

**UDRUŽENJE OTORINOLARINGOLOGA REPUBLIKE SRPSKE
BANJA LUKA**

**XXII SIMPOZIJUM OTORINOLARINGOLOGA
REPUBLIKE SRPSKE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

ZBORNIK RADOVA

**MAJ 2016. GODINE
BIJELJINA**

**XXII SIMPOZIJUM OTORINOLARINGOLOGA
REPUBLIKE SRPSKE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

ZBORNİK RADOVA

IZDAVAČ

Udruženje otorinolaringologa Republike Srpske
Banja Luka

TIRAŽ

100 CD-ova sa elektronskim oblikom Zbornika

ŠTAMPA

D.O.O. „Mojić“ Bijeljina





UDRUŽENJE
OTORINOLARINGOLOGA
REPUBLIKE SRPSKE



**XXII SIMPOZIJUM OTORINOLARINGOLOGA REPUBLIKE SRPSKE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM „TONZILARNI PROBLEM”
20.-21.maj 2016. godine - Andrićgrad, Višegrad**

Organizator: Udruženje otorinolaringologa Republike Srpske

Predsjednik: Prim.dr Zoran Trifković

Sekretar: Mr sc. med. Aleksandra Aleksić

Organizacioni odbor:

- Prim.dr Zoran Trifković
- dr Siniša Šolaja
- dr Mladen Kalajdžić
- dr Miroslav Obrenović

Naučni odbor:

- Akademik prof. dr Vojko Đukić
- Doc. dr Dmitar Travar
- Prof. dr Slobodan Spremo
- Prof. dr Sanja Špirić
- Doc. dr Predrag Špirić

Mjesto održavanja: Andrićgrad, Višegrad

Datum održavanja: 20.-21.maj 2016.godine



SADRŽAJ

Tonziloadenoidni problem i respiratorne alergije

*Aleksandra Aleksić, DMITAR Travar, Mirjana Gnjatić, Željko Markić, Nataša Guzina-Golac, Dejan Bokonjić*¹..... 6

Astma i inflamacija gornjih disajnih puteva

*Dejan Bokonjić*¹, *Aleksandra Aleksić*², *Siniša Šolaja*³ 7

Povezanost otoloških i opštih oboljenja

Dragoslava Đerić..... 8

Uticaj tonzilektomije na kvalitet glasa

*Sanja Đoković*¹, *Siniša Šolaja*², *Nataša Berezovski*², *Ivana Grabovčić*², *Bojana Vuković*³, *Mladen Kalajdžić*², *Ljiljana Krsmanović*², *Miroslav Obrenović*² 9

Tonzilektomija ultrazvučnim nožem¹⁰

Ivan Đordjević, Aleksandar Vujović 10

Diodni laser kao pomagalo pri operaciji nepčanih krajnika

A. Gežo, A. Šahinović, S. Zeković, An. Gežo..... 11

Akustička analiza glasa kod vokalnih polipa nakon fonomikrohirurgije i vokalne terapije

Nataša Guzina – Golac, Aleksandra Aleksić, Zorica Novaković, Biljana Udovčić..... 12

Adenoidektomija - indikacija ili rutina

Katić Zoran, Katić Arnautović Tanja 13

Prednosti tonzilektomije primenom ultrazvučnog noža

Miroslav Kendrišić..... 14

Operativne tehnike i hirurški protokol tonzilektomija

Miroslav Kendrišić..... 15

Redukcija nosnih školjki: da ili ne

Vladimir Kljajić, Danijela Dragičević, Ljiljana Vlaški, Slobodan Savović..... 16

Metode rekonstrukcije usana nakon uklanjanja malignih i benignih tumora

T. Kovačević, M. Velimirović, Cvijetin Lukić, M. Đukić, Zoran Trifković, Nada Savić 17

Prevenција i tretman ranih i kasnih komplikacija radioterapije tumora glave i vrata

Goran Marošević, Dušan Mileusnić, Dražan Jaroš 18

Sindrom stiloidnog nastavka

*Đorđe Pejić*¹, *Milan Pejić*¹, *Sara Lubura*² 19



Tretman pacijenata nakon tonzilektomije*Mirko Popović, Slavica Đurović, Mirza Markišić* 20**Analiza preoperativno mikrobiološki urednih nalaza briseva nosa i ždrijela sa postoperativno zasijanim adenoidnim tkivom kod pacijenata sa uradjenom adenoidektomijom***Nada Savić¹, Zoran Trifković¹, Sanda Lazić²* 21**Velofarinksna insuficijencija i nazofarinksna stenoza posle adenotonzilektomije***Radoje Simić^{1,3}, Vladan Šubarević², Katarina Stanković²* 22**Tonziloadenoidektomija, tonzilektomija i adenoidektomija: desetogodšnje iskustvo***Željko Simić, Sava Elez, Goran Tovilović, Dragan Kopanja* 23**Tonzilitis i tonzilektomija: pogled 2000 godina u istoriju***Slobodan Spremo* 24**Indikacije i kontraindikacije za tonziloadenoidektomiju***Katarina Stanković* 25**Izbor hirurške tehnike kod tonzilektomije (Okrugli sto-panel diskusija)***Predrag Špirić* 26**Komplikacije nakon tonzilektomije***Špirić Sanja, Markić Željko, Vranješ Vladimir* 27**Etiopatogeneza, klinička slika i komplikacije upalnih procesa adenoida i tonzila***Vladan Šubarević* 28**TNF – α produkujuće ćelije kod hroničnog tonzilitisa***Todorović Mirosljub* 29**Tonzilektomija – terapijski problem***Todorović Mirosljub, Pavićević Vladimir* 30**Akustička analiza glasa kod vokalnih polipa nakon fonomikrohirurgije i Tonzilarni problem i opstruktivna sleep apnea u djece***Novak Vukoje* 31

Tonziloadenoidni problem i respiratorne alergije

*Aleksandra Aleksić, DMITAR Travar, Mirjana Gnjatić, Željko Markić, Nataša Guzina-Golac,
Dejan Bokonjić¹*

Klinika za bolesti uha, grla i nosa, Univerzitetski klinički centar Banja Luka

¹Centar za majku i dijete, Univerzitetska bolnica Foča

Waldeyerov limfni prsten predstavlja nakupine limfnog tkiva u ždrijelu i usnoj šupljini dio su MALT (mucosa-associated lymphoid tissue). S obzirom na strateški položaj koji omogućava neposrednu izloženost inhalatornim i alimentarnim antigenima, ima značajnu ulogu u prvoj liniji odbrane organizma od patogena. Uloga tonzilarnog tkiva u generisanji regionalnog imunog odgovora je dobro dokumentovana. Uloga tonzila u sistemskom humoralnom i celularnom imunom odgovoru ostaje i dalje predmet istraživanja. Rezultati studija koje su istraživale ovaj fenomen su različiti, ali ukazuju na promjene u vrijednostima imunoglobulina ne samo u sklopu recidivirajućih upala tonzila nego i nakon tonziloadenoidektomije. Paralelno sa rastom prevalencije alergijskih oboljenja u svijetu rastao je i interes za mogući uticaj patoloških stanja Waldeyerovog limfnog prstena kao i tonziloadenoidektomije na samu pojavu ili promjene u kliničkoj ekspresiji respiratornih alergija. Savremene studije ispituju i moguću ulogu alergijske inflamacije u nastanku patoloških stanja Waldeyerovog limfnog prstena. U literaturi još uvijek nema dovoljno dokaza koji potkrepljuju negativan uticaj tonziloadenoidektomije na pojavu ili pogoršanje astme, ali dileme postoje i uzrok su suprotstavljenih mišljenja pedijatar, otorinolaringologa, imunologa. Indikaciju za tonziloadenoidektomiju određuje otorinolaringolog na osnovu heteroanamnestičkih podataka, kliničkog pregleda, vlastitog znanja i iskustva. Odluku o tonziloadenoidektomiji kod djece sa respiratornim alergijama bi trebala donijeti u saradnji sa pedijatrom.



