyce klinicznej nie można opierać się tylko na tym podziale, że w przypadku raka o pewnym umiejscowieniu muszą wystąpić przerzuty w przypisanym polu. W każdym przypadku należy dokładnie zrewidować cały układ chłonny na szyi. Dokładne dane o lokalizacji i liczbie przerzutów dają badania z użyciem tomografii i komputerowej lub rezonansu magnetycznego oraz prawie równoważnościowe badania za pomocą ultrasonografii i. Wydaje mi się, że stosowanie markerów mających wykazywać tzw. węzły wartownicze w przypadku układu chłonnego ma mniejszą wartość, gdyż jak Państwu wiadomo układ chłonny szyi zawiera ponad 300 węzłów chłonnych, a istnieje jeszcze możliwość przerzutu skrzyżowanego, tzn. pojawienie się przerzutu poza istniejącym, niezmiennym węzłem chłonnym.

Czynniki wywołujące raka krtani, a mianowicie nadmierne palenie i spożywanie alkoholu, są już tak wszystkim znane, że wystarczy wspomnieć, że wspólnie te czynniki zwiększają prawdopodobieństwo raka krtani wielokrotnie.

Interesujące były doniesienia amerykańskiego autora Chi, który próbował badając genetycznie chorego i jego rodzinę stwierdzić zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia raka. Metoda ta nie została szerzej wprowadzona, gdyż koszt wykrycia jednego przypadku raka krtani wynosił ok. 100 tys. \$.

Również próby masowych badań pracowników dużych zakładów przemysłowych nie dały zachęcających wyników. W latach 50. zespół kliniki poznańskiej przebadał wszystkich mężczyzn, pracowników HCP - w sumie kilkanaście tysięcy ludzi, akcja trwała ponad półtora roku. Efekty były zaskakująco niewielkie. Wykryto jeden przypadek raka oraz kilka przypadków stanów przedrakowych. Wydaje się, że jednak nadal uświadamianie społeczeństwa o szkodliwości palenia czy to drogą perswazji, czy też kar i ograniczeń jest jedyną skuteczną metodą.

Proszę Państwa, byliśmy z kolegą Szyfterem w Paryżu, kiedy ukazał się zakaz palenia w metro, w lipcu wręczano mandaty informacyjne w wysokości 500 Franków, tj. 100 \$. - od sierpnia miały być już normalne kary. Francuzi kpili sobie twierdząc, że jest absurdem, żeby czekając na kolejkę metra nie można było zapalić papierosa. Rok później, będąc w Paryżu spostrzegłem, że na peronie metra nie było żadnej osoby palącej ani żadnych niedopałków.

Przeprowadzając operację zachowawczą raka krtani już w nieco bardziej zaawansowanym stadium waham się, czy aby nie popełniłem błędu, że ryzyko powstania ewentualnej wznowy jest zbyt duże. Z drugiej strony istnieje bardzo duży nacisk chorego na utrzymanie głosu. I ten dylemat każdy z Państwa, kto będzie się zajmował chirurgią nowotworów, a w szczególności krtani, będzie musiał dokładnie rozważyć i podjąć odpowiednią decyzję.

Rehabilitacja po laryngektomii zależy od wielu czynników i stosowanych metod, od indywidualnego zaangażowania pacjenta i jego rodziny, od odpowiedniego zespołu rehabilitantów. Przez wiele lat uzyskiwane były bardzo dobre wyniki po długotrwałych ćwiczeniach logopedycznych.

Wprowadzenie przez Singer Blooma metody zastawki przełykowej miało bardzo ważne znaczenie, gdyż rehabilitacja była znacznie krótsza i w bardzo wysokim procencie skuteczna.

Mogę tu podkreślić jeszcze raz duży system negocjowania osiągnięć polskich, gdyż metoda ta była wcześniej opracowana przez prof. Mozolewskiego, wykony-

wał ją w ramach współpracy polsko-amerykańskiej, była ogłoszona w Stanach Zjednoczonych i została zupełnie pominięta i zignorowana.

Zaawansowane guzy wymagają nieraz bardzo rozległej resekcji, aż do uzyskania zdrowych granic, doprowadziło to do rozwoju technik operacyjnych pozwalających na rekonstrukcję ubytku.

