

- HISTORIA ROZWOJU RYNOLOGII
W KLINICE OTOLARYNGOLOGII
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski
- PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA OTOLARYNGOLOGICZNEGO
ZA ROK 2009
prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz
- STANY GORĄCZKOWE NIEZNANEGO POCHODZENIA
dr hab. med. Katarzyna Życińska
prof. dr hab. med. Kazimierz A. Wardyn
dr Ewa Piotrowska



Prof. T.J. McDonald, prof. G. Janczewski

W NUMERZE

**TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE
HISTORIA ROZWOJU RYNOLOGII
W KLINICE OTOLARYNGOLOGII WARSZAWSKIEGO
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO** 77
prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

**PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA
OTOLARYNGOLOGICZNEGO
ZA ROK 2009** 89
prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz

**STANY GORĄCZKOWE NIEZNANEGO
POCHODZENIA** 101
dr hab. med. Katarzyna Życińska
prof. dr hab. med. Kazimierz A. Wardyn
dr Ewa Piotrowska

syllabus rynologiczny – dodatek

Komitety redakcyjne:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
sekretarz redakcji – dr med. Agnieszka Strzembosz
redaktor – mgr Dorota Polewicz

Patronat naukowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rada naukowa:

przewodniczący:

– prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

członkowie:

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

– prof. dr hab. med. Stanisław Bień

– prof. dr hab. med. Wojciech Golusiński

– prof. dr hab. med. Elżbieta Hassmann-Poznańska

– prof. dr hab. med. Dariusz Jurkiewicz

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

– prof. dr hab. med. Kazimierz Niemczyk

– prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz

– prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska

– dr hab. med. Ewa Osuch-Wójcikiewicz

Opracowanie graficzne: M-art, Jolanta Merc

© Wydawca: eRejestracja Skw. Wyszyńskiego 5/49 01-015 Warszawa

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

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości bez uzyskania zezwolenia wydawcy jest zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam, ogłoszeń i materiałów sponsorowanych zamieszczonych w Magazynie Otolaryngologicznym. Magazyn Otolaryngologiczny przeznaczony jest wyłącznie dla lekarzy, którzy posiadają uprawnienia do wystawiania recept.

Fotografia na okładce – czytaj str. 80.

Drodzy Czytelnicy,

spotkał mnie wielki zaszczyt. Podczas uroczystości otwarcia ostatniego Zjazdu Krajowego PTORL-ChGiS (Warszawa, czerwiec 2010) otrzymałem z rąk ustępującego Przewodniczącego Zarządu Głównego – prof. Tomasza Durki, godność Członka Honorowego naszego towarzystwa naukowego. Chwila zaszczytu, dumy i głębokiej refleksji. Została jednak zauważona i doceniona moja praca na rzecz naszej społeczności w zakresie popularyzacji i rozwoju rynologii w Polsce. To rzeczywiście wzruszające doznanie. Prawdą jest, że od 1993 roku moja działalność akademicka oraz lekarska skoncentrowana jest wyłącznie na tej dyscyplinie medycznej i zdaję sobie sprawę, że dzisiaj bardziej jestem rynologiem niż laryngologiem.

Chciałbym zatem podziękować wszystkim, którzy zauważyli i docenili moją aktywność, przyczyniając się do tego wyróżnienia – wniossek w tej sprawie złożyli uczestnicy Walnego Zgromadzenia Członków Sekcji Rynologii i Chirurgii Plastycznej Twarzy PTORL-ChGiS w grudniu 2007 roku.

Bardzo serdecznie wszystkim tym Kolegom dziękuję.

Pragnę również złożyć gratulacje Kolegom, wraz z którymi miałem zaszczyt otrzymać tę godność: Pani prof. Teresie Goździk-Żołnierkiewicz oraz Panom – prof. Jatinowi P. Shahowi, prof. Henrykowi Skarżyńskiemu oraz dr. med. Zbigniewowi Świerczyńskiemu.

Serdecznie gratuluje.

Antoni Krzeski
prof. Antoni Krzeski

Warszawa, lipiec 2010

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE

HISTORIA ROZWOJU RYNOLOGII W KLINICE OTOLARYNGOLOGII WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

Choroby jam nosa i zatok przynosowych zawsze były traktowane w Klinice Otolaryngologii WUM jako jedno z najważniejszych zagadnień w otorynolaryngologii. Dzięki wizytom prof. dr. med. Antoniego Dobrzańskiego w Stanach Zjednoczonych w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej nasza Klinika mogła wprowadzić w życie wiele nowoczesnych w tych czasach metod diagnostycznych i terapeutycznych w rozpoznawaniu i leczeniu chorób jam nosa i zatok przynosowych. W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego stulecia w sposób szczególny problemami rynologicznymi zajmowały się pani: dr med. Mirosława Pęska-Laskowska, dr hab. Zofia Witwicka oraz dr hab. Janina Biskupska-Więcko. Zwłaszcza dwie ostatnie Koleżanki prowadziły wiele szkoleń indywidualnych oraz kursów doskonalących w rynchirurgii. Doświadczenia Kliniki warszawskiej w dziedzinie rynchirurgii znalazły swoje odbicie w jedynej wówczas monografii dr hab. med. Zofii Witwickiej pt. „Chirurgiczne leczenie zniekształceń nosa” (PZWL, 1972), która była pierwszym podręcznikiem polskiego autora na temat technik operacyjnych w chirurgii nosa. Po odejściu w 1974 roku z Kliniki dr hab. med. Zofii Witwickiej na stanowisko kierownika Kliniki Otolaryngologii w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie regularne kursy z zakresu chirurgii nosa organizowała w dalszym ciągu dr hab. med. Janina Więcko, a po jej przejściu na emeryturę działalność dydaktyczną w tym zakresie kontynuowali dr med. Joanna Fruba i dr med. Antoni Krzeski.

Na początku lat 70. ubiegłego wieku prof. dr med. Zbigniew Bochenek, nawiązując szerokie kontakty z przodującymi ośrodkami otorynola-



Prof. Grzegorz Janczewski (2003 rok)

ryngologii w Europie i Stanach Zjednoczonych, widział konieczność poszerzenia działalności w zakresie rynologii o zagadnienia alergii górnych dróg oddechowych. Została stworzona Poradnia Alergologiczna, której kierownikiem został dr Edward Zawisza. Doktoryzował się w 1973 roku na podstawie rozprawy pt. „Epidemiologia pyłkowic w Warszawie”, następnie habilitował w 1978 roku po przedstawieniu pracy pt. „Swoista desensybilizacja (odczulanie) chorób alergicznych górnych dróg oddechowych”, a w 1995 roku uzyskał tytuł profesora nauk medycznych. Prowadząc niezwykle aktywną działalność naukową i dydaktyczną, specjalizował i doktoryzował w zakresie alergologii wielu lekarzy. Dzięki wyjątkowej i systematycznej pracy zespołu lekarskiego kierowanego przez prof. Edwarda Zawiszę alergologia stosowana na potrzeby otolaryngologii rozwijała się w naszym ośrodku niezwykle dynamicznie do 2001 roku. W tym to roku dyrektor SP CSK, dr hab. med. Bolesław Samoliński wyodrębnił ze struktur warszawskiej Kliniki Otolaryngologii Poradnię Alergologiczną i powołał Samodzielny Zakład Alergologii i Immunologii Klinicznej podległy nowo powstałemu Wydziałowi Nauki o Zdrowiu AM, którego został kierownikiem.

Istotnym dorobkiem pracowników naszego zespołu były pionierskie w Polsce badania cytologiczne tkanek uzyskiwanych za pomocą biopsji cienkoigłowej i cytologii złuszczeniowej. Szczególne zasługi w tym zakresie miała dr med. Wanda Makowska, która habilitowała się w 1987 roku na podstawie rozprawy pt. „Wartość kliniczna badania cytologicznego w diagnostyce laryngologicznej”.

W latach osiemdziesiątych XX wieku wzrosło zainteresowanie problematyką zaburzeń czynności oddechowej podczas snu. Dr hab. med. Andrzej Kukwa, będąc w latach osiemdziesiątych na rocznym stypendium naukowym w University of California w Irvine (USA), brał udział w badaniach prowadzonych z tego zakresu. Wyniki tych badań zostały udokumentowane w dwóch pracach opublikowanych w czasopiśmie *Laryngoscope* oraz *Archives of Otolaryngology*. Dotyczyły one wybranych aspektów diagnostyki oraz leczenia chirurgicznego obturacyjnego bezdechu podczas snu (OBPS), określanego w owym czasie mianem zespołu *sleep apnea*. Po powrocie do kraju dr hab. med. Andrzej Kukwa należał do gorących propagatorów wiedzy o tym stosunkowo słabo znanym wówczas w polskim środowisku medycznym zespole chorobowym. Po objęciu przez prof. Andrzeja Kukwę w 1989 roku stanowiska kierownika Kliniki Otolaryngologii Wydziału Stomatologii AM w Warszawie opiekę nad chorymi z zespołem OBPS przejął dr med. Jarosław Balcerzak, związany z Kliniką od 1988 r. i który w 1994 roku obronił rozprawę doktorską pt. „Włókniak młodzieńczy (*angiofibroma juvenile*) – problem diagnostyczny i leczniczy” (promotor prof. G. Janczewski). Dr med. Jarosław Balcerzak na zaproszenie prof. E.B. Kerna odbył w 1995 roku specjalistyczne szkolenie m.in. w tym zakresie w Department of Otorhinolaryngology w Mayo Clinic (Rochester, Minnesota, USA). Po jego powrocie do kraju została nawiązana ścisła współpraca z Kliniką Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii AM w Warszawie kierowaną przez prof. Wacława Droszcza, w wyniku której został wypracowany modelowy schemat postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz monitorowania tej grupy chorych. W 2003 roku dr med. J. Balcerzak organizuje po raz pierwszy w Polsce kurs zastosowania dwubiegunowej koagulacji śródtkankowej w laryngologii, na którym wykładowcą był dr Yves Kamami z Paryża (Francja). Efektem działalności naukowej dr. med. Jarosława Balcerzaka w tym zakresie jest opublikowanie 18 artykułów w krajowych

czasopiśmie medycznych oraz rozdziałów w trzech podręcznikach. Od 2005 roku Klinika Otolaryngologii WUM dysponuje aparaturą polisomnograficzną, dzięki której istnieje również możliwość samodzielnego prowadzenia diagnostyki w tej grupie chorych.

Zmiany polityczne, jakie zaszły w Polsce na początku lat 90. ubiegłego wieku, otworzyły nam okno na świat, stwarzając tym samym szansę nawiązania szerszych kontaktów naukowych i zawodowych na arenie międzynarodowej również w zakresie ryнологii. W 1991 roku dr med. Bolesław Smoliński oraz dr med. Antoni Krzeski dzięki życzliwości prof. Andrzeja Halamy i prof. Petera A.R. Clementa odbyli dwutygodniowy staż w ENT Department of the Free University of Brussels (Belgia), podczas którego przeszli praktyczne szkolenie w stosowaniu rynomanometrii. Klinika ta, kierowana przez prof. P.A.R. Clementa, była wówczas najbardziej opiniotwórczym ośrodkiem na świecie w wykorzystywaniu tej metody w diagnostyce zaburzeń drożności nosa. Po zakończonym szkoleniu dr A. Krzeski i dr B. Samoliński zostali przyjęci do dość elitarnego International Committee of Standardization of Objective Nasal Airflow.

W 1992 roku dr med. Bolesław Smoliński zorganizował w ramach struktur Kliniki Otolaryngologii Pracownię Rynomanometrii. W trzy lata później wyposażenie pracowni zostało uzupełnione o rynometr akustyczny. Wynikiem prowadzonych badań była m.in. rozprawa doktorska dr Jagny Nyckowskiej pt. „Monitorowanie leczenia przewlekłego nieżyty nosa przy użyciu rynomanometrii” (promotor prof. G. Janczewski 1996 r.). Zastosowaniu obiektywnej oceny drożności górnych dróg oddechowych została również poświęcona rozprawa habilitacyjna dr med. Bolesława Smolińskiego pt. „Analiza wyników rynometrii akustycznej na potrzeby diagnostyki rynoalergologicznej” (1998 r.). W 2000 roku Pracownia Rynomanometrii Kliniki Otolaryngologii została przekształcona w Pracownię Badań Czynnościowych Górnych Dróg Oddechowych. Wkrótce też została wyłączona ze struktur Kliniki Otolaryngologii i włączona do struktur nowo powstałej Samodzielnej Pracowni Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Wydziału Nauki o Zdrowiu AM, której kierownikiem został dr hab. med. Bolesław Smoliński.

W 2003 roku dr Tomasz Gotlib, rezydent Kliniki Otolaryngologii, obronił rozprawę doktorską pt. „Wpływ fazy cyklu nosowego na wynik donosowej próby prowokacyjnej z alergenem w ocenie rynometrią akustyczną” (promotor dr hab. med. B. Samoliński).

Niewątpliwie liderem zespołu śledzącego wnikliwie postępy rynologii i rynchirurgii w świecie był dr med. Antoni Krzeski, który w 1986 roku spotkał się z najbardziej współczesną na owe czasy rynologią światową. Stało się to możliwe dzięki życzliwości i hojności prof. Aleksandra Coyasa z Aten (Grecja), przewodniczącego XI Kongresu Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego, który umożliwił mu udział w tej konferencji na koszt organizatorów. To pozornie zwykłe dla dzisiejszego czytelnika wydarzenie wymaga jednak komentarza, albowiem koszt uczestnictwa w tej konferencji wynosił wówczas równowartość rocznej pensji młodego lekarza w Polsce. Dr A. Krzeski wraz z dr B. Smolińskim, który również wziął udział w tej konferencji, byli pierwszymi w ponaddwudziestoletniej historii tego towarzystwa reprezentantami państw tzw. bloku wschodniego, inaczej mówiąc, pierwszymi, którzy przyjechali zza „żelaznej kurtyny”. Poza tym w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku poziom rynologii w Polsce odbiegał w sposób istotny od poziomu rynologii w krajach Europy Zachodniej.

W latach 80. i 90. ubiegłego stulecia dr med. A. Krzeski odbył wiele logicznie zaplanowanych szkoleń z dziedziny rynologii w najbardziej renomowanych ośrodkach w Europie i Stanach Zjednoczonych. Uczył się m.in. u doz. Gerharda Rettingera (Erlangen, Niemcy), prof. Heinza Stammbergera (Graz, Austria), prof. Davida Kennedy'ego (Filadelfia, USA), prof. Petera Clementa (Bruksela). W 1993 r. dr med. A. Krzeski jako pierwszy w Polsce wprowadził do praktyki klinicznej chirurgię endoskopową zatok przynosowych. Habilitował się w 1995 roku na podstawie rozprawy pt. „Rola kompleksu ujściowo-przewodowego w patomechanizmie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych”, a w 2001 roku uzyskał tytuł naukowy profesora nauk medycznych. W 1995 roku dr hab. med. A. Krzeski objął w Klinice obowiązki ordynatora Odcinka Rynologicznego (od 2004 roku Oddział Rynchirurgii), a w 1996 roku zorganizował w Klinice Otolaryngologii AM w Warszawie Pracownię Endoskopową Górnych Dróg Oddechowych. Była to przez lata jedyna, ogólnie dostępna placówka w Polsce, w której można było przeprowadzać badania endoskopowe jam nosa i nosogardła. Wykonywano w niej miesięcznie około 200 badań endoskopowych w zakresie rynologii. Tak duża liczba przeprowadzanych badań była możliwa dzięki znakomitej pracy pielęgniarskiej i asystenckiej Jolanty Wierzchowskiej-Bożys oraz Marii Szczepaniak. W 2007 roku działalność Pracowni Endoskopowej została ograniczona

do świadczenia usług na rzecz chorych przebywających w oddziałach Kliniki oraz do bezpośredniej opieki pooperacyjnej.

Wokół Pracowni Endoskopowej kierowanej przez prof. A. Krzeskiego zgromadziła się grupa młodych kolegów, szkolących się w zakresie laryngologii, a zainteresowanych szczególnie rynologią. Byli to: dr med. Ewa Tomaszewska, dr med. Dorota Kapiszewska-Dzedzej, dr med. Anna Galewicz-Zielińska, dr med. Agnieszka Jędrusik, dr med. Iwona Gromek, dr med. Anna Tuszyńska, dr Eliza Brożek-Mądry oraz dr med. Norbert P. Górski.

Dokonujące się przemiany ustrojowe umożliwiały nawiązywanie współpracy z opiniotwórczymi ośrodkami rynologicznymi w Europie i Stanach Zjednoczonych. Dzięki kontaktom prof. A. Krzeskiego wszyscy młodzi członkowie zespołu rynologicznego odbyli indywidualne szkolenia w ramach staży bądź kursów w renomowanych ośrodkach rynologicznych w Austrii, W. Brytanii, Niemczech, Holandii, Szwajcarii, Włoszech i Stanach Zjednoczonych. Ta grupa niezwykle zdolnych, pracowitych, zdeterminowanych młodych ludzi sprawiła, że zespół rynologiczny Kliniki dał się poznać na arenie międzynarodowej, wzbudzając zainteresowanie światowego środowiska rynologów tym, co dzieje się w naszej Klinice oraz życzliwość dla naszej działalności. Wymiernym rezultatem pracy tego zespołu jest m.in. sześć zakończonych przewodów doktorskich z zakresu rynologii, których promotorem był prof. A. Krzeski:

- lek. Ewa Tomaszewska – *Zmienność budowy anatomicznej bocznej ściany jamy nosa u chorych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych* (1999 r.);
- lek. Dorota Kapiszewska-Dzedzej – *Rynologiczne aspekty mukowiscydozy* (1999 r.), praca wyróżniona przez Radę Naukową II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie;
- lek. Anna Galewicz-Zielińska – *Ocena wyników leczenia operacyjnego przewlekłego zapalenia zatok przynosowych z zastosowaniem techniki endoskopowej* (2005 r.), praca wyróżniona przez Radę Naukową II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie oraz Nagrodą Naukową PTORL-ChGiS im. prof. Jana Miodońskiego;
- lek. Iwona Gromek – *Rynologiczne aspekty astmy aspirynowej* (2006 r.), praca wyróżniona przez Radę Naukową II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie oraz Nagrodą Naukową PTORL-ChGiS im. prof. Jana Miodońskiego;
- lek. Norbert P. Górski – *Radykalne leczenie zachowawcze przewlekłego zapalenia zatok przynosowych* (2007 r.);

– lek. Anna Tuszyńska – *Zapalenie tkanki kostnej w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych* (2010 r.), praca wyróżniona przez Radę Naukową II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie oraz Nagrodą Naukową PTORL-ChGiS im. prof. Jana Miodońskiego.

