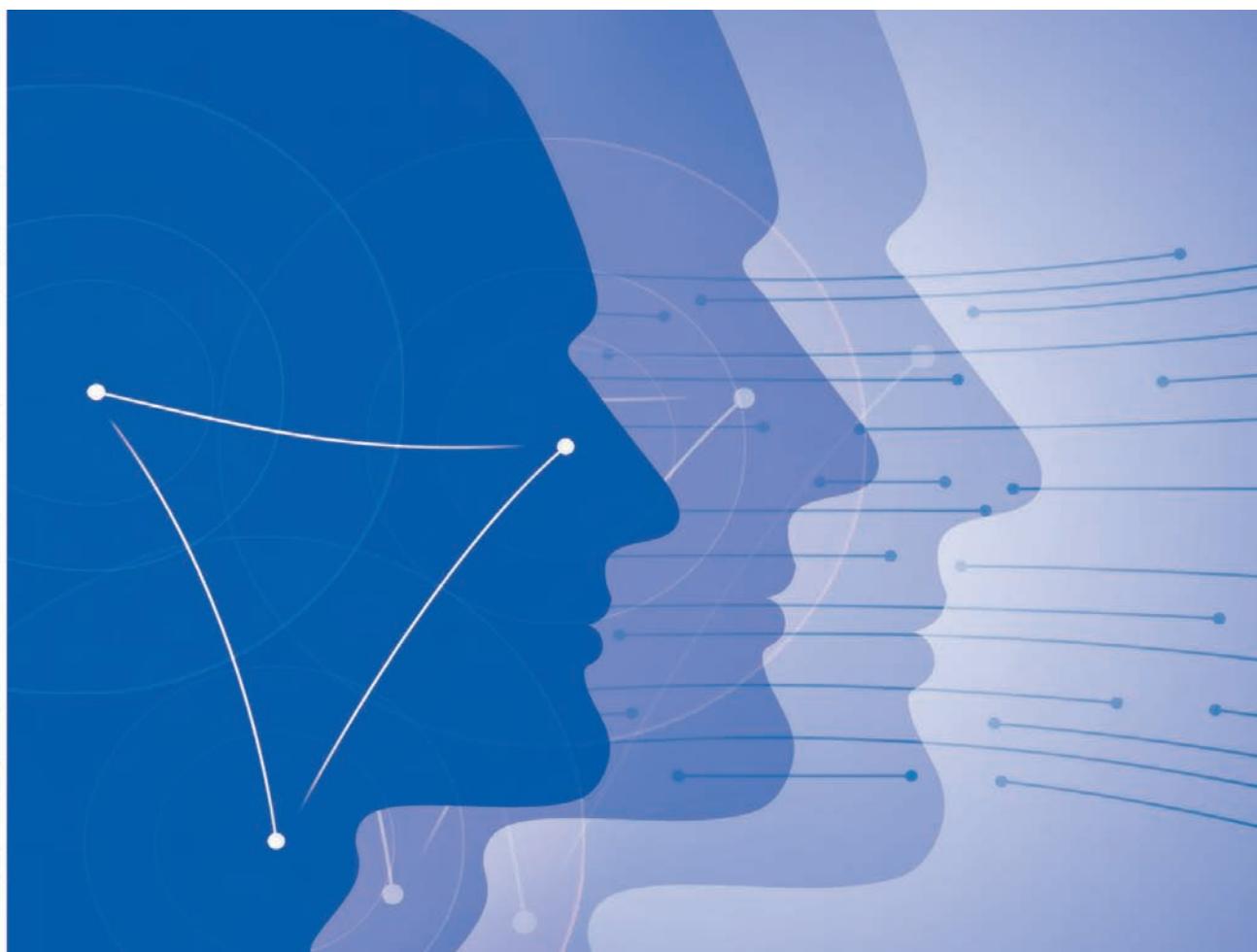




ОТО — International bulletin
RHINO
LARINGOLOGY



Bulgarian National Society
of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery
Българското дружество по
оториноларингология, хирургия на глава и шия



Bulgarian society
of obstructive sleep apnea and snoring
Българско дружество
по обструктивна сънна апнея и хъркане



„Prof. P. Stoyanov“ Medical University of Varna, Bulgaria
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна

ОТО RHINO LARINGOLOGY

International bulletin

Editor in Chief

Mario Milkov (Bulgaria)
mario.milkov@gmail.com

Editor of e-Journal

Plamen Nedev (Bulgaria)

Associate Editors

R. Benchev (Bulgaria)
D. Popova (Bulgaria)
I. Tzenev (Bulgaria)

International board

A. Candela (Spain)
A. Desai (India)
Al. Rainov (Bulgaria)
A. Baumgartner (Austria)
A. Neagos (Romania)
A. Varini (Italy)
A. S. Vieira (Portugal)
C. Batman (Turkey)
C. Uzun (Turkey)
D. Doskov (Bulgaria)
D. Fliss (Israel)
D. Konov (Bulgaria)
D. Marev (Bulgaria)
D. Vicheva (Bulgaria)
E. Mayers (USA)
E. M. Badr (Egypt)
E. Zenev (Germany)
F. Piatza (Italy)
F. Tralbalzini (Italy)
G. Edrev (Bulgaria)
G. Georgiev (Bulgaria)
G. Iliev (Bulgaria)
G. M. O'Donoghue (England)
G. Marinov (Bulgaria)
Georg Sprinzl (Austria)
H. Frengov (Bulgaria)
H. Negm (Egypt)
I. Chalakov (Bulgaria)
I. Hizalan (Turkey)
I. Tzolov (Bulgaria)

I. Zlatanov (Bulgaria)
I. Yovchev (Bulgaria)
J. Dornhoffer (USA)
J. Helms (Germany)
J. Magnan (France)
J. Rangachev (Bulgaria)
J. Sade (Israel)
K. Hörmann (Germany)
K. Hütenbring (Germany)
K. Jambazov (Bulgaria)
K. Park (Korea)
K. Popov (Bulgaria)
K. Schwager (Germany)
M. Bance (Canada)
M. Bernal-Sprekelsen (Spain)
M. Caversaccio (Switzerland)
M. Davidoff (Germany)
M. Profant (Slovakia)
M. Portmann (France)
M. Stankovic (Serbia)
M. Sanna (Italy)
M. Tos (Danemark)
N. Ozgirgin (Turkey)
N. Petkov (Bulgaria)
N. Sapunjiev (Bulgaria)
O. Borisenko (Ukraine)
O. Cruz (Brazil)
O. Stoianov (Bulgaria)
P. Dimov (Bulgaria)
P. Kabakchiev (Bulgaria)
P. Palma (Italy)

P. Ruev (Bulgaria)
P. Senn (Switzerland)
R. Brito (Brazil)
R. Guidoin (Canada)
R. Laszig (Germany)
R. Mlinski (Germany)
R. Vincent (France)
R. Heusler (Switzerland)
S. Dazert (Germany)
S. Da Costa (Brazil)
S. Caldas (Brazil)
S. Karpischenko (Russia)
S. Kosyakov (Rusia)
S. Lolov (Bulgaria)
S. Stoianov (Bulgaria)
S. Varbanova (Bulgaria)
S. Vasileva (Bulgaria)
Sp. Todorov (Bulgaria)
T. Avramov (Bulgaria)
T. Kalcioğlu (Turkey)
T. Kiratzidis (Greece)
T. Nikolopoulos (Greece)
Tz. Tonchev (Bulgaria)
T. Shirov (Bulgaria)
V. Honnurappa (India)
V. Stoqnov (Bulgaria)
V. Svestarov (Bulgaria)
V. Pavlov (Bulgaria)
V. Tzvetkov (Bulgaria)
W. Grolman (Niederland)

Contents/Съдържание

Виене на свят и системни метаболитни нарушения

Dizziness systemic metabolic disorders

Вълчева, С., Тодоров, Сп. 5

Results in the development of speech in bilingual children with a cochlear implant

D. Popova, S. Varbanova, Sp. Todorov, Ig. Stancheva. 9

Open bite – dental and skeletal. Differential diagnosis, prophylaxis and treatment.

Retention problem

Petar Baev, L. Matev, Tz. Tonchev, Ch. Madjova, A. Pomakova, Mario Milkov 15

Ramsay Hunt syndrome with ipsilateral involvement of the glossopharyngeus nerve

G. Kukushev, R. Andonova 26

Пролетна научна конференция: Съвременни концепции в лечението на ушите, носа и гърлото

Асоциация на лекарите по оториноларингология ИСУЛ 29

**Correspondence,
subscription and advertising:**

9000 Varna
Central Post,
box 333

Office:

9002 Varna
St. „Gen. Kisselov“ 27 fl. 1, office 2
tel./fax 052/608 546

e-mail:

stenobg@gmail.com
www.stenobooks.com

**Published by
Publishing House STENO**

Copyright
© 2005–2015,
Publishing House STENO
All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced
or circulated without the written permission of
the publisher.

ISSN 1312-6997



международен бюлетин по
Ото Рино ЛАРИНГОЛОГИЯ

Година X, Брой **4**/2015 г.

Издание на
Издателска къща СТЕНО

Copyright
© 2005–2015,
Издателска къща СТЕНО
Всички права запазени.
Никаква част от това издание не
може да бъде препечатвана или
тиражирана без писмено
разрешение на издателя.