W latach 70. dużą popularność uzyskało przeszczepienie i odtworzenie drogi pokarmowej przy użyciu kilkunastocentymetrowego odcinka jelita z połączeniem naczyń tętniczych i żylnych. Może Państwo pamiętać - na pierwszym zjeździe otolaryngologów w Poznaniu dr Mayer ze Stuttgartu przedstawiał największy wówczas materiał tych zabiegów, miał ich ponad 180. Po kilku latach na zjeździe otolaryngologów niemieckich w Aachen jednym z głównych tematów była ocena wyników tej metody. Proszę Państwa - była ona szokująca. O ile bezpośrednio po operacji wyniki były bardzo dobre, to odległe wyniki szokujące. Na ponad 200 operowanych przypadków tylko 1 chory przeżył 5 lat. Pacjenci umierali głównie z powodu wznów miejscowych lub przerzutów. Spowodowało to, że liczba tych zabiegów została w Niemczech bardzo ograniczona.

Istnieje cały szereg metod rekonstrukcji, można by podzielić na uszypułowane oraz wolne przeszczepy z anastomozą tętniczo-żylną. Najbardziej powszechny jest płat uszypułowany z mięśnia piersiowego, z części karku, nieraz z elementem łopatki w przypadku konieczności rekonstrukcji żuchwy.

Drugim typem rekonstrukcji są rekonstrukcje z zastosowaniem wolnego płata pobranego z naczyńiami i wykonaniem anastomozy tętniczej i żylniej. Przykładem tego jest płat chiński z przedramienia, obecnie bardzo szeroko stosowany.

Istnieje nadal nierozstrzygnięte zagadnienie, czy radioterapia i ewentualnie radiochemioterapia dają lepsze wyniki niż leczenie operacyjne? W latach 50. prof. Szumlin-Cichocka przedstawiła grupę raków krtani, w których to przypadkach stosując naświetlanie aparatem rentgenowskim wspólnie z radiologiem uzyskała zaskakująco dobre (ponad 95%) wyniki. W trakcie dyskusji okazało się, że jednak były to specjalnie wybierane przypadki. Są kraje, np. Kanada, gdzie raka krtani *a priori* leczy się napromienianiem i dopiero w przypadku niepowodzeń stosuje się operacje ratujące.

Na wielu zjazdach poświęconych leczeniu raka krtani, m.in. Światowym Kongresie Raka Krtani w Sydney, miała miejsce burzliwa dyskusja, podczas której uznano, że leczenie operacyjne daje lepsze wyniki. Na podstawie piśmiennictwa naprawdę trudno ustalić bezwzględną przewagę jednej lub drugiej metody. Liczba pacjentów, ich wiek, rodzaj nowotworu nie uwzględ-

niąją zbyt dokładnie stopnia zaawansowania, czy też selekcyjnego wyboru tych pacjentów z odniesieniem przypadków źle rokujących. Również nie wszyscy autorzy stosują jednakowe kryteria wyleczenia.

W klinice poznańskiej prof. Zakrzewski wymagał od nas i wprowadził obowiązujący do dziś system, że wyniki leczenia ocenia się nie w stosunku do liczby chorych, którzy się zgłosili, lecz do całości materiału chorych leczonych bez selekcionowania na lepiej lub gorzej rokujących. Uważamy, że chory, który się nie zgłosił do kontroli, winien być wliczany w niepowodzenie.

Jeszcze raz podkreślam - nie selekcionowanie a *priori* - tych chorych będziemy ujmowali, a tych nie.

Niejednokrotnie na zjazdach wylania się zagadnienie, czy wykonywać bardzo rozległe, obciążające chorego zabiegi operacyjne i wtórnie rekonstrukcyjne, czy też lepiej zastosować radiochemioterapię? Zdania są często podzielone. Proszę Państwa, jako bardzo młody lekarz dostałem w życiu istotną, ale i głęboką naukę na temat podejścia do chorego i celu naszego postępowania. Po półrocznym pobycie w klinice szwajcarskiej wróciłem pełen entuzjazmu dla wysokiego poziomu klinik uniwersyteckich w Bazylei, Brnie i Zurychu. W prezencie od prof. Ruediego dostałem komplet bronchoskopów z najnowocześniejszą wówczas optyką kątową. W Poznaniu zostałem wezwany przez bardzo doświadczonego internistę prof. Kwaśniewskiego na konsylium składające się z prof. Kwaśniewskiego, torakochirurga, radiologa oraz mnie - dotyczyło ono ustalenia rozpoznania u 60-letniego chorego z guzem w klatce piersiowej. Chodziło o wykonanie bronchoskopii i ewentualne pobranie wycinka. Wykonałem bronchoskopię z użyciem dostępnych optyk, niestety nie było miejsca, skąd można by pobrać wycinek. W czasie omawiania przypadku na pytanie prof. Kwaśniewskiego, co by tu jeszcze zrobić powiedziałem „w podobnych w Zurychu widziałem zwiadowczą torakotomię z pobraniem wycinka”. Profesor spojrział na mnie i powiedział „panie kolego, ma pan rację, możemy otworzyć klatkę, pobrać wycinek i ustalić rozpoznanie, będzie to na 100% rak. Ze zdjęć radiologicznych wynika, że nie ma mowy o radykalnym zabiegu torakochirurgicznym usunięcia guza. Wobec powyższego zaspokoimy naszą ciekawość, lecz co to da choremu? Panie kolego, lekarz powinien choremu w miarę możliwości nieść ulgę w chorobie i nie narażać go na niepotrzebne ryzyko czy cierpienie. Naszego chorego, a nie rodzinę poinformujemy, że jest to przewlekła astma, damy leki paliatywne i nie będziemy go narażali na niepotrzebne ryzyko i ból”. MUSZĘ Państwu powiedzieć,

