

Praca z pasją

Z doktorem nauk medycznych – Józefem Mierzwińskim, szefem programu wszczepów implantów słuchowych u dzieci w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy rozmawia Karolina Cebulka.

Karolina Cebulka: Od blisko dziesięciu lat jest Pan szefem programu wszczepów implantów słuchowych u dzieci w ośrodku bydgoskim i pomaga Pan doktor dzieciom, które urodziły się głuche stawiać pierwsze kroki w świecie dźwięków. Po wysłuchaniu Pana prelekcji podczas konferencji „Słyszeć bez granic”, która odbyła się 21.11.15 r. w Łodzi mam wrażenie, że to nie jest wyłącznie Pana praca, ale przede wszystkim pasja i całe życie...

Dr Józef Mierzwiński: Tak to prawda – bardzo lubię moją pracę i stanowi ona moje najlepsze hobby. Do pracy chodzę z wielką przyjemnością, choć na brak innych zainteresowań też nie narzekam i co roku brakuje mi urlopu.

Program implantów słuchowych to zrealizowanie moich najskrytszych marzeń i najlepsza rzecz, jaką udało mi się stworzyć w moim życiu zawodowym.

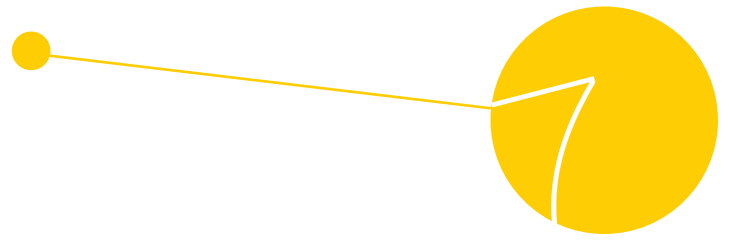
Program ten stanowi też ukoronowanie mojej wielkiej pasji jaką jest chirurgia ucha i którą w sposób zaawansowany w bydgoskim ośrodku zajmowaliśmy się już na wiele lat przed rozpoczęciem programu implantów słuchowych u dzieci.

KC: Pamięta Pan dzień kiedy zaczęła się Pana przygoda z implantami słuchowymi i co miało na to największy wpływ?

dr JM: Pierwszy implant ślimakowy zobaczyłem w 1992 roku w Arhus w Danii. To było dla mnie jak film „Matrix”. Ogromne wrażenie. Świadomość, że ten „drucik” wprowadzony do ślimaka pozwala głuchemu słyszeć była niesamowita i to zdziwienie pozostało do dziś. Za każdym razem, gdy zakładam implant dziwię się, jak ta mała elektroda może przekazywać tyle informacji do mózgu... Później podobne wrażenie miałem, gdy pojechałem na 8-tygodniowe szkolenie w zakresie implantów ślimakowych do Nowego Yorku i gdy w poradni rehabilitacyjnej widziałem kilkuletnie dzieci, które urodziły się głuche, a chodziły do masowych szkół i które pięknie mówiły bez żadnej wady wymowy. Szkoląc się tam ogólnie w zakresie chirurgii ucha marzyłem też o implantach ślimakowych, a od marzeń się wszystko zaczyna...

KC: Pamięta Pan doktor swojego pierwszego pacjenta?

dr JM: Oczywiście, że pamiętam – mój pierwszy pacjent nie chciał za nic implantu ślimakowego. To wybitnie zdolny chłopiec, który był najlepszym uczniem w swojej szkole. Twierdził że słyszy wystarczająco w aparatach słuchowych. Nie był głuchy od urodzenia, cierpiał na stopniowo pogarszający się niedosłuch i nauczył się w dzieciństwie mówić (choć niewyraźnie) w aparatach słuchowych. Gdy zgłosił się do nas był praktycznie głuchy – postępujący niedosłuch spowodował, że nie miał żadnej korzyści z aparatów słuchowych i czytał z ust. Gdy w kabinie cisy



wykonaliliśmy audiometrię mowy nie potrafił nie widząc ust, w aparatach słuchowych powtórzyć ani jednego słowa. Wytłumaczyłem mu, że gdy mu założymy implant, to po pewnym czasie powinien powtórzyć co najmniej 70% słów. W końcu dał się namówić, a gdy po kilku miesiącach w szkole wysiadła mu bateria implantu ślimakowego – przyszedł do domu i zdenerwowany powiedział do swojej mamy: „mamo teraz dopiero widzę jaki byłem głuchy”. Obecnie powtarza 100% testów słownych. Na jednym uchu ma implant, a na drugim aparat słuchowy. Znacznie wyraźniej też mówi.