Poza wymienionymi rozprawami doktorskimi, które dla każdego z autorów stanowiły uwieńczenie indywidualnego spełnienia się na polu nauki, koledzy zajmujący się problematyką rynologiczną byli niezwykle aktywni zarówno w publikowaniu wyników swoich badań w czasopiśmie fachowych, jak i w ich prezentacji na licznych, międzynarodowych konferencjach rynologicznych. W sposób szczególny aktywność ta została wyróżniona podczas konferencji International Rhinologic Society „The Nose and... beyond” w Waszyngtonie we wrześniu 2000 roku. Spośród sześciu prac zgłoszonych z Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie praca przygotowana przez zespół: A. Galewicz-Zielińska, A. Jędrusik, A. Krzeski pt. „Invasive fungal rhinosinusitis in a patient with acute myeloblastic leukemia”, a zaprezentowana przez pierwszą autorkę, została wyróżniona złotym medalem w kategorii „Case of Millenium Competition”. W 2003 roku zespół pracujący pod kierownictwem prof. A. Krzeskiego otrzymał nagrodę naukową III stopnia JM Rektora AM w Warszawie za cykl prac z zakresu rynologii.

Warto zauważyć, że prof. A. Krzeski jako mentor tej grupy młodych rynologów nie tylko inspirował ich do pracy czy czerpania wiedzy

ze świata, ale również poczuwał się w miarę możliwości do zapewnienia im środków finansowych zarówno na badania, jak i na wyjazdy zagraniczne. Należy ubolewać, że niezależnie od przyczyn, żadna z wymienionych osób z zespołu rynologicznego prof. A. Krzeskiego nie została zatrudniona na stałe w Klinice po uzyskaniu specjalizacji i zakończeniu przewodu doktorskiego. Natomiast rzeczą niezwykłą i miłą jest kontynuacja przez niektórych kolegów z byłego zespołu rynologicznego współpracy naukowej i dydaktycznej z prof. A. Krzeskim, mimo że nie są oni związani z żadnym ośrodkiem akademickim.

Szczególną rolę w rozwoju rynologii w Klinice Otolaryngologii AM w Warszawie odegrała współpraca z zespołem Department of Otorhinolaryngology, Mayo Clinic (Rochester, Minnesota, USA), jednego z najbardziej opiniotwórczych ośrodków medycznych na świecie. Było to możliwe początkowo dzięki przyjaźni między prof. A. Krzeskim i prof. Eugene B. Kernem, a później również pomiędzy kierownikami obu Klinik: prof. Thomasem J. McDonaldem i autorem niniejszego opracowania.

W 1988 roku podczas Kursu Chirurgii Nosa w Utrechcie (Holandia), zorganizowanego przez prof. E.H. Huizinga, dr med. A. Krzeski poznał prof. E.B. Kerna, profesora rynologii w Mayo Clinic, niezwykle wykładawcę oraz fanatyka nauczania rynologii i rynchirurgii. W lipcu 1993 roku panowie spotkali się ponownie w Filadelfii (USA) podczas International Advanced Sinus



Prof. Grzegorz Janczewski, prof. Thomas J. McDonald, prof. Eugene B. Kern (1994 rok)

Symposium i wtedy postanowili zorganizować wspólnie kurs współczesnej rynologii w Polsce. W czerwcu 1994 roku w Warszawie odbył się polsko-amerykański kurs szkoleniowy pod nazwą „Chirurgia Nosa i Zatok Przynosowych”. Wykłady prowadzili ze strony Department of Otorhinolaryngology Mayo Clinic profesorowie: Eugene B. Kern, Thomas J. McDonald i Thomas McCaffrey oraz dr Georg W. Facer, a ze strony polskiej: prof. G. Janczewski, dr med. Janusz Kącki i dr med. A. Krzeski. Trzeba podkreślić, że



Prof. Grzegorz Janczewski, prof. Valerie J. Lund (1994 rok)



Prof. Heinz Stammberger, prof. Grzegorz Janczewski (1994 rok)

strona amerykańska przyjechała do Polski na własny koszt i całe szkolenie poprowadziła bez żadnego wynagrodzenia. W szkoleniu tym uczestniczyło około 200 laryngologów i było to chyba przełomowe spotkanie naukowo-szkoleniowe z zakresu rynologii w historii polskiej laryngologii, podczas którego polscy lekarze mieli możliwość dowiedzenia się, czym jest rzeczywistość współczesna rynologia. Pół roku później, w grudniu 1994 roku, na kolejnym spotkaniu szkoleniowym pod nazwą „Współczesne tendencje w leczeniu przewlekłego zapalenia zatok przynosowych” znakomite wykłady wygłosili: prof. Valerie J. Lund (Londyn, W. Brytania), prof. Heinz Stammberger oraz doz. Josef Kainz (Graz, Austria), a w spotkaniu uczestniczyło ponad 200 laryngologów z całej Polski. Podczas tego spotkania zrodziła się po raz pierwszy w historii polskiej laryngologii inicjatywa powołania Sekcji Rynologii PTORL-ChGiS.

W lipcu 1995 roku profesor Eugene B. Kern dzielił się z polskimi rynologami swym bogatym doświadczeniem w ramach kursu „Postępy chirurgii nosa”. W tym też roku zaprosił dr. med. Jarosława Balcerzaka do odbycia sześciotygodniowego szkolenia w Mayo Clinic.

W czerwcu 1997 roku wspólnie z Department of Otorhinolaryngology Mayo Clinic zespół Kliniki Otolaryngologii AM zorganizował trzydniowy kurs, którego tematem było praktyczne podejście do guzów głowy i szyi. Ze strony amerykańskiej wykłady przedstawili: prof. Thomas J. McDonald (kierownik kliniki), prof. Eugene B. Kern



Prof. Eugene B. Kern, prof. Grzegorz Janczewski (1997 rok)

oraz doktorzy: Kerry D. Olsen, Laurenc W. DeSanto, James A. Garrity, David A. Sherris, Brus W. Pearson.

Kolejny kurs, na przełomie maja i czerwca 1999 roku, dotyczył postępów w chirurgii nosa. Wykładowcami zagranicznymi na tym kursie byli: dobrze zaprzyjaźniony już z Kliniką prof. E.B. Kern oraz prof. Egbert H. Huizing (Utrecht, Holandia). W tym samym roku prof. E.B. Kern zaprosił na swój koszt grupę lekarzy z Kliniki szkolących się w rynologii do wzięcia udziału w „15th Biennial Rhinofest 1999 – Post Graduate Course of Functional and Aesthetic Nasal Surgery”. W szkoleniu tym udział wzięli: dr med. J. Balcerzak, dr A. Jędrusik, dr M. Held-Ziółkowska, dr I. Gwizdalska, dr A. Galewicz-Zielińska. Tym samym prawie całe jedno pokolenie rezydentów Kliniki miało okazję zapoznać się z rynologią na najwyższym światowym poziomie. Z wielką satysfakcją obserwowałem ich dalszy rozwój zawodowy w tej dziedzinie i z dumą patrzę na to, co sobą dzisiaj reprezentują.

Poza kursami chirurgii nosa w latach 1997, 1998 i 2001 w Klinice odbyły się pod kierownictwem dr. hab. med. A. Krzeskiego trzy kursy chirurgii endoskopowej zatok przynosowych. Wykładowcami byli koledzy zatrudnieni w Klinice, a były to pierwsze kursy na ten temat organizowane w Polsce i cieszyły się niezwykle dużym zainteresowaniem. Można bez obawy powiedzieć, że warszawska Klinika Otolaryngologii wykształciła pierwsze pokolenie chirurgów endoskopowych zatok przynosowych w Polsce.



Dr hab. med. Antoni Krzeski, prof. Eugene B. Kern (1997 rok)

Przejście na emeryturę w pierwszych latach XXI wieku profesorów T. McDonalda, E.B. Kerna oraz moje zapewne sprawiło, że współpraca Kliniki z zespołem Mayo Clinic zdecydowanie osłabła. Kierownikiem zespołu rynologicznego w Department of Otorhinolaryngology w Mayo Clinic został dr John F. Pallanch, który na zaproszenie prof. A. Krzeskiego odwiedził dwukrotnie Polskę – w 2003 roku był wykładowcą podczas Międzynarodowej Konferencji „Postępy w rynologii”, której organizatorem była Klinika, oraz w 2007 roku dzielił się swoją wiedzą podczas IV Krajowego Forum Rynologicznego. Gościem Kliniki był również dr Oren Friedman – chirurg plastyczny twarzy z zespołu Department of Otorhinolaryngology Mayo Clinic, który przedstawił wykłady z zakresu chirurgii nosa i twarzy na międzynarodowym sympozjum „Facial Plastic Surgery” zorganizowanym przez Klinikę w 2008 roku.

W 2007 roku miało miejsce szczególne wydarzenie w życiu nauczyciela akademickiego prof. A. Krzeskiego. On oraz współpracujący z nim byli rezydenci Kliniki: dr med. Iwona Gromek, dr med. Norbert P. Górski i dr Anna Tuszyńska (kończąca rezydenturę) zostali zaproszeni do poprowadzenia wykładów i przedstawienia swojego dorobku naukowego podczas niezwykle prestiżowego „19th Biennial Rhinofest 2007 – Comprehensive Course in Rhinology and Rhinoplasty”, który jest regularnie organizowany co dwa lata przez Department of Otorhinolaryngology Mayo Clinic (7–10 października 2007,



Dr hab. med. Antoni Krzeski, prof. Egbert H. Huizing (1999 rok)

Rochester, Minnesota, USA). Koledzy z Polski przedstawili wówczas 8 wykładów, a ponadto prof. A. Krzeski był członkiem 4. dyskusji panelowych.

Zgodnie z zasadą nieustannego podążania śladem rozwoju współczesnej rynchirurgii w 2000 roku zostało zorganizowane szkolenie, którego głównym tematem była rynoplastyka z dostępu zewnętrznego. Stało się to możliwe dzięki nawiązaniu przez dr. hab. A. Krzeskiego współpracy z European Academy Facial Plastic Surgery, której w tymże roku został wiceprzewodniczącym/delegatem na Polskę i pełnił tę funkcję do 2009 roku. W czasie tego kursu swoją wiedzę przekazywali najwybitniejsi na świecie



Dr Iwona Gromek, prof. Antoni Krzeski, prof. John Pallanch, dr Anna Tuszyńska (2007 rok)

znawcy tego zagadnienia: prof. Gilbert J. Nolst Trenité – przewodniczący Europejskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy (Amsterdam, Holandia), prof. Dean M. Toriumi (Chicago, USA) oraz prof. Pietro Palma (Mediolan, Włochy) – sekretarz Europejskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy. Prof. G.J. Nolst Trenité, doceniając wkład zespołu Kliniki w rozwój rynologii w Polsce, przez osiem kolejnych lat, każdego roku jednej osobie, fundował stypendium dla kolegów szkolących się w rynologii. Pokrywało ono pełne koszty uczestnictwa i pobytu w dorocznym Kursie Chirurgii Nosa, organizowanym przez ENT Departament, Academic Medical Center, University of Amsterdam (Holandia). W ten sposób siedmiu rezydentów Kliniki: dr I. Gromek (dwukrotnie), dr A. Galewicz-Zielińska, dr M. Hamera-Słynarska, dr A. Tuszyńska, dr E. Brożek-Mądry, dr M. Grotthuss i dr N.P. Górski mogło uczestniczyć w jednym z bardziej renomowanych kursów chirurgii nosa w Europie.

W 2007 roku prof. G.J. Nolst Trenité przyjechał do Warszawy i poprowadził kurs chirurgii nosa dla rezydentów Kliniki. Przez dwa dni prowadził osobiście wszystkie wykłady, seminaria, pokazy operacyjne i dyskusje z rezydentami.

Nawiązanie w 1998 r. przez prof. A. Krzeskiego kontaktów z Europejską Akademią Chirurgii Plastycznej Twarzy rozpoczęło nowy etap w dziejach polskiej laryngologii. Ta umiejętność medyczna jest jedną z sześciu, które według przepisów



Prof. Gilbert J. Nolst Trenité (drugi od lewej w pierwszym rzędzie) wraz z grupą słuchaczy Kursu Chirurgii Nosa w 2007 roku (po lewej prof. A. Krzeski)

Unii Europejskiej są przypisane do laryngologii. W środowisku polskich laryngologów istnieje lęk przed pojęciem „chirurgia plastyczna”, tak jakby grzechem było przeprowadzanie operacji nosa, małżowiny usznej czy usuwania zmian na skórze twarzy. Podobny problem przed laty istniał w Stanach Zjednoczonych, gdzie dzięki staraniom m.in. środowiska amerykańskich laryngologów ostatecznie wyodrębniła się samodzielna specjalność – *Facial Plastic Surgery* – oraz w Europie, gdzie specjalność ta jest traktowana jeszcze jako umiejętność medyczna przypisana laryngologii. Wspominam o tym, albowiem efektem nawiązania przez prof. A. Krzeskiego współpracy z Akademią Europejską było otrzymanie stypendiów szkoleniowych przez dwóch kolegów z Polski: dr. med. Michała Krawczyńskiego z Łodzi oraz dr. med. Norberta P. Górskiego z Warszawy, który odbywał rezydenturę i doktoryzował się w Klinice Otolaryngologii AM w Warszawie. Po odbyciu stażu zdali oni egzamin z tej specjalności przed komisją American Academy of Facial Plastic Surgery – jedyną organizacją w świecie, która jest uprawniona do przeprowadzania egzaminów z tej dyscypliny medycznej. Aktualnie stypendystką Europejskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy jest wychowanka Kliniki – dr med. Anna Tuszyńska.

Warto zauważyć, że w ramach organizowanych przez Klinikę szkoleń z zakresu chirurgii nosa czy operacji endoskopowych zatok przynosowych przeprowadzane były również w miarę możliwości ćwiczenia anatomiczne na zwłokach. Było to w owym czasie duże *novum*, a stało się możliwe dzięki współpracy z Zakładem Anatomii Prawidłowej Człowieka AM w Warszawie kierowanym przez prof. Bogdana Ciszka.

W historii polskiej rynologii przełomowy był 2000 rok, kiedy to dzięki staraniom dr. hab. A. Krzeskiego Polska stała się członkiem European Rhinologic Society (ERS), która to organizacja wybrała go na przedstawiciela w Polsce. Fakt przyjęcia do Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego sprawił, że w tym samym roku Polska stała się członkiem International Rhinologic Society. Dostąpiliśmy tego zaszczytu wraz z Chinami, Indiami, Libanem i Pakistanem. Uroczystość przyjęcia nas do tego zacnego międzynarodowego grona miała miejsce w Waszyngtonie (USA) we wrześniu 2000 roku podczas uroczystości otwarcia międzynarodowej konferencji „The Nose and... beyond”. Flagę polską podczas ceremonii akcesyjnej niósł dr Tomasz Gotlib, który odbywał w owym czasie rezydenturę w Klinice warszawskiej, a obecnie jest zatrud-

niony w niej na stanowisku adiunkta. W 2010 roku upłynęła dziesięcioletnia kadencja prof. A. Krzeskiego jako przedstawiciela ERS w Polsce.

Niezwykle ważnym wydarzeniem w historii polskiej rynologii była międzynarodowa konferencja „Postępy w rynologii”, która została zorganizowana w Warszawie w czerwcu 2003 roku przez zespół asystentów Kliniki. Była ukoronowaniem dotychczasowych, dziesięcioletnich kontaktów i osiągnięć zespołu rynologicznego Kliniki na arenie międzynarodowej. Mózgiem i sercem całego przedsięwzięcia był prof. A. Krzeski. W gronie wykładowców znaleźli się najwybitniejsi rynolodzy, m.in. prof. V.J. Lund, E.B. Kern, H. Stammberger, M.E. Tardy i wielu innych. W sumie gościliśmy 21. wykładowców – wybitnych rynologów z Europy, Ameryki Północnej i Japonii oraz liczne grono polskich laryngologów zajmujących się rynologią. Konferencja ta miała szczególny charakter, albowiem z jednej strony zgromadziła niezwykle liczną grupę wykładowców o światowym autorytecie, co gwarantowało bardzo wysoki poziom naukowy, z drugiej strony zaś było to spotkanie pożegnalne przechodzącego na emeryturę autora niniejszego opracowania. Opuszczając po 25 latach stanowisko kierownika warszawskiej Kliniki Otolaryngologii, miałem poczucie dobrze spełnionego obowiązku związanego z zajmowanym stanowiskiem. Nie przeszkadzałem, pomagałem w ramach skromnych możliwości intelektualnych i organizacyjnych; odczuwałem wówczas dumę z dokonań moich Uczniów i Współpracowników.