że poczułem się jak podskakujący foksterier obłany wiadrem zimnej wody. Właśnie dlatego przez cały czas mojej pracy starałem się wybrać najlepsze, najmniej obciążające chorego postępowanie. Być może wielu z Państwa, szczególnie młodych kolegów będących jeszcze w okresie zapału do wielkich zabiegów, nie zgodzi się z moim zdaniem, lecz niestety nie będę mógł ich opinii usłyszeć za 30 lat.

Fenomenalny rozwój diagnostyki radiologicznej, tomografi i komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz angiografi i pozwala na bardzo dokładne określenie guzów w obrębie twarzoczaszki, łącznie z podstawą. Wprowadzenie wysokiej klasy wiertarek i odpowiednich wiertel pozwala na przeprowadzenie bardzo dokładnych cięć kostnych, a współpraca z neurochirurgiem lub chirurgiem twarzowo-szczękowym na wykonywanie wielu zabiegów szokujących swoim rozmiarem.

Postęp w tej dziedzinie nie wyeliminował niektórych starych metod operacyjnych, np. metody Denkera czy resekcji częściowej lub całkowitej szczęki. Stosowanie podniesienia płata warg, nosa i policzków do góry pozwala na bardzo dokładną kontrolę przedniego odcinka nosa i zatok. Rozwój chirurgii endoskopowej umożliwia już bardzo oszczędne, a jednocześnie bardzo radykalne postępowanie w przypadkach stanów zapalnych lub nowotworów w tej okolicy - stosuje się już usuwanie włókniaków młodzieńczych, brodawczaków odwróconych, kostniaków, zatok czołowych. Poszerzono również wskazania do odbarczenia oczodołu w stanach zapalnych, pourazowych uszkodzeniach nerwu wzrokowego, poszerzenia światła oczodołu w przypadku chorób zwiększających rozmiary oczodołu.

Dalszym olbrzymim postępem jest stosowanie operacji metodą „czterech rąk”, w trakcie której asysta umożliwia operatorowi swobodne użycie obu rąk do zabiegu operacyjnego.

Rozwój elektroniki pozwolił na zastosowanie metody radionawigacji umożliwiającej operowanie z milimetrową dokładnością w trzech płaszczyznach. Niestety - zastosowanie tej metody musi być ze względu na dokładne wskazania i koszty ograniczone do wybranych przypadków. Dużą nadzieję łączy się z prowadzonymi ostatnio metodą balonizacji ujść zatok przynosowych - brak jest niestety dłuższych obserwacji, a koszty są również bardzo wysokie.

Wprowadzenie do chirurgii podstawy czaszki bardzo małych endoskopów pozwala na dotarcie przez zatokę klinową (ewentualnie siodelko) do podstawy czaszki środkowego i tylnego dołu i wykonywanie zabiegów. Te metody są dopiero w trakcie rozwoju i bardzo dobrze rokują na przyszłość.

Rozwój metod audiologicznych i radiologicznych pozwolił na wczesne wykrywanie guzów kąta. Zasadniczo są stosowane 3 główne metody, a mianowicie: dojsie przez środkowy dół czaszki, *middle fossa approach*, dojsie poprzez błędniak oraz dojsie podpotyliczne pozazatokowe. Wybór metody zależy od wielkości guza i doświadczenia chirurga. Rozwinęła się diagnostyka i chirurgia kąta mostowo-mózdkowego - ostatnio zwrócono uwagę na konflikt naczyńiowo-nerwowy w tym rejonie, powodujący nacisk nerwów przez naczynia z wywoływaniem skurczów mięśni twarzy. Również w tym schorzeniu stosuje się obecnie dojsie operacyjne za pomocą endoskopu podpotylicznego i uwolnienie nerwu z pętli naczyniowej lub zamknięcie tętnicy.