**За кореспонденция,
абонамент и реклама:**

9000 Варна,
Централна поща,
п.к. 333

Офис:
9002 Варна
ул. „Ген. Киселов“ 27, ет. 1,
офис 2
тел./факс 052 / 608 546

e-mail:
stenobg@yahoo.com
www.stenobooks.com

Главен редактор: доц. Марио Милков

Зам.-главен редактор: Пламен Недев

Асоциирани редактори: Румен Бенчев, Дияна Попова, Иван Цанев

Редакционна колегия: П. Димов, К. Джамбазов, Д. Вичева, В. Цветков,
Д. Марев, Г. Георгиев, В. Павлов, Г. Едрев,
Д. Досков, И. Йовчев, Н. Петков, И. Цолов,
Т. Аврамов, Хр. Френгов, Сп. Тодоров,
С. Върбанова, С. Стоянов, П. Руев, С. Лолов,
В. Стоянов, А. Вълков, И. Чалъков,
Ю. Рангачев, О. Стоянов

Редактор на списанието и издателството: Димитринка Енева

Рецензент на броя: доц. М. Милков



Издателска къща СТЕНО – Варна

ISSN 1312-6997

Guidelines for Authors

These guidelines are in accordance with the „Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals“ published in *N Engl J Med* 1997; 336: 309-315

The *Bulgarian Journal Steno* published original papers, editorials, short rapid communications, case reports and reviews concerned with aspects of general interest of the scientific basis, clinical features, and therapeutic approach of diseases. The journal is published quarterly and papers are accepted for publication both in English and Bulgarian languages. Manuscripts containing original material are accepted if neither the article nor any essential part of this has been or will be published or submitted elsewhere before. This restriction does not apply to abstracts or press reports published in connection with scientific meetings.

Submit an original manuscript with one set of original figures and two copies of the complete manuscript. Address all submissions to the Editor / M. Milkov, *Journal Steno*, street, №, Varna, Bulgaria.

The manuscripts should be on standard-sized A4 paper in double-spaced typewriting on one side of the paper only. Manuscripts must be prepared in accordance with the „Uniform Requirements for Manuscript submitted to Biomedical Journals“. Manuscripts improperly prepared will be returned to the author without review. A separate covering letter signed by the authors must state that the data have not published elsewhere and identify the author to whom the correspondence must be submitted. All original manuscripts will be submitted to reviewers, known personalities in the field.

Manuscript preparation

Arrange manuscript as follows, each component (1-9) beginning on a separate page: (1) title page, (2) abstract, (3) introduction/background, (4) material and methods, (5) results, (6) discussion, (7) references, (8) figure legends, (9) tables.

Place page number and first author's last name at top of each page.

Cite references, figures and tables consecutively as they appear in the text.

(1) Title page

Title should be concise and descriptive. The title page should include the name of the author with initials or distinguishing first name, and the name and address of the hospital or institution where the work was performed.

List grant support and other assistance.

List alphabetically abbreviations used and three to ten keywords.

Provide name, complete address, telephone number and fax number of corresponding author.

Title page should include also a short (fewer than 45 characters) running head.

(2) Abstract

Provide on a separate page an abstract of not more than 250 words, consisting of four paragraphs, labeled: Background, Methods, Results and Conclusions. Do not use abbreviations, footnotes, or references. For original articles, if the paper is published in French, an English abstract should be added to the manuscript, and conversely.

(3) Body of paper

The paper must be conventionally structured in the following chapters: Introduction/

Background, Methods, Results, and Discussions. Each chapter must begin on separate pages. In Materials and Methods, the authors must give sufficient information to permit detailed evaluation and duplication of the work by other investigators. Ethical guidelines followed must be described.

Approval of institutional human research review committees or animal welfare committees should be cited. Outline statistical

methods used. Identify drugs and chemicals used by generic name (if trademarks are mentioned, manufacturer name and city are given).

(4) References

Cite references in order of appearance in text using arabic numerals in parentheses. Cite personal communications and unpublished data directly in text without being numbered. Conform abbreviation to those used in Index Medicus. List of all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three, than et al.

Examples:

Original article

23. Kimura K, Ohto M, Matsutani S, Furuse J, Hoshino K, Okuda K. Relative frequencies of portosystemic pathways and renal shunt formation through the „posterior“ gastric vein: portographic study in 460 patients. *Hepatology* 1990; 12: 725-728

Article in book:

21. Rousselot LM, Burchell AR. Splenic and arterial portography and hemodynamics in portal hypertension. In: Schiff L, ed. *Diseases of the liver*. Philadelphia: JB Lippincott, 1975: 368-423

(5) Tables

Tables must be typed and double-spaced, each on separate sheet. Number according to order of citation. Table number and title must appear above table, explanatory notes below.

(6) Figure legends

Figure legend must be typed and double-spaced. Numbered according to order of citation. Provide enough information to permit the interpretation of figure without reference to text.

(7) Figures/illustrations

Figures should be professionally designed. Submit one set of high-quality glossy photographs in a separate envelope. They will be submitted in actual-size, as they will be printed without enlargement or reduction. Identify each figure with first's author's last name, figure number in Arabic numerals and an arrow indicating the top on the backside on each figure marked with a soft pencil or on a self-adhesive label affixed to the back of each figure. Color illustrations are accepted if they make an exceptional contribution. Authors will be required to subsidize the publication, if have colored figures at a cost of ? BNL per figure.

Case reports will only be accepted if of major merit and interest. Letters related with articles published in *Steno* or with topics of general interest are welcomed.

Images in *Clinical Medicine* will publish the most interesting images in the field of clinical medicine addressed to the Editor. Corrections other than printer errors may be charged to the author.

Peer-review procedure

The *Steno* promotes evaluation of all the original papers by two or three independent (?) reviewers. The peer-review process is essential for ensuring the quality of the scientific information disseminated. The reviewers are asked to evaluate the manuscript by applying the same standards as for the international journals. The reviewers send their comments to the Editor. The Editor will inform the authors about the suggestions made by the referee and ask them to answer the questions and make the required corrections. The revised manuscript should be sent in no more than two months to the Editor. Revised manuscripts sent later will not be considered.

When the Editor receives the corrected version with all changes marked, accompanied by a letter with a point-by-point reply to the reviewers' comments, he sends those back to the same reviewer, who makes the final recommendation for acceptance or rejection of the manuscript.

The Editorial Team *Steno*



Виене на свят и системни метаболитни нарушения

Dizziness systemic metabolic disorders

Вълчева, С., Тодоров, Сп.

Катедра по УНГ-болести, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ ЕАД София

Valcheva, S., Todorov, Sp.

Department of ENT diseases, University Hospital „Queen Yoanna“ – Sofia EAD ISUL

Резюме

Звуковите и вестибуларни симптоми са общи при пациенти със захарен диабет. Слуховите и вестибуларните дисфункции се появяват както в преддиабетно състояние, така и при бъбречни заболявания. Най-важният аспект в предотвратяването на слухови и вестибуларни дисфункции при пациенти с уремия е да се избегне използването на потенциални ототоксични вещества. Внимателното управление на електролити при пациенти, подложени на хронична бъбречна диализа, ще предотврати вариращи слухови и вестибуларни симптоми. Виене на свят може да възникне и при пациенти с хипотиреоидизъм. Двустранната невросензорна загуба на слуха, свързана с придобит хипотиреоидизъм се подобрява след поддържаща терапия с хормона на щитовидната жлеза.

Abstract

Auditory and vestibular symptoms and signs are common in patients with diabetes mellitus. Although it has been suggested that auditory and vestibular dysfunctions occur in the prediabetic state, as with the retinal and renal changes. The single most important aspect in preventing auditory and vestibular dysfunctions in patients with uraemia is to avoid the use of potential ototoxic drugs. Careful management of electrolytes in patients undergoing chronic renal dialysis will prevent fluctuating auditory and vestibular symptoms. The bilateral sensorineural hearing loss associated with acquired hypothyroidism improves in a small percentage of patients after thyroid hormone replacement.

Захарен диабет

Звуковите и вестибуларни симптоми са общи при пациенти със захарен диабет, без да съществува убедително доказателство за определен вид диабетна лезия във вътрешното ухо или по хода на осмия черепномозъчен нерв. При пациенти, които имат диабет и аудио-вестибуларна дисфункция, чиито темпорални кости са били проучени при аутопсия, е установено, че патологичните промени са на базата на съдови изменения. Три вида съдови промени настъпват при захарния диабет: (1) микроангиопатия с удебеляване на базалната мембрана на малките капилярни съдове, (2) атеросклеротично

Diabetes Mellitus

Auditory and vestibular symptoms and signs are common in patients with diabetes mellitus, but convincing evidence does not exist for a specific type of diabetic lesion of the inner ear or eighth nerve. In those diabetic patients with audio-vestibular dysfunction whose temporal bones and nervous systems have been studied at necropsy, pathologic changes can be explained on the basis of associated vascular disease. Three types of vascular changes occur with diabetes mellitus: (1) microangiopathy with thickening of the basement membrane of small vessels, (2) arteriosclerotic narrowing of small arteries and arterioles, and (3) ath-

стесняване на малките артерии и артериоли и (3) атеросклеротично стесняване на големите артерии. Тези съдови промени могат да увредят слуховия и вестибуларния апарат от периферната част или по хода на осмия черепномозъчен нерв до техните корови представителства към централната нервна система (ЦНС). Най-честата находка в лабиринта при аутопсия на пациенти със захарен диабет е удебеляването на стените на капилярите, което е най-силно изразено в стриа васкуларис, което е вероятната причина за прогресивната, двустранна, високо-честотна загуба на слуха. Подобни промени са открити във вестибуларния апарат; те, заедно с отпадане на вестибуларния нерв и ганглий, може да обяснят оплакванията от хронична загуба на равновесие и виене на свят при пациенти с диабет. Внезапна поява на загуба на слуха и/или световъртеж при пациенти със захарен диабет може да са резултат от запушване на съдовете на лабиринта или по хода на осмия черепномозъчен нерв. Честотата на захарния диабет е значително по-висока при пациенти с идиопатична, внезапна, сензорна загуба на слуха, в сравнение със съвпадащи по възраст и пол контроли. Мононевропатии на черепномозъчните нерви са добре известен клиничен феномен, свързан със захарния диабет; те най-вероятно се дължат на артериосклеротичното запушване на артериолите, доставящи кръв до осми черепномозъчен нерв. Атеросклерозата на големи съдове предразполага пациентите към преходна вертебробазиларна недостатъчност и специфични синдроми, като например синдром на предната вестибуларна артерия и страничния медуларен синдром. Ортостатична хипотония е честа причина за пресинкопно премалвяване при пациенти със захарен диабет.

