

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Najczęstsze przyczyny zgłaszania się pacjentów
pediatrycznych do Poradni Laryngologicznej w Poznaniu

The most common reasons for referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic in Poznan

BEATA PUCHER^{A,C}, JAROSŁAW SZYDŁOWSKI^{A,D,E}, JAKUB SROCZYŃSKI^{B,D,E},
MAGDALENA PRAUZIŃSKA^{B,D,E}, BARTOSZ POLSKI^{B,D,E}

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Katedry Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Podczas wizyty lekarz rodzinny decyduje, czy pacjent wymaga pomocy w ramach ostrego dyżuru, czy konsultacji specjalistycznej.

Cel pracy. Ocena przyczyn kierowania dzieci do Poradni Laryngologicznej w Poznaniu.

Materiał i metody. Analiza retrospektywna dokumentacji pacjentów leczonych przez otolaryngologa dziecięcego w 2013 r. w poradni. Grupę badaną stanowiło 714 dzieci.

Wyniki. U dzieci z niedosłuchem w 48,8% rozpoznano wysiękowe zapalenie ucha środkowego, w 15,7% – niedrożność trąbek słuchowych. 14,3% wymagało poszerzenia diagnostyki, a u 12% stwierdzono obturację woszczyzną. 27,1% zostało skierowanych w celu kwalifikacji do adenotonsillektomii.

Wnioski. Najczęstszą przyczynę skierowań stanowiły: podejrzenie niedosłuchu – 37% oraz przewlekłe choroby migdałków podniebiennych – 27,1%. Dość liczną grupę (5,6%) stanowiły dzieci z ostrym zapaleniem gardła.

Słowa kluczowe: otolaryngolog dziecięcy, konsultacja, pediatria.

Summary **Background.** Family doctor decides whether a patient needs immediate assistance under the emergency department or consulting a specialist.

Objectives. Analysis of the most common reasons for referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic in Poznan.

Material and methods. A retrospective analysis of medical records of patients treated at Pediatric ENT Outpatient Clinic by pediatric ENT specialist in 2013. Study group consisted of 714 children.

Results. Among children with hearing loss, in 48.8% otitis media with effusion was diagnosed, 15.7% had Eustachian tube obstruction, 14.3% required further evaluation and 12% obturation by earwax was present. 27.1% were referred for a consultation in order to qualify to adenotonsillectomy.

Conclusions. The most common cause of referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic were: hearing loss (37%) and chronic disease/hypertrophy of palatine tonsils/adenoids (27.1%). Unexpectedly large group of children were referred with acute pharyngitis – 5.6%.

Key words: pediatric ENT specialist, consultation, pediatrics.

Wstęp

Podczas wizyty lekarz rodzinny decyduje, czy pacjent wymaga natychmiastowej pomocy w ramach ostrego dyżuru, konsultacji specjalistycznej, czy też może być leczony w poradni lekarza rodzinnego.

Cel pracy

Celem pracy była analiza przyczyn zgłaszania się pacjentów do przyklinicznej Poradni Laryngologicznej w Poznaniu.

Materiał i metody

Przeprowadzono analizę retrospektywną dokumentacji medycznej przyklinicznej Poradni Laryngologicznej pacjentów przyjętych przez otolaryngologa dziecięcego w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. Grupę badaną stanowiło 714 dzieci skierowanych na konsultację przez lekarza rodzinnego. U każdego pacjenta przeprowadzono pełne badanie laryngologiczne. W zależności od dolegliwości diagnostykę uzupełniono o badania słuchu – audiometrię tonalną (w zależności od wieku dziecka) oraz audiometrię

impedancyjną lub kierowano pacjenta na badania obrazowe (KT zatok przynosowych/uszu lub USG szyi).