Sukces naukowy i organizacyjny, jakim okazała się międzynarodowa konferencja „Postępy w rynologii”, był inspiracją do organizowania kolejnych konferencji rynologicznych. Takie było i jest zapotrzebowanie środowiska polskich laryngologów. W grudniu 2004 roku dożyło się I Krajowe Forum Rynologiczne zorganizowane przez prof. A. Krzeskiego z zespołem Kliniki i przy współpracy Stowarzyszenia „Rynologia Polska”. Gośćmi honorowymi tej konferencji byli: prof. Metin Önerci (Ankara, Turcja), przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego, oraz prof. Gilbert J. Nolst Trenité (Amsterdam, Holandia), przewodniczący Europejskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy. Wprawdzie w założeniu idea zorganizowania tej konferencji wynikała z potrzeby promocji nowo wydanej podręcznika pt. „Podstawy chirurgii nosa” pod red. A. Krzeskiego, ale zainteresowanie środowiska laryngologów tematyką tego spotkania naukowego przeszło wszelkie oczekiwania. Stąd też powstała konieczność organizacji kolejnych spotkań rynologicznych. W ten sposób

warszawska Klinika Otolaryngologii wraz ze Stowarzyszeniem „Rynologia Polska”, jako równorzędni partnerzy, organizują co roku na przełomie listopada i grudnia te spotkania; za każdym razem jest więcej chętnych niż miejsc przewidzianych przez organizatorów. Co roku gościmy około 450. laryngologów z całej Polski. Konferencja stała się już na tyle tradycją, że wielu jej uczestników poczuwa się do obowiązku uczestnictwa w niej co roku. Równoległe z Krajowym Forum Rynologicznym są organizowane również tematycznie związane z nim międzynarodowe sympozja z udziałem zaproszonych gości zagranicznych. Imprezą towarzyszącą tym spotkaniom naukowym jest zawsze „Wieczór autorski prof. A. Krzeskiego”, podczas którego uczestnicy konferencji mogą usłyszeć najwyższego lotu poezję polską czytaną przez kolegów laryngologów, dobrą muzykę, jak również mają okazję odnaleźć znakomitą atmosferę do odnowienia kontaktów czy poznania się nawzajem.

Istotnym wkładem zespołu warszawskiej Kliniki w udostępnianiu wiedzy w zakresie współczesnej rynologii jest opracowywanie podręczników z tego zakresu.

W 1997 roku ukazał się pod redakcją dr. hab. A. Krzeskiego i prof. G. Janczewskiego podręcznik pt. „Choroby nosa i zatok przynosowych” (Sanmedia, Warszawa). O celowości opracowania tego pierwszego po II wojnie światowej nowoczesnego podręcznika rynologii (poprzedni podręcznik na ten temat, autorstwa prof. Jana Szmurły, ukazał się w Wilnie w 1936 r.) świadczą jego dwa kolejne wznowienia: w 1998 roku (Sanmedia, Warszawa) i 2003 roku (Urban i Partner, Wrocław). Warto odnotować, że z okazji pierwszego wydania tego podręcznika zostało zorganizowane w Muzeum Porczyńskich im. Jana Pawła II w Warszawie spotkanie naukowe (kwiecień 1997), w którym uczestniczyło ponad 450. laryngologów z całej Polski i podczas którego została sprzedana ponad 1/3 całego nakładu!

W 2000 roku do rąk czytelników trafiła monografia pod redakcją dr. hab. A. Krzeskiego i dr med. Ewy Tomaszewskiej pt. „Boczna ściana jamy nosowej” (ViaMedica, Gdańsk). Książka ta wprowadza lekarza praktyka w złożoną i ważną dla rynchirurga okolicę anatomiczną. Została ona wyróżniona nagrodą dydaktyczną I stopnia JM Rektora AM w Warszawie. W tym też roku, przy współpracy z firmą Servier, wydano na płytach CD multimedialne materiały szkoleniowe, poświęcone nieżytom nosa, zredagowane przez zespół pod kierunkiem prof. A. Krzeskiego.

W 2004 roku ukazał się podręcznik pt. „Podstawy chirurgii nosa” (ViaMedica, Gdańsk) pod redakcją prof. A. Krzeskiego, a rok później kolejna książka pt. „Wykłady z chirurgii nosa” (ViaMedica, Gdańsk). Oba te podręczniki są monografiami poświęconymi współczesnej chirurgii czynnościowej i estetycznej nosa. Wśród autorów poszczególnych rozdziałów można spotkać nazwiska najwybitniejszych znawców tego zagadnienia na świecie oraz członków zespołu rynologicznego Kliniki. Obie książki zostały wyróżnione nagrodami dydaktycznymi II stopnia JM Rektora AM w Warszawie w 2005 i 2006 roku.

W 2006 roku ukazał się w języku tureckim podręcznik pt. „Nazal polipozis”, w którym został zamieszczony rozdział dr med. I. Gromek i prof. A. Krzeskiego dotyczący postępowania z chorymi z astmą aspirynową i przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami nosa. Redaktorem tego podręcznika jest prof. Metin Önerci (I. Gromek, A. Krzeski: Aspirine Bagli Solunum Hastaliklarinin Rinolojik Yonleri. W: Nazal polipozis. Red.: Metin Önerci. Hacettepe Universitesi Hastaneleri Basimevi, Ankara 2006).

W 2007 roku wydana została książka autorstwa dr med. I. Gromek i prof. A. Krzeskiego pt. „Rynologiczne aspekty astmy aspirynowej” (ViaMedica, Gdańsk). Podręcznik ten jest pierwszą w świecie monografią opracowaną przez laryngologów, omawiającą postępowanie z tą grupą chorych, jeżeli dojdzie u nich do rozwinięcia się przewlekłego zapalenia zatok przynosowych z polipami nosa. Książka powstała na podstawie rozprawy doktorskiej dr I. Gromek, a jej wielkim walorem jest olbrzymie doświadczenie obu autorów w leczeniu tej grupy chorych. Została ona wyróżniona nagrodą dydaktyczną III stopnia JM Rektora AM w Warszawie.

Kolejny podręcznik z zakresu rynologii ukazał się w 2008 roku i nosi tytuł „Zapalenia zatok przynosowych” (ViaMedica, Gdańsk). Jego redaktorami i autorami wybranych rozdziałów są prof. A. Krzeski i dr med. I. Gromek. Poszczególne rozdziały tej monografii, podobnie jak we wcześniejszych publikacjach, zostały napisane zarówno przez wybitnych światowych ekspertów w poszczególnych dziedzinach rynologii, jak i przez wychowanków prof. A. Krzeskiego. O zapotrzebowaniu na ten podręcznik świadczy fakt, że jego nakład został wyczerpany w ciągu pierwszego roku wydania. Książka została wyróżniona nagrodą Ministra Zdrowia w 2009 roku.

Kontynuując swoją misję opisaną w języku polskim prof. A. Krzeski publikuje pod swoją redakcją w 2009 roku kolejny, siódmy już podręcznik rynologii pt. „Diagnostyka ryno-

logiczna” (Medycyna Praktyczna, Kraków). Książka ta zgromadziła jako współautorów poszczególnych rozdziałów znakomite grono polskich ekspertów z dziedzin pokrewnych rynologii i tym samym stała się pewnego rodzaju kompendium wiedzy, na temat jak współcześnie należy prowadzić diagnostykę rynologiczną, która jest problem interdyscyplinarnym. Jej nakład został wyczerpany w ciągu pół roku od ukazania się w księgarniach.

W 2007 roku Walne Zgromadzenie Członków Sekcji Rynologii PTORL-ChGiS podjęło uchwałę o wystąpieniu do Zarządu Głównego z wnioskiem o nadanie prof. A. Krzeskiemu godności Członka Honorowego Towarzystwa. Uchwała ta została podjęta przez Zarząd Główny jesienią 2009 roku.

Aktualnie Klinika, dzięki zrozumieniu ważności zagadnienia również przez obecnego kierownika – prof. K. Niemczyka, dysponuje właściwie wszystkimi narzędziami, które są niezbędne do diagnozowania i leczenia chorych z problemami rynologicznymi według współczesnych światowych standardów.

Myślę, że przedstawiony opis działań z zakresu rynologii, które miały miejsce w Klinice Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, upoważnia mnie do stwierdzenia, że Klinika ta jest wiodącym ośrodkiem rynologii w Polsce. Sądzę także, a nie jest to stwierdzenie pozbawione uzasadnienia, że to właśnie **w Klinice Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego została stworzona współczesna polska szkoła rynologii.** ●

(Mag. ORL, 2010, 35, IX, 77–86)



1st Congress of CE-ORL-HNS
July 2-6, 2011
Barcelona - Spain

www.ceorlhnsbarcelona2011.org

syllabus rynologiczny

KURSY I KONFERENCJE RYNOLOGICZNE ZORGANIZOWANE W LATACH 1994–2009 w Klinice Otolaryngologii WUM

CHIRURGIA NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH

- czynnościowa i estetyczna septorynoplastyka
- podstawy chirurgii zatok przynosowych

I Międzynarodowy Kurs Chirurgii Nosa
Warszawa, 15-17 czerwca 1994.

Kierownik naukowy:
prof. dr Grzegorz Janczewski

Wykładowcy:

- prof. dr Grzegorz Janczewski (Polska)
- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- prof. dr Thomas J. McDonald (USA)
- prof. dr Thomas V. McCaffrey (USA)
- dr Georg W. Facer (USA)
- dr Janusz Kącki (Polska)
- dr Antoni Krzeski (Polska)

WSPÓŁCZESNE METODY LECZENIA PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA ZATOK PRZYNOSOWYCH

Międzynarodowe sympozjum
Warszawa, 16-17 grudnia 1994.

Kierownik naukowy:
prof. dr Grzegorz Janczewski

Wykładowcy:

- prof. dr Valerie J. Lund (W. Brytania)
- prof. dr Heinz Stammberger (Austria)
- doc. Josef Kainz (Austria)
- prof. dr Grzegorz Janczewski (Polska)
- prof. dr Teresa Goździk-Żołnierkiewicz (Polska)
- dr Romana Bogusławska-Staniaszczyk (Polska)
- dr Krzysztof Kochanek (Polska)
- dr Antoni Krzeski (Polska)

PODSTAWY CHIRURGII NOSA

II Międzynarodowy Kurs Chirurgii Nosa
Warszawa, 1-3 lipca 1995.

Kierownik naukowy:
dr hab. Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- dr hab. Antoni Krzeski (Polska)
- zespół lekarzy Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie

SPOTKANIE NAUKOWE z OKAZJI WYDANIA KSIĄŻKI „Choroby nosa i zatok przynosowych”

Warszawa, 13 kwietnia 1997.

Kierownik naukowy:
prof. dr Grzegorz Janczewski

Wykładowcy:

- prof. dr Andrzej Halama (Belgia)
- prof. dr Grzegorz Janczewski (Polska)
- dr hab. Antoni Krzeski (Polska)
- dr hab. Bożena Tarchalska-Kryńska (Polska)

PRAKTYCZNE PODEJŚCIE DO GUZÓW GŁOWY I SZYI

Międzynarodowe sympozjum
Warszawa, 23-26 czerwca 1997.

Kierownik naukowy:
prof. dr Grzegorz Janczewski

Wykładowcy:

- prof. dr Grzegorz Janczewski (Polska)
- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- prof. dr Thomas J. McDonald (USA)
- prof. dr Jacek Szmidt (Polska)
- dr Wojciech Bartmiński (Polska)
- dr Laurence W. De-Santo (USA)
- dr Joanna Fruba (Polska)
- dr James A. Garrity (USA)
- dr hab. Antoni Krzeski (Polska)
- dr hab. Wanda Makowska (Polska)
- dr Kerry D. Olsen (USA)
- dr Ewa Osuch-Wójcikiewicz (Polska)
- dr Brus W. Pearson (USA)
- dr David A. Sherris (USA)

I KURS CHIRURGII ENDOSKOPOWEJ ZATOK PRZYNOSOWYCH

Warszawa, 11-15 listopada 1997.

Kierownik naukowy:

dr hab. Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- dr hab. Bogdan Cizek (Warszawa)
- dr hab. Antoni Krzeski (Warszawa)
- zespół lekarzy Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie

II KURS CHIRURGII ENDOSKOPOWEJ ZATOK PRZYNOSOWYCH

Warszawa, 12-14 listopada 1998.

Kierownik naukowy:

dr hab. Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Grzegorz Janczewski (Warszawa)
- dr Jarosław Balcerzak (Warszawa)
- dr hab. Bogdan Cizek (Warszawa)
- dr Romuald Wielgosz (Niemcy)
- piel. Jolanta Wierzchowska (Warszawa)

POSTĘPY W CHIRURGII NOSA

III Międzynarodowy Kurs Chirurgii Nosa

Warszawa, 31 maja-2 czerwca 1999.

Kierownik naukowy:

dr hab. Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Mieczysław Chmielik (Polska)
- prof. dr Egbert H. Huizing (Holandia)
- prof. dr Grzegorz Janczewski (Polska)
- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- dr hab. Bogdan Cizek (Polska)
- dr hab. Antoni Krzeski (Polska)
- dr Jarosław Balcerzak (Polska)
- dr Paweł Dobrzyński (Polska)
- dr Joanna Fruba (Polska)
- lek. Agnieszka Jędrusik (Polska)

RYNOPLASTYKA Z DOSTĘPU ZEWNĘTRZNEGO

IV Międzynarodowy Kurs Chirurgii Nosa

Warszawa, 23-25 czerwca 2000.

Kierownik naukowy:

dr hab. Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Grzegorz Janczewski (Polska)
- prof. dr Gilbert J. Nolst Trenité (Holandia)
- prof. dr Pierto Palma (Włochy)
- prof. dr Dean M. Toriumi (USA)
- dr hab. Antoni Krzeski (Polska)
- lek. Agnieszka Jędrusik (Polska)

III KURS CHIRURGII ENDOSKOPOWEJ ZATOK PRZYNOSOWYCH

Warszawa, 22-24 marca 2001.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Bogdan Cizek (Warszawa)
- prof. dr Grzegorz Janczewski (Warszawa)
- prof. dr Antoni Krzeski (Warszawa)
- prof. dr Witold Szyfter (Poznań)
- dr hab. Wojciech Golusiński (Poznań)
- dr Jarosław Balcerzak (Warszawa)
- zespół lekarzy Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie

ZASTOSOWANIE DWUBIEGUNOWEJ KOAGULACJI ŚRÓDTKANKOWEJ W LARYNGOLOGII

Warsztaty szkoleniowe

Warszawa, 15 lutego 2003.

Kierownik:

dr med. Jarosław Balcerzak

Wykładowca: dr Yves Kamami (Francja)

POSTĘPY W RYNOLOGII*

Międzynarodowa konferencja

Warszawa, 12-14 czerwca 2003.

Kierownik naukowy:

prof. dr Grzegorz Janczewski

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Valerie J. Lund (W. Brytania)
- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- prof. dr Heinz Stammberger (Austria)
- prof. dr M. Eugene Tardy jr. (USA)

Wykładowcy:

- dr Bernard Arnoux (Francja)
- dr Timothy Beale (W. Brytania)
- prof. dr Ewa Bernatowska (Polska)
- prof. dr Peter A.R. Clement (Belgia)
- prof. dr Ivica Klapan (Chorwacja)
- prof. dr Antoni Krzeski (Polska)
- prof. dr Leslie Michaels (W. Brytania)
- dr Meron Levitats (USA)
- prof. dr Thomas McDonald (USA)
- dr Kerry D. Olsen (USA)
- dr hab. Ewa Osuch-Wójcikiewicz (Polska)
- dr John F. Pallanch (USA)
- prof. dr Pietro Palma (Włochy)
- prof. dr Ruby Pawankar (Japonia)
- prof. dr Gerhard Rettinger (Niemcy)
- dr Glenis Scadding (W. Brytania)
- prof. dr Eberhard Stennert (Niemcy)
- prof. dr Andrzej Szczeklik (Polska)
- dr Stephen Vlaminck (Belgia)
- prof. dr Edward Zawisza (Polska)

I KRAJOWE FORUM RYNOLOGICZNE*

Warszawa, 4-5 grudnia 2004.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Gilbert J. Nolst Trenité (Holandia)
- prof. dr Metin Önerci (Turcja)

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Stanisław Bień (Kielce)
- prof. dr Mieczysław Chmielik (Warszawa)
- prof. dr Wojciech Golusiński (Poznań)
- prof. dr Dariusz Jurkiewicz (Warszawa)
- prof. dr Kazimierz Niemczyk (Warszawa)
- dr hab. Wojciech Mikulewicz (Wrocław)

II KRAJOWE FORUM RYNOLOGICZNE*

Warszawa, 2-3 grudnia 2005.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- dr Ian Mackay (W. Brytania)
- prof. dr Metin Önerci (Turcja)
- dr Julian Rowe-Jones (W. Brytania)

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Mieczysław Chmielik (Warszawa)
- prof. dr Wojciech Golusiński (Poznań)
- prof. dr Jerzy Kruszewski (Warszawa)
- prof. dr Antoni Krzeski (Warszawa)
- prof. dr Andrzej Kukwa (Warszawa)
- prof. dr Bożena Tarchalska-Kryńska (Warszawa)
- dr hab. Ewa Osuch-Wójcikiewicz (Warszawa)

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO TUMORS OF PARANASAL SINUSES*

Międzynarodowe sympozjum

Warszawa, 4 grudnia 2005.

Kierownik naukowy:

prof. dr Romuald Krajewski

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Giulio Cantu (Włochy)
- prof. dr Dan Fliss (Izrael)
- prof. dr Metin Önerci (Turcja)
- prof. dr Jatin P. Shah (USA)

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Romuald Krajewski (Polska)
- prof. dr Antoni Krzeski (Polska)
- prof. dr Jatin P. Shah (USA)

PODSTAWY CHIRURGII NOSA*

V Międzynarodowy Kurs Chirurgii Nosa

Warszawa, 4-5 grudnia 2005.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Mieczysław Chmielik (Polska)
- prof. dr Eugene B. Kern (USA)
- dr Dean Kissun (W. Brytania)
- dr Ian Mackay (W. Brytania)
- dr Julian Rowe-Jones (W. Brytania)
- zespół lekarzy Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie

III KRAJOWE FORUM RYNOLOGICZNE*

Warszawa, 1-2 grudnia 2006.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Manuel Bernal-Sprekelsen (Hiszpania)
- dr Berrylin J. Ferguson (USA)
- dr Glenis Scadding (W. Brytania)

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Stanisław Bień (Kielce)
- prof. dr Wojciech Golusiński (Warszawa)
- prof. dr Dariusz Jurkiewicz (Warszawa)
- prof. dr Jerzy Kruszewski (Warszawa)
- prof. dr Kazimierz Niemczyk (Warszawa)
- prof. dr Andrzej Obrębowski (Poznań)
- prof. dr Czesław Stankiewicz (Gdańsk)
- dr hab. Maria Hortis-Dzierzbicka (Warszawa)

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEAD AND NECK SKIN TUMORS*

Międzynarodowe sympozjum

Warszawa, 3 grudnia 2006.