KC: Indywidualne podejście do pacjenta jest bardzo ważne. Daje rodzicom przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa, które jest niezwykle istotne w tak trudnym momencie. Na co jeszcze mogą liczyć rodzice i dzieci na Pana Oddziale?

dr JM: To jest rzeczywiście ogromnie ważne. W opiece nad dzieckiem z implantem słuchowym niezmiernie ważna jest współpraca pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin zajmujących się tymi dziećmi. Posiadamy dwóch chirurgów wszczepiających implanty, trudne implantacje wykonujemy razem i razem rozwiązujemy problemy chirurgiczne. Nasi terapeuci mowy – surdologopedzi są całkowicie oddani swojej pracy i gdy zdarzają się niepowodzenia w rehabilitacji dzieci traktują je jak własne niepowodzenie. Rozmawiają z rodzicami, kontaktują się niezwłocznie z naszymi audiologami z informacją, że dziecko gorzej słyszy lub się gorzej rozwija. Audiolodzy wspólnie z surdologopedami zmieniają ustawienie implantu, zmieniają strategię rehabilitacji, radzimy się neurologów i psychologów dziecięcych. Wszystko po to, by końcowy efekt był jak najlepszy. Jesteśmy niedużym ośrodkiem. Obecnie zakładamy ok 20 implantów słuchowych rocznie, ale nasz program implantów funkcjonuje bardzo sprawnie. Nieduży program ma tę wielką zaletę, że wiemy o każdym pacjencie prawie wszystko. W takim ośrodku komunikacja między specjalistami jest bardzo dobra i rzeczywiście naprawdę indywidualnie można podejść do każdego z naszych małych pacjentów. Bo każdy taki pacjent jest zupełnie inny i każdy ma swoje problemy.

KC: Nikt chyba nie ma wątpliwości, że implanty słuchowe to prawdziwy cud medycyny. Pozwalają one dzieciom w pełni się rozwijać, a dorosłym funkcjonować w społeczeństwie. Na świecie coraz częściej

mówi się jednak o tym, że jeden implant to za mało, że pełny rozwój gwarantuje tylko słyszenie obustronne. W Polsce opinie na ten temat są wciąż mocno podzielone. Z jednej strony mówi się, że słyszenie obustronne to absolutna podstawa poprawnego rozwoju, a zaraz, że to wcale nie jest konieczne – że z jednym implantem dzieci radzą sobie tak samo jak z dwoma. W takiej sytuacji rodzice naprawdę mogą mieć wątpliwości i obawy czy podejmują dobrą decyzję wszczepiając swojemu dziecku drugi implant. Jak więc to wygląda w rzeczywistości?

dr JM: Poruszyła Pani niezwykle ważny, ale też trudny temat i tu muszę się trochę rozwinąć. Przedstawiam tu opinię mojego ośrodka na podstawie naszego doświadczenia, obserwacji innych ośrodków, monitorowania piśmiennictwa i tego co naszym zdaniem jest najlepsze dla naszych małych pacjentów. To, że obustronne słyszenie jest lepsze niż jednostronne nie podlega dyskusji. Stanowisko nasze jest jednoznaczne – każde dziecko w Polsce powinno mieć możliwość obustronnego słyszenia. Nie ma dziś wątpliwości, że dziecko z obustronną głuchotą lepiej rozwija się w dwóch implantach ślimakowych, aniżeli w jednym. Nie oznacza to jednak by każdemu dziecku od razu zakładać dwa implanty. Drugi implant oznacza poprawę jakości życia, lepsze słyszenie w hałasie i lepszą lokalizację mowy, przekłada się oczywiście również na lepszy rozwój dziecka. Ale różnice pomiędzy posiadaniem jednego, a dwóch implantów są zauważalne, ale subtelne. Kolosalne znaczenie ma wszczepienie jak najszybciej pierwszego implantu, pozostawiając aparat na drugim uchu. To warunkuje rozwój dziecka. Dalsza obserwacja pokaże czy dziecku trzeba założyć drugi implant, czy lepiej pozostawić aparat na drugim uchu. Czasem ta sytuacja jest korzystniejsza. Jeśli drugie ucho nie jest całkiem głuche słyszenie – implant/aparat na jednym uchu i z aparatem na drugim może dawać lepszy rezultat niż dwa implanty słuchowe. Niezwykle ważny jest czynnik ekonomiczny. Często chcemy założyć dru-

„Stanowisko nasze jest jednoznaczne - każde dziecko w Polsce powinno mieć możliwość obustronnego słyszenia.”



gi implant i kwalifikujemy pacjenta do zabiegu, ale ograniczona ilość implantów nam na to nie pozwala. Gdy mamy do wyboru dziecko głuche oczekujące na pierwszy implant i dziecko oczekujące do drugiego, decyzja jest jednoznaczna. Najważniejsze, by każde dziecko z głębokim niedosłuchem posiadało choć jeden implant.