Уремия

Многобройни причини за слухови и вестибуларни нарушения могат да бъдат установени при пациенти с хронично бъбречно заболяване. Същият патологичен процес може да повлияе както бъбреците, така и лабиринтите, което се вижда при синдрома на Алпорт (наследствена глухота и нефрит). Имуносупресивното лечение при бъбречни заболявания, което се използва, за да се избегне отхвърлянето на трансплантата, води до чести инфекции в ушите, причинени от редки или сапрофитни микроорганизми. Пациентите с бъбречно заболяване са особено подат-

erosclerotic narrowing of the large arteries. These vascular changes may damage the auditory and vestibular system from the peripheral end organs and eighth nerve to their diffuse central nervous system (CNS) connections. The most common finding in the labyrinth at necropsy in patients with diabetes mellitus is a thickening of the capillary walls, which is most prominent in the vascular stria of the cochlea, where it may account for the progressive, bilateral, high-frequency hearing loss characteristic of the disease. Similar changes are found in the vestibular end organs; these, along with degeneration of vestibular nerve and ganglion, could explain complaints of chronic disequilibrium and dizziness in diabetic patients. Sudden onset of hearing loss and/or vertigo in patients with diabetes mellitus can result from occlusion of the vessels to the labyrinth or the eighth nerve. The prevalence of diabetes mellitus was significantly higher in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss compared with age- and sex-matched controls. Cranial nerve mononeuropathies are a well-known clinical phenomenon associated with diabetes mellitus; they are most likely due to arteriosclerotic occlusion of arterioles supplying the cranial nerve. Atherosclerosis of larger vessels predisposes the patient to transient vertebrobasilar insufficiency and to specific occlusive syndromes, such as the anterior vestibular artery syndrome and the lateral medullary syndrome. Postural hypotension is a common cause of presyncopal light-headedness in patients with diabetic mellitus.

Uremia

Multiple causes of auditory and vestibular symptoms can be identified in patients with chronic renal disease. The same pathologic process can affect both the kidneys and the labyrinths, as seen in Alport's syndrome (hereditary nephritis and deafness; see Chapter 18), diabetes mellitus, and Fabry's disease. Immunosuppressive treatment either of the primary renal disorder or to avoid transplant rejection predisposes the patient to otologic infections, often with exotic or saprophytic organisms. Patients with renal disease are particularly vulnerable to the ototoxic effects of aminoglycoside antibiotics and



ливи на ототоксични увреждания с аминокликозидни антибиотици, а не от диуретици, причината е неспособността им да изчистят тези вещества от кръвта. Ототоксичността е може би най-честата причина за слухови и вестибуларни симптоми при пациенти с уремия.

Хипонатриемията причинява обратима загуба на слуха и шум в ушите при пациенти, подложени на хронична хемодиализа. Налице е висока степен на корелация между загубата на слуха и серумните нива на натрий, независимо от нивото на урея в кръвта. Загубата на слуха може да бъде коригирана при повечето пациенти, като възвърнем нивото на серумния натрий към нормалното ниво. Пациентите, подложени на хронична хемодиализа и тези на бъбречни трансплантации, изпитват променливи слухови и вестибуларни симптоми.

Хроничната диализа се свързва с някои неврологични синдроми, включително със загуба на равновесие, субдуралния хематом и енцефалопатията на Вернике.

Хипотиреоидизъм

Симетричната лека до умерена сензорна загуба на слуха обикновено се свързва със спорадичен, не-ендемичен хипотиреоидизъм. Виене на свят може да възникне и при пациенти с хипотиреоидизъм, въпреки че няма такъв синдром, характерен за това заболяване. Някои изследователи са открили висока честота на хипотиреоидизма при пациенти с идиопатичния синдром на Мениер. Хормонът на щитовидната жлеза е от решаващо значение за нормалното развитие и на двете – слуховата и вестибуларната функция. Вроденият хипотиреоидизъм при плъховете води до загуба на слуховата и вестибуларната функция и терапия със заместителен хормон в ранните етапи на постнаталното развитие предотвратява загубата на функциите.

References:

1. Knip M, Virtanen SM, Akerblom HK; Infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2010 May; 91(5): 1506S-1513S. doi: 10.3945/ajcn.2010.28701C. Epub 2010 Mar 24. Diabetes in the UK 2012 – Key statistics on diabetes; Diabetes UK, April 2012 Diabetes – type 2; NICE CKS, July 2010 (UK access only) Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis

no diuretics because of their inability to clear these substances from the blood; ototoxicity is probably the most common cause of auditory and vestibular symptoms in uremic patients

Hyponatremia causes reversible hearing loss and tinnitus in patients undergoing chronic haemodialysis. There is a high degree of correlation between the hearing loss and serum sodium levels, irrespective of the blood urea level. The hearing loss can be corrected in most patients by returning the serum sodium level to normal. Patients undergoing chronic haemodialysis and those receiving kidney transplants often experience ill-defined fluctuating auditory and vestibular symptoms.

Chronic dialysis is also associated with several neurological syndromes, including the disequilibrium syndrome, subdural hematoma, and Wernicke's encephalopathy.

Hypothyroidism

A symmetrical, mild to moderate sensorineural hearing loss is commonly associated with sporadic, non-endemic hypothyroidism. Vertigo may also occur in hypothyroid patients, although there is no vertiginous syndrome that is characteristic of this disorder. Some investigators have a high incidence of hypothyroidism in patients with idiopathic Meniere's found syndrome but others have not. Thyroid hormone is critical for the normal development of both the auditory and vestibular systems. Congenital hypothyroidism in rats leads to loss of auditory and vestibular function, and replacement hormone in the early stages of postnatal development prevents the loss of function. Similarly, there appears to be a critical therapeutic window for preventing hearing loss in children with congenital hypothyroidism. Auditory and vestibular abnormalities have also been documented in animals who have been made hypothyroid. However, those abnormalities typically do not recover after hormone replacement.

References:

1. Knip M, Virtanen SM, Akerblom HK; Infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2010 May; 91(5): 1506S-1513S. doi: 10.3945/ajcn.2010.28701C. Epub 2010 Mar 24. Diabetes in the UK 2012 – Key statistics on diabetes; Diabetes UK, April 2012 Diabetes – type 2; NICE CKS, July 2010 (UK access only) Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis

- of Diabetes Mellitus; World Health Organization, 2011 Diabetes – type 1; NICE CKS, Dec 2010
2. Wherrett DK, Daneman D; Prevention of type 1 diabetes. *Pediatr Clin North Am.* 2011 Oct; 58(5): 1257-70, xi. Haller MJ, Atkinson MA, Schatz DA; Efforts to prevent and halt autoimmune beta cell destruction. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2010 Sep; 39(3): 527-39. doi: 10.1016/j.ecl.2010.05.006
 3. Peakman M; Can we vaccinate against Type 1 diabetes? *F1000 Biol Rep.* 2012; 4:19. doi: 10.3410/B4-19. Epub 2012 Oct 2.
 4. Richet, Gabriel. „Early history of Uremia“. *Kidney International.* 1988, 33, pp.1013-1015.
 5. Bishop, M.L.; Fody, E.P. and Schoeff, L.E. *Clinical Chemistry: Techniques, Principles, Correlations.* 6th Edition. Lippincott Williams and Wilkins. p. 268.
 6. Martin I. Surks, MD; Eduardo Ortiz, MD, MPH; Gilbert H. Daniels, MD; Clark T. Sawin, MD; Nananda F. Col, MD, MPP, MPH; Rhoda H. Cobin, MD; Jayne A. Franklyn, MD; Jerome M. Hershman, MD; Kenneth D. Burman, MD; Margo A. Denke, MD; Colum Gorman, MD, PhD; Richard S. Cooper, MD; Neil J. Weissman, MD (2004 Jan 14).
 7. Grozinsky-Glasberg S, Fraser A, Nahshoni E, Weizman A, Leibovici L (julio de 2006). «Thyroxine-triiodothyronine combination therapy versus thyroxine monotherapy for clinical hypothyroidism: meta-analysis of randomized controlled trials». *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 91 (7): 2592–9.
- of Diabetes Mellitus; World Health Organization, 2011 Diabetes – type 1; NICE CKS, Dec 2010
2. Wherrett DK, Daneman D; Prevention of type 1 diabetes. *Pediatr Clin North Am.* 2011 Oct; 58(5): 1257-70, xi. Haller MJ, Atkinson MA, Schatz DA; Efforts to prevent and halt autoimmune beta cell destruction. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2010 Sep; 39(3): 527-39. doi: 10.1016/j.ecl.2010.05.006
 3. Peakman M; Can we vaccinate against Type 1 diabetes? *F1000 Biol Rep.* 2012; 4:19. doi: 10.3410/B4-19. Epub 2012 Oct 2.
 4. Richet, Gabriel. „Early history of Uremia“. *Kidney International.* 1988, 33, pp.1013-1015.
 5. Bishop, M.L.; Fody, E.P. and Schoeff, L.E. *Clinical Chemistry: Techniques, Principles, Correlations.* 6th Edition. Lippincott Williams and Wilkins. p. 268.
 6. Martin I. Surks, MD; Eduardo Ortiz, MD, MPH; Gilbert H. Daniels, MD; Clark T. Sawin, MD; Nananda F. Col, MD, MPP, MPH; Rhoda H. Cobin, MD; Jayne A. Franklyn, MD; Jerome M. Hershman, MD; Kenneth D. Burman, MD; Margo A. Denke, MD; Colum Gorman, MD, PhD; Richard S. Cooper, MD; Neil J. Weissman, MD (2004 Jan 14).
 7. Grozinsky-Glasberg S, Fraser A, Nahshoni E, Weizman A, Leibovici L (julio de 2006). «Thyroxine-triiodothyronine combination therapy versus thyroxine monotherapy for clinical hypothyroidism: meta-analysis of randomized controlled trials». *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 91 (7): 2592–9.

