

Krystyna Bojanowska, Danuta Pawełek-Krombholz

Górnośląskie Centrum Medyczne
Katowice

Analiza przyczyn późnego wykrywania głębokiej wady słuchu u dzieci*

Late Detection of Profound Hearing Impairment in Children.
Analysis of Causes

Słowa kluczowe: Wykrywanie uszkodzeń słuchu, dzieci.

Key words: Detection of hearing impairment, children.

Streszczenie

Autorzy analizują na podstawie danych z Przychodni Audiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach późno wykryte głębokie niedosłuchy u dzieci kierowanych do przychodni zarówno przez lekarzy pediatrów, jak i zgłaszanych bez skierowania przez rodziców. Dokonano porównania przeciętnego czasu (w miesiącach życia) wykrycia głuchoty u dzieci w pierwszym, drugim i trzecim roku życia, w latach 1992, 1993 i 1994.

Summary

Authors on the date of Przychodnia Audiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Medycznego in Katowice try to analyse late detection of profound deafness in children that are either home environment of paediatric care reason. They have compared average time (in month) detecting at children of one, two and three years old in 1992, 1993 and 1994.

W ostatnich kilku latach, dzięki znacznemu ułatwieniu dostępu do badań obiektywnych, wiek wykrywania głębokiego niedosłuchu u dzieci w porównaniu z okresem ubiegłym wyraźnie się obniżył. Biorąc pod uwagę jednak dane rozwiniętych państw zachodnich, szczególnie tych, gdzie organizacja służby zdrowia i opieka socjalna stoją na wysokim poziomie, wiek wykrycia tej wady u dzieci w Polsce jest nadal późny.

* Na podstawie badań przeprowadzonych w Przychodni Audiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach w latach 1992-1994.

Prowadząc od prawie czterech lat ośrodek diagnostyki wad słuchu w Katowicach, w którym przyjmujemy ok. 3000 dzieci rocznie, postanowiliśmy przeanalizować pod kątem wieku, w którym rozpoznano wadę słuchu, najmłodsze roczniki, z lat 1992-1994.

Dzieci te były do nas kierowane w większości przez lekarzy pediatrów lub neurologów dziecięcych, rzadziej przez laryngologów. Wielokrotnie też przyjmowaliśmy bez skierowań, jedynie na prośbę rodziców, zaniepokojonych brakiem reakcji ich dzieci na dźwięki.

Wszystkie dzieci do 3 roku życia, o których jest mowa w niniejszym opracowaniu, badane były, poza traktowanymi jako orientacyjne metodami behawioralnymi, metodą rejestracji potencjałów słuchowych z pnia mózgu aparaturą BSR 2210 produkcji MADSEN. Daje to możliwość zbadania progu słyszenia 2,0 kHz i 4,0 kHz trzaskiem oraz 1,0 kHz trzaskiem filtrowanym, bez oceny słuchu na niższych częstotliwościach, dlatego badanie to traktujemy jako podstawowe. Wyniki analizujemy zawsze w zestawieniu z wynikami innych badań, jeżeli takie daje się przeprowadzić, a przede wszystkim w zestawieniu z obrazem klinicznym. W razie wątpliwości powtarzamy badanie kilka razy lub kierujemy do ośrodków dysponujących dokładniejszą aparaturą, konkretnie do pracowni elektrofizjologii Kliniki Otolaryngologii w Warszawie przy ul. Banacha. Zapis, jaki uzyskujemy podczas rejestracji potencjałów słuchowych na aparacie Madsena BSR 2210, jest tak czytelny i jednoznaczny, że praktycznie wyklucza możliwość popełnienia większego błędu.

U małych dzieci jako zasadę przyjęliśmy maksymalną nieinwazyjność badania, a więc dzieci badane są ambulatoryjnie, nie tracąc ani przez chwilę kontaktu z rodzicami, a samo badanie przeprowadza się w śnie naturalnym. Wyjątkowo, jeżeli po kilku próbach nie udaje się takiego snu uzyskać, dziecko jest poddawane narkozie anestezjologicznej, najczęściej drogą wlewu doodbytniczego, przy pełnym anestezjologicznym zabezpieczeniu. U małych dzieci konieczność zastosowania wymuszonej narkozy zachodzi rzadko.

U dzieci do lat trzech brak reakcji na dźwięki i brak rozwoju mowy świadczy o niedosłuchu głębokim lub głuchocie centralnej (wtedy rejestrujemy na poziomie pnia mózgu prawidłowe potencjały słuchowe). Niedosłuch średni wykrywa się w tej grupie wiekowej znacznie rzadziej, niedosłuch czy głuchotę jednostronną tylko przypadkiem (jeżeli nie towarzyszy widocznej wadzie wrodzonej, np. atrezji przewodu słuchowego zewnętrznego czy wrodzonemu porażeniu nerwu twarzowego).