Wyniki

Z 714 wizyt w przyklinicznej Poradni Laryngologicznej 74 miały charakter kontroli poszpitalnej. U 152 pacjentów zlecono badania dodatkowe. Ponad 37% przypadków stanowiły dzieci, u których rodzice zauważyli pogorszenie słuchu. W tej grupie niedosłuch przewodzeniowy potwierdzono u 48,8% pacjentów, u których rozpoznano wysiękowe zapalenie ucha środkowego (OMS) i ze względu na czas trwania choroby skierowano do leczenia operacyjnego (założenie drenażu wentylacyjnego). U kolejnych 15,7% rozpoznano niedrożność trąbek słuchowych. 14,3% pacjentów wymagało skierowania na obiektywne badania słuchu (ABR) wykonywane w trybie hospitalizacji jednodniowej. U 12% pacjentów powodem pogorszenia słuchu była obturacja przewodu słuchowego zewnętrznego przez woszczyinę. 9% pacjentów stanowiły dzieci z rozpoznaniem przez audiologa niedosłuchem czuciowo-nerwowym, które zgłosiły się na wizytę kontrolną. 27,1% pacjentów zostało skierowanych przez lekarza rodzinnego na konsultację w celu kwalifikacji do leczenia operacyjnego z powodu przewlekłego zapalenia lub przerostu migdałków podniebiennych

i/lub migdałka gardłowego. 11,5% stanowiły dzieci z zaburzeniami drożności nosa. W tej grupie w zależności od dolegliwości zlecano badanie obrazowe (KT zatok) w celu potwierdzenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych (43,9%) i wdrożenia leczenia zachowawczego lub skierowania na leczenie operacyjne (chirurgia endoskopowa zatok przynosowych – FESS). 6,7% dzieci trafiło do specjalisty z powodu bólu ucha. Z 3,6% pacjentów skierowanych do Poradni Laryngologicznej z podejrzeniem wady wrodzonej głowy i szyi, u 46,1% rozpoznano i potwierdzono w USG obecność torbieli środkowej szyi, 38,5% wymagało endoskopii krtani w warunkach szpitalnych w celu wykluczenia/potwierdzenia wady wrodzonej krtani. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Dyskusja

Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (*otitis media secretoria* – OMS) charakteryzuje się obecnością płynu w jamie bębenkowej bez objawów ogólnych i miejscowych ostrej infekcji oraz postępującym niedosłuchem przewodzeniowym. U podstaw tej jednostki chorobowej leży dysfunkcja trąbki słuchowej. Jej niedrożność spowodowana jest najczęściej przez infekcyjny lub alergiczny obrzęk błony śluzowej oraz przez przerosnięty migdałek gardłowy. Według Gryczyńskiej i wsp., najważniejszym czynnikiem ryzyka OMS jest przebyte wielokrotnie ostre zapalenie ucha środkowego [1]. OMS często samoistnie ustępuje, ale w 30–40% przypadków dochodzi do nawrotów. Podstawą rozpoznania jest otoskopia, audiometria impedancyjna i tonalna. Leczenie operacyjne (drenaż wentylacyjny) jest zalecane u dzieci z udokumentowanym niedosłuchem 25–30 dB lub więcej w lepiej słyszającym uchu [2, 3].

Poznanie roli migdałków podniebiennych w funkcjonowaniu układu immunologicznego doprowadziło do bardziej ostrożnego kwalifikowania do ich usunięcia (tonsillektomii). Wyjątkowo usuwa się migdałki przed ukończeniem 4. roku życia, tj. w okresie poprzedzającym wykształcenie się mechanizmów obronnych. Według kryteriów Paradise'a, przy kwalifikowaniu do tonsillektomii należy określić częstość występowania ostrych, bakteryjnych zapaleń migdałków

podniebiennych – angin. W przypadku dzieci powinno to być 7 lub więcej epizodów w ciągu ostatniego roku, 5 lub więcej w ciągu ostatnich 2 lat lub 3 i więcej w ciągu ostatnich 3 lat [3–6]. Znaczny przerost migdałków podniebiennych może prowadzić do upośledzenia drożności dróg oddechowych i wystąpienia bezdechów obturacyjnych w czasie snu. W takich przypadkach, zwłaszcza u dzieci poniżej 10. roku życia, należy rozważyć tonsillotomię, czyli zabieg częściowego usunięcia migdałków podniebiennych [7, 8].