1431 Sofia, Bulgaria
bul. „Acad. Ivan Geshov“ 15
Department of ENT, Medical University



Results in the development of speech in bilingual children with a cochlear implant

D. Popova, S. Varbanova, Sp. Todorov, Ig. Stancheva

Department of ENT, Medical University – Sofia

Introduction

The cochlear implant (CI) is the most important progress in the treatment for children with severe to profound bilateral sensorineural hearing loss who do not receive adequate benefit from hearing aids and making possible better results in auditory, linguistic, social and academic development. Several factors make multilingual proficiency a more attainable goal for CI children than was previously thought. CI offers a profoundly deaf child broader access than do hearing aids to the fine phonetic features and supra segmental patterns of spoken language.

Speech processing replicates the essential components of language to a high degree of resolution that was previously impossible.

CI allows natural language learning, including the overhearing of conversations among native language users.

Such access to incidental language is critical if a child is to learn more than one spoken language via a CI.

Is bilingualism ‘special’?

- Bilingualism is the norm in many places.
- More international mobility leads to more bilingual/multilingual families.
- There are many misconceptions about the nature of bilingualism.

- There is a need for information about how bilingualism works.
- The human brain has highest receptivity for language in early infancy and childhood.
- It can acquire more than one language spontaneously without any ‘effort’.

Cognitive advantages

- Bilingual children have higher metalinguistic awareness, i.e. sensitivity to language as a symbolic system. Bilingual children have been found to perform better than monolinguals on some aspects of literacy based on metalinguistic awareness. Bilinguals can ‘distance themselves’ from language, so to speak, and talk about the form of language separately from its meaning. Many parents also report that bilingual children have more precocious reading skills, and this has recently been confirmed experimentally. Bilinguals seem to have an advantage with respect to some aspects of reading that are related to metalinguistic awareness. A further spin-off of bilingualism is higher awareness of language and greater ability to think about it and talk about it. Bilingual children have a greater ability to focus on the form of language, abstracting away from meaning. Parents of bilingual children often report that their children

engage in ‘language play’ that may take the form of ‘funny accents’ or impossible literal translations between one language and another. CI children from multilingual homes increases, remember that language is a component of the larger issues of culture. Cultures differ widely in their features, including: social customs., communication styles, food and eating rituals, music, roles of parents, grandparents, and extended family, a culture’s view of childhood, gender roles, attitudes toward disabilities.

A lot of study supports the belief that exposure to a second language at home does not impair primary language acquisition for some young children with cochlear implants. The study suggests that some children with cochlear implants can learn multiple spoken languages and that parents of such children do not need to avoid using a minority language with their child who has a cochlear implant. The clinical development of the patient correlates to the deprivation and the plasticity of the neural system and is related to the length of deafness, age of implantation and their effect on the performance with a cochlear implant.

The socioeconomic rating, the number of resident members family, higher educational level of family, type and housing conditions and higher occupational level also influence the speech and language development. This case study focuses on the auditory and language development of implanted

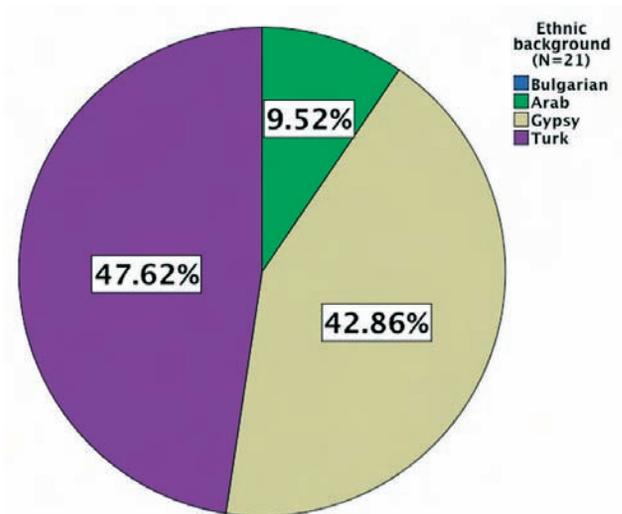
children – who were exposed in a bilingual environment.

Material and Methods

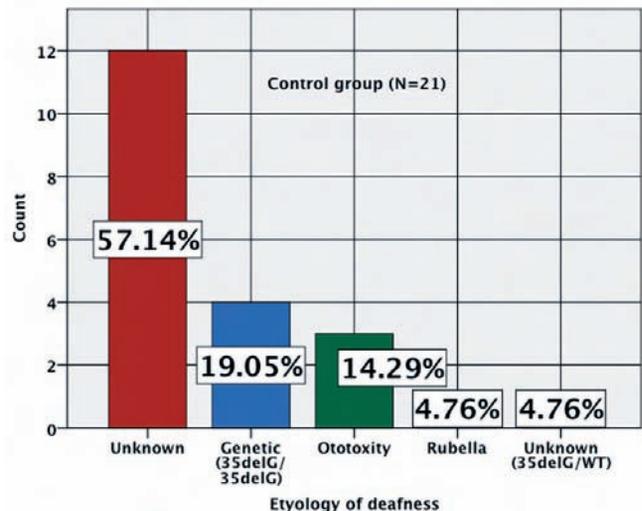
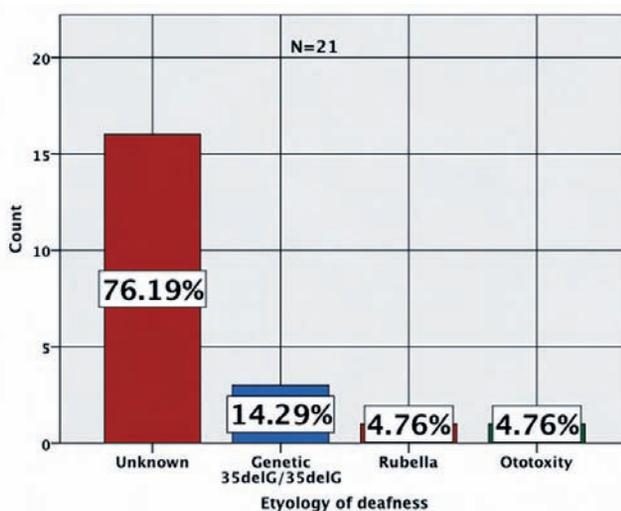
All children in this study are assisted at ENT clinic in MU – Sofia and received the CI indication for fitting in the criteria of indication of this center.

This study was conducted with bilateral profound sensorineural hearing loss children (prelingual). All cases had total insertion of electrodes. Both children were hearing aids users prior to the surgery.