Astma i inflamacija gornjih disajnih puteva

Dejan Bokonjić¹, Aleksandra Aleksić², Siniša Šolaja³

¹Centar za majku i dijete, Univerzitetska bolnica Foča

²Klinika za bolesti uha, grla i nosa, Univerzitetski klinički centar Banja Luka

³ORL klinika, Univerzitetska bolnica Foča

Astma je hronična inflamatorna bolest pluća koja se manifestuje ponavljanim reverzibilnim opstrukcijama donjih disajnih puteva. Na težinu astme kod djece osim atopije utiče i prisustvo alergijskog rinitisa odnosno hronične upale krajnika i adeonida. Važnu ulogu u patogenezi astme igraju ćelije urođenog imuniteta. Otkriće receptora koji prepoznaju molekulske obrazce (PAMP) je promjenilo ulogu urođenog imuniteta. Ovi receptori su otkriveni na epitelnim ćelijama disajnih puteva, tkivu adenoida i tonzila, epitelu nosa i dr. Među PAMP receptorima najznačajniji su Toll slični receptori (TLR). Nakon fagocitoze patogenih mikroorganizama odnosno njihove degradacije, dolazi do prezentacije peptidnih antigena TLR receptorima koji prepoznaju ove ligande i preko signalnih puteva aktiviraju transkripcione faktore u jedru ćelije. Aktivacijom ovih molekula na ćelijama urođenog imuniteta dolazi do aktivacije naivnih T ćelije koje se diferentuju u pravcu Th1 ili Th2 odgovora.

Uloga adenoida i tonzila u imunom odgovoru još nije potpuno poznata. Rezultati različitih studija koji su proučavali odnos astme i adenoidektomije su kontraverzni. Ponovljene infekcije krajnika mogu uticati i na smanjenje broja opstrukcija kod djece sa astmom što ukazuje da je potrebno striktno poštovati indikacije za njihovo eventualno odstranjivanje.

Efikasnom modulacijom imunog odgovora ka Th1 odgovoru stimulacijom TLR, a posebno TLR 9 bi se moglo uticati na polarizaciju imunog odgovora u pravcu Th1 i suzbijanju Th2 odgovora i na taj način uticati na liječenje astme i alergijskog rinitisa ali i na neoperativno liječenje hronične inflamacije tonzila i adeonoida.



Povezanost otoloških i opštih oboljenja

Dragoslava Đerić

Akademija Medicinskih nauka Srpskog lekarskog društva
 Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
 Klinika za otorinolaringologiju i maksilofacialnu hirurgiju, KCS, Beograd

Ubrzan razvoj i akumulacija znanja u oblasti molekularne biologije imali su veliki uticajna medicinsku praksu. Razvijene su efikasne i senzitivne tehnike neophodne za analizu genetskih alteracija na polju etiologije oboljenja. To je doprinelo razvoju i definisanju genetske osnove mnogih oboljenja. Otoloski simptomi, naglupost, zujanje i vrtoglavica su najcesce znaci oboljenja uva. Medjutim, ovi simptomi mogu da ukazuju i na druge vrste poremećaja u organizmu. Sirok je spektar poremećaja/oboljenja koja su uzrocno-posledicno povezana sa ispoljavanjem otoloske simptomatologije. Kongenitalne malformacije uva sa ostecenjem sluha, su katkad udružene sa anomalijama kardiovaskularnog sistema. Virusne infekcije respiracijskog sistema u incijalnoj fazi razvoja pracene su otoloskim simptomima. Brojne metabolske poremećaje (diabetes melitus, hiperlipidemija, ateroskleroza) karakterise poremećaj slusne i vestibularne funkcije. Otoloski znaci mogu da ukazu na poremećaj kardiovaskularnog, hematoloskog, nefrološkog, reumatoloskog oboljenja. Oskudna klinicka slika opsteg oboljenja a neprimetna otoloska simptomatologija uticu na odlaganje dijagnoze i lecenja. Poznavanje otoloskih manifestacija opstih oboljenja je bitno u ranoj dijagnostici , efikasnoj i adekvatnoj terapiji. Tako pojava otogene paralize facijalnog zivca nije uvek posledica oboljenja uva/temporalne kosti. Periferna paraliza facialisa karakterise multifaktorijalna priroda nastanka (kongenitalni, povrede, vaskularni, infekcija (Ramsay-Huntov sindrom, Lajmska bolest), metabolički poremećaji (diabetes mellitus, porphyria), tumori , intoksikacije, autoimunskim bolestima (Guillain-Barréov sidnrom, sarkoidoza, multipla skleroza). Gubitak sluha (jednostran, postepen), cesto je neprimetan, a primarni uzrok se katkad kasno otkriva. Etiologija je raznolika i obuhvata bolesti uva, susednih regija (epifarinks, paranazalni sinusi), kao i sistemske poremećaje (reumatoidni artirtis, lupus eritematodes , granulomatozna oboljenja). Dijagnostici pristup je multidisciplinaran i odvija se timski, sledeci definisane preporuke. Otoloske karakteristike oboljenja treba pratiti i uvrstiti u algoritme precizirane za odredjene poremećaje. Ovi parametri su bitni pri definisanju dijagnoze a narocito za izbor adekvatne terapije. Na ovaj nacin se utice i na prevenciju komplikacija, koje mogu da ugroze i zivot bolesnika (mozdani udar, srcani infarct, koma), Otoloske manifestacije u strukturi drugih simptoma opstih oboljenja su vazan segment posmatranja, dijagnostike, preciziranja uzrocno-posledicne povezanosti, izbora adekvatnog lecenja oboljenja i sprecavanja pojave komplikacija. Savremena smernice zasnovane na dokazima kao i mogucnosti novih tehnoloskih dostignuca na polju dijagnostike (genetska, imunoloska, radioloska i druga), treba sveobuhvatno koristiti.



Uticao tonzilektomije na kvalitet glasa

Sanja Đoković¹, Siniša Šolaja², Nataša Berezovski², Ivana Grabovčić², Bojana Vuković³, Mladen Kalajđić², Ljiljana Krsmanović², Miroslav Obrenović²

¹Univerzitet u Beogradu, Fakultet za Specijalnu edukaciju i rehabilitaciju,

²Univerzitetska bolnica Foča,

³Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet

Oboljenje tonzila su veoma često stanje koje se sreće u pedijatrijskoj populaciji ali i kod odraslih pacijenata. Jedna od posledica koja se može evidentirati kod ovakvih stanja je disfonija različitog stepena. Različite bolesti tonzila mogu menjati morfologiju rezonatorskih šupljina jer predstavljaju mehaničku i strukturalnu prepreku unutar oralnog prostora. Fonaciona struja nailazeći na te prepreke biva pogrešno usmeravana ili oscilirana što stvara turbulencije u tonu osnovnog glasa. Nazalnost, promuklost, loša impostacija osnovnog glasa, prekidnost u glasu su samo neka od odstupanja u kvalitetu glasa ovih pacijenata. Cilj ovog rada je bio da se ispituju efekti tonzilektomije na kvalitet osnovnog glasa. U uzorku je bilo 37 pacijenata oba pola i to 17 ženskog i 20 muškog starosti od 3 do 34 godine. Metod je podrazumevao snimanje pacijenata pre i mesec dana posle tonzilektomije digitalnim snimačem zvuka. Svi audio zapisi su konvertovani u Praat program u kome su spektrografski analizirani. Varijable koje su praćene u osnovnom glasu su: visina osnovnog glasa, standardna devijacija osnovnog glasa, stepen prekidnosti osnovnog glasa, Jitter, Shimmer i odnos signal-šum. U statističkoj analizi pored standardnih deskriptivnih analiza korišćen je još t-test i ANCOVA. Rezultati pokazuju da postoje efekti tonzilektomije na kvalitet osnovnog glasa u svim posmatranim varijablama sem u visini osnovnog glasa i kod muškaraca i kod žena.

