



Fot. P. Kofczyk

Naszą metodą operują w Bazylei

O NOWOCZESNYCH METODACH LECZENIA ROZSZCZEPU WARGI I PODNIEBIENIA W NAJWIĘKSZYM POD WZGLĘDEM LICZBY OPERACJI TYCH WAD OŚRODKU W EUROPIE, NA WARSZAWSKIEJ WOLI, O ROZWOJU CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ, KSZTAŁCENIU KADR I MIĘDZYKRAJOWEJ WYMIANIE DOŚWIADCZEŃ KLINICZNYCH MÓWI **DR HAB. N. MED. ANDRZEJ BRUDNICKI** Z INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE – KLINIKI CHIRURGII DZIECI I MŁODZIEŻY, ODDZIAŁU CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Ile operacji rozszczepu wargi i podniebienia wykonuje się w Instytucie Matki i Dziecka?

Rocznie 800–900. Ostatnio nieco mniej, bo spada liczba urodzeń. Warto podkreślić, że w IMiD znajduje się największe pod względem

liczby operacji centrum leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki w Europie. Placówka jest pierwszym w Polsce wielospecjalistycznym ośrodkiem leczenia dzieci z wadami czaszkowo-szczękowo-twarzowymi, utworzonym przez prof. Zofię Dudkiewicz w latach 80. ubiegłego wieku. Odkąd pamiętam współpra-

cowaliśmy z neurochirurgami, jeśli wada obejmowała mózgowiczaszkę, i wieloma innymi specjalistami. Już w latach 90. operowaliśmy większość dzieci urodzonych z wadą rozszczepową w kraju, mimo że placówki zajmujące się leczeniem tego schorzenia były w niemal każdym województwie. Jednak to rodzice

decydowali się na operowanie dziecka w IMiD, bazując na dobrych opiniach o ośrodku i doświadczeniach innych pacjentów oraz ich opiekunów.

Na czym polega specyfika leczenia wad rozszczepowych w IMiD?

Przede wszystkim w naszym ośrodku opracowano unikalną metodę jednoetapowej operacji złożonych wad jedno- i obustronnego rozszczepu wargi i podniebienia. Takiej operacji odpowiadają dwie lub trzy przeprowadzane w ośrodkach zagranicznych. A mimo to liczba zabiegów wykonywanych w tych ośrodkach jest dużo niższa niż u nas.

Mamy bardzo dobre wyniki, zarówno jeżeli chodzi o rozwój twarzowej części czaszki, rozwój mowy, jak i pozostałe parametry brane pod uwagę w kompleksowej ocenie leczenia pacjentów z rozszczepami. Ponadto rozwijamy nowe metody leczenia, np. wczesny przeszczep kości do wyrostka zębodołowego szczęki, leczenie niedorozwoju szczęki u pacjentów z rozszczepami za pomocą zakotwienia szkieletowego, badamy zastosowanie różnych materiałów, takich jak cementy kostne. Pracę naszego ośrodka i stworzone techniki doceniają specjaliści z zagranicy, którzy zajmują się leczeniem wad twarzoczaszki. Interesują się naszymi osiągnięciami i przyjeżdżają do nas lekarze m.in. z Francji, Niemiec, Szwajcarii, Włoch, a także z Indii, Indonezji, Japonii. Zaskakuje ich sposób przeprowadzania zabiegu, ale też stopień trudności operowanych przypadków. Planując wizytę w instytucie, wiele osób pyta, kiedy mogą obejrzeć skomplikowany zabieg. Odpowiadam, że mogą przyjechać w dowolnym terminie, bo w ciągu tygodnia zobaczą różnorodne zabiegi, na które u siebie musieliby czekać tygodniami lub miesiącami.

Z czego wynika, że w ośrodkach zagranicznych nie wykonuje się takich zabiegów lub wykonuje rzadko?