W pierwszym roku działania ośrodka (1992) zgłosiło się do nas na ok. 450 zarejestrowanych dzieci 61 dzieci w wieku 0-3 lat, w tym 27 urodzonych w 1990 r. U 14 z nich stwierdziliśmy prawidłowe potencjały słuchowe na poziomie pnia mózgu — wszystkie te dzieci zdradzały wyraźne upośledzenie rozwoju psychofizycznego, miały cechy dziecięcego porażenia mózgowego

lub inne objawy uszkodzenia centralnego układu nerwowego. U 11 dzieci z tego rocznika stwierdziliśmy brak odpowiedzi na trzask do 100 dB obu stronnie na poziomie pnia mózgu. Średni wiek wykrycia wady wyniósł 23,3 miesiąca.

Dzieci urodzonych w 1991 r. zgłoszono 15 — u 8 stwierdziliśmy głęboki ubytek słuchu; czas wykrycia tej wady wynosił średnio 13,5 miesiąca. U jednego dziecka wykryliśmy głuchotę jednostronną, u 6 zarejestrowaliśmy prawidłowe potencjały słuchowe.

Dzieci urodzonych w 1992 r. zgłoszono na przestrzeni tego roku 19, z czego 6 było głęboko niedosłyszające; średni wynik wykrycia tej wady wyniósł 8,5 miesiąca. Jedno miało średni ubytek słuchu, jedno — jednostronny, troje miało słuch na poziomie pnia mózgu prawidłowy.

Tab. 1. Czas wykrycia głuchoty u dzieci w wieku 0-3 lat (w miesiącach życia)

Data badań	1992			1993			1994		
Rok urodzenia	1990	1991	1992	1991	1992	1993	1992	1993	1994
Liczba pacjentów	27	15	19	28	36	8	43	32	1
Słuch prawidłowy	14	6	3	15	12	4	14	15	8
Ubytek jednostronny	—	1	1	2	4	—	1	—	—
Ubytek średni	—	—	1	2	4	—	5	5	—
Średni wiek wykrycia (w miesiącach)	—	—	—	15	14	—	21,1	11	—
Ubytek głęboki	11	8	6	11	19	3	23	16	2
Średni wiek wykrycia (w miesiącach)	23,3	13,5	8,5	22,3	10,9	6	20,6	9,8	5,5

Dzieci, u których stwierdzaliśmy cechy wyłącznie przewodzeniowego ubytku słuchu — w tej grupie wiekowej nieliczne — kierowaliśmy do leczenia, a w niniejszym opracowaniu zaliczyliśmy do grupy prawidłowo słyszających.

Podobnej analizie poddaliśmy pacjentów najmłodszych, którzy zgłoszeni zostali na badanie słuchu do naszego ośrodka na przestrzeni r. 1993 i 1994. Stwierdziliśmy, że w każdym z tych dwu lat obliczony analogicznie średni wiek wykrycia głębokiej wady słuchu jest niższy niż w poprzednich latach. Czyżby więc sytuacja ulegała stopniowej poprawie? Być może wnioski, które wyciągamy z tych danych liczbowych są zbyt pochopne, być może oparte na przypadkowych przesłankach, ale obliczenia na pewno są rzetelne i wyniki nastrajają lekkim optymizmem. Roku 1995 jeszcze nie podliczaliśmy, ale mamy nadzieję, że uzyskane dane potwierdzą nasze obserwacje.

Oczywiście, powyższe obliczenia są tylko pretekstem do przeanalizowania przyczyn opóźnionego wykrywania głębokiego niedosłuchu. Nic nie mówią na przykład o przypadkach wykrycia tej wady u dzieci 4-letnich i starszych, a to ciągle jeszcze zdarza się bardzo często.

Stale zadajemy sobie pytanie: dlaczego tak się dzieje? Dlaczego dzieci są diagnozowane tak późno, często już po okresie optymalnym dla rozwoju mowy?

Przeprowadzając z rodzicami dokładne wywiady, zorientowaliśmy się, że przyczyny opóźnionego wykrycia głębokich wad słuchu leżą zarówno po stronie domowego środowiska dziecka, jak i — wcale nierzadko — po stronie opiekujących się dzieckiem lekarzy.

Dzieci ze środowisk patogennych, alkoholycznych, skrajnie ubogich na ogół trafiają do audiologa bardzo późno. Późno też rozpoznaje się wadę słuchu u pierwszego dziecka danych rodziców, których doświadczenia rodzicielskie są jeszcze niewielkie. Częsty wpływ na wiek wykrycia wady słuchu mają panujące powszechnie przesady typu: „chłopcy później zaczynają mówić niż dziewczynki”, „ojciec dziecka też późno zaczął mówić”, „w naszej rodzinie nigdy nie było głuchych” itd. Rodzice nie zdają sobie sprawy z tego, że wytworzone porozumienie między nimi a dzieckiem opiera się głównie na gestach, i są przekonani, iż dziecko reaguje na polecenia słowne.