KC: Sama miałam okazję poznać kilkoro dzieci zarówno z jednym, jak i z dwoma implantami. Rzeczywiście wszystkie sobie radzą i osiągają dobre wyniki. Jednak w przypadku dzieci obustronnie zaimplantowanych, często nawet nie zorientowałabym się, że mają one implant, gdybym o tym wcześniej nie wiedziała. Przykładem jest obustronnie zaimplantowana Hania – ostatnio spotkaliśmy się z całą rodziną i najlepszą przyjaciółką Hani w restauracji. Dookoła gwar, dużo ludzi. Hania doskonale podążała za rozmową i reagowała na wolanie z każdej strony. Byłam naprawdę zaskoczona, że tak doskonale sobie radzi. Mam wrażenie, że dzieci z jednym implantem są w takich sytuacjach bardziej zdezorientowane. A przecież nasze codzienne życie składa się właśnie z takich sytuacji.

dr JM: Tak to prawda. To o czym Pani mówi możemy zo-
biektywizować w pracowniach audiologicznych. Dzieci głuche z dwoma implantami znacznie lepiej słyszą w hałasie i lepiej lokalizują dźwięki i to jest korzyść bezdyskusyjna. Lepiej słyszą w utrudnionych warunkach (hałas, wiatr, opera, teatr). O lepszym rozwoju dzieci wiemy z kompleksowych analiz psychologicznych, testów rozwoju mowy i słuchu, ze skali obiektywizujących poprawę jakości życia itp.

KC: Słyszenie obustronne było tematem przewodnim konferencji Słyszeć bez granic, której był Pan gościem specjalnym. Przybyli na nią rodzice dzieci zaimplantowanych jednostronnie, którzy zastanawiają się nad wszczepem drugiego implantu. Części z nich odradził Pan doktor drugi implant. Dlaczego?

dr JM: Dwa implanty nie są rozwiązaniem dla wszystkich dzieci z głębokim niedosłuchem. Drugi implant daje korzyści tylko u dzieci, które efektyw-

nie wykorzystują pierwszy implant. Jeśli dziecko nie wykształciło mowy posiadając już jeden implant i korzyść w aspekcie rozumienia mowy jest trudno za-
uważalna, to nie możemy liczyć, że założenie drugiego coś zmieni. Narazi tylko pacjenta na niepotrzebny zabieg i zabierze implant, który jest bardzo potrzebny innym dzieciom, a tu nie będzie efektywnie wykorzystany. A to także nasze publiczne pieniądze i to niemałe.

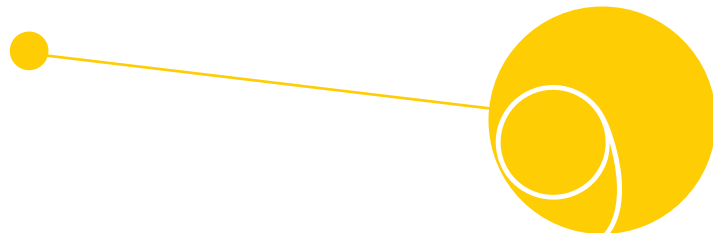
Jak wspominałem nie wszystkie dzieci z implantem ślimakowym cierpią na obustronną głuchotę. Mogą mieć zachowane w różnym zakresie resztki słuchu. Jeśli dziecko posiadające implant ma wymierne korzyści z aparatu na drugim uchu, u tych dzieci również nie rekomendowałbym zakładania implantu. Chodzi tu o słyszenie dźwięków środowiskowych. Implanty dają dobre rozumienie mowy, ale słyszenie np. muzyki jest często niekomfortowe. Stymulacja bi-

modalna (implant/aparat), często daje lepszą jakość słyszenia dźwięków środowiskowych aniżeli stymulacja pacjenta z dwoma implantami.

Jeśli dziecko ma już pierwszy implant i są wskazania do założenia drugiego – zbyt długo czekać też nie można. Niedawno miałem przyjemność brać udział w konferencji w Bukareszcie, gdzie profesor Manrique przedstawiał wyniki hiszpańskich obserwacji. Tam dołożono drugi implant niemal wszystkim dzieciom posiadającym już jeden implant.