Distribution of the two groups by ethnicity

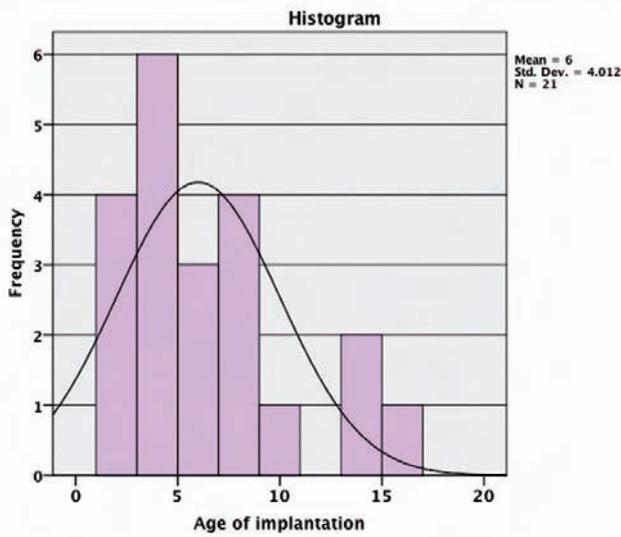


Distribution of the two groups by etiology of hearing loss

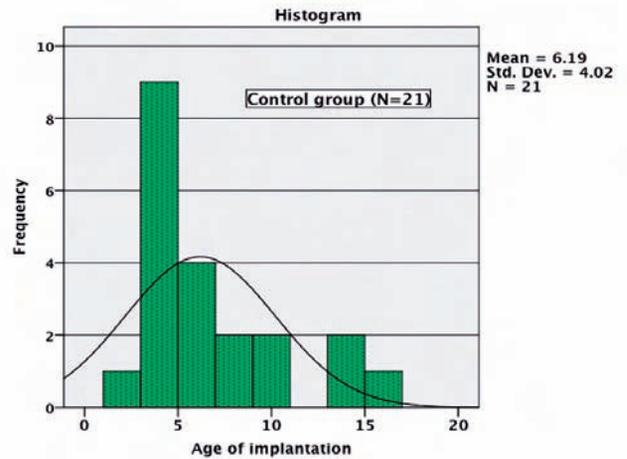




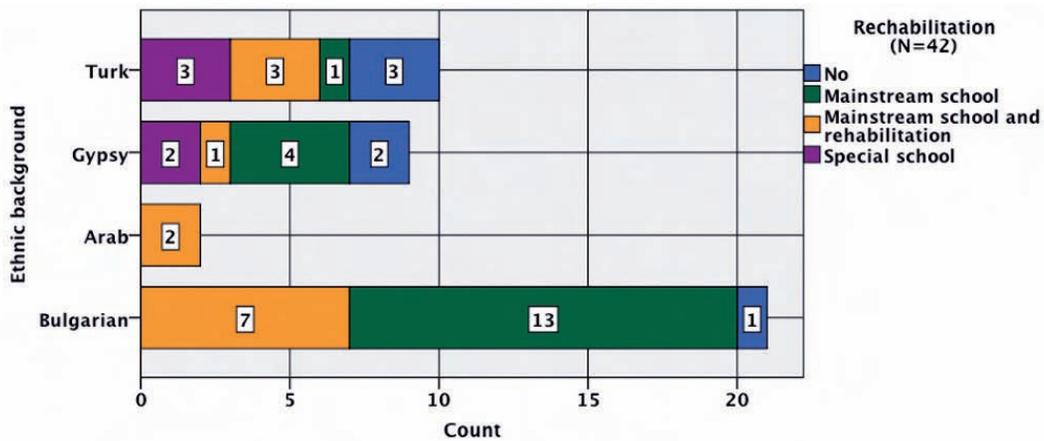
Age of CI in the study group



Age of CI in control group



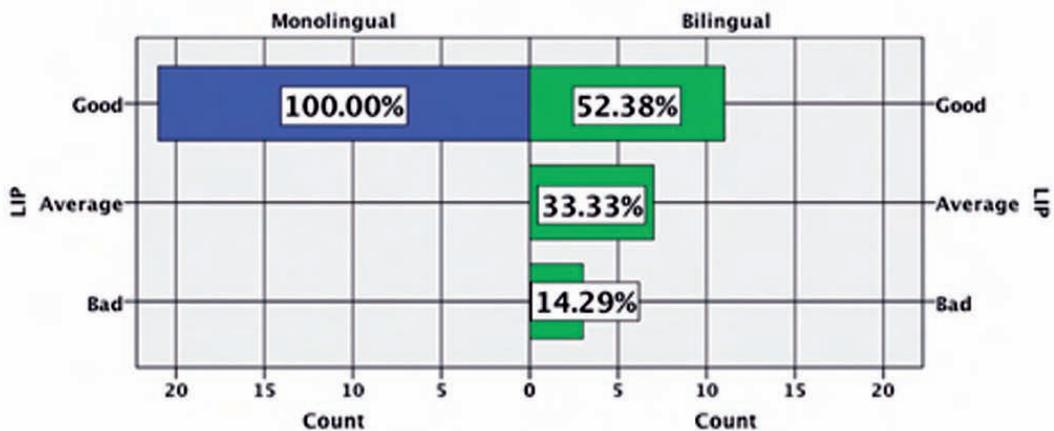
Types of rehabilitation in both groups



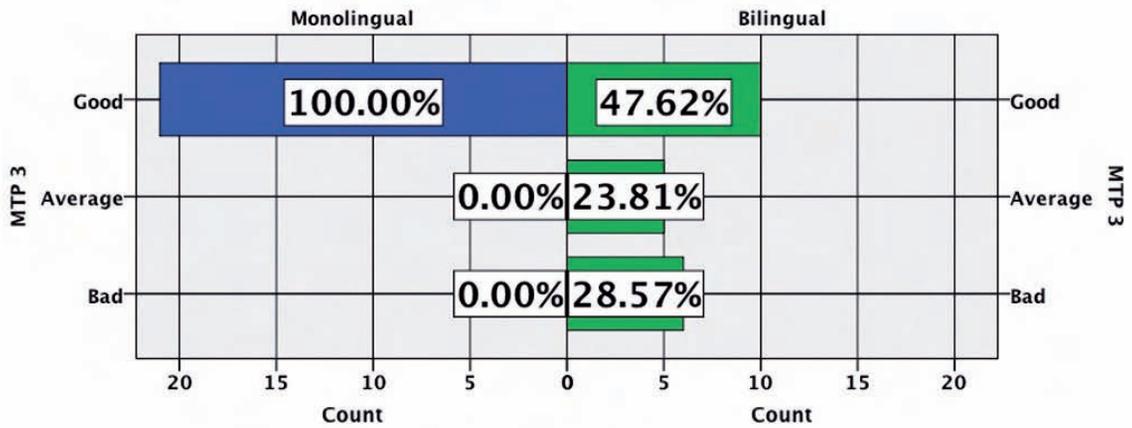
The results are not so good to the official language, naturally all tests are in bulgarian language not in minority language.

Results

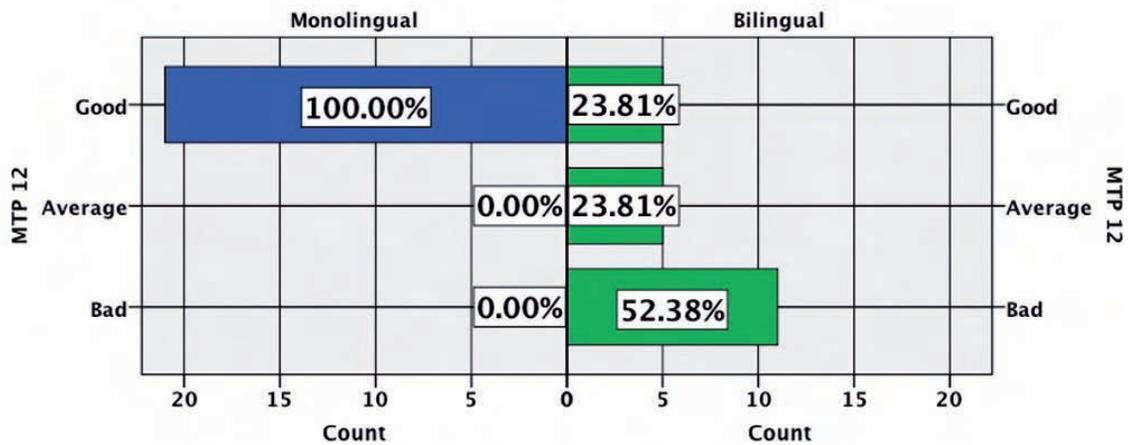
LIP test



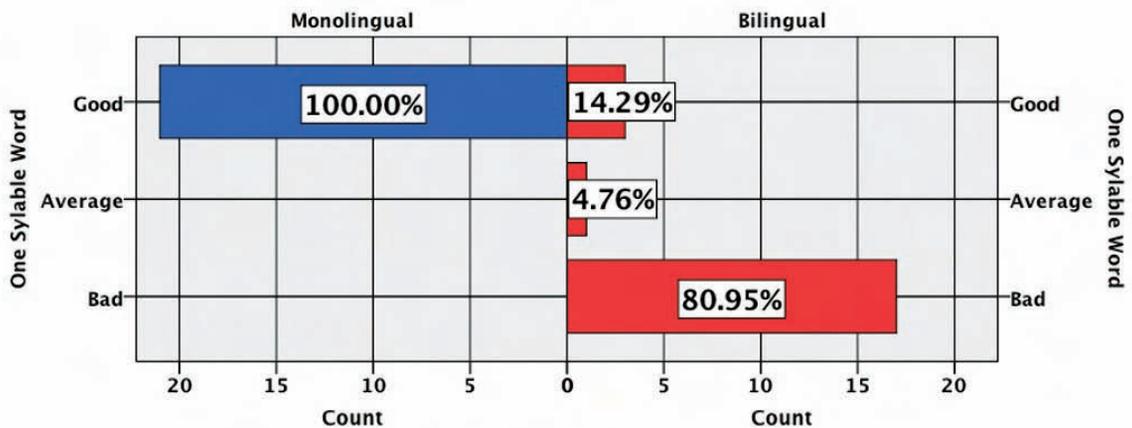
MTP 3 MTP (MonosyllabicTrochee-Polysyllabic Test) Measures the ability to identify different syllable patterns; depending on the age of the child, different word-sets are used (3, 6 or 12 items)



MTP 12 Test

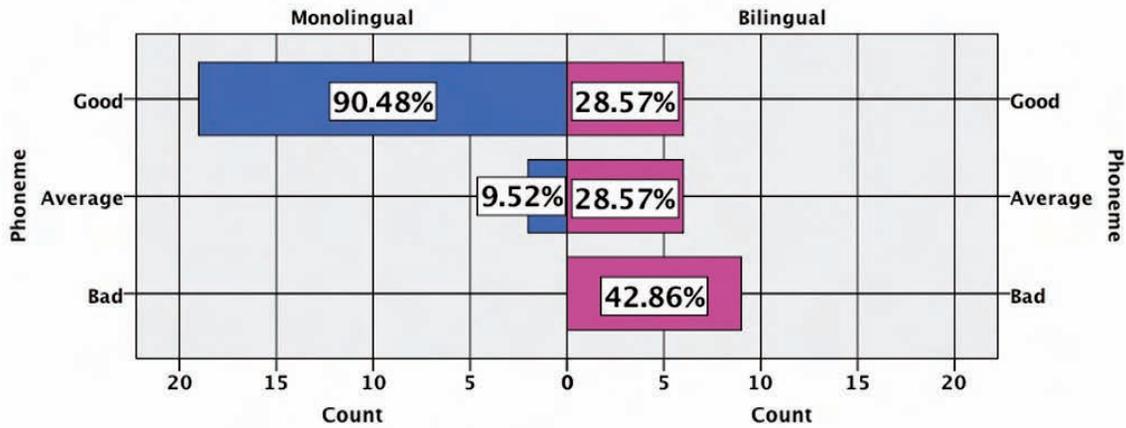


One Syllable Word Test (p = 0,05)