Ključne reči: tonzilektomija, osnovni glas, akustička analiza.



Tonzilektomija ultrazvučnim nožem

Ivan Đordjević, Aleksandar Vujović

ORL Bolnica KBC „Dr Dragiša Mišović - Dedinje“, Beograd

Uvod: Ultrazvučni nož je široko prihvaćen metod za tonzilektomiju u svetu. U bolnici za ORL KBC Dr Dragiša Mišović-Dedinje ultrazvučni nož se koristi od oktobra 2010.god. Do sada je operisano preko 2000 pacijenata, dece i odraslih. Električna energija se proizvodi u generatoru i prenosi se preko kabla u nastavak (hand piece).Piezoelektrični diskovi,koji su u nastavku, konvertuju električnu energiju u mehaničku energiju .Mehanička kretanja se prenose na osovinu gde se pojačava silicijumskim čvorovima. Sečivo vibrira uzdužno na 55-500 Hz, i omogućava razdvajanje tkiva sa minimalnim termalnim transfer efektom.Tkivni efekat: Niskofrekventna ultrazvučna energija, uzrokuje da se aminokiseline u proteinima otpuste i preoblikuju.Takve amino kiseline se transformišu u nove protine stvarajući lepljivu masu koja zatvara krvne sudove.Upotreba u ORL: tonzilektomija, parotidektomija tiroidektomija, operacije na vratu (medijalne i laterale ciste, disekcije).

Cilj rada: Video prikaz operativne tehnike, prikaz procenta postoperativnog krvarenja kao najčešće komplikacije, upoređivanje sa rezultatima iz literature

Materijal: Od oktobra 2010.god do aprila 2016.god preko 2000 operisanih pacijenana (odrasli i deca) u bolnici za ORL KBC Dr Dragiša Mišović Dedinje

Zaključak: UZ nož se pokazao kao suveren metod za tonzilektomiju

Ključne reči: tonzilektomija, ultrazvučni noz, krvarenje



Diodni laser kao pomagalo pri operaciji nepčanih krajnika

A. Gežo, A. Šahinović, S. Zeković, An. Gežo

PZU Poliklinika "Dr Gežo"

Diodni laser je instrument dovoljne snage, precioznosti, incizionih i koagulacionih svojstava koji uspješno ispunjavaju sve zahtjeve moderne hirurgije. U ispitivanom uzorku su pacijenti oba spola u dobi od 2 do 65 godina. Operativno su odstranjeni nepčani krajnici, te postoperativno liječeno 1758 pacijenata sa diodnim laserom. Od tog broja kod 1197 pacijenata načinjena je adenotonzilektomija, a kod 561 pacijenta tonzilektomija. "Rano" postoperativno krvarenje smo zabilježili kod 4 (0,7 %) tonzilektomiranih, odnosno kod 6 (0,5%) adenotonzilektomiranih, „kasno“ postoperativno krvarenje kod 27 (4,8%) tonzilektomiranih, odnosno kod 31 (2,5%) adenotonzilektomiranih pacijenata. Kod dva pacijenta po adenotonzilektomiji imali smo tzv „produženo“ buđenje bez eventualnih kasnijih neuroloških sekvela. Primjena lasera kod tonzilektomije je značajan doprinos unaprjeđenju toka i ishoda operacije krajnika.

Ključne riječi: adenotonzilektomija, tonzilektomija, diodni laser



Akustička analiza glasa kod vokalnih polipa nakon fonomikrohirurgije i vokalne terapije

Nataša Guzina – Golac, Aleksandra Aleksić, Zorica Novaković, Biljana Udovčić

Klinika za bolesti uha, grla i nosa, Univerzitetski klinički centar Banja Luka

Uvod: vokalni polipi su rezultat zloupotrebe i neadekvatne upotrebe glasa kao najčešćih uzročnih faktora uz niz komorbiditeta stanja. Cilj istraživanja je bio dobiti akustičku korelaciju kvaliteta glasa nakon endolaringealne fonomikrohirurgije i vokalne terapije kod pacijenata sa vokalnim polipima.

Materijal i metode: kod 41 pacijenta je urađena fonomikrohirurška ablacija polipa (18 muških, 21 ženskih; 24-45 godina). Tretman i analiza su bili zasnovani na pre- i postoperativnoj dijagnostici vokalne funkcije i laryngovideostroboskopiji. Parametri koje smo koristili u istraživanju su: perceptualna-subjektivna akustička analiza (GRB), samoprocjena glasa putem VHI 30 (voice handicap index), maksimalno fonacijsko vrijeme (MPT), parametre perturbacije (jitter i shimmer), harmonic to noise ratio (HNR), Max i Min intenzitet, normalized noise energy (NNE), fundamentalnu frekvenciju (F0), patološke tipove glasa H (hoarse), H (harsh), B (breathy) - (Dr. Speech voice Assessment software).

Rezultati: postoperativno svi parametri iz perceptualne subjektivne akustičke analize su pokazali značajno poboljšanje, kao i MPT koji je iznosio ($t=9,372$; $p<0,01$) nakon operacije i ($t=8,416$; $p<0,01$) nakon vokalne terapije. VHI parametri: VHI P poslije operacije i vokalne terapije ($Z=-5,308$, $p<0,01$); VHI F poslije operacije i vokalne terapije ($Z=-5,514$, $p<0,01$); VHI E poslije operacije i vokalne terapije ($Z=-5,381$, $p<0,01$). Akustički parametri nakon fonomikrohirurgije u poboljšanju su: NNE, HNR, Shimmer, Jitter i SD F0 ($p<0,05$) i parameter B u tipovima glasa. Nakon vokalne terapije poboljšanje Mean F0, Max i Min intenziteta i parametra H (hoarse) i H (harsh) sa vrijednostima u okviru fizioloških.

Zaključak: kod pacijenata sa vokalnim polipima akustičke i perceptivne karakteristike glasa su generalno poboljšane nakon fonomikrohirurgije i vokalne terapije, što pokazujemo kroz svih 6 akustičkih parametara i nakon vokalne terapije kroz dodatnih 3 parametra. Izborom fonohirurške procedure značajno mijenjamo kvalitet glasa kod pacijenata sa vokalnim polipima.

Ključne riječi: akustična vokalna analiza, fonomikrohirurgija, vokalna terapija



Adenoidektomija - indikacija ili rutina

Katić Zoran, Katić Arnautović Tanja

ORL ordinacija Katić, Šabac, Srbija
OB dr Laza K. Lazarević Šabac, Srbija

Adenoidektomija je najčešća operacija u dečijem uzrastu. Indikacije za adenoidektomiju su predmet višedecenijskog sporenja pedijataru, otorinolaringologu i roditelja, a uloga otorinolaringologa je i arbitrarna, što ga može dovesti u konfrontaciju sa drugim lekarima i roditeljima. Za postavljanje dijagnoze često je dovoljna anamneza i klinički pregled (prednja i zadnja rinoskopija), a potpuni uvid daje endoskopija (fiber, a može i rigidna).

Sama operativna tehnika je jednostavna, što može da oslabi oprez (imati na umu anatomiju epifarinksa). Praktično je nemoguće u potpunosti ukloniti sve adenoidne vegetacije iz epifarinksa zbog samog reljefa epifarinksa pa je moguća regeneracija o čemu treba informisati roditelje.