Stwierdzono, iż drugi implant założony po 10 latach od pierwszego – nie dawał już praktycznie żadnej korzyści. Uważa się powszechnie, że aby efektywnie wykorzystywać drugi implant, odstęp pomiędzy pierwszym, a drugim implantem nie powinien być dłuższy niż 5 lat. Okres 5-10 jest już też zbyt długi. Po założeniu drugiego implantu rozpoczyna się proces rehabilitacji i to ucho musi „dogonić” pierwsze, jeśli chodzi o rozumienie mowy. Jeśli decyzję odraczamy zbyt długo, istnieje wysokie ryzyko, iż ucho z drugim implantem będzie zawsze gorsze i nigdy nie dogoni pierwszego. Pozostawienie drugiego głuchego ucha, które nie ma żadnej korzyści z aparatu i oczekiwanie na cudowną technologię, która przywróci słuch za kilkadziesiąt lat również nie ma sensu, ponieważ to nie nastąpi. To problem konieczności stałej stymulacji dróg słuchowych, by zapobiec tzw. deprywacji słuchu. Gdy zaopatrzymy ucho „nie używane” w implant słuchowy po kilkudziesięciu latach – nie będzie z niego wielkiej korzyści wskutek zaniku połączeń nerwo-

„Jeśli dziecko ma już pierwszy implant i są wskazania do założenia drugiego – zbyt długo czekać też nie można.”



wych w drogach słuchowych. Czyli po 10 latach od założenia pierwszego implantu – u osoby głuchej od urodzenia drugiego implantu nie warto zakładać.

Kolejny aspekt to kwestia równowagi, jeśli dziecko po założeniu pierwszego implantu miało silne zawroty głowy i stwierdzamy w badaniach całkowite wypadnięcie funkcji błędnika (arefleksja przedsionka), to również w tych przypadkach nie kwalifikujemy dzieci do drugiego implantu. Założenie go może spowodować wypadnięcie funkcji równowagi w drugim uchu, a obustronna arefleksja przedsionków może oznaczać znaczne upośledzenie równowagi u dziecka, trudności w nauce jazdy na rowerze, zaburzenia kontroli postawy. To dość rzadkie, ale u pacjenta, u którego się zdarzy wywołuje cały szereg problemów.

Z tej też przyczyny naszym zdaniem nie należy zakładać implantów jednocześnie (aspekt ekonomiczny, aspekt rozwojowy, aspekt równowagi).

KC: Założmy, że pacjent spełnia wszystkie wymogi i kwalifikuje się do drugiego implantu. Co należy zrobić aby otrzymać drugi implant w Pana Klinice?

dr JM: Jeśli zgłosi się pacjent z jednym implantem do Poradni – skierujemy go do diagnostyki nieza-

leżnie od posiadanych badań. Ocenimy kiedy miał założony pierwszy implant, rozwój mowy i słuchu, ocenimy funkcję narządu równowagi i jeśli zakwalifikujemy pacjenta, to wpisujemy go na listę oczekujących. Z tą listą regularnie, kilka razy do roku, zgłaszamy się do NFZ i prosimy o zwiększenie środków na implanty. Obecny kontrakt nie zaspakaja naszych potrzeb, ale nie było jeszcze roku żebyśmy nie otrzymali dodatkowych środków na nasze potrzeby. NFZ zwykle jest życzliwy jeśli chodzi o problemy słuchu u dzieci.

KC: Pacjenci często zadają pytanie, czy jeżeli pierwszy implant dziecko miało wszczepione w innej klinice, założmy w zupełnie innym województwie, to czy o drugi wszczep może starać się w Pana Klinice i czy będzie on również w pełni refundowany.

dr JM: Oczywiście, ale jak wspomniałem obecne finansowanie pokrywa zaledwie w 1/3 nasze potrzeby. Mam nadzieję jednak, że podobnie jak w poprzednich latach uda nam się zdobyć dodatkowe środki na ten ważny cel.

KC: Panie doktorze, dziękuję za rozmowę i życzę dalszych sukcesów w rozwoju programu wszczepów implantów słuchowych w Pańskiej Klinice.



Dr n. med. Józef Mierzwiński – absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Posiada specjalizację z otolaryngologii oraz otolaryngologii dziecięcej. Obecnie zajmuje się kompleksowym leczeniem schorzeń i chorób laryngologicznych m.in. przewlekłego zapalenia ucha i zatok. Na początku lat 90. rozpoczął pracę na Oddziale Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, z którym związany jest do dnia dzisiejszego. W latach 2004-2007 pracował w Klinice Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy. Od 2008 r. jest ordynatorem Oddziału Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego i kierownikiem Programu Implantów Słuchowych u Dzieci. Od czerwca 2014 r. zajmuje również stanowisko konsultanta wojewódzkiego ds. Otorynolaryngologii dziecięcej. W 2011 r. otrzymał prestiżową nagrodę Marszałka województwa kujawsko-pomorskiego za realizację kujawsko-pomorskiego programu leczenia całkowitej głuchoty u dzieci. Odbił wiele szkoleń w kraju i za granicą, w tym w USA. Jest autorem i współautorem licznych publikacji i referatów.