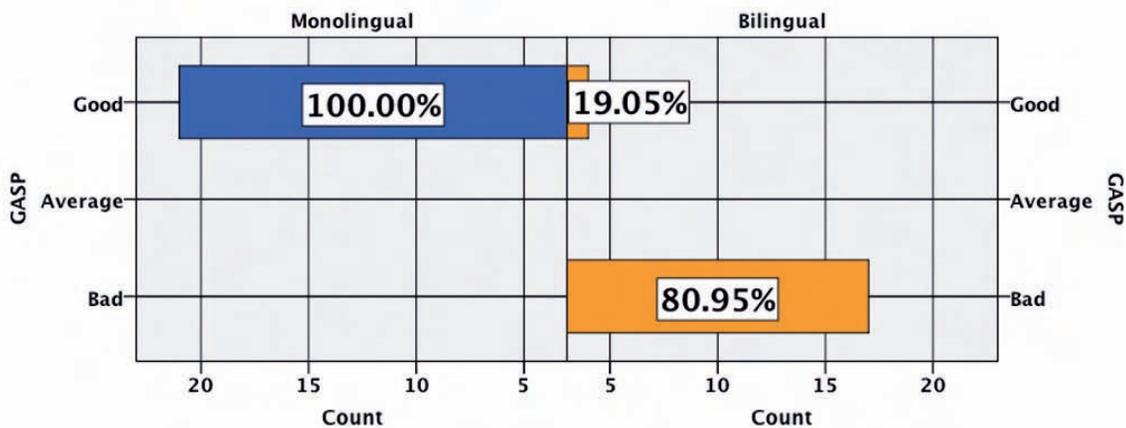




Phoneme (p = 0,05)



GASP (p < 0,05)



Discussion

Listening progress Profile (LIP) is a profile to monitor changes in the early auditory performance of young implanted children. The test include the abilities from the response to environmental sounds, discrimination of environmental sounds, discrimination of voice to identification of simple words. The study involved 42 prelingually deaf children, congenitally deaf and implanted before the age of five years. Before the implantation the median score of LIP was zero. By the three month interval it had increased to 20, at the 6-month interval to 32, approximately after 24 months it reached

the maximum score available 42 for 52% of bilingual children. In other tests results are much worse, but they are performed in Bulgarian language. The main reason is that the children are not conducting proper education and the socioeconomic rating of the family is at low level.

In conclusion

Different tests and there score measure the auditory skills in young implanted children. We have no good results, naturally all tests are in Bulgarian language, not in minority language. Learning two languages from a young age appears to pose many

problems. If parents hope to raise their children bilingually, it is natural for these children to be exposed to both languages from early in their lives. These children will learn to code-switch between

the two languages. They must communicate with their families in one language, but socialize and be educated in another language.

References:

1. Archbold S., Nikolopoulos T., Tait M., O'Donoghue G., Lutman M. E., Gregory S.(2000). Approach to communication, speech perception and intelligibility after paediatric cochlear implantation. *British Journal of Audiology*, 34, 257–264.
2. Bhatia T. K., Ritchie W. C. (1999). The bilingual child: Some issues and perspectives. In Ritchie W. C.T. K . Bhatia (Eds.), *Handbook of child language acquisition* (pp. 569–643). San Diego, CA: Academic Press.
3. Bhatt R., Bolonyai A. (2011). Code-switching and the optimal grammar of bilingual language use. *Bilingualism: Language and Cognition*, 14, 522–546.
4. Bouchard M., Ouellet C., Cohen H. (2009). Speech development in prelingually deaf children with cochlear implants. *Language & Linguistic Compass*, 3, 1–18. doi:10.1111/j.1749-818X.2008.00079.x

*1431 Sofia, Bulgaria
bul. „Acad. Ivan Geshov“ 15
Department of ENT, Medical University*

Open bite – dental and skeletal. Differential diagnosis, prophylaxis and treatment. Retention problem

Petar Baev, L. Matev, Tz. Tonchev, Ch. Madjova,
A. Pomakova, M. Milkov

*Medical University „Prof. Dr. Paraskev Stoyanov“ – Varna
Faculty of Dental Medicine*

Abstract

Background: Open bite is a common and complex malocclusion. The etiological factors are well described and in most cases this malocclusion appears in childhood and it is due to deleterious habits. Not only can thumb-sucking cause this problem but also some upper and lower airways obstructions. Because of the obstruction the child cannot sleep normally and this may cause sleep apnea.

Aims: To describe the connection between different specialist such as orthodontists and otolaryngologist, which in most cases can diagnose this condition and work as a team.

Study Design: self-controlled study.

Methods: The following article is going to represent methods for diagnosing and treatment of dental and skeletal open bite malocclusion. It will be discussed the main etiological factors and different types of treatment in early, mixed and permanent dentition. Treatment plan can be orthodontic, orthodontic-surgical and the appliances used for this purposes can be removable and fixed. There are extraction and non-extraction methods and the benefits and disadvantages will be discussed.

Results: For perfect occlusion and normal airways we must first remove the etiological factors and then continue with orthodontics. If orthodontic treatment is firstly conducted, but the etiological factor such as hypertrophied palatal tonsils is not removed, we will not have a stable result and there is a risk of relapse.

Conclusion: Stable results can be accomplished with proper treatment, including variety of specialist, and long-enough period of retention.

Key words: sleep apnea, pre-orthodontic trainer, cephalometry

Open bite occlusion belongs to the teeth-jaw deformities, which showed a lack of contact between the cutting edges of the upper and lower front teeth. Horoshilkina divide it into 3 levels – I – up to 5 mm, II – between 5 and 9 mm, III – more than 9 mm. Posterior open-bite is rarely seen (premolars and molars). The frequency in mixed dentition is high and the prognosis of treatment depends on the severity of the disease. Open-bite is combined with Class I, Class II and Class III deformities. [1] This type of occlusion is characterized by Bjork with distal condylar inclination of the TMJ, short shoulder of the lower jaw, increased maxillary height, upright mandibular canal, thin and long symphysis of the lower jaw, abnormal occlusion plane and extruded molars, reduced interincisal corner (Fig. 1). [2] Some authors divided open-bite malocclusion into dental and skeletal.

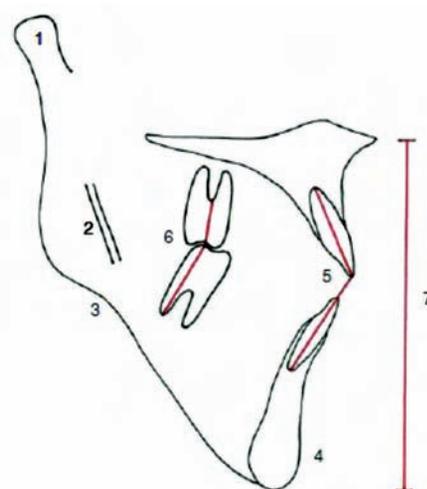


Figure 1. Bjork's features

occlusion into 2 types – dental (the finger-sucking habit) during childhood impedes normal eruption of the anterior teeth and alveolar growth. The second type is skeletal form which is divided into 2 other forms. They represent viscerocranium with changed proportions. The viscerocranium includes the nasal bones, the vomer, upper and lower jaws. The first form represent clockwise rotation of the mandible with long maxilla. The second form shows skeletal open bite caused by skeletal deformation such as tipping of the maxilla and diversion of the gonial angle of the mandible (Ar-Go-Me). (Fig. 2). Magni-

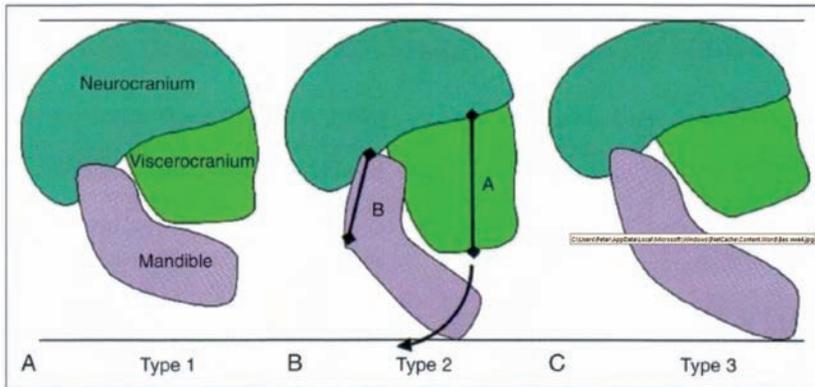


Figure 2. Types of development of the viscerocranium

tude and duration of force application are important factors for the stability of tooth position. The occlusal contact and the eruptive or extrusive movement of the tooth determine the vertical position of the posterior teeth. The *magnitude* of tooth contact force on the posterior teeth depends on the strength of muscular activity. The *duration* of daily tooth contact varies between 1 and 3 hours, depending on the duration of mastication, swallowing, and sleeping. Unless the magnitude and duration of occlusal contact force are sufficient to prevent elongation of the posterior teeth, they will extrude, resulting in open bite. For example, the food features or the food-intake habits of young people, such as consumption of soft diet within a short eating time and irregular meal intake, could result in reduced tooth contact of the posterior teeth and subsequent development of vertical occlusal problems. Regular eating with appropriate mastication results in properly development of the inner and outer muscle layers of the oral cavity. [3]

The etiological factors of open-bite malocclusion is very important because this is the only way the dental orthodont can examine the patient and to make a treatment plan. The treatment plan includes prevention, orthodontic and orthognatic surgy.