Przede wszystkim ze specjalizacji. U nas pracują chirurdzy zajmujący się prawie wyłącznie tymi zagadnieniami. W Europie nie ma specjalistów, którzy ope-

rują jedynie wady rozszczepowe. Z kolei w dużych ośrodkach rozszczepowych, np. w Indiach, wykonuje się wiele zabiegów, które krótko trwają i nie są zbyt skomplikowane, m.in. korektę rozszczepu wargi. Operacje w naszym ośrodku to *crème de la crème* chirurgii rozszczepowej. To zabiegi zaawansowane technicznie, które przeprowadza się w naprawdę niewielu ośrodkach na świecie. Jednoetapowe operacje obustronnego rozszczepu wargi i podniebienia wykonuje się w Europie, właśnie w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, oraz w Japonii, w Jokohamie. Tam mój kolega prof. Shinji Kobayashi również przeprowadza takie zabiegi, jednak za pomocą zupełnie innych technik chirurgicznych. Metody jednoetapowe wciąż są rzadkością, ale niosą ogromne korzyści dla pacjenta, który nie musi być hospitalizowany kilkakrotnie.

I ten jeden zabieg wystarcza?

Od jakości tej pierwszej operacji – operacji pierwotnej rozszczepu, zależy dalszy proces leczenia. Gdy dziecko jest starsze, planowane są zabiegi wtórne zależnie od potrzeb danego pacjenta – drenaż ucha środkowego, rekonstrukcja wyrostka zębodołowego szczęki, korekta nosa, zabieg ortognatyczny korygujący wadę zgryzły itp.

Operowani pacjenci to małe dzieci, niemowlęta. Jaka jest skala trudności tych zabiegów?

Operacje rozszczepów rozpoczynamy w pierwszym roku życia. W przypadku jednostronnego albo obustronnego rozszczepienia wargi i podniebienia rekonstrukcje są bardzo skomplikowane i długo trwają. Małe dziecko musi przejść wielogodzinną operację. Nie byłoby to możliwe bez zaangażowania i doświadczenia zespołu anestezjologów wyspecjalizowanych w leczeniu dzieci. Specyfika leczenia dzieci jest wytłumaczeniem, dlaczego chirurgia rozszczepów opuściła kliniki chirurgii szczękowo-twarzowej w Polsce, które znajdują się w szpitalach dla dorosłych.

Duża koncentracja trudnych w leczeniu i relatywnie rzadko występujących przy-

padków w jednym ośrodku ma istotne znaczenie. Ktoś mógłby powiedzieć, że przecież lepiej mieć lokalny ośrodek blisko miejsca zamieszkania, niż jechać z dzieckiem z dalekiego krańca Polski do Warszawy. Gdyby komuś z nas urodziło się dziecko z taką wadą, czy chcielibyśmy, by było operowane w szpitalu, w którym taka operacja stanowi szczyt możliwości, czy też tam, gdzie jest codziennością? Odpowiedź jest oczywista, choć nie dla wszystkich. Z tego punktu widzenia tworzenie nowych ośrodków, które będą dopiero budować swoje doświadczenie kliniczne, wydaje się szkodliwe dla małych pacjentów, gdyż nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem wyników leczenia. Sprawa jest o tyle istotna, że jakkolwiek błąd podczas pierwszej operacji wady rozszczepowej później trudno w pełni naprawić lub nie jest to możliwe. Niestety, z naszych obserwacji wynika, że nie są to tylko rozważania teoretyczne.

Chirurdzy dziecięcy, chirurdzy szczękowo-twarzowi, neurochirurdzy, anestezjologdy. Leczenie wad rozszczepowych to praca wielu specjalistów i to nie tylko na etapie operacji.

Opieka wielospecjalistyczna w procesie leczenia złożonych wad często wymaga interwencji, oprócz chirurgów, wielu innych specjalistów – logopedy, foniatry, laryngologa, audiologa, psychologa, stomatologa, ortodonta, protezyka, periodontologa itp.