Kierownik naukowy:

prof. dr Stanisław Bień

dr hab. Ewa Osuch-Wójcikiewicz

Goście honorowi:

- prof. dr Eckhart Haneke (Niemcy)
- prof. dr Adam Włodarkiewicz (Polska)
- dr Peter J. Lohuis (Holandia)

PODSTAWY CHIRURGII NOSA*

VI Międzynarodowy Kurs Chirurgii Nosa

Warszawa, 23-24 lipca 2007.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Honorowy wykładowca:

prof. Gilbert J. Nolst Trenité (Holandia)

IV KRAJOWE FORUM RYNOLOGICZNE*

Warszawa, 30 listopada-1 grudnia 2007.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Benoît Lengelé (Belgia)
- prof. dr Gilbert J. Nolst Trenité (Holandia)
- dr John F. Pallanch (USA)
- dr James N. Palmer (USA)
- dr Tadeusz Rohoziński (Kanada)
- dr Daniel Simmen (Szwajcaria)

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Stanisław Bień (Kielce)
- prof. dr Wojciech Golusiński (Poznań)
- prof. dr Dariusz Jurkiewicz (Warszawa)
- prof. dr Marek Kulus (Warszawa)
- prof. dr Antoni Krzeski (Warszawa)
- prof. dr Andrzej Radzikowski (Warszawa)
- prof. dr Czesław Stankiewicz (Gdańsk)
- dr med. Jarosław Balcerzak (Warszawa)
- dr med. Zbigniew Świerczyński (Bielsko-Biała)

PROGRESS IN RHINOLOGY*

Meet the Masters

Międzynarodowe sympozjum

Warszawa, 2 grudnia 2007.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Gilbert J. Nolst Trenité (Holandia)
- dr John F. Pallanch (USA)
- dr James N. Palmer (USA)
- dr Daniel Simmen (Szwajcaria)

V KRAJOWE FORUM RYNOLOGICZNE*

Warszawa, 5-6 grudnia 2008.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Peter Hwang (USA)
- prof. dr Kurt Laedrach (Szwajcaria)
- prof. dr Carl Snyderman (USA)
- prof. dr Heinz Stammberger (Austria)
- prof. dr Andrzej Szczeklik (Polska)
- dr Glenis Scadding (W. Brytania).

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Stanisław Bień (Kielce)
- prof. dr Wojciech Golusiński (Poznań)
- prof. dr Marek Kulus (Warszawa)
- prof. dr Antoni Krzeski (Warszawa)
- prof. dr Kazimierz Niemczyk (Warszawa)
- prof. dr Czesław Stankiewicz (Gdańsk)
- dr med. Jarosław Balcerzak (Warszawa)
- dr med. Krzysztof Dalke (Bydgoszcz)
- dr hab. Bożena Skotnicka (Białystok)

FACIAL PLASTIC SURGERY*

Meet the Masters

Międzynarodowe sympozjum

Warszawa, 7 grudnia 2008.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Gilbert J. Nolst Trenité (Holandia)
- dr Oren Friedman (USA)
- dr Antonio Sousa Vieira (Portugalia)
- dr Regan Thomas (USA)

PHYTOTHERAPY IN MODERN RHINOLOGY*

Międzynarodowe sympozjum

Warszawa, 26 listopada 2009.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Wykładowcy:

- prof. dr Claus Bachert (Belgia)
- prof. dr Marek Naruszewicz (Polska)
- prof. dr Michael A. Popp (Niemcy)
- prof. dr Pontus Stierna (Szwecja)

VI KRAJOWE FORUM RYNOLOGICZNE*

Warszawa, 27-28 listopada 2009.

Kierownik naukowy:

prof. dr Antoni Krzeski

Goście honorowi:

- prof. dr Claus Bachert (Belgia)
- prof. dr Paul van Cauwenberge (Belgia)
- prof. dr Philippe Gevaert (Belgia)
- dr Thibault van Zele (Belgia)

Moderatorzy sesji:

- prof. dr Stanisław Bień (Kielce)
- prof. dr Elżbieta Hassmann-Poznańska (Białystok)
- prof. dr Dariusz Jurkiewicz (Warszawa)
- prof. dr Marek Kulus (Warszawa)
- prof. dr Antoni Krzeski (Warszawa)
- prof. dr Czesław Stankiewicz (Gdańsk)
- prof. dr Mariola Śliwińska-Kowalska (Łódź)
- dr hab. Danuta Samolczyk-Wanyura (Warszawa)

KRAJOWA KONFERENCJA RYNOLOGICZNA

z okazji jubileuszu 15 lecia
SEKCJI RYNOLOGII I CHIRURGII PLASTYCZNEJ
TWARZY PTORL-ChGiS

WARSZAWA, 3-4 GRUDNIA 2010

* Zorganizowano we współpracy
ze Stowarzyszeniem „RYNOLOGIA POLSKA”

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA OTOLARYNGOLOGICZNEGO ZA ROK 2009

prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz

THE 2009 OTOLARYNGOLOGICAL LITERATURE REVIEW

The 2009 otolaryngological literature review took into account papers on relevant surgical issues, especially pertaining to head and neck oncology. Other publications mentioned in this review dealt with practical clinical problems, e.g. systemic diseases in ORL, epistaxis, laryngotracheal stenosis, persistent thyroglossal duct, hemangiomas and vascular malformations of the head and neck.

Key words:

head and neck oncology, laryngotracheal stenosis, epistaxis, vascular malformation in head and neck region.

(Mag. ORL, 2010, 35, IX, 89–99)

PRACA RECENZOWANA

Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani
Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
Kierownik: prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz

Nowotwory nosa i zatok przynosowych stanowią jeden z trudniejszych problemów otolaryngologii, przede wszystkim ze względu na ich uwarunkowania topograficzne oraz znaczne zaawansowanie w chwili podjęcia leczenia. Szaleniec z zespołem z Kliniki Otolaryngologii CM UJ w Krakowie (Szaleniec i in. 2009) dokonali analizy 72 chorych na raka i inne nowotwory nosa i zatok (w tym m.in. kostniak i brodawczak odwrócony). Tylko w 53% przypadków możliwe było ustalenie pierwotnej lokalizacji, czyli punktu wyjścia nowotworu (najczęściej była to jama nosa). W pozostałych przypadkach punktu wyjścia nie można było ustalić. Chociaż autorzy nie podają podziału uwzględniającego stopień zaawansowania klinicznego choroby, to można sądzić, że prawie połowa badanych chorych zgłaszała się w IV stadium zaawansowania. Oznacza to, że kwalifikują się oni do rozległego zabiegu resekcyjnego, poszerzonego nierzadko o wycięcie sąsiadujących z masywem sitowo-szczękowym struktur anatomicznych, jak na przykład oczodół czy podstawa przedniego dołu czaszkowego. Obserwacje autorów dotyczące czasu trwania objawów (3 miesiące) w połączeniu ze znacznym zaawansowaniem dowodzą tego, że złośliwe nowotwory nosa i zatok są guzami o dużej dynamice rozwoju i skłonności do zajmowania okolicznych tkanek i struktur anatomicznych.

Sieśkiewicz i Rogowski z Kliniki Otolaryngologii UM w Białymstoku (Sieśkiewicz i Rogowski 2008) ocenili przydatność endoskopowej chirurgii laserowej **w leczeniu przewlekłych nawracających krwawień z nosa**. W krwawieniach ostrych (np. pourazowych) postępowanie jest standardowe i polega najczęściej na wykonaniu odpowiedniej tamponady, podwiązaniu naczyń, a w niektórych przypadkach wykonaniu embolizacji gałęzi tętnicy szczękowej. W krwawieniach nawracających, które zwykle nie są tak obfite jak ostre, np. w chorobie Rendu-Oslera-Webera, w chorobie

nadciśnieniowej czy w zaburzeniach krzepnięcia, celem postępowania jest koagulacja bądź waporyzacja krwawiącej powierzchni błony śluzowej lub tkanki patologicznej. Temu celowi służą lasery chirurgiczne o długości fali około 1000 nm, a wśród nich laser diodowy. Autorzy stosowali ten typ lasera w połączeniu z endoskopem nosowym, z którym sprzężony był sterownik laserowy. Podczas 3–5 sesji laseroterapii autorzy osiągnęli zadowalające wyniki u chorych z niewielkimi polipami krwawiącymi, z ziarniniakami przegrody nosa, z chorobą Rendu-Oslera-Webera, a także z ziarniniakiem Wegenera. Zabiegi wykonywano w znieczuleniu miejscowym. Waporyzacji poddawano określone rejony błony śluzowej, głównie w miejscu splotu Kisselbacha lub na małżowinach nosowych dolnych.

Podkreślić należy, że technikę endoskopową w leczeniu krwawień z nosa stosuje się także w przypadkach konieczności koagulacji tętnicy klinowo-podniebiennej jako alternatywy embolizacji tętnicy szczękowej bądź zabiegu podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej.

Objawy nosowe mogą być pierwszymi **symptomami wielu chorób układowych**. McCaffrey z Uniwersytetu Południowej Florydy w Tampa (McCaffrey 2009) dokonał przeglądu wybranych chorób układowych, w których objawy nosowe stanowią istotną część obrazu klinicznego. Przedstawił podstawowe dane patologiczne tych schorzeń, diagnostykę oraz zasady leczenia.

Choroby ziarniniakowe. Należą do nich ziarniniak Wegenera, sarkoidoza oraz zespół Churga-Straussa. W ziarniniaku Wegenera dochodzi do zapalenia drobnych naczyń krwionośnych (*vasculitis*) i tworzenia nekrotyzującej ziarniny; zmiany te układają się w klasyczną triadę, tj. zajęcie górnych dróg oddechowych (w szczególności jamy nosa), płuc oraz nerek. Objawy nosowe to niedrożność nosa, wycieki z nosa, zaburzenia węchu. Badaniem można znaleźć w jamach nosa tkankę ziarninową o niecharakterystycznym wyglądzie, a także nasilone obrzmienie błony śluzowej. Badanie histologiczne tych zmian może – obok badań laboratoryjnych (cANCA) – ułatwić rozpoznanie i umożliwić podjęcie wczesnego leczenia.

Sarkoidoza jest przewlekłą chorobą układową dotyczącą wielu narządów. Płuca są zajęte jako pierwsze, a zmiany w jamach nosa i zatokach występują później i są dość rzadkie (1–6%). Choroba obejmuje błonę śluzową przegrody i małżowin nosowych dolnych (które są wysuszone i mają podśluzowe guzki o żółtawym zabarwieniu). Objawia się niedrożnością nosa, nawracającymi krwawieniami, bólami oraz zaburzeniami węchu.

Zespół Churga-Straussa, znany jako alergiczne ziarninowe zapalenie drobnych i średnich naczyń krwionośnych, rozwija się w trzech etapach. W pierwszym dochodzi do zmian w jamach nosa oraz do objawów astmy, w drugim stwierdza się eozynofilowe zapalenie płuc lub żołądka i jelit, w trzecim dochodzi do uogólnionego zapalenia naczyń. Zmiany patologiczne są podobne do występujących w ziarniniaku Wegenera, a elementem różnicującym jest ujemny odczyn c-ANCA i dodatni odczyn p-ANCA. Objawy nosowe (niedrożność, krwawienie, zaburzenia węchu) są wynikiem ziarninowego zapalenia błony śluzowej nosa.

Układowe choroby nowotworowe. Chłoniak z komórek T jest najczęstszą chorobą tego typu, dającą objawy nosowe. Mogą one ponadto wystąpić w białaczce oraz chłoniaku z komórek B.

Chłoniak z komórek T, dawniej nazywany *midline malignant reticulosis* lub *polymorphic reticulosis*, jest dość rzadką chorobą, objawiającą się niedrożnością nosa, której towarzyszy ropny katar lub wyciek śluzowo-krwisty. W jamach nosa widoczne są owrzodzenia błony śluzowej i nasilone zasychanie wydzieliny w strupy, które trudno jest usunąć. Mogą pojawiać się przetoki pomiędzy jamą nosa a jamą ustną (w wyniku zniszczenia podniebienia), a także perforacje przegrody nosa. Rozpoznanie choroby ułatwia badanie histologiczne wycinka z błony śluzowej nosa.

Choroby z niedoborów immunologicznych. Objawy nosowe mogą pojawiać się zarówno u chorych z AIDS, jak i w przypadkach niedoborów immunologicznych spowodowanych chemioterapią chorób nowotworowych i hematologicznych. Zmiany w jamach nosa mają postać przewlekłego ropnego nieżyty błony śluzowej, powodującego niedrożność nosa, zasychanie, bóle. Zakażenie bakteryjne (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Legionella pneumophila* i inne) następuje zwykle po zakażeniu cytomegalowirusem. U niektórych pacjentów z AIDS stwierdza się w jamach nosa rozwój nowotworów (mięsak Kaposiego, chłoniak).

Choroby skórne. Objawy nosowe pod różnymi postaciami, zależnymi od cech patologicznych choroby zasadniczej, mogą wystąpić w: pęcherzycy zwykłej, *pemphigoid*, w sklerodermie oraz w chorobie Behçeta. Zmiany w jamach nosa nie należą do częstych, ale w niektórych przypadkach mogą być pierwszym objawem choroby skórnej.

Zaburzenia aparatu rzęskowego. Należą do tej grupy pierwotna dyskineza rzęsek oraz mukowiscydoza (*cystic fibrosis*). W obu chorobach

objawy nosowe wysuwają się na plan pierwszy w początkowym okresie rozwoju. Należą do nich: niedrożność nosa, ropny katar, bóle głowy. W mukowiscydozie zapalenie błony śluzowej nosa i zatok może przybierać różne postaci, łącznie z tworzeniem nawracających polipów, wymagających usuwania metodą endoskopową.

W niektórych stanach patologicznych **zatok czołowych** stosowana jest metoda osteoplastycznego ich otwarcia. Polega ona na otwarciu zatok poprzez wytworzenie uszypułowanego na okostnej płata z przedniej ściany zatoki. Dostęp ten pozwala na usunięcie zmian chorobowych z całej zatoki i jest stosowany w przypadkach rozległych kostniaków i innych chorób zajmujących całe światło zatoki (guzy łagodne, śluzowiaki). Jednym z powikłań tej metody jest uszkodzenie ściany tylnej zatoki oraz opony przedniego dołu czaszkowego, co może się objawiać **płynotokiem**. Gotlib z zespołem z Kliniki Otolaryngologii UM w Warszawie (Gotlib i in. 2009) przedstawili 4 przypadki jatrogennego płynotoku jako powikłania **operacji osteoplastycznej zatok czołowych**. Powikłanie to stanowiło 6,5% spośród 62 operacji. U wszystkich 4 chorych płynotok (uszkodzenie ściany tylnej oraz opony) nastąpił podczas operacji, a wielkość ubytku w oponie nie przekraczała 10 mm. Ubytek zamknięto za pomocą płata mięśnia z powięzią lub samą powięzią, a także tkanką tłuszczową lub kostną z użyciem kleju tkankowego. We wszystkich przypadkach uzyskano szczelne zamknięcie ubytku i ustąpienie płynotoku. W leczeniu pooperacyjnym stosowano cefalosporyny oraz metronidazol, a u dwóch chorych – drenaż lędźwiowy. Autorzy omawiają zasady obliteracji zatoki czołowej z zastosowaniem tkanki tłuszczowej, podkreślając, że metoda ta wymaga niezwykle starannego usunięcia błony śluzowej z zatoki.

W lutym 2008 odbyło się w Marburgu (Niemcy) sympozjum poświęcone zagadnieniu **naczyniaków i malformacji naczyniowych głowy i szyi**. Eivazi wraz zespołem wykładowców z ośrodków niemieckich, norweskich i amerykańskich (Eivazi i in. 2009) opublikowali omówienie głównych zagadnień prezentowanych na tym sympozjum.

Pojęcie „naczyniak” zawiera w sobie całą gamę różnych wrodzonych anomalii naczyniowych. Wśród nich najważniejsze to IH (*infantile hemangioma*), czyli proliferujący guz embrionalny GLUT-1 pozytywny. Druga grupa to wrodzone *hemangioendothelioma* GLUT-1 negatywne. Ważną cechą naczyniaków IH twarzy i głowy jest ich współistnienie z malformacjami w ośrodkowym

układzie nerwowym, w tętnicach wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych, w sercu, w oczach i mostku (zespół PHACES). Oba wymienione typy naczyniaków muszą być odróżnione od malformacji tętnicznych, żylnych, limfatycznych i mieszanych. Guzy te nie ulegają – jak naczyniaki – regresji, a raczej powoli się powiększają. Różnorodność obrazu klinicznego malformacji stanowi trudność w ustaleniu specyficznego programu terapeutycznego.

Chirurgia laserowa w skojarzeniu ze steroidoterapią to podstawowe sposoby leczenia malformacji naczyniowych. Jednym z najważniejszych do tego celu laserów chirurgicznych jest laser Nd:YAG. W niektórych przypadkach leczenie malformacji może opierać się na operacji jej wycięcia, ale jest to sposób leczenia szczególnie trudny do zrealizowania w przypadkach malformacji twarzy – wycięcie *in toto* jest możliwe tylko w 40% przypadków. Duże nadzieje wiąże się z zastosowaniem preparatu o nazwie OK-432 (nazwa handlowa Picibanil). Jest to preparat zawierający liofilizowane komórki *Streptococcus aureus* grupy A typu 3, „leczone” penicyliną benzylową. Roztwór preparatu wstrzykuje się do malformacji po usunięciu z niej treści płynnej. Dochodzi do intensywnego odczynu zapalnego w malformacji i w jego wyniku – do obliteracji. Preparat może być stosowany w skojarzeniu z leczeniem chirurgicznym. Ta obiecująca metoda jest jeszcze mało rozpowszechniona, ale uważa się, że ma znaczną przydatność w leczeniu malformacji limfatycznych wielkotorbielowatych. Autor niniejszego przeglądu ma w obserwacji dwójkę dzieci (noworodek i dziewczynka 10-letnia) oraz jednego dorosłego, u których z powodzeniem zastosowano OK-432. W Polsce metoda nie jest jeszcze rozpowszechniona, chociaż preparat jest zarejestrowany i dostępny.

