

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Wstęp- Wrodzona głuchota (wrodzona utrata słuchu) jest najczęstszym wrodzonym schorzeniem w krajach rozwijających się oraz najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem zmysłowym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje ją, jako ubytek słuchu równy, większy 80 decybeli. Dane epidemiologiczne wskazują, iż 50 % głuchot u noworodków uwarunkowana jest genetycznie, z czego 30 % związana jest z różnymi zespołami genetycznymi, w których wrodzona głuchota jest jednym z objawów. Pozostałe 70 % stanowią przypadki, które są samodzielną izolowaną wadą wrodzoną związaną z mutacją określonego genu, dziedziczonego w sposób recesywny, dominujący lub też sprzężony z chromosomem X. Pozostałe 50 % stanowią czynniki pozagentryczne, które mogą mieć wpływ na funkcje słuchowe w czasie rozwoju płodu.

Etiopatogeneza wrodzonej głuchoty jest wieloczynnikowa i zależy m.in. od miejsca uszkodzenia oraz czynnika wywołującego dysfunkcję narządu słuchu, a co za tym idzie możliwości kształtowania funkcji narządu mowy w późniejszym rozwoju dziecka. Wpływ na jej wystąpienie ma także czas zadziałania bodźców zewnętrznych mogących oddziaływać na rozwój słuchu, jak i wzroku.

Literatura podaje, iż u pacjentów z wrodzoną głuchotą może występować tzw. remodeling układu nerwowego, w wyniku deprawacji sensorycznej, jaką jest wrodzona głuchota, polegający na zmianach kompensacyjnych w procesie widzenia.

Celem pracy było ustalenia różnic w morfologii i funkcjonalności siatkówki po przez przebadanie różnicy w grubości warstwy włókien nerwowych, kompleksie komórek zwojowych siatkówki, parametrach tarczy nerwu wzrokowego i pola widzenia pomiędzy pacjentami głuchymi, a słyszącymi oraz korelacji powyższych parametrów, biorąc pod uwagę także ich wiek.

Materiał i metody - do udziału w badaniu zakwalifikowano 54 osoby (36 kobiet i 18 mężczyzn) w przedziale wiekowym od 18-42 roku życia, których podzielono na dwie grupy: grupę głuchych (G) oraz grupę słyszących-kontrolną (K).

Z każdym pacjentem biorącym udział w badaniu przeprowadzony dokładny wywiad oraz następujące badania: badanie ostrości widzenia do bliży i dali na tablicach Snellena, badanie odcinka przedniego i tylnego, badanie OCT tylnego odcinka z pomiarem grubości RNFL i kompleksu komórek zwojowych siatkówki, badanie HRT, oceniające parametry tarczy nerwu II, perymetrię automatyczną.

Wyniki - nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie w grubość RNFL w każdym kwadrancie pomiędzy badanymi grupami, mierzonej za pomocą OCT tylnego odcinka.

Grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem grubości kompleksu komórek zwojowych siatkówki. U pacjentów głuchych grubość GCC była znacznie wyższa w porównaniu do grupy kontrolnej.

Powierzchnia pierścienia neurosiatkówkowego wydają się być nieco większa u pacjentów głuchych, lecz statystycznie nieistotna.

Wykazano istotną statystycznie korelację średniej grubości RNFL, ze średnią grubością GCC w obydwu grupach.

Grupy nie różniły się statystycznie parametrami pola widzenia. Nie wykazano także statystycznie istotnej korelacji pomiędzy parametrami pola widzenia i tarczy nerwu II zarówno u pacjentów głuchych, jak i słyszących.

Uzyskano statystycznie istotną zależność pomiędzy RNFL w sektorze skroniowym, a parametrem pola widzenia MD w oku prawym u pacjentów niesłyszących oraz korelację pomiędzy wiekiem pacjentów, a parametrem PSD w OP w grupie głuchej i atrybutem MD w OL wśród osób słyszących.

Wnioski- nie wykazano istotnie statystycznej różnicy w grubości RNFL i parametrach pola widzenia pomiędzy grupami. Badanie pokazało, że u pacjentów głuchych grubość GCC jest znacznie statystycznie wyższa w porównaniu z grupą kontrolną oraz, że powierzchnia pierścienia neurosiatkówkowego jest większa, choć statystycznie nieznamienna. Nie odnotowano w badanych grupach korelacji pomiędzy parametrami tarczy nerwu II, a polem widzenia, jak również zależności między wiekiem, a RNFL i GCC. Zauważono natomiast dodatnią zależność pomiędzy RNFL G i Avg GCC oraz wiekiem i polem widzenia w obydwu grupach. Wśród osób głuchych pozytywna zależność widoczna była także pomiędzy RNFL, a parametrem MD w OP, zaś w grupie słyszącej między parametrem Rim Area w OL, a wiekiem. Niniejsza praca wydaje się być ważna z klinicznego punktu widzenia ze względu na sposób postrzegania chorób nerwu wzrokowego u pacjentów z wrodzoną głuchotą, jak również podkreśla rolę wykonywania badania pomiaru grubości włókien nerwu wzrokowego i kompleksu komórek zwojowych siatkówki w odniesieniu do wyników pola widzenia, co razem stanowi złoty standard postępowania w przypadku diagnozowania chorób z obszaru neuropatii.