Zastosowanie nawigacji plus rozwój mikrotechnik wiercenia pozwala również na dotarcie do zmian na szczycie piramidy drogą przez jamę bębnową i trójkąt między okienkiem owalnym, kanałem półkolistym - pod kontrolą na ekranie można dokładnie wywiercić otwór aż do szczytu piramidy i przy istniejących tam zmianach pobrać wycinek lub usunąć tę zmianę. Tę metodę obserwowałem w klinice w Tübingen, wykonywał ją prof. Zimmerman przy współkierowaniu przez drugą osobę obserwującą ustawienie wiertła w stosunku do otoczenia. Usunięto w ten sposób ziarniniak cholesterolowy szczytu piramidy.

Bardzo trudnym zagadnieniem są operacje czyisto otologiczne czy nowotworów podstawy czaszki wspólnie z neurochirurgami.

Przed kilkoma laty w czasie pobytu prof. Fischa w Poznaniu mieli Państwo okazję obserwować wielkość tych zabiegów trwających nieraz po kilkanaście godzin, wymagających zmian zespołu operacyjnego i przetoczenia bardzo dużej ilości krwi.

Rozwój radiologii inwazyjnej z wprowadzeniem kontrastu i ewentualnym obliterowaniem guzów pochodzenia naczyniowego dał wielkie możliwości leczenia naczyńiaków czy guzów naczyńiopodobnych twarzy i szyi. Embolizacja wybranej tętnicy czy zespołu tętnic prowadzi do zmniejszenia objętości guza oraz zmniejsza krwawienie w czasie operacji. Metoda ta znalazła szerokie zastosowanie zwłaszcza w przyzwojakach naczyń szyi i ucha środkowego, włókniaku młodzieńczym czy krwawieniach pourazowych. Niestety, nie zawsze wyłączenie doprowadzającego naczynia rozwiązuje problem. Leczyliśmy młodą kobietę z olbrzymim naczyńiakiem twarzy w obrębie nosa i jamy ustnej, u której kolejno podwiązywaliśmy tętnicę szyjną zewnętrzną po jednej i drugiej stronie, przy ciężkich krwotokach byliśmy zmuszeni do podwiązania tętnicy szyjnej wewnętrznej po jednej stronie, a po kilku latach z powodu ponownego krwa-

wienia podwiązywaliśmy tętnicę szyjną wewnętrzną po stronie przeciwnej tak, że obie tętnice wspólne były podwiązane, a chora żyła bez żadnych objawów niedokrwiennych. Niestety widocznie nastąpił rozwój krążenia obocznego, głównie tętnic kręgowych. Po upływie ok. 3 lat nastąpiło ponowne, bardzo masywne krwawienie i zanim chorą dowieziono do kliniki nastąpił zgon.

Podobnie niewdzięczną jednostką do leczenia jest choroba Osler Rendi. Można krwawiące guzki naczyniowe koagulować normalnie, stosować laser, pokrywać powierzchnię błony śluzowej z innego „zdrowego miejsca”, można również stosować metodę Yang zamknięcia jam nosowych, a jednak krwawienie występuje nadal. W rodzinie mam przypadek matki i córki z tą chorobą, u matki podwiązałem w pewnych odstępach czasu obie tętnice szyjne zewnętrzne uzyskując praktycznie opanowanie krwawienia do epizodycznego występowania. Natomiast u córki najpierw laserem zamknąłem naczynia na wargach, dziąsłach i języku. Pojawiły się silne krwawienia z nosa. Po długotrwałym leczeniu zachowawczym, elektrokoagulacji, itd. wykonaliśmy angiografię i obliterację naczyń w obrębie nosa po stronie lewej. Obecnie po okresie ok. 8 miesięcy pojawiło się krwawienie w nosie po stronie prawej. Musieliśmy wykonać embolizację po tej stronie. Obawiam się, że nastąpią pączkowania innych naczyń.

Olbrzymie znaczenie ma embolizacja syfonu tętnicy szyjnej w przypadku pourazowych krwawień, które w wysokim odsetku kończyły się zejściem śmiertelnym. Stosowano metody podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej lub tylko wewnętrznej - powstrzymywały krwotok, lecz niejednokrotnie prowadziły do porażenia połowicznego.