W podsumowaniu autorzy dokonują przeglądu perspektyw leczenia tych złożonych chorób, wyrażając przekonanie, że terapia musi mieć charakter interdyscyplinarny i opierać się na postępowaniu chirurgicznym skojarzonym z leczeniem obliteracyjnym.

Jakkolwiek obserwuje się stały spadek liczby zachorowań na **gruźlicę** w Polsce, to nadal w naszym kraju zapadalność na tę chorobę jest dwukrotnie większa niż w krajach unijnych, a w 2007 roku wskaźnik zapadalności wyniósł 22,7 na 100 000 ludności. Gruźlica pozapłucna dotyczy najczęściej opłucnej, ale może wystąpić w każdym narządzie: kościach i stawach, drogach moczowych, oponie mózgowo-rdzeniowej, a także w obwodowych węzłach chłonnych.

W narządach głowy i szyi gruźlica występuje dość rzadko; opisywano pojedyncze przypadki gruźlicy krtani, nosa i zatok przynosowych, ucha środkowego, gardła, języka i ślinianek. Może zająć także węzły chłonne szyi, lokalizując się przede wszystkim w węzłach położonych poniżej kąta żuchwy. W takich przypadkach klinicysta będzie miał do czynienia z guzem szyi wymagającym diagnostyki i leczenia. Bilewicz i współpracownicy z Kliniki Otolaryngologii oraz z Zakładu Patomorfologii Klinicznej CM UMK w Bydgoszczy (Bilewicz i in. 2009) przedstawili trzy przypadki izolowanej, czyli **pierwotnej gruźlicy węzłów szyjnych** (kobiety w wieku 32, 69 i 84 lata). We wszystkich choroba objawiała się guzem na szyi, który usunięto. Badanie mikroskopowe w połączeniu z badaniem mikrobiologicznym ustaliło rozpoznanie i wszystkie chore były leczone przeciwpłatkowo z dobrym wynikiem. Autorzy podkreślają, że w każdym przypadku guza szyi należy w diagnostyce różnicowej rozważyć etiologię gruźliczą, a podstawą rozpoznania tej choroby jest ocena histologiczna węzłów, uzupełniona badaniem mikrobiologicznym.

Przerzuty nowotworów narządów spoza regionu głowy i szyi do węzłów chłonnych szyjnych lub tkanek pozawęzłowych głowy i szyi, choć dość rzadkie, stanowią jednak trudny problem diagnostyczny i terapeutyczny, zarówno wówczas gdy stanowią pierwszy lub jedyny objaw choroby nowotworowej, jak i kiedy są elementem choroby uogólnionej. Kobiorska-Nowak i Bień z Świętokrzyskiego Centrum Onkologii (Kobiorska-Nowak i Bień 2009) zebrali 44 przypadki **przerzutów do regionu głowy i szyi z pozaregionalnych nowotworów złośliwych**. Główną lokalizacją przerzutu były węzły chłonne szyi (54%), pozostałe umiejscawiały się m.in. w jamie ustnej, skórze głowy i szyi, tarczycy, migdałkach podniebiennych. Analizowany materiał podzielono na grupę przerzutów z ogniska znanego (68,2%), przerzutów z ogniska zidentyfikowanego w wyniku diagnostyki przedoperacyjnej (27,3%) oraz przerzutów z ogniska nieznanego, które nie zostało wykryte dostępnymi metodami (4,5%). Ta ostatnia grupa to tzw. CUP (ang. *cancer of unknown primary*), czyli przerzut z nieznanego ogniska; stanowi on przedmiot ciągłych badań klinicznych w naszej specjalności.

Wśród chorych ze znanym lub wykrytym ogniskiem pierwotnym najczęściej znajdowało się ono w płucach (32%), a następnie w nerce, jelicie grubym, sutku, gruczole krokowym, macicy oraz (w pojedynczych przypadkach) w jajniku, przełyku, żołądku, tchawicy i wątrobie.

Rak gruczołowy był dominującym typem histologicznym. U 13 chorych przerzuty do węzłów szyjnych (głównie poziomu IV i V) były pierwszym objawem choroby nowotworowej.

Na 44 chorych, u 39 przerzuty do regionu głowy i szyi były elementem uogólnienia się choroby nowotworowej i średni czas przeżycia tych chorych nie przekroczył 7 miesięcy. W podsumowaniu autorzy podkreślają, że radykalne leczenie chirurgiczne przerzutów do regionu głowy i szyi jest możliwe tylko w nielicznych przypadkach.

Przerzuty do węzłów chłonnych są najważniejszym niepomysłnym czynnikiem rokowniczym w raku płaskonabłonkowym jamy ustnej i ustnej części gardła. Ważnym zagadnieniem w leczeniu tego nowotworu jest strategia postępowania w przypadkach klasyfikowanych jako cNO. Złotym standardem jest operacja węzłowa elektywna, w wyniku której u około 30% chorych stwierdza się tzw. nieme (czyli w węzłach N0) przerzuty nowotworu. Oznacza to, że 70% pacjentów nie ma korzyści terapeutycznej z operacji elektywnej. Tę niekorzystną dla pacjenta strategię ma zastąpić **biopsja węzła wartowniczego (SNB)**, metoda, której dużą przydatność wykazano w leczeniu czerniaka oraz raka piersi. Stoeckli z zespołem ze Szpitala Kantonalnego w St. Gallen w Szwajcarii (Stoeckli i in. 2009) dokonali oceny przydatności SNB w rozpoznawaniu przerzutów utajonych u chorych z wczesnym rakiem jamy ustnej i części ustnej gardła. Opisali sposób wykonywania SNB w tych nowotworach, podając szczegóły techniki. Radiolokalizacja węzła wartowniczego opiera się na limfoscyntyigrafii śródoperacyjnej. Radioznakowany koloid jest wstrzykiwany do błony śluzowej w bezpośrednim sąsiedztwie nacieku nowotworowego, skąd przemieszcza się do najbliższego węzła (wartownika). Biopsja węzła powinna być wykonana następnego dnia po zidentyfikowaniu tego węzła za pomocą ręcznej gamma-kamery. Usunięty węzeł badany jest za pomocą hematoksyliny i eozyny, a w niektórych przypadkach – cytokeratyny.

Autorzy omawiają wyniki dwóch badań (6 ośrodków w Szkocji, 134 chorych oraz materiał własny, 51 chorych). Z wykorzystaniem opisanej techniki autorzy obu doniesień uzyskali wykrywalność węzła wartowniczego na poziomie 93 i 98%. Czułość metody została oceniona na 93%. W podsumowaniu autorzy uważają, że SNB jest uzasadniona we wczesnych (cT1-2N0) rakach jamy ustnej i gardła środkowego. Pozwala ograniczyć wykonywanie rozległej operacji węzłowej u więcej niż połowy chorych.

Otyłość jest czynnikiem zwiększonego ryzyka występowania **zespołu bezdechów sennych** (OSAS), co obserwuje się głównie w populacji mężczyzn. Dane epidemiologiczne wskazują, że częstość OSAS u otyłych jest znacznie większa u osób z trzewnym **rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej** w porównaniu z tymi, u których tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest obwodowo. Dotyczy to przede wszystkim kobiet. Busetto i współpracownicy z Wydziału Nauk Medycznych i Chirurgicznych Uniwersytetu w Padwie (Busetto i in. 2009) oszacowali w grupie 145 kobiet związek pomiędzy szerokością górnych dróg oddechowych, ocenianą za pomocą faryngometrii akustycznej, a otyłością i rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej ocenianymi metodami antropometrii. 95 kobiet miało nadwagę, a pozostałych 50 wagę prawidłową. Za pomocą oceny stosunku obwodu talii do obwodu bioder (wskaźnik WHR) wykazano, że u kobiet otyłych częściej występuje brzuszne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Stwierdzono ponadto, że szerokość drogi oddechowej u osób otyłych różni się w zależności od tego, czy pomiar był wykonywany w pozycji siedzącej czy leżącej. Uzyskane wyniki sugerują, że brzuszne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej może mieć większe znaczenie w determinowaniu szerokości górnych dróg oddechowych niż sama otyłość.

Głębokie zapalenie tkanek szyi (ropowica szyi) jest zakażeniem rozwijającym się wzdłuż przestrzeni powięziowych na szyi. Mimo nowoczesnej antybiotykoterapii ropowica szyi może być powikłana stanami zagrażającymi życiu. Należą do nich zakrzepica żyły szyjnej, ucisk drogi oddechowej, zapalenie śródpiersia, zapalenie osierdzia, zapalenie płuc, a także nadżerka naczyń tętniczych. Przed erą antybiotyków większość (70%) ropowicy szyi była skutkiem zapalenia migdałków lub gardła. Nie bez znaczenia była zła higiena jamy ustnej.

Eftekharian z zespołem z Uniwersytetu Medycznego w Teheranie (Eftekharian i in. 2009) przedstawili obszerny, liczący 112 chorych, materiał przypadków ropowicy szyi. Wiek chorych wahał się od 1 r.ż. do 65 lat. Obserwowano narastającą liczbę przypadków tej choroby w latach 1997–2006. Głównym objawem był obrzęk szyi oraz odynofagia (bolesne połykanie). Często występowały także szczękoscisk i dysfagia. Aż 31% przypadków miało charakter zębopochodny, a zapalenie migdałków było przyczyną ropowicy szyi tylko u 8%. U 32% chorych nie udało się ustalić punktu wyjścia ropowicy, ale 21% chorowało na cukrzycę. Badanie bakteriologiczne

wykazało najczęściej beztlenowce *Peptostreptococcus sp.* U jednej piątej chorych zastosowano leczenie zachowawcze (antybiotykoterapia dożylna) na podstawie wyników badań obrazowych oraz przebiegu klinicznego. U 80% wykonano operację nacięcia ropowicy i szerokiego drenażu przestrzeni międzypowięziowych. 10 pacjentów wymagało wykonania tracheotomii. 2 przypadki (angina Ludwiga oraz ropień przestrzeni przygardłowej) zakończyły się zgonem chorego w następstwie wstrząsu septycznego – w obu leczenie rozpoczęto z opóźnieniem. W omówieniu autorzy porównują swój materiał z zestawieniami z innych ośrodków. Wszyscy autorzy zwracają uwagę, że ropowica szyi – pomimo postępów w leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych i poprawy stanu uzębienia nawet w ubogich społeczeństwach – pozostaje nadal groźnym, zagrażającym życiu powikłaniem.

Problem innego zagrażającego życiu powikłania omawia zespół autorów duńskich – Godballe i współpracownicy (z 11 ośrodków otolaryngologicznych w Danii), którzy zbadali zagadnienie **krwotoków występujących po operacjach tarczycy** (Godballe i in. 2009). Zebrali dane o 5490 pacjentach (79% to kobiety, 21% – mężczyźni) operowanych w latach 2001–2007 z powodu różnych chorób tarczycy – najczęściej było to wole pęcherzykowe, następnie gruczolaki oraz rak brodawkowaty. Podstawowymi typami operacji były lobektomia (61%) i tyreoidektomia całkowita (21%). W całym materiale zanotowano 230 przypadków krwawień pooperacyjnych wymagających podjęcia procedury hemostatycznej w znieczuleniu ogólnym. Liczba ta stanowi 4,2% wszystkich operowanych. Autorzy zaobserwowali, że w Danii w omawianym okresie 7 lat znacząco zwiększyła się liczba operacji tarczycy wykonywanych przez kliniki i oddziały otolaryngologiczne (z 40% w 2001 r. do 70% w 2007). W pierwszych 4 godzinach po operacji miało miejsce 60% krwotoków, a 21% – między 5. a 8. godziną po operacji. Autorzy dokonali analizy statystycznej uzyskanych danych w celu wskazania czynników mających związek lub wpływ na wystąpienie krwotoku pooperacyjnego. Spośród nich wiek (powyżej 50. roku życia), płeć męska, charakter histologiczny choroby (częściej krwotoki występowały w nowotworach złośliwych) oraz rozległość operacji były czynnikami o potwierdzonym statystycznie znaczeniu. Penetracja zmian chorobowych do klatki piersiowej, doświadczenie chirurga, czas trwania operacji (ponad 90 minut), większa niż 50 ml utrata krwi podczas operacji, drenaż rany wydają się też

mieć znaczenie, ale nie zostało to poparte badaniami statystycznym. Takie czynniki jak liczba operacji wykonywanych rocznie w danym ośrodku czy też wcześniejsza operacja tarczycy, a także jednoczasowa operacja węzłowa nie miały statystycznego wpływu na wystąpienie krwawienia pooperacyjnego.

W komentarzu do swoich obserwacji autorzy zwracają uwagę, że odsetek krwotoków pooperacyjnych w omawianym materiale (4,2%) jest wyraźnie wyższy od podawanych w piśmiennictwie – waha się od 0 do 2,7%. Nie znajdują zadowalającego wytłumaczenia tej różnicy, podkreślają jednak, że najczęściej omawianymi powikłaniami chirurgii tarczycy są porażenie nerwu zwrotnego oraz hipokalcemia. Postulują bardziej otwartą wymianę doświadczeń pomiędzy ośrodkami otolaryngologicznymi, tym bardziej że ośrodki te różnią się znacznie liczbą wykonywanych operacji tarczycy, a więc odpowiednim doświadczeniem. Wśród ośrodków tych są takie, w których operacje tarczycy stanowią zaledwie 0,4% wszystkich procedur chirurgicznych, ale i takie, gdzie operacje te stanowią 63%.

Przetrwały przewód tarczowo-językowy, objawiający się **torbielą środkową szyi**, jest spotykany w praktyce otolaryngologicznej dość często zarówno u dzieci, jak i dorosłych. W typowych przypadkach postępowanie polega na wycięciu torbieli z przewodem i z trzonem kości gnykowej (operacja sposobem Sistrunka). Zwraca się uwagę, że włączenie kości gnykowej do preparatu operacyjnego zapobiega nawrotowi torbieli. W przeważającej części przypadków torbiel jest zmianą łagodną, a w nielicznych (poniżej 1%) dojść może do rozwoju raka w jej ścianie.

Dwa zespoły autorów: Ziółkowska ze współpracownikami z Świętokrzyskiego Centrum Onkologii (Ziółkowska i in. 2009) oraz Skrzypczak ze współpracownikami z Kliniki Otolaryngologii UM w Gdańsku (Skrzypczak i in. 2009) przedstawiły łącznie 4 przypadki **raka brodawkowatego tarczycy w torbieli przewodu tarczowo-językowego**. Wszyscy chorzy byli w średnim wieku (34–49 lat) i poza obecnością guza w linii środkowej szyi, tuż pod kością gnykową, nie mieli żadnych dolegliwości. U każdego z nich wykonano operację Sistrunka. Obraz śródoperacyjny nie odbiegał od typowego, tzn. nie stwierdzono żadnych cech choroby złośliwej. Badanie histologiczne usuniętych torbieli wykazało *carcinoma papillare*. Wszystkich chorych poddano tyreoidektomii z operacją węzłową: u 3 nie znaleziono w tarczycy ognisk raka, u 1 stwierdzono trzy niewielkie ogniska nowotworu, a u 1 – przerzuty w węzłach.

Autorzy obu doniesień wskazują, że rak w torbieli środkowej szyi nie zmienia jej typowego dla torbieli obrazu i przebiegu klinicznego i że jego rozpoznanie jest zaskoczeniem. Najczęściej spotykanym nowotworem w torbieli jest rak brodawkowaty wywodzący się z ektopowej tkanki tarczycy w ścianie torbieli. Każda torbiel powinna więc być badana histologicznie po jej usunięciu, ponieważ nowotwór nie zmienia jej typowego wyglądu śródoperacyjnego.

Naczyniakomięsak (haemangiosarcoma) gruczołu tarczowego jest bardzo rzadkim, prawie nieznanym w większości krajów nowotworem o tej lokalizacji. Jedynie w krajach alpejskich spotykany jest dość często – stanowi około 16% wszystkich złośliwych guzów tarczycy. Jego częste występowanie w tym regionie tłumaczy się niedoborem jodu. Guz zawiera w swojej strukturze liczne ogniska martwicy i wylewy krwi w mięszu gruczołu. Komórki guza wykazują ekspresję takich markerów, jak czynnik VIII, CD31 i CD34. Rozpoznanie jest trudne i możliwe na podstawie badania tkanek usuniętego guza.

Kalitova z zespołem z Uniwersytetu Karola w Pradze (Kalitova i in. 2009) opisują przypadek tego guza u 60-letniego mężczyzny. Zgłosił się z powodu szybkiego (1 miesiąc) wzrostu guza lewego płata tarczycy. BAC wykazała jedynie masy martwicze bez możliwości specyfikacji komórkowej. Klinicznie rozpoznano raka anaplastycznego. Wykonano hemityreoidektomię, stwierdzając naciekanie przez guz tkanek otaczających gruczoł tarczowy. Badanie histologiczne uzupełnione histochemicznym (czynnik VIII, Fasciin i CD34) wykazało cechy typowe dla naczyniakomięsaka. Wkrótce po operacji stan chorego pogorszył się z powodu progresji nowotworu do przełyku i krtani; zakwalifikowany do chemio- i radioterapii zmarł po 2 miesiącach od zabiegu z powodu masywnego krwotoku z guza. W dyskusji autorzy podkreślają agresywny charakter guza, zarówno w obrazie histologicznym, jak i w przebiegu klinicznym.