Adenoidne vegetacije treba operisati kada svojom veličinom i /ili položajem ometaju disanje na nos, otežavaju govor i ishranu, prouzrokuju sleep apneu ili dovode do slabljenja sluha (OMS) i ponavljanih upala srednjeg uva. U rešavanju tonzilarnog problema do treće godine starosti uraditi samo adenoidektomiju, a kod starijih tonzilo-adenoidnektomiju. Kod OMS uraditi implantaciju aeracionih cevčica i adenoidektomiju (samo adenoidektomija nije zamena za aeracione cevčice). Kod rinosinuzitisa adenoidektomija bez medikamentozne terapije nije dovoljna. Komplikacije adenoidektomije su retke (najčešće krvavljenje, perzistirajuća nosna opstrukcija, febrilnost i infekcija), a mogu se izbeći pravilnom preoperativnom pripremom, obaveznim radom u opštoj anesteziji i neophodnom operativnom veštinom.

Utvrđivanje indikacija za adenoidektomiju zahteva individualnu procenu tegoba, lokalnog statusa, opšteg stanja i uzrasta.

Ključne reči: adenoidne vegetacije, adenoidektomija, nosna opstrukcija



Prednosti tonzilektomije primenom ultrazvučnog noža

Miroslav Kendrišić

ORL služba, Opšta bolnica Sremska Mitrovica

Tonzilektomija je jedna od najčešćih operacija u otorinolaringologiji. U literaturi su opisane različite tehnike tonzilektomije sa ili bez adenoidektomije. Poslednjih godina, uvođenjem ultrazvučnog noža, tehnika je značajno unapređena. Ultrazvučni nož omogućava precizno sečenje, najmanji bočni efekat, a radna temperatura je 60-80°C. Radi na mehaničkom principu testere sa frekvencijom 55500 Hz/s. Ova frekvencija omogućava dobru koagulaciju tkiva.

Prosečno intraoperativno krvarenje kod pacijenta operisanog klasičnom tehnikom je oko 120 ml, a kod ultrazvučne tehnike 10-30 ml. Prosečna starost pacijenata je 3-7 godina, te je ova razlika je značajna. Trajanje operacije je kraće. Broj postoperativnih komplikacija, kao što je primarno ili rano krvarenje (24 časa postoperativno) i kasno ili sekundarno krvarenje (od 5-10 dana nakon operacije), je takođe smanjen. Postoperativni tok se razlikuje kod pacijenata operisanih primenom ultrazvučnog noža u odnosu na klasičnu operativnu tehniku. Obzirom da je primenom ultrazvučnog noža destrukcija tkiva minimalna, postoperativni bol je manji. Prema vizuelnoj analognoj skali (VAS), numerička vrednost bola klasično operisanih je 5, a operisanih ultrazvukom 4, prvog i drugog postoperativnog dana. Povratak pacijenata na regularnu dijetu je prvog postoperativnog dana. Na taj način je omogućeno da se ova operativna tehnika bezbedno primenjuje u okviru dnevne hirurgije. Skraćuje se hospitalizacija i smanjuju bolnički troškovi.



Operativne tehnike i hirurški protokol tonzilektomija

Miroslav Kendrišić

ORL služba, Opšta bolnica Sremska Mitrovica

Tonzilektomija sa ili bez adenoidektomije je najčešće izvođen operativni zahvat kako u otorinolaringologiji tako i hirurgiji uopšte. Prvu tehniku opisao je Cornelius Celsus 50. godine nove ere kada je odstranio upaljene nepčane tonzile prstom. Kompletnu disekciju tonzile prvi put u istoriji medicine uradio je George Waugh u Engleskoj 1909 godine upotrebom hirurškog noža. Od tada počinje primena tehnike „cold steel“ (tehnika hladnog noža). Ova tehnika podrazumeva kompletno uklanjanje tonzila pažljivom disekcijom i do današnjih dana je to najčešće prihvaćena metoda. Nagli razvoj tehnologije i bolji dizajn instrumenata doveli su do razvoja svih ovih novih metoda tonzilektomije, ali osnovni princip i protokol operacije se nije bitnije promenio skoro 2000 godina. U svetu danas postoje brojne hirurške tehnike tonzilektomije i sve su podjednako sigurne i efikasne. Otorinolaringolog pri izboru metode mora uzeti u obzir vrste i učestalost mogućih komplikacija. Opredeljujući faktori su: količina intraoperativnog krvarenja, učestalost i stepen ranog i odloženog postoperativnog krvarenja, jačinu i dužinu trajanja postoperativnog bola, brzinu oporavka, dužinu trajanja operacije, učestalost pojave resta tonzilarnog tkiva i cena operacije.



Redukcija nosnih školjki: da ili ne

Vladimir Kljajić, Danijela Dragičević, Ljiljana Vlaški, Slobodan Savović

Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu
Klinika za bolesti uva, grla i nosa. KC Vojvodine

Jedan od čestih razloga za nazalnu opstrukciju je hipertrofija donje nosne školjke. Pored devirane nosne pregrade hipertrofija donje nosne školjke je najčešći razlog za nazalnu opstrukciju. Nastaje kao posledica hipertrofije sluznice ili koštane hipertrofije donje nosne školjke. Hipertrofija srednje nosne školjke je najčešće posledica njene pneumatizacije. Ovako hipertrofične nosne školjke predstavljaju ozbiljan otpor protoku vazduha kroz nos. Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničkog pregleda i akustičke rinometrije. Akustička rinometrija bez i sa anemizacijom je najbolji pokazatelj stepena hipertrofije sluznice donje nosne školjke. Nakon izvršene anemizacije tačno je moguće utvrditi stepen zadebljale sluznice. Kod načinjene rinoplastike ili septoplastike, ukoliko je prisutna hipertrofija donje nosne školjke, rezultat će biti nezadovoljavajući. Pacijent će se žaliti na otežano disanje na nos ili će sama nosna školjka potisnuti nosnu pregradu i dovesti do prisustva devijacije nosne pregrade ili čak skolioze cele nosne piramide.

Redukcija donje nosne školjke mora biti maksimalno restriktivna. Moguće je načiniti submukoznu resekciju koštane mase, a potom i redukciju mukoze. Ukoliko se problem uoči dovoljno rano moguće je smanjenje volumena donje nosne školjke i pomoću ordiniranja intranazalnih kortikosteroida. Pojedini autori pribegavaju termičkoj redukciji, bilo da se radi o kauterizaciji, krioterapiji ili smanjenju volumena radiofrekventnim kauterom. Ove metode su neprihvatljive jer dovode do uništavanja kavernoznih tela nosnih školjki, te sledstveno tome nemogućnosti regulacije protoka vazduha kroz nos.

Ukoliko se pretera u smanjenju mase donje nosne školjke, ili pak gubitku funkcije kavernoznog tela rezultat je vrlo nepovoljan po pacijenta. Stalno je prisutan osećaj otežanog disanja na nos i pored dobrog protoka vazduha kroz nos uz mali otpor tom protoku što se lako verifikuje pomoću rinomanometrije. U krugovima otorinolaringologa ovo stanje je poznato kao sindrom praznog nosa.



Metode rekonstrukcije usana nakon uklanjanja malignih i benignih tumora

T.Kovačević, M.Velimirović, Cvijetin Lukić, M.Đukić, Zoran Trifković, Nada Savić

JZU Bolnica „Sveti Vračevi“ Bijeljina, Odsjek za ORL i MFH; Odjeljenje za ORL

Uvod: Uloga usana je višestruka. To je prednji sfinkter usne duplje, tj. sprečava preljevanje hrane i pljuvačke u toku jela. Učestuju u fonaciji i važan je element u ekspresiji lica. Prilikom operativnih zahvata na usnama moramo razmišljati i o anatomskom i o funkcionalnom aspektu, a kraju i o zadovoljavajućem estetskom efektu. Donja usna nema nekih značajnih anatomskih detalja, te je lakša za rekonstruisanje od gornje na kojoj se nalazi više posebnosti (filtrum, Kupidov luk, nazolabijalne brazde). Tumori usana najčešće se javljaju na vermilionu, ali primarno mogu nastati i na koži i sluznici.