Jedną z jednostek chorobowych, która cechuje się bardzo bogatym piśmiennictwem na temat postępów w diagnostyce i leczeniu, jest choroba Meniere'a. Być może przyczyną tych rozbieżności jest fakt, że od początku nie była to jednostka zbyt dokładnie zopiniowana. Według Meniere'a przyczyną tej choroby były zmiany martwicze w błędniaku. Istnieje szereg teorii powstawania tej choroby, przy czym większość z nich ujmuje jeden tylko aspekt powstawania zmian. Teoria wzmożonego wydzielania lub zmniejszonego wchłaniania chłonki tłumaczy pęknięcie woreczka na skutek nadciśnienia, stąd nazwa *hydrops labyrinthi*. Poszczególni autorzy zwracają uwagę na istotny wpływ zaburzeń naczynioruchowych w obrębie ucha wewnętrznego, zwracano uwagę na etiologię autoimmunologiczną po stwierdzeniu zmian w składzie płynu mózgowo-rdzeniowego. Niektórzy autorzy poruszają zagadnienie energii w powstawaniu tej

choroby. Choroba ta dotyczy w większości osób w sile wieku, większości pracowników umysłowych często narażonych na stres. Czy stres jako taki jest czynnikiem wywołującym zmiany w uchu wewnętrznym czy też jest tylko iskrą, która wywołuje inne reakcje prowadzące do wodniaka?

Wielkie wrażenie wywarł na mnie przypadek bardzo ostrego ataku choroby Meniere'a u młodego 30-letniego żeglarza, będącego jednocześnie na wysokim stanowisku partyjnym - sekretarza Komitetu Wojewódzkiego PZPR. Ponieważ w młodości zajmowałem się żeglarstwem, zgłosił się do kliniki z typowymi objawami choroby, a mianowicie: upośledzeniem tonów niskich, buczeniem w uchu, oczopląsem samostnym trzeciego stopnia w kierunku ucha zdrowego, nudnościami, wymiotami i poceniem się. Badanie audiometryczne wykazało ubytek w granicach ok. 50 dB w zakresie tonów niskich, z bardzo wyraźnym objawem wyrównania głośności. Dysponowaliśmy wówczas serią próbną torkanu do podawania dożylnych, który u innych chorych dawał bardzo dobre wyniki. W tym przypadku przez 3 dni mimo podawania maksymalnej dawki nie uzyskaliśmy wyraźnej poprawy. Trzeciego dnia rano, tuż po przyjeździe do kliniki, zatelefonował do mnie ówczesny sekretarz Komitetu Centralnego Stefan Olszowski (mój były pacjent) prosząc, abym poinformował tego chorego, że komisja dotycząca odwołania go ze stanowiska zakończyła się dla niego pozytywnie i pozostaje nadal na stanowisku sekretarza KW. O godzinie 8 z minutami poinformowałem chorego o tym telefonie, wiadomość przyjął z radością i prosił mi wierzyć, że ku mojemu zaskoczeniu i zdziwieniu o godzinie 12, czyli po czterech godzinach, chory powiedział, że ustąpiły wszystkie objawy chorobowe - faktycznie nie było oczopląsu, nudności, pocenia się, słuch się poprawił i pacjent postanowił opuścić klinikę na własne żądanie. Spotykałem się z tym chorym wielokrotnie w czasie zawodów żeglarskich, został sternikiem jachtowym morskim, brał udział w opłynięciu Grenlandii i nigdy już nie wystąpiły u niego objawy choroby. Być może stres w tym wypadku działa szkodliwie, podczas gdy stres w obozach koncentracyjnych prowadził do ustąpienia objawów wrzodów żołądka.

W chorobie Meniere'a pojawiały się kilkakrotnie „postępowe metody leczenia”, a mianowicie: fenestracja kanału półkolistego, metoda Schuknehta połączenia schodów przedsionka i bębienka, metoda Arslana zmniejszenia ilości chłonki poprzez osmozę okienka okrągłego przez położenie kryształków soli kuchennej na błonie okienka. Rosen ogłaszał bardzo dobre wyniki po odchyleniu błony bębienkowej w przecięciu struny bębienkowej i zniszczeniu splotu

bębienkowego. Metody te jednak prędzej czy później przemijały i obecnie stosowana jest głównie metoda wygłuszenia ucha wewnętrznego przez podawanie do jamy bębienkowej gentamycyny.