6,7% dzieci było kierowanych do specjalisty z powodu bólu ucha. Jest on objawem dominującym w pierwszych godzinach ostrego zapalenia ucha środkowego (OZUS) i najczęściej ustępującym w ciągu 24–48 godzin. W tym okresie leczenie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, tj. zastosowanie paracetamolu lub/i ibuprofenu, jest bardzo ważną częścią postępowania leczniczego. Analiza naturalnego przebiegu OZUS wykazała, że około 2/3 zakażeń ustępuje samoistnie w ciągu 24 godzin, a około 80% – w ciągu 2–7 dni. Około 30% chorych na OZUS trafia do lekarza i choroba ta jest najczęstszą przyczyną porad lekarskich udzielanych dzieciom do 3. roku życia. Na podstawie analizy zachowań lekarzy rodzinnych oceniono, że głównym problemem w rozpoznawaniu OZUS jest brak doświadczenia otoskopowego oraz słabe uwidocznienie błony bębenkowej w badaniu otoskopowym [9].

Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną kierowania dzieci do poradni specjalistycznej stanowiły: podejrzenie niedosłuchu – 37% (z czego u 48,8% rozpoznano OMS) oraz przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i gardłowego – 27,1%.
2. 11,5% pacjentów skierowano do specjalisty z powodu niedrożności nosa. W tej grupie u 43,9% przyczyną było przewlekłe zapalenie zatok, a u 39% – alergiczny nieżyt nosa.
3. Liczną grupę stanowiły dzieci z ostrym zapaleniem gardła – 5,6%. Ta grupa nie wymagała konsultacji specjalistycznej.

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny zgłaszania się pacjentów do Poradni Laryngologicznej

Rozpoznanie		Dziewczynki	Chłopcy	Razem	
Podejrzenie niedosłuchu (37%)	wysiękowe zapalenie ucha	56	74	130	266
	podejrzenie niedosłuchu	26	36	62	
	woszczyzna	12	20	32	
Choroby migdałków podniebiennych i gardłowego (27,1%)		72	122	194	
Niedrożność nosa (11,5%)	przewlekłe zapalenie zatok (43,9%)	28	8	36	82
	przewlekły/alergiczny nieżyt nosa	16	16	32	
	skrzywienie przegrody nosa	4	10	14	
Ostre zapalenie ucha środkowego (6,7%)		14	34	48	
Zapalenie gardła /nieżyt nosa/gardła		16	24	40	
Ostre zapalenie zatok przynosowych		20	18	38	
Podejrzenie wady wrodzonej (3,6%)	torbiel środkowa szyi (46,1%)	10	2	12	26
	świst krtaniowy (38,5%)	8	2	10	
	krótkie wędzidełko języka	4	0	4	
Przewlekłe zapalenie ucha środkowego		6	8	14	
Powiększenie węzłów chłonnych szyi		4	0	4	
Zapalenie ucha zewnętrznego		2	0	2	
Razem		310	404	714	

Piśmiennictwo

1. Gryczyńska D, red. *Otarynolaryngologia dziecięca*. Bielsko-Biała: alfa-medica press; 2007: 134–141, 337–341.
2. Hassmann-Poznańska E. Wysięgowe zapalenie ucha środkowego (OMS). *Pol Przegl Otolaryngol* 2012; 1(3): 215–219.
3. Gryczyńska D, Hassmann-Poznańska E, Grzegorowski M, i wsp. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla wybranych jednostek chorobowych w otarynolaryngologii dziecięcej. *Post Chir Głowy Szyi* 2006; 5, 1(9) (Supl. 1): S42–S59.
4. Niedzielska G. Postępowanie w nawracających zapaleniach migdałków u dzieci. *Otarynolaryngologia* 2003; 2(1): 8–10.
5. Discolo CM, Darrow DH, Koltai PJ. Infectious indications for tonsillectomy. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 445–458.
6. Cotton RT, Myer CM, eds. *Practical pediatric otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher; 1999: 15–40.
7. Chmielik M, Zając B. Operacje migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego u dzieci – metody operacyjne i wskazania do zabiegów. *Mag ORL* 2003; Supl. IV: 9–16.
8. Topczewska-Cabanek A, Gomułka B, Nitsch-Osuch A, i wsp. Analiza przyczyn hospitalizacji dzieci w oddziale otolaryngologicznym wybranego szpitala w Warszawie. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 188–191.
9. Hryniewicz W, Ozorowski T, Radzikowski A, i wsp. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2010*. Źródło: <http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/RekomendacjeA42009.pdf>: 37–42.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Pucher

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM

ul. Szpitalna 27/33

60-572 Poznań

Tel.: 61 849-13-63

E-mail: bpucher@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 10.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 12.04.2014 r.