The etiology of this type of malocclusion environmental factors and genetic factors. The environment factors iclude deleterious habits, mouth breathing and traumatism. The genetic factors include the way of growth and development of the facial structures.

The most important functional factors are – deleterious habits, thumb-sucking, anterior position of the tongue, tongue thrust, mouth breathing, traumatism.

In a normal occlusion, there is a balanced relationship among the oral structures, basal bones, teeth, and intra and extraoral musculature, reflecting in a correct function of the stomatognathic system. This is denominated the buccinator mechanism. Thus, the teeth are in a balanced position receiving opposing forces arising internally by the tongue and externally by the lips and cheeks. Humans start sucking fingers, tongue, and lips during fetal life, in the maternal womb. At birth, the infant has a well-developed function of sucking to receive the nutrients essential for life.

It is during suction developed in breastfeeding that the children not only get the nutrients that need to meet the physiological demands, as well as feelings of security, warmth, and acceptance necessary for their welfare and for their proper emotional development (Fig. 3). At this stage, suction is a mean of communication of the infant with the environment. The



Figure 3. Thumb-sucking as a deleterious habit

early well-developed oral perception provides a sense of comfort, safety, and emotional satisfaction during sucking. When breastfeeding is not possible, the use of bottles with orthodontic nipples that resemble the anatomy of a woman's breasts is recommended, because they allow better contact of the tongue with the palate, as necessary for normal swallowing. When a child is bottle-fed, his physiological demand is met, but the natural need to suck is not supplied in the few minutes spent in the mother's lap. Thus, the child can begin the compensating thumb or pacifier sucking. Pacifier or thumb-sucking are considered as mechanisms of emotional supply of the child. Conse-

(the amount of force developed by the habit) of the habit. These factors are important in the etiology of this malocclusion and are known as Graber's Trident. The tongue is considered to have a secondary role in the etiology of anterior open bite because it can maintain or aggravate the existing open bite when placed between the anterior teeth. Patients can have macroglossy, infantile swallowing. Tongue thrust during swallowing is considered to be consequent to a previously established anterior open bite caused by deleterious oral habits. (Fig. 4) This is explained by the physiologic maturation of swallowing. The child without irrupted deciduous teeth presents an infantile



Figure 4. Tongue thrust

quently, pacifier or thumb-sucking in the early child development is considered normal. Through these habits, the child releases the emotional tensions from lack of affective care resulting from conflicting relationship between child and parents, which becomes a way to draw attention from people close to them. When children grow and develop other means of communication with the external environment, they usually spontaneously abandon the sucking habit. Interruption of sucking habits during the deciduous dentition can provide self-correction of the anterior open bite. However, persistence of the habit until the mixed dentition represents a deviation from normality, because these habits are potent etiologic malocclusion factors, particularly for anterior open bite. Deleterious oral habit does not always necessarily results in an open bite. First, it depends on how the habit is exercised, that is, it depends on the duration (for how long it is exercised, e.g., for how long the child keeps the pacifier in position), on the frequency (number of times per day it is exercised), and on the intensity

swallowing, which is normal at this stage. The characteristics of an infantile swallowing are separated jaws, active contractions of the musculature of the lips, tongue placed between the gum ridges, in contact with the lower lip, and little activity of the posterior tongue or pharyngeal musculature. Babies have the habit of infantile swallowing when there are no teeth but after 6 months they spontaneously abandon this habit. (Fig. 5)

The Etiology of nasal obstruction can be divided into upper and lower breathing obstacles. The upper

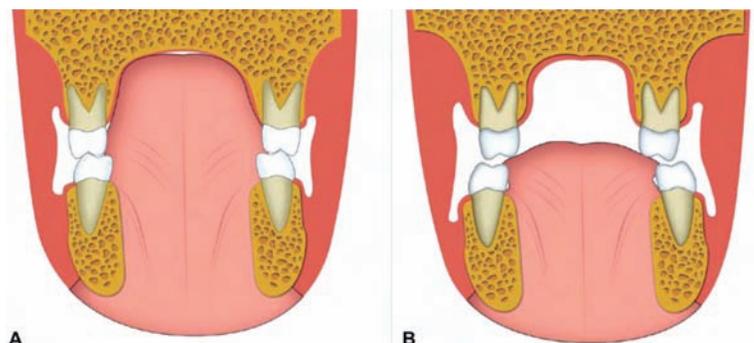


Figure 5. (A): Normal tongue position. (B): Lowered tongue position during mouth breathing.

obstacles are hypertrophied adenoids (Fig. 6), allergic rhinitis, nasal turbinates hypertrophy and nasal septum deviation. The lower obstacles are hypertrophied or frequent tonsillitis (Watson 1981; Linder-Aronson et al. 1986). Adenoid hypertrophy is the abnormal growth of the adenoids, and in some situations, this growth is so exacerbated that can cause partial or complete blockage

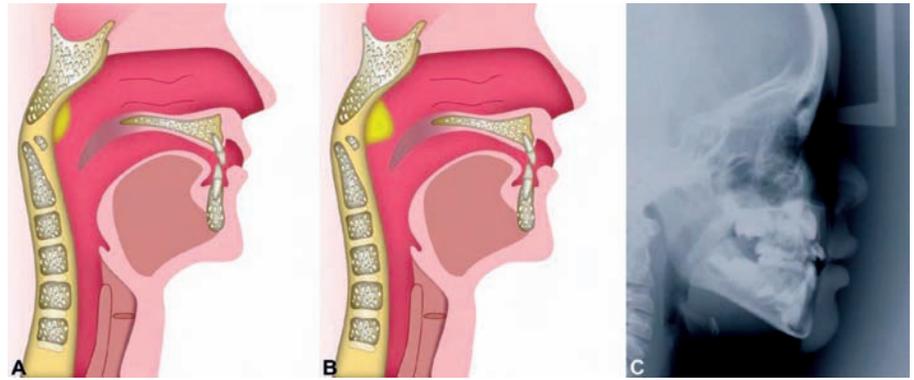


Figure 6. A): Normal adenoid; (B) and (C): hypertrophied adenoid

of the air passage through the upper airways. There are two main ways to assess adenoid size: (1) indirect assessment with the nasopharyngeal mirror and (2) lateral headfilm. Two factors are crucial for the occurrence of blockage of the upper airways: (1) the size of the adenoids, and (2) the size of the nasal pharynx passageway. Generally, the adenoid reaches its largest size at 5 years of age, and then the growth is interrupted and adenoid atrophies in late childhood at about 7 years of age. Allergic rhinitis is a medical term describing irritation and acute or chronic inflammation of the nasal mucosa. The main symptoms of allergic rhinitis are rhinorrhea (excess nasal secretion), itching, and nasal congestion and obstruction (Sur and Scandale 2010). This is one of the main causes of nasal airway obstruction in the young child (Rubin 1980). The nasal septum is the part of the nose that separates the two airways and the nostrils. A deviated septum is when there is a shift from the midline or center position. In normal condition, the nasal septum is centralized, and the air passages in the nasal cavity are symmetric. The nasal septum deviation is an abnormality in which a portion of the cartilaginous tissue deviates to one side of the nostril causing an obstruction for the airway passage on the side on which the deviation occurred. The main etiological factors of nasal septum deviation are impact trauma, such as by a blow to the face and a congenital disorder, causing by compression of the nose during childbirth (Metson and Mardon 2013). The main symptoms of a deviated septum are infections of the sinus and sleep apnea, snoring, repetitive sneezing, facial pain, nosebleeds, and breathing difficulty.