Podobne założenia wyłączenia układu przedsionkowego proponował już w latach 50. Fowler junior wykorzystując ototoksyczne działanie streptomycyny. Podawał przez kilkanaście dni po 2 gramy streptomycyny dziennie uzyskując zmniejszenie pobudliwości błędników.

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń ucha są w ciągu ostatnich 50 lat olbrzymie, co zawdzięczamy przede wszystkim dużym możliwościom technicznym, coraz doskonalszym wiertarkom i mikroskopom operacyjnym, a także nawigacji. Wprowadzenie antybiotyków zmniejszyło w istotny sposób liczbę zachorowań na odrę i płonnicę, zapalenia uszu, a jednocześnie pozwoliło na wyleczenie dużego odsetka przewlekłych zapaleń ucha. Dzięki lepszemu poznaniu fi zjologii ucha środkowego i lepszym metodom operacyjnym nastąpił przełom w leczeniu przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Stosowana uprzednio operacja radykalna ucha środkowego została zastąpiona operacją zachowawczą z całym szeregiem metod tympanoplastycznych. Zaczęto stosować przeszczepy pobranego ze zwłok całego preparatu błony bębienkowej i kosteczek, odtwarzając w ten sposób ucho środkowe - Marque. Zaczęto stosować elementy chrzęstne lub kostne do rekonstrukcji uszkodzonego łańcucha kosteczek, a jednocześnie opracowano metody odtwarzania lub naprawiania błony bębienkowej różnymi materiałami i w różnych technicznych wariacjach. Na podkreślenie zasługuje tutaj przełomowe opracowanie przez prof. Miodońskiego techniki tzw. małego ucha środkowego - w pewnym sensie odpowiednika tympanoplastyki zaproponowanej w tym czasie przez Wulsteina i Zellnera. Niestety, mimo że praca prof. Miodońskiego była ogłoszona wcześniej, w większości piśmiennictwa światowego uznaje się tych dwóch autorów za twórców tympanoplastyki.

Nadal mimo wielu prób wykonywania mniej lub bardziej rozległych zabiegów operacyjnych nie został w pełni rozwiązany problem perlaka. Świadczy o tym m.in. ciągłość zjazdów naukowych poświęconych otolaryngologii perlaka, a zwłaszcza zapobiegania jego wznowom. Przełomem wydawała się zaproponowana przez panią Wulstein metoda wycięcia w bloczku tylnej ściany przewodu słuchowego, bardzo dokładnego oczyszczenia antrum i komórek wyrostka sutkowego z następowym ponownym wszczepieniem tego wyciętego bloczka tylnej ściany przewodu. Po krótkim okresie entuzjazmu metoda ta uległa zapomnieniu. Wprowadzenie silikonowych materiałów zapobiega-

jących powstawaniu zrostów, sztucznych kosteczek pozwala na uzyskanie bardzo dobrych wyników. Nastąpił olbrzymi rozwój chirurgii otosklerozy, przy czym odeszły w zapomnienie lansowane kiedyś takie metody, jak fenestracja kanału półkolistego, proponowana przez Rosena mobilizacja strzemiączka, zastosowanie całej gamy protez strzemiączka z możliwością dopasowywania co do wielkości i długości.

Bardzo poważnym zagadnieniem były usznopochodne powikłania wewnątrzczaszkowe. W latach 50. i 60. były one, jeśli tak można powiedzieć, chlebem codziennym klinik zajmujących się tym zagadnieniem. Wprowadzenie tomografii i komputerowej ułatwiło w zasadniczy sposób rozpoznawanie i leczenie usznopochodnych ropni mózgu. Można bardzo dokładnie określić położenie ropnia i drogę dojścia celem opróżnienia go. Należy tu podkreślić opracowanie przez prof. Zakrzewskiego metody wyjaławiania ropnia usznopochodnego przez nakłucie i przepłukanie jamy ropnia roztworem antybiotyku. Metoda ta jako bardzo mało inwazyjna dała dobre wyniki. W krajach zachodnich stosuje się niejednokrotnie metodę „chronizacji” ropnia przez stosowanie dużych dawek antybiotyków, a po opanowaniu ostrego stanu zapalnego przez wyluszczenie tego ropnia zabiegiem operacyjnym. Jednak w wielu klinikach niemieckich, np. u prof. Helmsa, stosowało się w dalszym ciągu nakłuwanie lub nacinanie ropnia.