Cilj rada: Prikazati mogućnosti rekonstrukcije gornje i donje usne nakon operativnih zahvata malignih i benignih tumora usana. Operacije rađene u periodu 1.3.2006-1.3.2016.

Pacijenti i metode: U navedenom desetogodišnjem periodu je urađeno 88 operacija. Od toga je 60 operacija donje usne u čijoj patologiji prednjači planocelularni karcinom, te 28 operacija na gornjoj usni u kome je vodeći bazocelularni karcinom.

Rezultati: DONJA USNA: kod 28 pacijenata primijenjena klinasta “V” ekscizija, kod 15 vermilionektomija, “W” excizija u 2 slučaja, rekonstrukcija Karapandžićevim režnjem primijenjena u 11 slučajeva, te rekonstrukcija po Nakajimi u 2 slučaja, a Z plastika i transpozicioni režanj u po jednom slučaju. GORNJA USNA: Najčešće primijenjena metoda operacije je klinasta V ekscizija u 14 slučajeva, transpozicioni režanj u 9 slučajeva, rotacioni i klizajući režanj u po dva slučaja, te vermilionektomija kod jednog pacijenta.

Zaključak: Tumori donje i gornje usne su relativno česta patologija u MF hirurgiji. Metode za rekonstrukciju su brojne i zavise od veličine i lokacije tumora, ali afiniteta operatera prema određenim metodama.



Prevenција i tretman ranih i kasnih komplikacija radioterapije tumora glave i vrata

Goran Marošević, Dušan Mileusnić, Dražan Jaroš

Affidea, Centar za radioterapiju Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Radioterapija kao sama ili u kombinaciji sa hirurgijom i hemoterapijom značajno utiče na lokalnu kontrolu tumora regije glave i vrata. Kao što iradijacija oštećuje ćelije raka, tako oštećuje i normalne ćelije dovodeći do brojnih komplikacija tokom i nakon tretmana. Komplikacije posljedično utičnu na opšte stanje pacijenta i kvalitet života.

Radioterapija je zato često kompromis između kontrole tumora i oštećenja normalnog tkiva. Komplikacije nastale radioterapijom se obzirom na vrijeme nastanka dijele na: akutne ili rane i kasne komplikacije. Rane komplikacije nastaju u toku i neposredno nakon tretmana tumora glave i vrata i očituju se reakcijom kože, mukoze, pljuvačnih žlijezda i gustatornih receptora. Kasne komplikacije nastaju nakon 6 mjeseci od radioterapije i očituju se reakcijom kože, pljuvačnih žlijezda, zuba i kostiju. Stepem, progresija i ireverzibilnost komplikacija je direktno korelira sa ukupnom dozom koju prima zdravi organ, dozom po frakciji, volumenom zdravog organa koji prima dozu zračenja, tehnikom zračenja, opštim stanjem i dobi pacijenta te konkomitantnom tretmanu sa citostaticima i drugim antitumorskim lijekovima.

Modernom radioterapijskom tehnologijom moguće je dosta preciznije aplicirati dozu na ciljni volumen i maksimalno poštediti okolne zdrave organe i tkiva kako bi minimizirali stepen komplikacija. Vrlo je važno da u prevenciji i liječenju komplikacija radioterapije regije glave i vrata bude uključen multidisciplinarni tim koji uključuje radijacijskog onkologa, otorinolaringologa, maksiofacijalnog hirurga, onkološku sestru, iskusnog stomatologa, nutricionistu, socijalnog radnika i druge zdravstvene profesionalce koji mogu pomoći u liječenju ovih pacijenata. U ovoj prezentaciji će biti govoreno o svim detaljima prevencije i liječenja komplikacija radioterapije tumora glave i vrata.



Sindrom stiloidnog nastavka

Dorđe Pejić¹, Milan Pejić¹, Sara Lubura²

¹ Odjeljenje za ORL i CFH, Bolnica Istočno Sarajevo

² Služba za Radiologiju, Bolnica Istočno Sarajevo

Stiloidni sindrom je kliničko stanje složene etiologije gdje je dominantan simptom bol sa jedne strane vrata. To je stanje kada produženi stiloidni nastavak ili kalcifikovani stilohioidni ligament uzrokuje povremenu bol u vratu, osjećaj stranog tijela ili neki drugi oblik retromandibularno-cervikalne boli. Američki otorinolaringolog Watt Weems Eagle je prvi opisao stiloidni sindrom 1937 godine. U odraslih stiloidni nastavak je dugačak oko 2,5 cm s vrhom koji se nalazi između vanjske i unutrašnje karotidne arterije bočno od lateralnog zida ždrijela i tonzilarne lože. Stilohioidni kompleks čine stiloidni nastavak, stilohioidni ligament i mali rog hioidne kosti sa obje strane vrata. Okoštavanjem stilohioidnog ili stilomandibularnog ligamenta produžuje se stiloidni nastavak i može doći do pojave tegoba.

U kliničkoj slici dominira bol najčešće sa jedne strane vrata koji se obično širi ka uvu sa iste strane, bol može da se javi i pri pokretima glave, prilikom pokreta jezika, osjećaj neprijatnosti u grlu i osjećaj stranog tijela, tinitus i glavobolje sa povremenim vrtoglavicama.

Do dijagnoze se dolazi detaljnom anamnezom, detaljnim kliničkim pregledom, RTG i CT dijagnostikom. Liječenje podrazumjeva konzervativno i hirurško liječenje.

Cilj autora jeste da prikažu pacijenta srednje životne dobi muškog pola sa simptomima stiloidnog sindroma koji je dijagnostikovao i liječen konzervativno i hirurški.



Tretman pacijenata nakon tonzilektomije

Mirko Popović, Slavica Đurović, Mirza Markišić

Klinika za ORL i MFH, KCCG Podgorica, Crna Gora

Uvod: Neizbježne posledice tonzilektomije su bolovi u ždrijelu i ušima, bolno gutanje, mučnina, povraćanje, krvarenje, febrilnost i drugo. U njihovom tretmanu se javljaju određene nedoumice i dileme.

Cilj: Da se upoređivanjem sopstvenih i rezultata iz literature otklone određene dileme i približe stavovi u tretmanu. Da se provjeri svrsishodnost upotrebe antibiotika u tretmanu tonzilektomiranih bolesnika.

Materijal i metode: Rad predstavlja retrospektivnu studiju istorija bolesti adultnih pacijenata operisanih u Klinici za ORL i MFH KCCG u Podgorici u periodu od 3 godine. Svi pacijenti su operisani tehnikom hladne disekcije u opštoj anesteziji. Hospitalni tretman trajao je od 1 do 3 dana. Primjenjivana je simptomatska terapija bez upotrebe antibiotika, osim u slučaju komplikacija.

Rezultati: Od 179 operisanih pacijenata, starosti od 16 do 71 godine, muških je bilo 76 (41,48 %), a ženskih 103 (58,52 %). Ranih postoperativnih krvarenja bilo je ukupno 6 (3,35%), kasnih 2 (1,12%), a febrilnih pacijenata 5 (2,79%). Rana krvarenja zaustavljena su elektrokauterizacijom i suturama, a kasna spontano. Bolovi različitog intenziteta trajali su do 8. postoperativnog dana. Febrilnost je tretirana rehidratacijom, antipireticima i antibioticima širokog spektra. Jedanaest pacijenata (6,15%) imalo je mučninu i povraćanje.