Osobny problem to dzieci rodziców niesłyszących. Rodzice tacy często nie są zainteresowani rehabilitacją mowy u dzieci i do przychodni audiologicznej zgłaszają się dopiero pod presją nauczycieli.

Szczególnym, chociaż wcale nierzadkim zjawiskiem jest postawa rodzicielska zgodna z zasadą: „nieszczęścia zdarzają się innym”. Mimo sygnałów ze strony otoczenia tacy rodzice nie dopuszczają do siebie oczywistej prawdy. Jeśli już w końcu — bardzo późno — trafiają do audiologa, nie wierzą w wyniki badań, aparaty słuchowe chowają do szuflady, uważając, że dziecko nie ma z niego korzyści, nie prowadzą rehabilitacji mowy.

Często jednak rodzice, zaniepokojeni gorszym rozwojem dziecka, zwracają na to uwagę pediatrzy. Pediatra rozpoznaje opóźnienie rozwoju psychicznego na tle neurologicznym i kieruje dziecko do psychologów, neurologów, logopedów, wykonuje się dziecku skomplikowane badania diagnostyczne centralnego układu nerwowego, z rezonansem magnetycznym włącznie, a czas upływa. Dzieci takie trafiają bardzo często do ośrodków rehabilitacyjnych dla dzieci opóźnionych, gdzie poddawane są pracochłonnym i kosztownym, a w efekcie nie przynoszącym poprawy zabiegom rehabilitacyjnym. Nierzadko są leczone farmakologicznie środkami poprawiającymi krążenie mózgowe, środkami usprawniającymi metabolizm komórek mózgowych czy modnymi ostatnio pochodnymi hormonów grasicy i... nadal żyją w ciszy. Konsultacje laryngologiczne wnoszą niewiele, ponieważ ciągle jeszcze, o czym nadmieniamy z zażenowaniem, stan słuchu oceniany jest na podstawie obrazu otoskopowego. Często zarzuca się rodzicom przewrażliwienie, mało tego, niejednokrotnie słyszą oni w gabinetach laryngologicznych, że słuch można zbadać u dziecka dopiero po skończeniu przez nie 3 roku życia.

Osobną grupę stanowią terapeuci, którzy celowo nie kierują dzieci podejrzanych o niedosłuch na badania do ośrodków specjalistycznych w obawie przed utratą pacjentów, lecząc przez lata seriami zastrzyków, zapewniając rodziców, że poprawa słyszenia musi w końcu nastąpić. Wśród nich jest, niestety, wielu laryngologów posiadających szerokie praktyki prywatne.

Bardzo późno trafiają do diagnostyki słuchu wcześniaki, urodzone z bardzo niską wagą urodzeniową i dodatkowymi problemami. To zrozumiałe, że rozwój psychofizyczny tych dzieci jest wolniejszy od ich donoszonych rówieśników, co usypia czujność pediatrów i rodziców. Lekarze, wypisujący dzieci z oddziałów intensywnej terapii i patologii noworodków, uprzedzają rodziców o wszystkich możliwych komplikacjach dotyczących układu ruchu, wzroku, rozwoju umysłowego, ale nie wspominają, że dziecko może nie słyszeć.

Na zakończenie warto powiedzieć o zjawisku, które wszyscy znamy i które w wielu przypadkach nam, audiologom, wiąże ręce: o ekspansji tzw. medycyny niekonwencjonalnej. Takie metody, jak: masaż laserowy, pole elektromagnetyczne, akupunktura, akupresura, bioenergoterapia, medycyna chińska, medycyna tybetańska reklamowane są jako leczące z powodzeniem głuchotę wrodzoną i już po 10 zabiegach, ale najczęściej dopiero po 20 niesłyszący nagle zaczynają słyszeć. Leczenie takie jest kosztowne, a korzystają z niego często ci, których nie stać na wykonanie wkładek do aparatów słuchowych. Jeśli już tyle zainwestują w zdrowie swojego dziecka, spokojnie czekają na „cud w biały dzień”, nie zaprzatając sobie głowy prowadzeniem żmudnej i długotrwałej rehabilitacji mowy.

Jednakże zauważa się na przestrzeni ostatnich dwóch lat światło w tym tunelu. Rodzice zgłaszających się do diagnostyki dzieci są coraz częściej świadomi zagrożenia konsekwencjami wady słuchu i krytyczni wobec własnego dziecka. Ma tu niebagatelne zasługi prowadzona przez *mass media* szeroka akcja propagująca podstawowe wiadomości na ten temat w związku z wykonywaniem w naszym kraju implantów ślimakowych. Wstyd powiedzieć, ale ludzie nie mający związków z medycyną często wiedzą na ten temat więcej niż lekarze, bo lekarze na ogół nie oglądają audycji popularnonaukowych z dziedziny medycyny.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że sytuacja poprawi się radykalnie po dopracowaniu i faktycznym wdrożeniu szeroko zakrojonych badań przesiewowych słuchu u noworodków.

Bibliografia u autorów.