Proszę Państwa, porównując stan wiedzy i wyposażenie w aparaturę do badań audiologicznych w latach 50. i obecnie jest to niewiarygodny wprost przełom i postęp. W diagnostyce różnicowej niedosłuchu typu ślimakowego i pozaślimakowego przełomem było opisanie przez Fowlera seniora objawów wyrównania głośności pozwalających na rozróżnianie między ślimakowym i pozaślimakowym uszkodzeniem słuchu. Cały szereg innych metod, jak np. Luuschera-Zwisłockiego pozwala również na stwierdzenie objawów wyrównania głośności, lecz klasyczną metodą jest metoda balansu wg Fowlera. Burzliwy rozwój elektrofizjologii pozwolił na opracowanie metod umożliwiających bardzo dokładną lokalizację uszkodzenia w przebiegu drogi słuchowej i ewentualnego dopasowania metody naprawczej. Postępy w elektrofizjologii pozwoliły na poprawienie słuchu po obustronnych operacjach nerwiaków nerwu VIII poprzez wszczepy elektrod do resztek nerwu słuchowego lub do pnia mózgu. Jak dotychczas nie dały większych efektów próby drażnienia bezpośredniego ośrodków korowych słuchu z użyciem pola elektromagnetycznego.

Gwałtowny rozwój i miniaturyzacja aparatów słuchowych stworzyły rewolucję w poprawie słuchu. Najmniejsze wewnątrzprzewodowe aparaty są praktycznie

niewidoczne. Został przełamany przez chorych opór przed noszeniem aparatu widocznego na zewnątrz - interesujące jest, że nikogo nie krępuje noszenie okularów, a ludzie wzbraniają się przed noszeniem aparatu słuchowego. Dalszym etapem specyficznego aparatu słuchowego są tzw. aparaty zakotwiczone BAHA, stosowane w przypadkach niedorozwoju ucha, utrzymujących się przewlekłych stanów zapalnych ucha uniemożliwiających stosowanie typowych aparatów słuchowych.

Jednocześnie rozpoczęto w wielu ośrodkach, zwłaszcza w Japonii, stosowanie aparatów wimplantowanych do ucha środkowego, mających pobudzać bezpośrednio ucho wewnętrzne. Prof. Zenner opracował aparat Tiki, który dawał bardzo dobre wyniki i był znacznie tańszy od wszczepów ślimakowych, jednak firma produkująca ten aparat została wykupiona przez jedną z wielkich firm produkujących wszczepy ślimakowe i produkcja została zawieszona.

Olbrzymim przełomem było zastosowanie wszczepów ślimakowych, przy czym na terenie Europy ośrodkiem wiodącym była klinika prof. Lehnhardta w Hannoverze - w tej klinice nadal pracuje się nad nowymi wskazaniami i metodami wszczepów ślimakowych (prof. Lenarz). W wybranych przypadkach stosuje się obustronne wszczepy ślimakowe, co pozwala na lepsze słyszenie kierunkowe. Jak zwykle ograniczeniem liczby wszczepów jest kwestia kosztów. Wydaje mi się jednak, że nie ma chyba uzasadnionego powodu, aby stworzyć kilkanaście ośrodków przeprowadzających tego rodzaju operacje, raczej kilka dobrze wyposażonych zarówno w wyszkolony personel, jak i w aparaturę. Należy podkreślić, że niedoceniona jest olbrzymia rola dobrej rehabilitacji chorego po wszczepie ślimakowym - „dogranie” aparatu do rodzaju uszkodzenia. Wymaga to nieraz wielomiesięcznych treningów.

Pierwsze wszczepy ślimakowe wywołały duży opór ze strony stowarzyszeń osób głuchych. Pamiętam jak profesorowi Lehnhardtowi robiono manifestacje przed kliniką, a na zjeździe w Paryżu przerywano sesje wszczepów ślimakowych. Przed kilkoma dniami otrzymałem list od prof. Lehnhardta z informacją, że w klinice w Hannoverze wszczepia się obecnie również w przypadkach ubytków w zakresie wysokich tonów i to około 350 na rok. U nas prof. Skarżyński również zastosował podobną metodę. Wiadomo, że czym wcześniej jest wykryty ubytek słuchu i możliwie jak najszybciej rozpoczęta jest rehabilitacja zarówno przy użyciu aparatów słuchowych, jak i wszczepu ślimakowego, tym lepsze są wyniki. Dlatego bardzo istotne jest wczesne wykrycie ubytku słuchu i tutaj olbrzymią rolę odgrywają badania emisji otoakustycznej u noworodków - akcja Jurka Owsiaaka, która pozwoliła

na objęcie diagnostyką praktycznie wszystkie nowonarodzone dzieci - tym osiągnięciem mamy prawo się chwalić.