Zwężenia krtaniowo-tchawicze (laryngo-tracheal stenosis – LTS) należą wciąż do najtrudniejszych zagadnień w otolaryngologii i chirurgii głowy i szyi. Choć dość rzadkie, charakteryzują się odmiennościami etiologicznymi, zróżnicowaniem co do stopnia i kształtu, a także subiektywną oceną stopnia nasilenia duszności. LTS ocenia się na podstawie badania endoskopowego i badań obrazowych (TK i MRI). Na podstawie ich wyników możliwa jest ocena ciężkości zwężenia i kwalifikacja do leczenia. Wierzbicka i współpracownicy

z Kliniki Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej UM w Poznaniu (Wierzbicka i in. 2009) dokonali **przełogu systemów klasyfikacyjnych zwężeń krtaniowo-tchawicznych**. Powszechnie stosowana jest klasyfikacja Cottona (1984, 1989), która opiera się na endoskopowej subiektywnej ocenie drożności drogi oddechowej wyrażonej w procentach. Stopień 1 to zwężenie zamykające światło do 50%, stopień 2 – do 70%, stopień 3 – do 99%, stopień 4 oznacza całkowity brak światła drogi oddechowej. Myer z zespołem (1994) zmodyfikowali tę klasyfikację, wprowadzając ocenę stopnia zwężenia opartą na średnicy rurki intubacyjnej, którą można przeprowadzić przez zwężenie. Modyfikacja ta związana jest zatem ze standaryzacją narzędzia pomiarowego i znana jako Myer-Cotton Grading System. Ogranicza ona w dużym stopniu element subiektywizmu klasyfikacji Cottona. Poza oceną wielkości zwężenia klasyfikacja Myera-Cottona uwzględnia podział na zwężenia dojrzałe i niedojrzałe, zwężenia przednie, boczne i okrężne (okrągłe i owalne).

Klasyfikacja zaproponowana przez Gavilana i współpracowników (1998) dzieli LTS na izolowane (podgłośniowe, tchawicze, nadgłośniowe) oraz obejmujące dwie lub więcej okolice (głośniewo-podgłośniewo-tchawicze, głośniewo-podgłośniewo, podgłośniewo-tchawicze, nadgłośniewo-głośniewo oraz nadgłośniewo-głośniewo-tchawicze). Klasyfikacja ta nie uwzględnia zwężeń głośniewych, co należy uznać za jej wadę.

McCaffrey (1992) zaproponował podział LTS na 4 stopnie na podstawie lokalizacji i długości zwężonego odcinka drogi oddechowej. Stopień 1 to zwężenie podgłośni lub tchawicy krótsze niż 1 cm, stopień 2 – zwężenie podgłośni dłuższe niż 1 cm, stopień 3 – zwężenie podgłośni i tchawicy, stopień 4 – zwężenie obejmujące głośnie z unieruchomieniem struny głosowej. W klasyfikacji tej pomija się stopień zwężenia, kładąc nacisk na ocenę przede wszystkim podgłośni.

Typową chirurgiczną klasyfikacją jest podział Grillo i współpracowników (2003). Wyróżnia on 3 rodzaje zwężeń: A – ograniczone do górnego odcinka tchawicy, B – sięgające do podgłośni, C – dochodzące do fałdów głosowych. Klasyfikacja ta uwzględnia przed wszystkim możliwość zespolenia (po resekcji odcinkowej) w okolicy chrząstki pierścieniowatej.

Stopień zwężenia i jego długość zawarte są we wszystkich wymienionych klasyfikacjach. Ważnym czynnikiem zarówno w kwalifikacji do leczenia, jak i prognozie jego wyniku jest ocena nasilenia duszności spowodowanej zwężeniem. Skala Nouraci i współpracowników (2007, 2008) opiera się na odpowiedzi na pytanie o stopień nasilenia dusz-

ności; wyróżnia 5 stopni duszności (np. stopień 1 to brak tchu podczas intensywnego wysiłku, a stopień 5 – „nie mogę opuścić domu ani samodzielnie się ubrać lub umyć”).

Autorzy ocenili omówione klasyfikacje we własnym materiale, liczącym 124 chorych na LTS. Wydaje się, że do oceny zwężeń najbardziej przydatna jest klasyfikacja Cottona w połączeniu z subiektywną skalą oceny nasilenia duszności.

Zespół autorów z tej samej Kliniki Poznańskiej (Szyfter i in. 2009) dokonał przełogu **przyczyn powstawania zwężeń krtaniowo-tchawicznych**. LTS dzielą się na wrodzone (bardzo rzadkie) i nabyte, a także na pierwotne (będące skutkiem procesów chorobowych krtani lub tchawicy) oraz wtórne (wynik ucisku krtani, a częściej tchawicy od zewnątrz). W piśmiennictwie znaleziono następujące przyczyny zwężeń krtaniowo-tchawicznych: uraz operacyjny (duża grupa zwężeń jatrogennych, przede wszystkim intubacja), urazy zewnętrzne krtani i tchawicy, choroby zapalne, choroby tkanki łącznej (ziarniniak Wegenera), pęcherzyca, sarkoidoza, skrobiawica. Najczęstszą przyczyną LTS są urazy krtani i tchawicy podczas lub w następstwie intubacji (przedłużonej) i tracheotomii. Nie bez znaczenia dla powstania zwężeń, przede wszystkim tzw. idiopatycznych, jest choroba refluksowa.

W materiale Kliniki Poznańskiej (124 chorych, 59 kobiet i 65 mężczyzn) autorzy stwierdzili, że w ponad połowie przypadków zwężenie było następstwem przedłużonej intubacji lub tzw. wysokiej tracheotomii. Uraz zewnętrzny był przyczyną zwężenia u 9 chorych, a ziarniniak Wegenera – u kolejnych 3. Dość dużą grupę stanowiły przypadki zwężeń krtani po operacjach raka krtani.

W leczeniu zwężeń krtaniowo-tchawicznych stosuje się wiele metod, od najprostszych dylatacji poprzez zabiegi waporyzacyjne (laser Nd:YAG i CO₂) do operacji otwartych. Szyfter z zespołem (Szyfter i in. 2008) przedstawili swoje doświadczenia w leczeniu zaawansowanych zwężeń krtaniowo-tchawicznych odcinkową, czyli **poprzeczną resekcją tchawicy**. Stosowali technikę opisaną przez Pearsona i współpracowników (1986), w której wycina się zwężony odcinek tchawicy, a następnie zespała kikuty koniec do końca po zmobilizowaniu tchawicy i krtani. Wyniki tej metody są bardzo dobre, nawet w zwężeniach obejmujących 5–7 pierścieni tchawicznych; wyleczenie (oceniane dekaniulacją) osiąga się u 85–100% chorych.

Materiał autorów to 10 mężczyzn w wieku 16–54 lat. U wszystkich przyczyną zwężenia była przedłużona intubacja (z różnych wskazań).

Według klasyfikacji Cottona zwężenia miały stopień 3. u 7. chorych i stopień 4. u pozostałych 3. Zakres resekcji obejmował maksymalnie 5 pierścieni tchawicznych, w 6 przypadkach resekowano także chrząstkę pierścieniową. Zanotowano bardzo dobry wynik odległy – wszyscy chorzy byli dekaniculowani po 8–40 dniach po operacji. Tylko u jednego chorego doszło do powikłania w postaci odmy podskórnej.

Autorzy wysoko oceniają tę metodę jako postępowanie skuteczne, choć dość trudne z chirurgicznego punktu widzenia (jakość zespolenia, mobilizacja tchawicy i krtani). Autor niniejszego przeglądu przychylił się do opinii, że odcinkowa resekcja tchawicy daje najlepsze wyniki odległe i powinna być wykonywana jako procedura pierwotna, tj. z pominięciem prób leczenia dylatacyjnego. Opinię tę opieram na wieloletnim doświadczeniu w leczeniu zwężeń z wykorzystaniem lasera Nd:YAG.

Wraz z rozwojem metod terapeutycznych zmieniają się wskazania do **tracheotomii u niemowląt i dzieci**. Powikłania i następstwa tracheotomii to śród- i pooperacyjne krwawienia, odma opłucna, zapalenie śródpiersia, zapalenie płuc, przetoka tchawiczo-przetykowa, zwężenie tchawicy, zaburzenia połykania oraz ziarninowanie w tchawicy. Tracheotomia u dzieci powoduje dodatkowy problem, to jest zaburzenia rozwoju mowy w przypadku konieczności utrzymywania przetoki tchawiczej przez dłuższy czas. Zenk z zespołem z uniwersyteckich klinik otolaryngologii w Erlangen i w Salonikach (Zenk i in. 2009) dokonali analizy materiału 85 dzieci (do 18 r.ż.), u których z różnych wskazań wykonano tracheotomię. Wskazania te były następujące: obturacja górnych dróg oddechowych – 27%, zespoły wad czaszkowo-twarzowych – 3,5%, przedłużona intubacja połączona z wentylacją wspomaganą – 22,3%, zaburzenia neurologiczne – 25,9%, urazy i ich następstwa – 16,5%, obustronne porażenie strun głosowych – 4,7%. Wiek pacjentów wahał się od 2 dni do 18 lat, ale dzieci do 7. roku życia stanowiły 73%. Zwraca uwagę fakt, że czas utrzymywania rurki tracheotomijnej w tchawicy wynosił średnio 21,6 miesiący, a tylko 51% chorych było dekaniculowanych. Powikłania stwierdzono w 8,2% przypadków, w tym w 2,3% były to powikłania zagrażające życiu (krwotok, przypadkowa dekaniculacja). Nie było przypadków zgonu zależnego od wykonania tracheotomii. W omówieniu swojego materiału autorzy wskazują, że chociaż współcześnie tracheotomia u dzieci jest wykonywana dość rzadko, to pozostaje nadal specyficzną procedurą w tej grupie wiekowej. Ponadto u wielu dzieci, u których

konieczne jest utrzymywanie tracheostomy przez dłuższy czas, znaczącym problemem jest jakość opieki domowej nad nimi.

Występowanie **niedoczynności tarczycy po leczeniu raka krtani i gardła dolnego**, szczególnie po leczeniu skojarzonym (operacja i napromienianie), jest częste i oceniane – według danych z piśmiennictwa – na od 10 do ponad 70%. Uważa się, że niezależnie od usunięcia większej lub mniejszej części gruczołu przyczyną niedoczynności tarczycy po operacji raka krtani lub gardła dolnego mogą być zaburzenia w jej unaczynieniu. Podobnie radioterapia pooperacyjna może doprowadzić do uszkodzenia komórek wydzielniczych gruczołu przez ich zwłóknienie. Pooperacyjne zaburzenia czynności tarczycy powodują dolegliwości fizyczne i psychologiczne, i w ten sposób negatywnie wpływają na wyniki leczenia.

Rozpoznanie niedoczynności tarczycy jest proste i opiera się na badaniu poziomu TSH oraz wolnego T4 (FT4). Zespół autorów z Kliniki Otolaryngologii oraz Kliniki Endokrynologii Centrum Medycznego Wolnego Uniwersytetu w Amsterdamie (Lo Galbo i in. 2009) zebrali dane – na podstawie specjalnie przygotowanych ankiet – na temat niedoczynności tarczycy u chorych leczonych z powodu raka krtani i gardła dolnego w 19 szpitalach w Holandii, łącznie z wszystkimi ośmioma centrami onkologicznymi w tym kraju. Pytano w ankietach o przedoperacyjne badania laboratoryjne dotyczące czynności tarczycy oraz zasady leczenia niedoczynności tarczycy. 75% ankietowanych lekarzy podało, że badania laboratoryjne wykonują tylko wówczas, kiedy pojawiają się objawy zaburzeń czynności tarczycy, a 42% badanych bada wszystkich pacjentów poddawanych jakiegokolwiek formie leczenia onkologicznego. Po leczeniu raka 32% lekarzy regularnie kontroluje u swoich pacjentów poziom TSH i/lub FT4. Ponad połowa ankietowanych kieruje swoich pacjentów do specjalisty w celu leczenia suplementarnego. W podsumowaniu ankiety autorzy wskazują, że w Holandii nie ma jednolitego schematu postępowania u pacjentów z rozpoznaną niedoczynnością tarczycy po leczeniu raka krtani lub gardła dolnego. Wobec tego widzą potrzebę opracowania jasnych wytycznych co do postępowania diagnostycznego, screeningu oraz leczenia niedoczynności tarczycy. Upatrują w takich wytycznych sposobu na poprawę jakości życia u chorych z tymi nowotworami.

Zastosowanie **drenażu rany po operacji węzłowej szyjnej** (ang. *neck dissection*, ND) jest stałym elementem tej procedury, mającym

na celu zapobieganie gromadzeniu się płynu w ranie, a przez to przyspieszenie gojenia. W wielu przypadkach podczas ND tworzy się duże płaty skórne, które po usunięciu węzłów chłonnych i struktur anatomicznych muszą pokryć potencjalną przestrzeń martwą. Zlikwidowanie tej przestrzeni sprzyja zminimalizowaniu ryzyka infekcji rany i martwicy płatów skórnych.

Drenaż rany po ND dzieli się na bierny (gumowy lub plastikowy dren wyprowadzony z rany) oraz czynny (z zastosowaniem ssania, czyli podciśnieniowy). Uważa się, że jedną z korzyści drenażu czynnego jest ograniczenie możliwości zakażenia rany poprzez sam dren. Mimo niezaprzeczalnych korzyści płynących z zastosowania drenażu czynnego, w otolaryngologii i chirurgii głowy i szyi wciąż stosuje się drenaż bierny.

Batstone i współpracownicy z Uniwersyteckiego Szpitala w Liverpoolu (Batstone i in. 2009) dokonali prospektywnej nierandomizowanej oceny porównawczej obu typów drenażu rany po operacji wycięcia układu chłonnego szyi. Badaniu poddano 60 pacjentów (którym wykonano łącznie 72 ND). U 13 z nich zastosowano drenaż bierny (u wszystkich 13 wykonano rekonstrukcję wolnym płatem skórnym), a u 47 – drenaż czynny. Oceniano szybkość gojenia się rany, tworzenie krwaka w ranie, zakażenie, uwzględniano także czynniki obciążające, np. cukrzycę i wiek chorego. Wykazano, że u chorych z drenażem biernym gojenie było opóźnione (ang. *delayed healing*) w 54% przypadków, podczas gdy u chorych z drenażem czynnym – tylko w 6% przypadków.

W podsumowaniu autorzy podkreślają, że uzyskane wyniki muszą być oceniane krytycznie (małe grupy chorych, brak randomizacji), jednak zwracają uwagę na znaczenie właściwego doboru drenażu rany jako podstawowego warunku niepowikłanego gojenia. Autor niniejszego przeglądu zdecydowanie przychyła się do opinii o konieczności stosowania drenażu czynnego (co najmniej 3–4 doby) nie tylko w operacjach węzłowych na szyi, ale także w każdej operacji w tym regionie (operacje ślinianek, wycięcie torbieli bocznej lub środkowej szyi, wycięcie guza łagodnego szyi lub przestrzeni przygardłowej, operacja uchyłka Zenkera i inne). Szyja jest regionem o znacznej złożoności anatomicznej i topograficznej, a gojenie się ran chirurgicznych jest dodatkowo obciążone „pracą” struktur szyi podczas gojenia (ruchy głową, połykanie, kaszel). Dlatego też zapewnienie stałego odpływu treści płynnej z rany jest podstawowym warunkiem zamknięcia się przestrzeni powstałej po usunięciu tkanek, na przykład węzłów chłonnych.

Tonsilektomia jest jedną z najczęściej wykonywanych procedur w oddziałach otolaryngologicznych, na przykład w Danii w 2004 roku wykonano 9000 tonsilektomii – stanowiły one 30% wszystkich zabiegów. Standardowa metoda wyłuszczenia migdałków jest obecnie zastępowana techniką koblacji, która polega na zastosowaniu elektrokoagulacji o znacznie mniejszej temperaturze oddziaływania na tkankę. W typowym urządzeniu diatermicznym mamy temperaturę nawet 500°C, podczas gdy koblacja przebiega w temperaturze 60–70°C. Wykazano, że technika koblacyjna powoduje mniejszy ból pooperacyjny, szybszy powrót do normalnej diety, mniejsze użycie analgetyków i krótszy okres rekonwalescencji.

Najważniejszym powikłaniem tonsilektomii jest **krwawienie** wczesne, czyli pierwotne (w ciągu pierwszych 24 godzin), i późne, czyli wtórne (po upływie 24 godzin). Heidemann i współpracownicy z dwóch oddziałów otolaryngologicznych w Danii (Heidemann i in. 2009) ocenili częstość występowania krwawień po tonsilektomii w grupie 430 chorych. Stwierdzili, że miało ono miejsce u 52 chorych, to jest w 12,1% przypadków. Wśród czynników ryzyka krwawienia wymieniają technikę koblacyjną – po jej zastosowaniu krwawienie wystąpiło u 22,7% chorych. Inne czynniki ryzyka to przebyty ropień okołomigdałkowy oraz wiek powyżej 15. roku życia. Z przedstawionych danych wynika, że zastosowanie techniki koblacyjnej w chirurgii migdałków podniebiennych powinno być poprzedzone wnikliwym rozpatrzeniem bilansu korzyści i ryzyka krwawienia pooperacyjnego.

Zagadnienie **techniki tonsilektomii oraz czynników ryzyka krwawienia** po tym zabiegu oceniają Windfuhr z zespołem ze Szpitala św. Anny w Duisburgu w Niemczech (Windfuhr i in. 2009). Na podstawie danych ankietowych otrzymanych ze 138 oddziałów i klinik otolaryngologicznych stwierdzili, że w 2006 roku w Niemczech wykonano łącznie 54 572 tonsilektomie. Dominującą techniką operacyjną było klasyczne wyłuszczenie migdałków i krwawienia pooperacyjne były rzadkością. Krwawienia, zwłaszcza wtórne, czyli późne, występowały częściej po operacjach z zastosowaniem elektrochirurgii. Autorzy zwracają uwagę, że zastosowanie elektrochirurgii do wycięcia migdałków czyni ten zabieg krótszym i łatwiejszym dla chirurga, jednak zwiększa ryzyko wtórnego krwawienia. Ryzyko to może być zmniejszone przez zastąpienie prostego koagulowania krwawiących naczyń ich podwiązywaniem.