Diskusija: Najčešće dileme odnose se na upotrebu antibiotika, kupanje, pranje zuba, konzumiranje sladoleda, pušenje, dužinu radne nesposobnosti. Rijetka pojava komplikacija opravdava minimalistički pristup u terapiji, bez rutinske primjene antibiotika. Podaci iz literature potvrđuju ispravnost ovog stava. Precizna uputstva o higijensko-dijetetskom režimu značajno olakšavaju oporavak i poboljšavaju komfor pacijenta.

Zaključak: Za tretman tonzilektomiranih pacijenata u nekomplikovanim slučajevima dovoljna je simptomatska terapija. Rutinsko davanje antibiotika nije opravdano.



Analiza preoperativno mikrobiološki urednih nalaza briseva nosa i ždrijela sa postoperativno zasijanim adenoidnim tkivom kod pacijenata sa uradjenom adenoidektomijom

Nada Savić¹, Zoran Trifković¹, Sanda Lazić²

¹JZU bolnica "Sv. Vračevi" Bijeljina, Republika Srpska, Odjeljenje za ORL

²JZU bolnica "Sv. Vračevi" Bijeljina, Republika Srpska, Služba za mikrobiologiju

U JZU bolnici „Sv. Vračevi“ Bijeljina u periodu od avgusta 2008. do juna 2009. učinjeno je 45 operacija adenoida. Kod svih pacijenata preoperativno traženi su slijedeći nalazi: ORL pregled (uvećan adenoid koji ispunjava epifarinks, bez vidljivih znakova infekcije), KKS, vrijeme krvarenja i koagulacije, glikemija, urea, kreatinin, bilirubin, mikrobiološki nalaz brisa nosa i ždrijela, nalaz pedijatra, nalaz anesteziologa za operaciju u opštoj anesteziji. Mikrobiološki nalazi briseva nosa i ždrijela su preoperativno ukazivali da je izolovana fiziološka flora. Poštujući uslove asepsa i antiseptiku, adenoidno tkivo je poslije operacije isječeno i zasijano na hranjivu podlogu /krvni agar/. Poslije tri dana su očitavani nalazi. Kod 42% pacijenata je izolovana patološka flora - Streptococcus pneumoniae, Klebsiella, Enterobacter, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, dok je kod 58% pacijenata izolovana fiziološka flora nazofarinksa. Upoređujući dobijene nalaze sa podacima iz literature može se zaključiti da preoperativni nalazi briseva nosa i ždrijela ne daju dovoljno podataka o flori adenoida. Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae su i fakultativno anaerobne bakterije te zbog svojih osobina nisu se ni mogle izolovati sa površine adenoida nego tek po seciranju adenoida i zasijavanjem na hranjivu podlogu dokazana je patološka flora.

Rad ima značaj da ukaže da je preoperativni nalaz briseva nosa i ždrijela orijentaciona dijagnostička metoda i da sa sigurnošću ne ukazuje na stvarnu floru u nazofarinksu, a kao takva nema bitnog značaja u preoperativnoj obradi pacijenata za planiranu operaciju adenoida. Takođe fiziološka flora nosa i orofarinksa iz kojeg se uzima kultura je različita u odnosu na floru iz nazofarinksa. Nazofarinks je nedostupan za rutinsko uzimanje brisa pa bris uzet iz prednjih partija nosa i orofarinksa ne mora da odgovara flori nazofarinksa.

Ključne riječi: bris nosa, bris ždrele, flora nazofarinksa, adenoidektomija



Velofarinksna insuficijencija i nazofarinksna stenoza posle adenotonzilektomije

Radoje Simić^{1,3}, Vladan Šubarević², Katarina Stanković²

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić” Novi Beograd

¹ Služba za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju i opekotine

² Služba za dečju otorinolaringologiju

³ Medicinski fakultet u Beogradu

Perzistentna velofarinksna insuficijencija (skraćenica na engleskom-VPI) i stenoza nazofarinksa (NPS) su retke kasne i dugoročne komplikacije posle adenotonzilektomije (ATC). Incidencija VPI je 1 : 1 250 posle ATC i 1 : 1 500 - 1 : 10 000 posle adenoidektomije (AC). Prikazuju se pacijenti dečjeg uzrasta kojima su rekonstruktivnom hirurgijom rešene komplikacije.

U periodu od 15 godina operisali smo četiri pacijenta sa VPI (troje predškolskog uzrasta, posle urađene AC, i devojka od 16 godina posle ATC). Dvoje mlađe dece imali su submukozni rascep nepca. Tehnikom dvostruke opozicione Z plastike rešen je rascep nepca, rekonstruisani mišići i produženo nepce. Posle neuspešnog intezivnog logopedskog vežbanja od 6 meseci kod preostalo dvoje dece urađena je sfinkter velofaringoplastika (zadnji tonzilarni nabor rotiran je na zadnji zid ždrelo čime se smanjio VP otvor i poboljšala pokreljivost zidova). Kod devojke uzrasta 18 godina posle operacije palatinalnih krajnika javilo se otežano disanje na nos, zamaranje pri naporu i pojačana sekrecija iz nosa. Četiri meseca kasnije urađena je ekscizija ožiljka i kauterizacija argon plazmom. Rekonstrukcija rotacionim muskulo-mukoznim režnjevima farinksa urađena je tri meseca od poslednje operacije. U dva navrata u nezreo ožiljak ubrizgan je triamcinolon-acetonid. Svi pacijenti su bez recidiva.

Pre planirane ATC pregledom i anamnezom na hipernazalni govor treba isključiti moguće uzroke VPI (submukozni rascep, kratko nepce, duboko ždrelo). Finom hirurškom tehnikom, pažljivom primenom kauterizacije (EKT, KTP laser) i sprečavanjem infekcije prevenira se NPS. Konzervativno lečenje (logopedске vežbe kod VPI, a dilatacija, stent, kortikosteroid i mitomycin C lokalno kod NPS) treba primeniti najmanje 6 meseci posle ATC.



Tonziloadenoidektomija, tonzilektomija i adenoidektomija: desetogodišnje iskustvo

Željko Simić, Sava Elez, Goran Tovilović, Dragan Kopanja

ORL odjeljenje, Opšte bolnice „Sveti apostol Luka“ Doboj

Operacija tonzila (tonzilektomija, adenoidektomija ili tonziloadenoidektomija) je najizvođeniji operativni zahvat u otorinolaringologiji. Po svojoj složenosti spada među lakše zahvate ali zbog mogućih komplikacija treba mu pristupiti sa posebnom pažnjom. Još u Rimu (I v.) Cornelius Celsus opisao je brutalno odstranjenje inflamiranih tonzila prstom. 625 g.n.e. Paul od Aegine opisao je tonzilektomiju. 1885. godine G.Hopman, Meier 1858. u Njemačkoj je izvedena prva tonzilektomija.

1971. godine kada je osnovano naše odjeljenje urađena je i prva tonzilektomija. Kroz rješavanje tonzilarnog problema operacije su izvođene u lokalnoj i opštoj Rausch anesteziji do 2002. godine. Ovim radom želimo da prikazemo naše desetogodišnje iskustvo od 2002-2011. godine i damo skromni doprinos našoj struci. Retrospektivno, koristeći operativne protokole od 2002-2011. godine urađen je 2071 operativni zahvat. Statistički smo obradili pol, dob te vrstu anestezije i operativnog zahvata.

Od 2071 operisanih, 972 (46,9 %) je osoba muškog pola i 1099 (53,1%) ženskog pola. 668 (33,225) je dobi 3-6 godina , 843 (40,7%) 7-15 god., 153 (7,38%) 16-19 god., 2015 (10,38%) 20 -30 g i preko 31 godinu 172 (8,3%) .