Próby zastosowania aparatu słuchowego wzmacniającego wszczepianego do ucha, a działającego na zasadzie fal elektromagnetycznych, wykonał przed 20. laty prof. Latkowski, niestety nie dysponował tak olbrzymimi środkami finansowymi.

Duże nadzieje na uzyskanie lepszych wyników leczenia wiąże się z terapią genową. Liczne próby zastosowania terapii genowej w leczeniu schorzeń nowotworowych nie wyszły właściwie poza zakres próbnych doświadczeń. Kiedy przed 15. laty na Światowym Kongresie Raka Głowy i Szyi w Bombaju prof. Shea, genetyk z USA przedstawiał poziom ówczesnych badań nad możliwością terapii genowej nowotworów zapytałem, kiedy klinicyści będą mieli możliwość zastosowania tego leczenia? Odpowiedź była szokująca: jak dobrze pójdzie za 20-30 lat.

Duże nadzieje wiąże się również z zastosowaniem terapii genowej oraz komórek macierzystych w uszkodzeniach ucha wewnętrznego. W ostatnich kilku zeszytach HNO ukazała się cała seria prac na ten temat, które demonstrując najnowsze osiągnięcia stwierdzają, że być może istnieje możliwość regeneracji uszkodzonych komórek zmysłowych, lecz raczej dotyczy to komórek podstawowych i to w bardzo krótkim czasie po uszkodzeniu. Są to jednak w dalszym ciągu jeszcze doświadczenia na zwierzętach. Wydaje mi się, że łatwiej dochodzi do powrotu, choćby częściowej czynności przedsionkowej, niż ślimakowej ucha wewnętrznego.

W latach 50, 60. w klinice istniał ośrodek leczenia twardzieli dużymi dawkami streptomycyny, dochodzącymi nieraz do 400 g. U wszystkich chorych nastąpiło wygaśnięcie czynności błędnikowej przy dawce 60-100 g - brak reakcji obrotowej i kalorycznej. Uszkodzenie słuchu wystąpiło w stosunkowo

niewielkiej liczbie i to dopiero w dawkach powyżej 350 g streptomycyny. Chorzy skarżyli się na początku na trudności w poruszaniu się w ciemności, jeździe na rowerze, schodzeniu po schodach. Po okresie 2-3 lat dolegliwości te bardzo się zmniejszyły lub ustąpiły całkowicie. Łączymy to z habituacją w nowych warunkach, przeprowadzenie jednak próby kalorycznej i obrotowej wykazało częściowy powrót pobudliwości błędników - reakcje były słabsze niż przed rozpoczęciem leczenia, jednak wyraźnie zachowane. Nie obserwowaliśmy natomiast ani jednego przypadku poprawy uszkodzenia słuchu w zakresie ślimaka, być może wywodzi się to z różnicy w rozwoju organizmu - część przedsionkowa jest w rozwoju fizjologicznym starsza i być może bardziej „odporna” na uszkodzenie.

Celem uniknięcia maksymalnego zabiegu mechanicznego udrażniającego ujścia zatok przynosowych, zwłaszcza zatoki czołowej, wprowadzono ostatnio system balonowania ujść zatok, co pozwala na powiększenie światła ujść i udrożnienie zatok.

Reasumując wstecz i porównując z poziomem obecnym naszej specjalności należy stwierdzić, że tak jak i w życiu nie ma rzeczy niemożliwych - kto by przed pięćdziesięcioma laty myślał o wszczepach ślimakowych lub pniowych, operacjach z użyciem nawigacji i innych postępach technologicznych. Rozwój diagnostyki i elektrofizjologii umożliwi również wcześniejsze i lepsze rozpoznawanie, leczenie wielu schorzeń, nadal czekamy na bardziej znaczne postępy w diagnostyce i leczeniu chorych z nowotworami, zwłaszcza z rakiem. O ile w leczeniu nowotworów łącznotkankowych (mięsaki, chłoniaki i inne) można zaobserwować wielki postęp w zastosowaniu radio-, chemioterapii, o tyle w rakach zwłaszcza nabłonkowych oczekujemy na podobne wyniki.

Życzę wszystkim Państwu, aby te postępy w diagnostyce i leczeniu nastąpiły jak najszybciej, aby mieli Państwo jak największą satysfakcję z wyników leczenia.