W ocenianej grupie ponad 54 tysięcy chorych nie było przypadku zgonu pooperacyjnego. Śmiertelność po tonsilektomii oceniana jest na od 1:3000 do 1:95 000 zabiegów.

Guz Warthina, czyli gruczolak limfatyczno-torbielowaty (*papillary cystadenoma lymphomatosum*) jest drugim – po gruczolaku wielopostaciowym – łagodnym nowotworem ślinianek. Opisany dokładnie w 1929 roku przez A.S. Warthina wcześniej był nazywany *adenolymphoma*. Jakkolwiek określenie częstości jego występowania nie jest możliwe, to obserwuje się stały wzrost zachorowań na ten nowotwór. Stanowi około 25% wszystkich niezłośliwych guzów gruczołów ślinowych i zwykle umiejscawia się w przyusznicy. Jest częstszy u mężczyzn i jako jedyny spośród wszystkich łagodnych guzów ślinianek może występować obustronnie, zarówno w postaci guzów symultanicznych, jak i synchronicznych i metachronicznych. Występowanie obustronne ocenia się na 7–10%. Klinicznie cechuje się powolnym wzrostem miękkiego, niebolesnego guza, który lokalizuje się zwykle w dolnej części przyusznicy, co może sugerować torbiel boczną szyi. Badanie USG ujawnia twór torbielowaty, wielokomorowy, a BAC nierzadko wykazuje elementy typowe dla treści płynnej, takiej jak w torbielach skrzelopochodnych.

Dlatego często guz Warthina jest mylony z torbielą boczną szyi.

Poza występowaniem obustronnym w śliniance przyusznej nowotwór ten może rozwijać się jednocześnie w innych narządach, na przykład w węzłach chłonnych szyi, w krtani, w części nosowej gardła. Hilton i współpracownicy ze szpitala uniwersyteckiego w Norfolk w W. Brytanii (Hilton i in. 2009) stwierdzili u swojego chorego (55-letni mężczyzna) gruczolaka limfatyczno-torbielowatego w obu śliniankach przyusznych, ale także w tkankach szyi i w tylnej części jamy nosa. Wielogniskowość nowotworu miała charakter metachroniczny. Przypadek ten jak i inne cytowane przez autorów zwracają uwagę na możliwość występowania guza Warthina zarówno jako guza wielogniskowego, jak i guza o kilku lokalizacjach. W materiale własnym autora niniejszego przeglądu guz Warthina miał charakter nowotworu obustronnego w około 5% przypadków i najczęściej był guzem metachronicznym, a okres pomiędzy ujawnieniem się pierwszego i drugiego wynosił około 2 lat. Warto wspomnieć, że rzadko może dojść do transformacji złośliwej łagodnego dotychczas guza Warthina. Niewłaściwe jest zatem zalecanie pacjentom odrzucania operacji ze względu na brak dolegliwości czy też powolny wzrost guza. ●

- Batstone M.D., Lowe D., Shaw R.J. i in. (2009) Passive versus active drainage following neck dissection: a non-randomised prospective study. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 121-124.
- Bilewicz R., Pietrykowski T., Marszałek A. i in. (2009) Izolowana gruczlica węzłów chłonnych szyi. *Otarynolaryngologia* 8, 146-150.
- Busetto L., Calo E., Mazza M. i in. (2009) Upper airway size is related to obesity and body fat distribution in women. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 550-563.
- Eftekharian A., Roozbahany N.A., Vaezaefshar R. i in. (2009) Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 273-277.
- Eivazi B., Ardelean M., Butler W. i in. (2009) Update on hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 187-197.
- Godballe Ch., Madsen A.R., Pedersen H.B. i in. (2009) Post-thyroidectomy hemorrhage: a national study of patients treated at the Danish departments of ENT Head and Neck Surgery. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 1945-1952.
- Gotlib T., Krzeski A., Balcerzak J. i in. (2009) Jatrogenne płynotoki w przebiegu operacji osteoplastycznych zatoki czołowej. *Otolaryngol. Pol.* 63, 242-244.
- Heidemann Ch.H., Wallén M., Aakesson M. i in. (2009) Post-tonsillectomy hemorrhage: assessment of risk factors with special attention to introduction of coblation technique. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 1001-1015.
- Hilton J.M., Philips J.S., Hellquist H.B. i in. (2009) Multifocal multi-site Warthin tumour. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 1573-1575.
- Kalitova P., Plzak J., Kodet R. i in. (2009) Angiosarcoma of the thyroid. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 903-905.
- Kobiorska-Nowak J., Bień S. (2009) Przerzuty do regionu głowy i szyi z odległych nowotworów złośliwych. *Otolaryngol. Pol.* 63, 353-357.
- Lo Galbo A.M., de Bree R., Lips P. i in. (2009) Detecting hypothyroidism after treatment for laryngeal or hypopharyngeal carcinomas: a nationwide survey in The Netherlands. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 713-718.
- McCaffrey T.V. (2009) Nasal manifestations of systemic diseases. *Otolaryngol. Pol.* 63, 228-235.
- Sieškiewicz A., Rogowski M. (2008) Endoskopowa chirurgia laserowa w leczeniu nawracających krwawień z nosa. *Otarynolaryngologia* 7, 182-185.
- Skrzypczak W., Brzoznowski W., Sierszeń W. (2009) Rak brodawkowy w torbieli środkowej szyi. *Otolaryngol. Pol.* 63, 158-160.
- Stoeckli S.J., Alkureishi L.W.T., Ross G.L. (2009) Sentinel node biopsy for early oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 787-793.
- Szaleniec J., Hartwich P., Składzień J. (2009) Ocena przyczyn późnego rozpoznawania nowotworów jam nosa i zatok przynosowych. *Otarynolaryngologia* 8, 23-27.
- Szyfter W., Nowak K., Kruk-Zagajewska A. (2008) Doświadczenia w leczeniu rozległych zwężeń kraniowo-tchawiczych z zastosowaniem metody poprzecznej resekcji tchawicy. *Otolaryngol. Pol.* 62, 695-699.
- Szyfter W., Wierzbicka M., Gawęcki W. i in. (2009) Przyczyny zwężeń kraniowo-tchawiczych na podstawie przeglądu literatury i doświadczeń własnych. *Otolaryngol. Pol.* 63, 338-342.
- Wierzbicka M., Szyfter W., Gawęcki W. i in. (2009) Systemy klasyfikacji zwężeń kraniowo-tchawiczych. *Otolaryngol. Pol.* 63, 331-337.
- Windfuhr J.P., Wienke A., Chen Y.S. (2009) Electrosurgery as a risk factor for secondary post-tonsillectomy hemorrhage. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 111-116.
- Zenk J., Fyrmpas G., Zimmermann T. i in. (2009) Tracheostomy in young patients: indications and long-term outcome. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 266, 705-711.
- Ziółkowska M., Bień S., Sygut J. i in. (2009) Rak brodawkowy tarczycy w torbieli przewodu tarczowo-językowego. *Otolaryngol. Pol.* 63, 50-53.

STANY GORĄCZKOWE NIEZNANEGO POCHODZENIA

dr hab. med. Katarzyna Życińska, prof. dr hab. med. Kazimierz A. Wardyn,
dr Ewa Piotrowska

FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

Fever refers to a condition in which the patient has an elevated temperature due to hypothalamus dysfunction as a thermoregulation center with TNF and interleukins main role. Fever of unknown origin (FUO) is defined as a temperature higher than 38.3 (100.9 F) that lasts for more than three weeks with no obvious source despite appropriate investigation. The four categories of potential etiology of FUO are classic, nosocomial, immune deficient and human immunodeficiency virus-related. The four subgroups of the differential diagnosis of FUO are infections, malignancies „autoimmune conditions and miscellaneous”. A thorough history, physical examination and standard laboratory testing remain the basis of the initial evaluation of the patient with FUO. Newer diagnostic modalities including updated serology, viral cultures, computed tomography and magnetic resonance imaging have important role in the assessment of these patients.

(Mag. ORL, 2010, 35, IX, 101–106)

Key words:

fever of unknown origin.

PRACA RECENZOWANA

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Medycyny Rodzinnej
Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. med. Kazimierz A. Wardyn
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

Gorączka jest to zaburzenie termoregulacji objawiające się podwyższeniem temperatury ciała. Prawidłową temperaturę warunkuje sprawnie działające podwzgórze, utrzymujące ją w ściśle określonych wartościach. Na powstanie gorączki mają wpływ substancje pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego, zwane pirogenami. Do najczęstszych pirogenów zewnętrznym należą toksyny bakterii Gram-ujemnych, a do pirogenów wewnętrznym – interleukina-1, czynnik martwicy nowotworów (TNF α) i interleukina 6. Pojawienie się tych substancji w krążeniu systemowym aktywizuje wytwarzanie produktów metabolizmu kwasu arachidonowego, w tym prostaglandyny E2, która jest odpowiedzialna za wystąpienie gorączki (Bezan i in. 2003).

Gorączka jest jednym z głównym i najczęściej występującym objawów wielu chorób, przede wszystkim infekcyjnym, i stanowi jeden z najtrudniejszych problemów diagnostycznych. Wśród infekcyjnym przyczyn gorączki dominują zakażenia wirusowe dróg oddechowych, którym towarzyszy podwyższona temperatura ciała około 38,3°C i ustępująca samoistnie po około dwóch tygodniach. Niekiedy jednak postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne nie kończy się ustaleniem przyczyny gorączki i jej ustąpieniem. W takiej sytuacji rozpoznajemy **gorączkę nieznanego pochodzenia – GNP** (ang. *fever of unknown origin*, FUO). Wczesne rozpoznanie jej przyczyny niesie ze sobą istotne implikacje.

Definicja

Po raz pierwszy gorączkę nieznanego pochodzenia zdefiniowali i opisali Petersdorf i Beeson jako chorobę trwającą dłużej niż 3 tygodnie z gorączką \pm 38,3°C, której przyczyna pozostaje nieznaną po tygodniu badań klinicznych w warunkach szpitalnych lub podczas trzech kolejnym wizyt w trybie ambulatoryjnym (Petersdorf i Beeson 1961). W 1991 r. Durack i Street zmodyfikowali tę definicję, rozróżniając klasyczną gorączkę nieznanego pochodzenia od gorączki

szpitalnej, neutropenicznej i związanej z zakażeniem HIV (Durack i Street 2004). Według ich definicji utrzymująca się gorączka powyżej 38,7°C i niemożność ustalenia jej przyczyny pozwala na rozpoznanie gorączki jako gorączki nieznanego pochodzenia. Najczęstszą jej przyczyną są układowe choroby tkanki łącznej, infekcje oraz nowotwory (Roth i Basetlo 2003).

Przyczyny GNP

W piśmiennictwie czynniki wywołujące GNP grupuje się w następujących pięciu kategoriach: infekcyjne, nowotworowe, nieinfekcyjne choroby zapalne (choroby tkanki łącznej), o różnej etiologii (*miscellanea*) oraz gorączki niezdiagnozowane.

Infekcje powodujące FOU stanowią szeroką grupę zakażeń, są wśród nich gruźlica, ropnie jamy brzusznej i miednicy mniejszej, infekcje dróg żółciowych, zapalenie wsierdza, zapalenie otrzewnej w przebiegu marskości wątroby, zakażenia układu moczowego, zapalenia zatok przynosowych, zapalenia kości i szpiku, zakażenia ran, infekcje odcewnikowe naczyń oraz choroby zakaźne (malaria, chlamydia, brucelloza i tularemia oraz ameboza).

Spośród nowotworów najczęstszą przyczyną stanów gorączkowych nieznanego pochodzenia są choroby rozrostowe układu krwiotwórczego. Wysoka gorączka może być głównym, a we wczesnym okresie czasem jedynym objawem ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina), zwłaszcza jeśli zajęte są jedynie węzły wewnątrzbrzuszne lub zaotrzewnowe. Rozpoznanie to należy brać pod uwagę szczególnie u ludzi młodych. Podstawą diagnostyki jest w tym przypadku wynik badania histopatologicznego węzła chłonnego.

W chłoniakach ziarnicznych gorączka pojawia się przeważnie w bardziej zaawansowanych stadiach choroby (często ma charakter dwuszczytowy), jednak w postaciach o dużej złośliwości może wystąpić wcześniej. Podstawą rozpoznania jest także histopatologiczna ocena węzła chłonnego lub badanie cytodiagnostyczne. W lokalizacji i ocenie rozległości zmian chorobowych przydatna jest tomografia komputerowa i badanie szpiku.

Przewlekłe zespoły mielodysplastyczne są potencjalnymi stanami przedbiałaczkowymi (u 30–40% chorych rozwija się ostra białaczka szpikowa) i ich kliniczne objawy są często nieswoiste, a wśród nich mogą również występować stany gorączkowe. Czasem charakterystyczne dla tej grupy chorób cytopenie (niedokrwistość, pancytopenia) są początkowo niezbyt nasilone, co może stwarzać istotne problemy

diagnostyczne. Rozpoznanie stawia się w tych przypadkach na podstawie wyniku biopsji szpiku (Hot i in. 2009).

Większość guzów litych, zwłaszcza zlokalizowanych w jamie brzusznej (rak wątroby, żółć, trzustki, jelita grubego), powoduje stany gorączkowe i podgorączkowe w późniejszym okresie choroby, gdy doszło już do powstania przerzutów. Czasem jednak podstawowe badania obrazowe nie wykazują cech choroby nowotworowej i w tej sytuacji nowotwory te mogą przez jakiś czas pozostawać nierozpoznane. Nowotworem stosunkowo często (ok. 20% przypadków) powodującym gorączkę, niezależnie od obecności przerzutów, jest rak nerki, który u większości chorych przebiega bez żadnych innych objawów klinicznych. Klasyczna triada: ból w okolicy lędźwiowej, krwimocz i wyczuwalny guz zdarza się bardzo rzadko (ok. 10% chorych). Najbardziej typowy objaw tego nowotworu – krwimocz (makro- lub mikroskopowy) występuje we wczesnych stadiach choroby w 40–50% przypadków, a bóle w okolicy lędźwiowej i powiększenie nerki znacznie rzadziej.

Nieinfekcyjne choroby zapalne stanowią grupę autoimmunologicznych zapaleń tkanki łącznej (reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Still'a, toczeń układowy) oraz pierwotnych układowych zapaleń naczyń (guzkowe zapalenie tętnic, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnicy skroniowej i zespół polireumatyczny). Choroba Still'a u dorosłych jest uznawana za najczęstszą przyczynę gorączek w tej grupie chorych, a zapalenie tętnicy skroniowej i zespół polireumatyczny występuje najczęściej u pacjentów po 65. roku życia (Carreno i in. 2009).

Do grupy przyczyn *miscellanea* należy wiele różnorodnych chorób: sarkoidoza, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, histiocytoza, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, gorączka polekowa i gorączka śródziemnomorska.

Do grupy gorączek śródziemnomorskich zaliczamy: rodzinną gorączkę śródziemnomorską (FMF), zespół okresowej gorączki z hiperimmunoglobulinemią D, zespół związany z receptorem czynnika martwicy nowotworów TNF-1 (ang. *tumor necrosis factor receptor 1-associated periodic syndrome*, TRAPS) oraz zespół Muckle i Well'sa (**ryc.1**). Do rzadkich przyczyn gorączki należą także zaburzenia hormonalne, w tym nadczynność tarczycy.

Nadczynność tarczycy charakteryzuje na ogół specyficzny obraz kliniczny i rozpoznanie jej jest zwykle łatwe, czasem jednak może mieć ona przebieg utajniony klinicznie, ze stanami

Gorączki śródziemnomorskie

- **FMF** – rodzinna gorączka śródziemnomorska (*familial Mediterranean fever*)
- **HIDS** – Zespół okresowej gorączki z hiperimmunoglobulinemią D (*hyper-IgD periodic fever syndrom*)
- **TRAPS** (*tumor necrosis receptor 1-associated periodic syndrome*) – zespół związany z receptorem czynnika martwicy nowotworów TNF1 (*familial Hibernian fever*)
- **Muckle-Wells syndrome** – zespół nawracającej gorączki dziedzicznej

Ryc. 1. Rodzaje gorączek śródziemnomorskich

gorączkowymi lub podgorączkowymi jako głównym objawem, któremu mogą towarzyszyć inne, również niespecyficzne, takie jak: utrata masy ciała czy postępujące osłabienie. Rzadką i sporadycznie występującą endokrynologiczną przyczyną gorączki może być guz chromochłonny nadnerczy.

Do leków mogących powodować stany gorączkowe należą m.in.: sulfonamidy i niektóre antybiotyki (np. penicyliny), leki przeciwdrgawkowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki antyhistaminowe, jodki, leki przeciwtarczycowe, chinidyna i interferon (ryc. 2). U podłoża tego działania leżą reakcje alergiczne, zjawisko idiosynkrazji bądź wpływ na ośrodek termoregulacji. Gorączka w czasie stosowania interferonu jest powszechnie znanym objawem niepożądanym, a w przypadku przyjmowania przez chorego niektórych z wymienionych leków powiązanie tego faktu ze stanami gorączkowymi może okazać się trudne. Potwierdzeniem rozpoznania jest ustąpienie gorączki po odstawieniu leku.

Do zaburzeń ośrodka termoregulacji dochodzi również z powodu uszkodzeń podwzgórza

Gorączka polekowa

- Sulfonamidy
- Penicyliny
- Środki kontrastowe zawierające jod
- Leki przeciwtarczycowe
- Immunoglobuliny
- Interferon
- Przeciwciała monoklonalne (zespół uwalniania cytokin)

Ryc. 2. Przyczyny gorączki polekowej

wskutek urazów, zabiegów operacyjnych, rozrastających się guzów śródczaszkowych lub udaru mózgu. W wyjątkowych przypadkach przyczyną stanów gorączkowych niejasnego pochodzenia mogą być: nawracająca, niema klinicznie zatorowość płucna, wchłaniające się krwiaki (zwykle po urazach), alkoholowe zapalenie wątroby (Konckaert i in. 2003).