Sve do 2002 s obzirom na uzrast dominirala je opšta etar (Rausch) anestezija za djecu i lokalna anestezija za odrasle. Od 2002 najčešća vrsta anestezije je opšta OET i to 1946 (93,96%). Lokalna anestezija 115 (5,55%) dok je Rausch i kod nas otišao u istoriju 10 (0,48%). Najčešće je rađena tonziloadenoidektomija 1203 (58,08%), zatim tonzilektomija 533 (25,73%) dok je adenoidektomija zastupljena sa 335 (16,17%). Od tehnika najčešće smo koristili makaze dok duže vremena koristimo bipolarnu termokoagulaciju i od nedavno radiofrekventnu ablaciju. Najčešća dobna skupina bili su pacijenti uzrasnog doba 7-15 godina operisani u opštoj OET anesteziji a najčešća operacija je tonziloadenoidektomija.



Tonzilitis i tonzilektomija: pogled 2000 godina u istoriju

Slobodan Spremo

Klinika za bolesti uha grla i nosa, Univerzitetski Klinički centar Banja Luka

Prvi zapisi o anatomiji tonzila i ždrijela, i njihovom značaju za zdravlje čovjeka pojavljuju se u Antičkom periodu. Cornélio Celsus je u prvom vijeku prije nove ere, opisao tehniku tonzilektomije prstima hirurga. Koristio je mješavinu sirćeta i mlijeka za lokalnu hemostazu. Aetius de Amida je umjesto hirurške tehnike koristio korozivna sredstva i eterična ulja kako bi smanjio veličinu tonzila. U tom periodu se uklanjanje tonzila perporučivalo u terapiji enureze, konvulzija, laringealnog stridora. U srednjem vijeku su tonzile uklanjali podvezivanjem svilenim koncem i dodatnim zatezanjem omče do trenutka nekroze. Zbog brojnih komplikacija tonzilektomija je napuštena do kraja 16 vijeka kada su napravljeni prvi instrumenti za tonzilektomiju. Paré, 1564. i Scultetus, 1655. su napravili instrument kojim bi uvulu i tonzilu mogli odvojiti od mišića ždrijela. Hildanus, 1646. i Heister, 1763. su napravili instrumente nalik giljotini za tonzilu kojim su uspješno operisali tonzile. Fahnestock 1832 u SAD, Mackenzie 1880 u Londonu, Brunings 1908 i Sluder u SAD su napravili giljotina-disektor za tonzilektomiju. Hirurzi su nastojali da tonzilektomiju urade za najkraće moguće vrijeme imajući u vidu ograničenja anestezije tog vremena. Tonzilektomije su u 18 vijeku radili opšti hirurzi, i tek polovinom 19 vijeka ona postaje domen otorinolaringologa, koji su koristili dobro osvjetljenje, ponekad prilagođenu lupu i ogledalo za operacije uha i larinksa. Za napredak tonzilektomije važan je početak operisanja u ležećem položaju sa spuštenom glavom pacijenta koju je prvio primjenio Killian 1920. Široko je prihvaćena tek nakon poboljšanja anestezioloških tehnika.



Indikacije i kontraindikacije za tonziloadenoidektomiju

Katarina Stanković

Služba za otorinolaringologiju, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije

Indikacije za operativno lečenje adenoida su uglavnom vezane za česte prehlade sa slinavljenjem i relativno otežanim disanjem, a naročito ako su praćene čestim upalama srednjeg uva ili hroničnim sekretornim otitisom. Operacije krajnika se najčešće rade u slučajevima ponavljanih bakterijskih upala, ali i u situacijama ozbiljne opstrukcije disanja, sa povremenim prekidima (Sleep apnea sy). Apsolutnih kontraindikacija u današnje vreme uglavnom nema, a relativne kontraindikacije su većinom vezane za decu sa hematološkim oboljenjima i poremećajima koagulacije, ali se uz dobru pripremu i takva deca operišu bez većih problema.



Izbor hirurške tehnike kod tonzilektomije (Okrugli sto-panel diskusija)

Predrag Špirić

Klinika za bolesti uha, grla i nosa. UKCRS Banja Luka

Tonzilektomija je jedna od najstarijih hirurških metoda. Razvojem tehnike i medicinskog znanja mijenjale su se i hirurške tehnike kod tonzilektomije. Od izbora tehnike zavisi stepen komfora pacijenta i hirurga, intraoperativne i postoperativne komplikacije kao i postoperativni tok. Osim klasične disekcione tehnike u optičaju je još dijatermijska, koblaciona, LASER i druge tehnike. Cilj svake od njih je obezbijediti korektnu intervenciju uz adekvatnu hemostazu a da sve bude minimalno bolno za pacijenta.

Analize studija su pokazale da se nijednoj tehnici ne može dati apsolutna prednost. Kod svih tehnika se javlja izvjestan procenat krvarenja i određeni nivo postoperativnog bola. Ekonomski efekti pojedinih operativnih tehnika nisu precizno analizirani.

Najčešće upotrebljavane tehnike su klasična disekciona i dijatermijska tehnika.

Potrebno je koristiti onu tehniku sa kojom je hirurg ima najviše iskustva.



Komplikacije nakon tonzilektomije

Špirić Sanja, Markić Željko, Vranješ Vladimir

Klinika za bolesti uha, grla i nosa, UBKC Banja Luka

Uvod: Poboljšanje hirurških tehnika i opreme, revizija indikacija, odgovarajuća preoperativna priprema i postoperativno praćenje kao i anesteziološka podrška, omogućili su da tonzilektomija postane ne samo najčešća, već i minimalno rizična otorinolaringološka intervencija. Ipak, ne treba zaboraviti da se i dalje radi o proceduri koja je povezana sa određenim komplikacijama, pa čak i mogućim smrtnim ishodom. U literaturi su analizirani različiti faktori rizika koji utiču na pojavu postoperativnih komplikacija. Možemo ih svrstati u: anesteziološke, faktori rizika od pacijenta (uzrast, peritonzilarni apsces, koagulopatije, kongenitalni sindromi...) operativne tehnike (hladna hirurška ili neka od „heat generating“ tehnika, vještina operatera, hemostaza...) i perioperativne discipline (dovoljan unos tečnosti, optimalna analgezija...).

Materijal i metode: Analizirali smo vrstu, učestalost i faktore rizika postoperativnih komplikacija nakon tonzilektomije sa i bez adenoidektomije. Analizom je obuhvaćeno 927 pacijenata starosne dobi od 3 do 68 godina sa indikacijom hroničnog ili rekurentnog tonzilitisa, tonzilarne ili tonziloadenoidne hipertrofije.

Zaključak: najčešća postoperativna komplikacija nakon tonzilektomije sa i bez adenoidektomije je krvarenje, zatim povišena tjelesna temperatura, povraćanje i bol. Prilikom izvođenja ove hirurške intervencije potrebno je obratiti pažnju na faktore rizika koji utiču na mogućnost pojave postoperativnih komplikacija.