Ale podkreślam: pacjent powinien przyjechać do ośrodka specjalistycznego i w nim mieć wykonaną operację pierwotną rozszczepu. Dalsze leczenie, np. ortodontyczne, może i powinno odbywać się już w miejscu zamieszkania. Dlatego zależy mi bardzo na współpracy z lekarzami w innych ośrodkach w Polsce.

Jak taka współpraca przebiega?

Nie zawsze jest łatwo, choć się staramy. Nieraz miałem problemy z porozumieniem się z lekarzami, którzy początkowo nie akceptowali proponowanych przeze mnie metod, np. zakotwienia szkieletowego u dzieci, bo mają inne doświadczenia.



Fot. archiwum

► **Wspominał pan o lekarzach z zagranicy odwiedzających ośrodek, chcących poznać wasze metody pracy. Czym skutkuje wymiana doświadczeń?**

Kilka lat temu prof. Andreas Müller poprosił mnie o pomoc we wprowadzeniu naszej metody operacji jednoetapowej na Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Uniwersyteckiego w Bazylei. Lekarze stamtąd przyjeżdżali do nas na szkolenie, a dr Zbigniew Surowiec i ja jeździliśmy do Szwajcarii. Dzięki naszej pomocy ośrodek w Bazylei operuje obecnie wady rozszczepowe metodami z naszej kliniki. Polsko-szwajcarska współpraca jest kontynuowana – my wspieramy Szwajcarów klinicznie, oni nas w realizacji projektów naukowo-dydaktycznych.

Nasz ośrodek od lat jest uczestnikiem projektu badawczego Slavcleft, zainicjowanego przez prof. Piotra Fudaleja z Uniwersytetu w Bernie. Projekt umożliwia wykonywanie ocen porównawczych wyników leczenia dzieci z rozszczepami wargi i podniebienia, pochodzących z ośrodków operujących

populacje słowiańskie (w Bratysławie, Pradze i Warszawie).

W czerwcu w Mediolanie odbędzie się kongres Europejskiego Towarzystwa Rozszczepowego. Poproszono mnie o przedstawienie na sesji porównującej różne ośrodki naszych wyników oceny dorosłych pacjentów po zakończeniu leczenia. Niewiele placówek na świecie może zaprezentować tak odległe wyniki operacji wykonywanych we wczesnym dzieciństwie. Większość materiału, który pokażę, znajduje się już w moich publikacjach, bo taką historią i dokumentacją dysponuje nasz ośrodek.

Czy równie owocna, jeżeli chodzi o wymianę doświadczeń lub szkolenie kadr medycznych, jest działalność na rodzimym gruncie?

Mam wrażenie, że ogromna wartość naszej pracy i wysoka ranga ośrodka, przyznawana nam na świecie, wynika z unikalnych doświadczeń klinicznych, ale ze względu na swoją niszowość jest mało znana w Polsce. Dlatego bardzo ważną rolę w upowszechnianiu naszych

metod chirurgicznych odgrywa szkolenie młodych lekarzy. Jestem gorącym propagatorem chirurgii szczękowo-twarzowej wieku rozwojowego – dziedziny w Polsce dopiero raczkującej, choć na świecie od dawna rozwijanej. Postępowanie w chirurgii szczękowo-twarzowej dorosłych jest czasami zupełnie odmienne niż w przypadku dzieci.

Posiada pan zarówno dyplom lekarza, jak i lekarza dentyisty...

Jestem członkiem i egzaminatorem The European Board of Oro-Maxillo-Facial Surgery (EBOMFS). Zdobyć dyplomu tej organizacji wymaga ukończenia studiów medycznych na kierunkach lekarskim i dentyście (same studia dentyście nie wystarczą), specjalizacji z chirurgii szczękowo-twarzowej w rodzimym kraju europejskim i zaliczenia trójstopniowego egzaminu przed komisją EBOMFS. Choć organizacja skupia obecnie ponad 700 członków, nadal ma charakter elitarny. Zachęcam lekarzy w Polsce do zainteresowania się tą bardzo ciekawą i pełną wyzwania dziedziną medycyny i zdawania egzaminów EBOMFS. ●