W badaniu Życińskiej z zespołem analizowano przebieg choroby pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, przyjętych z rozpoznaniem gorączki nieznanego pochodzenia, i wykazano przyczyny długotrwałego wzrostu temperatury. Badaniem objęto 105 pacjentów z klasyczną gorączką nieznanego pochodzenia, hospitalizowanych od 1 stycznia 2004 do 1 stycznia 2006 r. Analizowaną grupę stanowiło 40 mężczyzn i 65 kobiet. Z badania wykluczono pacjentów z neutropenią, zakażeniem szpitalnym oraz zakażonych HIV. Ocenie statystycznej poddano czas trwania gorączki, czas ustalenia jej przyczyny oraz wartości białek ostrej fazy i liczbę białych krwinek. Przyczynę gorączki udało się ustalić u 103 chorych (97%), u 2 chorych przyczyna ta pozostała nadal niewyjaśniona.

Najczęstszą przyczyną gorączki nieznanego pochodzenia były:

- A – infekcje (n = 43,4%);
- B – choroby tkanki łącznej i zapalenia naczyń (n = 32,3%);
- C – nowotwory (14%): ostra białaczka i zespoły mielodysplastyczne (n = 6), nowotwór płuca (n = 6), nowotwór żołądka (n = 2);
- D – choroby zapalne jelit (8%): *colitis ulcerosa* (n = 5), choroba Leśniowskiego-Crohna (n = 3).

Pozostałe przyczyny gorączki nieznanego pochodzenia to: sarkoidoza (n = 2), seronegatywne zapalenie stawów (n = 2) oraz toksyczna nekroliza naskórka (n = 2).

W poszczególnych grupach chorych (A, B i C) odnotowano znamienne różnice w występowaniu i intensywności objawów klinicznych. W grupie A (chorzy z infekcją) wśród wszystkich objawów dominowała gorączka o wysokiej amplitudzie, przebiegająca z dreszczami, po której następował krótkotrwały powrót temperatury prawidłowej i ponowny wzrost gorączki. W grupie B (chorzy z kolagenozą lub zapaleniem naczyń) dominowała gorączka oraz bóle kostno-stawowe, ponadto obserwowano jej powrót po kilkutygodniowej samoistnej remisji. W grupie C (chorzy z nowotworem) dominowała gorączka oraz utrata masy ciała, gorączka utrzymywała stały charakter. Średni czas trwania gorączki

w poszczególnych grupach chorych wynosił odpowiednio: 2–4 miesiące w grupie A, 6–13 miesięcy w grupie B oraz 5–8 miesięcy w grupie C.

Analizie poddano także wartości białka ostrej fazy (CRP), wartość OB oraz liczbę białych krwinek. Za wartości nieprawidłowe uznawano CRP >10 ng/ml, OB >50 mm/h oraz WBC >12 tys. W grupie chorych z infekcją u 95% chorych stwierdzono leukocytozę, u 93% podwyższone wartości OB, a u 81% chorych wzrost wartości białka CRP. W grupie chorych z kolagenozą lub zapaleniem naczyń u 84% chorych odnotowano wysokie wartości OB, które także stwierdzono u 93% chorych z nowotworem.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu Petersdorfa i współpracowników.

W badaniu Franczak-Dygarskiej z zespołem spośród 100 analizowanych choroby zapalne tkanki łącznej odnotowano w grupie 35 chorych (Franczak-Dygarska i in. 2005). Drugą pod względem liczebności grupą przyczyn były zapalenia naczyń, które dotyczyły 14 chorych. Jedynie u 7 chorych rozpoznano infekcje jako przyczynę długotrwałej gorączki, a u 2 chorych nowotwór.

W analizowanej grupie odnotowano czas trwania objawów w poszczególnych grupach chorych oraz scharakteryzowano te objawy. W grupie chorych z infekcjami czas trwania gorączki od jej wystąpienia do postawienia rozpoznania wynosił 2–4 miesiące, a temperatura prawie stale miała wysoką wartość, ponadto wykazano jedno-, dwudniowe okresy powrotu temperatury do jej prawidłowej wartości, po czym następował ponowny wzrost temperatury, któremu towarzyszyły dreszcze.

W grupie chorych z kolagenozami czas trwania gorączki wynosił 6–13 miesięcy, ponadto stwierdzono znacznie dłuższe, kilkutygodniowe okresy prawidłowej temperatury i ponowny jej wzrost. W grupie chorych z nowotworami występowała stale podwyższona temperatura przez 5–8 miesięcy.

W badanej grupie ocenie poddano wartości OB, stężenie białka CRP oraz liczbę leukocytów jako wykładniki stanu zapalnego. U większości pacjentów z infekcjami obserwowano leukocytozę, natomiast u pacjentów z chorobami tkanki łącznej lub zapaleniem naczyń i nowotworami – wysokie wartości OB.

W badaniach innych autorów nie oceniono czasu trwania gorączki i czasu postawienia rozpoznania, a także charakteru toru gorączkowego.

Diagnostyka

Diagnostyka stanów gorączkowych nieznanego pochodzenia opiera się na algorytmach postępowania, a pierwszym ich etapem jest badanie podmiotowe i przedmiotowe. Podczas zbierania wywiadów należy zwrócić uwagę na wywiad epidemiologiczny, podróże, ekspozycje na działania czynników fizycznych i chemicznych, kontakt ze zwierzętami, nawyki żywieniowe, preferencje seksualne, zażywanie leków mogących wywołać gorączkę, rodzinne występowanie podobnych objawów oraz wywiad w kierunku towarzyszących chorób, a zwłaszcza choroby nowotworowej (Jankiewicz-Ziobro i in. 2005).

Badanie przedmiotowe musi obejmować u mężczyzn badanie *per rectum*, u kobiet *per rectum* i *per vaginam*. W kolejnym etapie konieczne jest zaplanowanie badań laboratoryjnych obejmujących morfologię z rozmazem ręcznym, ocenę wskaźników ostrego stanu zapalnego, proteinogram, badania biochemiczne, próbę tuberkulinową, badanie ogólne moczu, posiewy: moczu, kału, krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego, płynu z opłucnej lub otrzewnej (ryc. 3 i 4). W niektórych przypadkach konieczna może być biopsja szpiku. Wskazane jest także wykonanie diagnostyki obrazowej (badanie radiologiczne klatki piersiowej, zatok przynosowych nosa, badanie sonograficzne serca, jamy brzusznej i nerek). Jeżeli na podstawie przeprowadzonych badań nie można określić przyczyny gorączki, należy poszerzyć zakres badań dodatkowych. W celu ułatwienia prowadzenia diagnostyki różnicowej należy chorego zakwalifikować wstępnie do jednej z grup przyczyn stanów gorączkowych. W grupie przyczyn infekcyjnych należy wykonać badania serologiczne w kierunku infekcji CMV, EBP, HPV, HIV, *Chlamydia*, *Tokso-plasma*, *Treponema*, *Mycobacterium*.

Jeśli podejrzewa się nowotworowe tło gorączki, należy pobrać szpik kostny do badania, wykonać mammografię oraz badania endoskopowe przewodu pokarmowego, a także rezonans magnetyczny OUN. Ponadto oznaczyć markery nowotworowe i wykonać badanie histopatologiczne zmian chorobowych.

Aby potwierdzić układową chorobę tkanki łącznej lub pierwotne układowe zapalenie naczyń należy oznaczyć czynnik reumatoidalny, przeciwciała przeciwjądrowe i przeciw granulocytom obojętnochłonnym oraz wykonać zdjęcia radiologiczne układu kostno-stawowego lub biopsję węzła chłonno-ściennego. Szczególną rolę w diagnostyce GNP odgrywają badania radioizotopowe, w tym scyntygrafia galowa, technetowa, z zastosowaniem znakowanych leukocytów (ang. *tracer scyntygraphy*) czy też pozytronowa tomografia

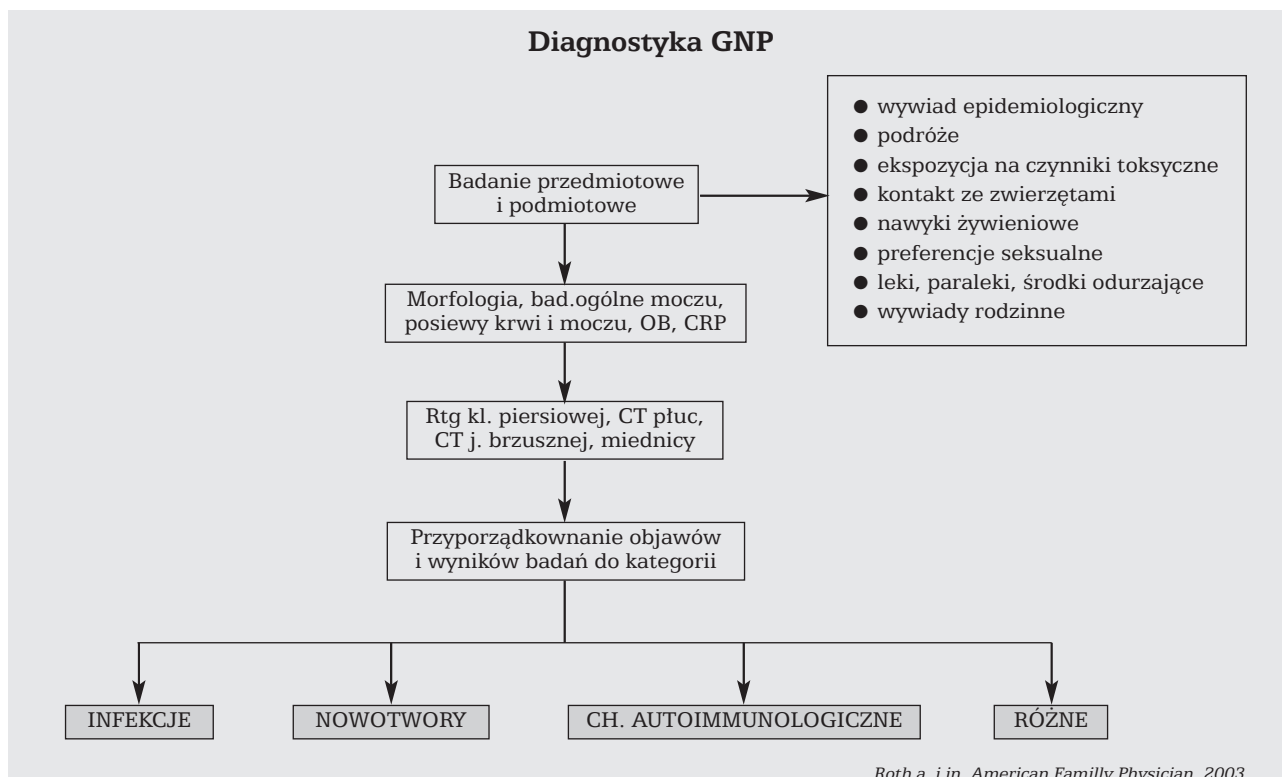
emisyjna FDG-PET (Sonmez i in. 2009, Palestro i in. 2009, Sandroock i Backhaus 2009, Meller i in. 2009).

Pomimo szerokiej diagnostyki różnicowej u ok. 30% chorych nie udaje się ustalić przyczyny gorączki.

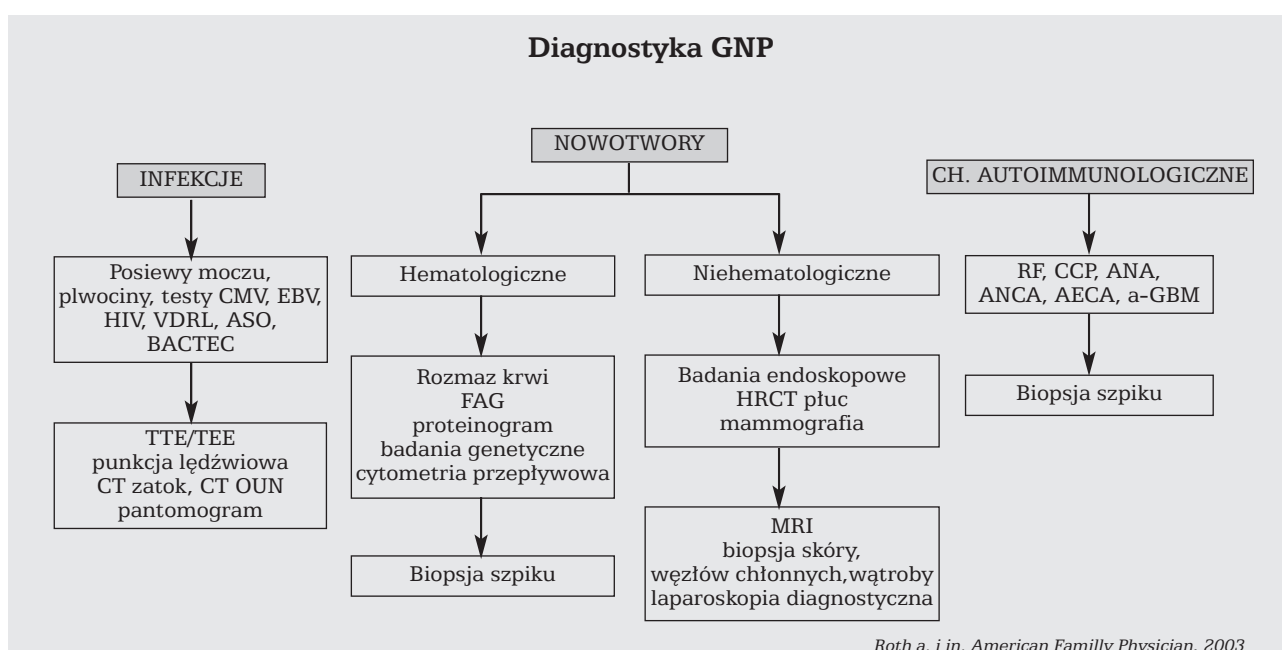
Terapia i rokowanie

Po zidentyfikowaniu przyczyny stanów gorączkowych można ukierunkować terapię.

W infekcjach stosuje się antybiotykoterapię lub leczenie przeciwpłatkowe, w chorobach tkanki łącznej i zapaleniach naczyń niesteroidowe leki



Ryc. 3. Diagnostyka gorączki nieznanego pochodzenia



Ryc. 4. Diagnostyka gorączki nieznanego pochodzenia

przeciwzapalne, glikokortykosteroidy, kolchicynę (gorączki śródziemnomorskie) lub leki cytotoksyczne (cyklofosfamid, metotreksat, azatiopryna). W przypadku gorączek pochodzenia nowotworowego należy leczyć chorobę podstawową w zależności od lokalizacji narządowej, typu nowotworu oraz stopnia jego zaawansowania.

Rokowanie u chorych ze stanami gorączkowymi nieznanego pochodzenia jest uwarunkowane ich przyczyną. Najgorsze rokowanie dotyczy chorych z nowotworami, infekcyjnym zapaleniem wsierdza oraz procesem ropnym w śródpiersiu lub jamie brzusznej. U chorych z układowymi chorobami tkanki łącznej po kilkutygodniowych remisjach dochodzi do powrotu gorączki.

Wnioski

- Gorączka nieznanego pochodzenia jest trudnym problemem diagnostycznym, ekonomicznym i terapeutycznym.
- Obserwacja toru gorączkowego może ułatwić identyfikację czynnika powodującego gorączkę.
- Identyfikacja przyczyny gorączki trwa długo, powodując wielomiesięczne opóźnienie leczenia, które przyczynia się do groźnych powikłań i/lub śmierci pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

- Bezan E., Uzuner A., Bezan C. (2003) An uncommon cause of fever in the elderly: late-onset systemic lupus erythematosus. *Clin. Reumatol.* 22, 481-485.
- Carreno M.A., Carvallo A., Trejo C. i in. (2009) Adult Still's disease. Retrospective review of 20 patients. *Rev. Med. Chil.* 137, 8, 1010-1016.
- Durack D.T., Street A.C. (2004) Fever of unknown origin: an update of classic data. *Clin. Reumatol.* 23, 90-96.
- Franczak-Drygalska A., Jankiewicz-Ziobro K., Kotulska A. i in. (2005) Etiology of enhanced body temperature in patients admitted due to fever of unknown origin: analysis of 100 consecutive cases. *Reumatologia* 43, 2, 103-104.
- Hot A., Jaisson I., Gierard C., French M. i in. (2009) Field of bone marrow examination in diagnosing the source of fever of unknown origin. *Arch. Intern. Med.* 23, 169, 21, 2018-2023.
- Jankiewicz-Ziobro K., Lewicki M. i in. (2005) Gorączka nieznanego pochodzenia. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 114, 3, 913-918.
- Konckaert D.C., Vanderschueren S., Blockmans D. (2003) Fever of unknown origin in adults: 40 years on. *J. Intern. Med.* 253, 263-269.
- Meller J., Sahlmann C.O., Gurocak O. i in. (2009) FDG-PET in patients with fever of unknown origin: the importance of diagnosis large vessel vasculitis. *Q. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* 53, 1, 51-63.
- Niścigorska J., Boroń-Kaczmarska A. (2002) Gorączka o nieznannej etiologii. *Medycyna po Dyplomie* 11, 118.
- Palestro C.J., Love C., Bhargava K.K. (2009) Labeled leucocyte imaging: current status and future directions. *Q. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* 59, 1, 105-123.
- Petersdorf R.B., Beeson P.B. (1961) Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine* 40, 1-5.
- Roth A.R., Basetlo G.M. (2003) Approach to the adult patient with fever of unknown origin. *Am. Fam. Physician* 68, 2223-2228.
- Sandrock D., Backhaus N. (2009) Imaging techniques in rheumatology: PET in rheumatology. *Z. Rheumatol.* Epub. ahead of print.
- Sonmez B., Yilmaz G., Dogan I. i in. (2009) Multiple inflammation foci as a cause of undiagnosed fever: value of whole body (99m)Tc(V) – DMSA scintigraphy. *Hell. J. Nucl. Med.* 12, 3, 291-292.
- Życińska K., Wardyn K.A. i in. (2006) Stany gorączkowe niejasnego pochodzenia w grupie pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych. *Family Medicine and Primary Care Review* 8, 3, 812-816.