Etioptogeneza, klinička slika i komplikacije upalnih procesa adenoida i tonzila

Vladan Šubarević

Služba za otorinolaringologiju, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije

Upalni procesi gornjeg disajnog trakta kod dece, u koji spadaju adenoidi i tonzile, su svakako jedno od najčešćih oboljenja sa kojima se svakodnevno susreću pedijatri i otorinolaringolozi. Mnogobrojne studije se slažu da je u više od 70% slučajeva uzročnik virusnog porekla, te bi u lečenju trebalo da dominira uglavnom simptomatska terapija. Sa druge strane bakterijske infekcije ždrela i krajnika zahtevaju antibiotsku terapiju, uglavnom usmerenu ka piogenom streptokoku, kao dominantnom bakterijskom uzročniku. Klinička slika može biti veoma slična i zato je dobro pomoći se u dijagnostici brzim streptokoknim antigen testom, ukoliko je to moguće, kao i nalazima krvne slike i CRP. Zlatni standard je i dalje konvencionalni bris ždrela sa antibiogramom, ali mu je mana relativna sporost u dobijanju nalaza. Takođe se preporučuje da se kod donošenja zaključka o poreklu infekcije i mogućem antibiotskom lečenju koristi i Centor skala i bodovanje. Ukoliko adekvatno lečenje izostane u jednom broju slučajeva mogu da se razviju brze okolne komplikacije u vidu apscesa, od kojih neke mogu biti i veoma teške, pa i sa fatalnim ishodom.



TNF – α produkujuće ćelije kod hroničnog tonzilitisa*Todorović Miroljub*

Opšta bolnica „Danilo I“ Cetinje

Kod infekcija u tonzilama, najprije se pokreće produkcija Th1 tipa citokina (TNF- α , IFN- γ), a kasnije se sekretuju i citokini Th2 tipa. Cilj rada je da se utvrdi nivo produkcije TNF- α produkujućih ćelija u tonzilarnom tkivu i uticaj TNF - α na lokalni i opšti odgovor organizma kod tonzilarnih hiperplazija (TH) i rekurentnog tonzilitisa (RT) prije tonzilektomije. Rezultati su pokazali da kod tonzilarnih hiperplazija topografskom distribucijom TNF- α produkujuće ćelije dominiraju u subepitelnom regionu, intraepitelna lokalizacija je rijetka, dok ih pokrovni epitel ne sadrži. U germinativnim centrima raspoređene su dvojako: razbacane pojedinačno ili u grupama. U slučajevima rekurentnog tonzilitisa lokalizovane su subepitelno i u interfolikularnim regionima, kao i na granici germinativnih centara sa mantle zonom. Analiza ukazuje da je distribucija TNF- α produkujućih ćelija u tkivu tonzila ista i kod TA i kod RT. Najviše TNF- α produkujućih ćelija je u subepitelnom regionu, zatim interfolikularnim regionima i u germinativnim centrima limfnih folikula. Najmanje TNF- α produkujućih ćelija je u kriptičnom epitelu. Značajno veći broj ovih ćelija je kod RT, što znači da je produkcija Th1 tipa citokina (TNF- α) veća u poređenju sa produkcijom tih citokina kod tonzilarnih hipertrofija.

Ključne riječi: TNF- α produkujuće ćelije, TH (tonzilarna hipertrofija), RT (rekurentni tonzilitis)



Tonzilektomija – terapijski problem

Todorović Miroљub, Pavićević Vladimir

Opšta bolnica “ Danilo I“ Cetinje

Bolesti tonzila i adenoida su najčešće bolesti savremenog čovjeka. Zato su to i danas najčešće operacije uopšte, a naročito u dečjem uzrastu. Da li zadržati oboljele tonzile ili operisati zdrave, problem je kojim se bave različite specijalnosti. Sa razvojem imunologije i kriterijumi su strožiji. Budućnost imunologije je u markerima, kojima bi se napravila tačna razlika između zdrave i bolesne tonzile, kao i diferenciranost različitih tipova hroničnog tonzilitisa.

Zbog niza problema koji nastaju, neophodno je odlučiti se kada operisati? Osnovno je onda kada prisustvo bolesnog tonzilarnog tkiva više smeta, nego što koristi. Kod djece je to loše napredovanje i česte upale – do sedam upala godišnje, praćene visokom temperaturom, otežanim disanjem na nos, noćno hrkanje ili prestanak disanja. Kod odraslih je šarolika simptomatologija, koja može biti uzrok hirurškom liječenju. Prevažodno je to ponavljani peritonzilarni apsces, hemoragični tonzilitis, idiopatska hiperplazija, kao i sumnja na malignitet. Tonzilektomija, obavljena nakon pravilno postavljene indikacije poboljšava kvalitet života, ili spašava život pacijenta.

Ključne riječi: tonzile, tonzilektomija, imunologija



Akustička analiza glasa kod vokalnih polipa nakon fonomikrohirurgije i Tonzilarni problem i opstruktivna sleep apnea u djece

Novak Vukoje

Spec. ORL ordinacija „dr Vukoje“, Petrovaradin, Srbija

Poznato je da su hiperplastične tonsile i uvećane adenoidne vegetacije najčešći uzroci bučnog spavanja i pauza u disanju kod dečije populacije. Pod sindromom opstruktivne apneje kod malih pacijenata podrazumevamo prisustvo apneičnih epizoda koje traju nekoliko sekundi, javljaju se češće nego jednom u toku sata spavanja, sa saturacijom kiseonika manjim od 92%. Primarni simptomi kod ovih pacijenata su hrkanje, pauze u disanju i nemiran san, neretko prisutno noćno mokrenje u krevetu, kao i oscilacije u dnevnom ponašanju. Ovakvo stanje je obično popraćeno sa noćnom i dnevnom simptomatologijom, kao i kasnijim razvojem komplikacija kod nelečenih pacijenata. Statistike ukazuju da 3-12% dece hrču, a 3-5% imaju apneju.

Cilj rada je bio da iznese naše rezultate hirurškog lečenja ronhopatije i opstruktivne apneje kod 100 djece predškolskog uzrasta adenotonzilektomijom, adenotonzilotomijom ili adenoidektomijom. Dijagnoza je postavljena na osnovu heteroanamnestičkih podataka (anketni upitnik), video snimka kod većine pacijenata, kliničkog ORL i pedijatrijskog pregleda, te preoperativne pulsoksimetrije.

Sve operacije su rađene u opštoj endotrahealnoj anesteziji u hospitalnim uslovima. Pacijenti su primljeni u bolnicu noć pred operaciju. U 44 slučaja primenjena je klasična tehnika operacije krajnika, u 39 pacijenata visokofrekventni talasi/Ellman Sugitron/a u 17 coblator tehnike. Kod 75 djece odstranjena su sva tri krajnika, kod 15 adenoidne vegetacije uz smanjenje tonzila, a u 10 slučajeva urađena je samo adenoidektomija. Od komplikacija u 4 slučajeva je bilo rano krvarenje koje je zahtevalo reviziju, od kojih u 2 postavljanje stražnje tamponade, u tri slučaju je notirana prolazna velofaringealna insuficijencija i u dva lokalna infekcija. Rezultati dobijeni na osnovu anamnestičkih podataka, video snimka i postoperativne pulsoksimetrije ukazuju da je hrkanje i apneja, u prvoj godini nakon operacije nestala u 81%. U 19 pacijenata smetnje su se nastavile. Najbolji rezultati su postignuti u dece kod kojih su odstranjena sva tri krajnika.

Zaključak: Tonziloadenoidektomija je najčešća operacija kod djece u tretmanu opstruktivne apneje. Sve opšti rejting izlečenja nakon operacije u našoj kauzistici iznosi 81%. Izostanak uspeha kod 19% operisanih ukazuje da je kod njih problem kompleksniji te treba razmotriti i druge etiološke faktore koji imaju udeo u patofiziologiji ove pojave. Takođe mali broj operisanih adenoidektomijom, kao i odstranjenjem trećeg krajnika sa smanjenjem palatinalnih tonsila je nedovoljan da bi se doneo kvalitetan zaključak o opravdanosti ovih operacija kod djece-bučnih spavača i apneičara. Operativna tehnika nije od značaja u postizanju uspeha kod ovih pacijenata.

Ključne reči: uvećani krajnici, hrkanje, sleep apneja