Lower respiratory obstacle is hypertrophied palatine tonsils. (Fig. 7). The tonsils are the structures forming part of the lymphatic system that are located at

the entrance of the upper airway and which has as main function to help the body's defence against respiratory infections. Tonsillitis is an infection of the tonsils that causes inflammation and represents the most common acute manifestation of tonsillar pathology. The main symptom of tonsillitis is sore throat, and the pain is usually worse than swallowing. Other symptoms can include fever, general ill feeling, headaches and vomiting. Tonsillar hypertrophy is the enlargement of the tonsils, but without the presence of inflammation. The obstructive tonsillar hypertrophy is the main indication for tonsillectomy. The main signs and symptoms that may be observed in patients with tonsillar hypertrophy are sleep disturbances in a wide spectrum of severity, loud snoring, irregular breathing, coughing, night choking, interrupted sleep apnea, dysphagia and excessive daytime sleepiness. To be able to breathe, the mouth-breathing child remains most of the time with the mandible in a lowered position to keep the mouth open. The tongue follows the mandible and consequently will not establish contact with the palate in the rest position, as usual, during nose breathing (Proffit et al. 2007). The absence of lat-



Figure 7. Tonsillitis causing lower airway obstruction due to enlarged palatine obstruction tonsils.

eral contact of the tongue with the palate results in predominance of lingual forces of the buccinator muscle, and this consequently will result in smaller transverse development of the palate, which can cause posterior crossbite. Concurrently, there will be greater posterior vertical development of the palate. Besides, the tongue can rest over the anterior teeth, restricting their vertical development and contributing to anterior open bite. Genetic factors are growth pattern, craniofacial anomalies, cleft lip/palate. In orthodontics, patients can be classified into three groups according to their growth pattern: horizontal, normal, or vertical growth pattern. Some congenital deformities and syndromes can cause malocclusion, including anterior open bite. Cleidocranial dysostosis is a congenital deformity usually associated with heredity, which may be associated with the presence of anterior open bite. Treacher Collins syndrome involves hypoplastic mandible, glossoptosis, small size of the pharynx and nasopharynx, and occasionally choanal atresia can cause severe breathing problems, and consequently, open-bite malocclusion. Juvenile rheumatoid arthritis is a disease with oral involvement with anterior open bite, limited mouth opening, and in most of the cases, compromises the temporomandibular joint. [4]

Open bite malocclusion in the posterior region (Fig. 7) is observed in premolar and molar regions and in some cases there is excessive vertical growth of the mandible. A lateral open bite is occasionally seen in association with early extraction of first permanent molars, possibly occurring as a result of lateral tongue spread. There are two rare conditions which affect the eruption of the permanent buccal segment teeth. The first condition is primary failure of eruption. This condition almost exclusively affects molar teeth and is of unknown aetiology. Although bone resorption above the unerupted tooth proceeds normally, the tooth itself appears to lack any eruptive potential. Extraction is the only treatment alter-



Figure 7. Posterior open bite

native. The second condition is arrest of eruption. This usually involves molar teeth. Affected teeth appear to erupt normally into occlusion, but then subsequently fail to keep pace with occlusal development. As growth of the rest of the dentition and alveolar processes continues, lack of movement of the affected tooth or teeth results in relative submergence. The aetiology is not understood and extraction is the usual treatment. More rarely, posterior open bite is seen in association with unilateral condylar hyperplasia which also results in facial asymmetry. Condylectomy is required. [5]

Differential diagnosis

There are two types of open bite malocclusion – dental (Fig. 8) and skeletal (Fig. 9). The dental form is lighter than the skeletal and usually affects only the front teeth, the vertical dimension, the mandible angle is normal. There is no clockwise rotation of

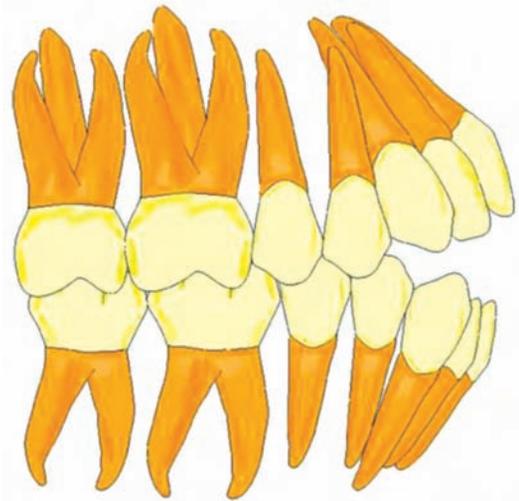


Figure 8. Dental form

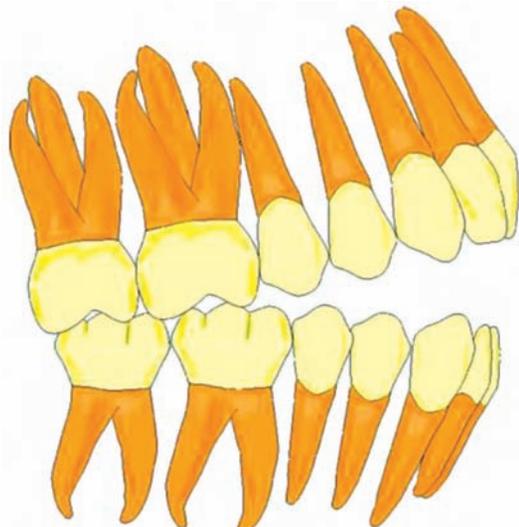


Figure 9. Skeletal form

the mandible and there is no tension on the lips. The cephalometry of the skeletal form shows enlarged mandible angle (Ar-Go-Me), disparity of the facial skeleton with vertical enlargement of the down floor of the face, inclination of the hard palate, clockwise rotation of the mandible, tension on the lips. Premolars can be affected. The interlabial space is pathognomonic for skeletal affection. Nahoum says that it should be emphasized that cephalometrics, at best, is a descriptive technique which helps to define or classify a condition but does not necessarily provide us with the insight for the successful treatment of an anomaly. His index – N/ANS:ANS/Gn = 0.8 reported vertical dimension of the skeletal with two types of rotation of the mandible- clockwise rotation and counterclockwise rotation of the mandible (hypodivergent and hyperdivergent types). He also reported reduced values of SN-PP angle at this type malocclusions, explaining it with the reduced height of the face due to anterior maxillary rotation. Correct diagnosis is important for the treatment, since dental forms most often need completely orthodontic treatment, while skeletal forms – orthodontic-surgical treatment. In orthodontic planning we need to observe whether we need to extrude the anterior teeth or to intrude the posterior teeth. The decision depends on the vertical position of the maxillary incisors to the lip-line. If front teeth don't show enough when smiling, we need to extrude the maxillary front teeth. Intrusion can be undertaken when the maxillary front teeth show enough when smiling. Although all of the skeletal characteristics just mentioned are associated with an anterior open bite, in one study (Dung Dj, Smith Rj) only 13% of patients who had a cephalometric criterion for openbite tendency had a vertical space between the incisors perpendicular the occlusal plane. In many instances the skeletal open bite is camouflaged by overeruption of the anterior teeth. This issue makes classification of an open bite as either skeletal or dentoalveolar difficult. Often this malocclusion is the result of a combination of both factors. Skeletal open bites are often related to excessive vertical growth of the dentoalveolar complex, especially in the region of the posterior maxillary molar. (157. Conversely, dental anterior open bites are primarily due to reduced incisor dentoalveolar vertical. The difference between these two types of open bites is also reflected in the occlusal planes. The skeletal type of malocclusion generally has occlusal contacts only at the molar level, with both occlusal planes

diverging anteriorly, whereas the occlusal planes in the dentoalveolar open bite usually diverge from the first premolar forward (Fig. 10). [6]

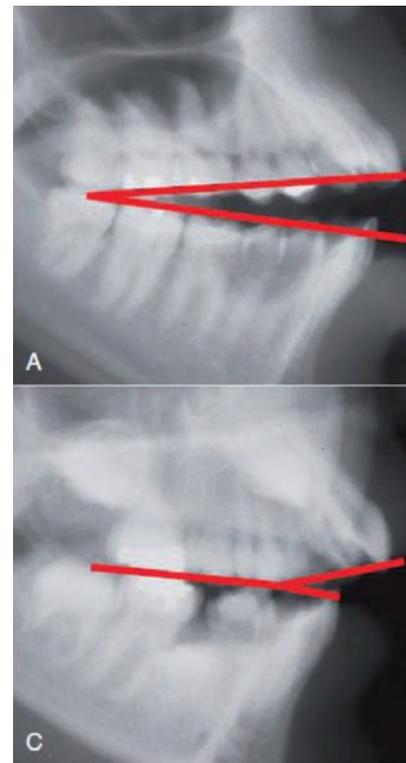


Figure 10. A-skeletal form, C-dental form

Prophylaxis

Prophylaxis is some kind of a part of the treatment. It is important because even with an exact treatment performed, if we do not unresolved etiological factor, relapse may occur. During the growth of the jaw, removing of deleterious habits may lead to a normalization of the discrepancies in dental forms. This is typical for the temporary dentition. Thus we remove the reasons that pressed or prevent the eruption of the frontal teeth. Using a pacifier of young parents is a good solution, because it flattens when used and it is removed as a habit easier than thumb-sucking (Fig. 11). Thumb-sucking and



Figure 11. Orthodontic pacifier

pacifiers must be removed until the age of 5. A child with tongue thrust must visit an orthodontic. Preventive orthodontic appliances (Fig. 12) provide

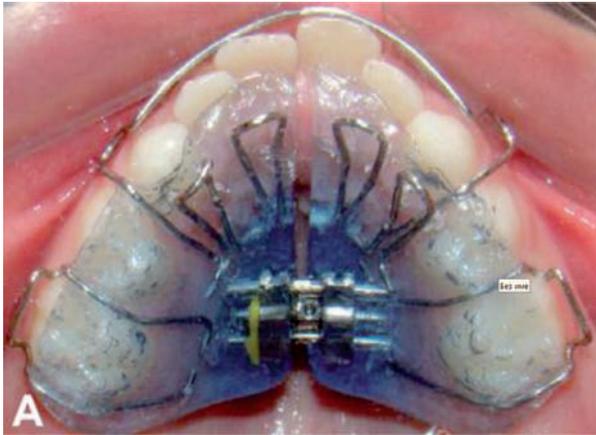


Figure 12. Removable palatal tongue crib

an opportunity for active primary and secondary prevention. They are used to remove bad habits that are etiologic factors for open bite occlusion. Apply in the period of temporary and mixed dentition. Some of these appliances are vestibular Kraus plate, palatal plate with barrier for the tongue, mandibular plate with barrier of Krumova for tongue thrust. Orthodontic trainers (Fig. 13) are the latest plates



Figure 13. Orthodontic trainer

for the period of early mixed dentition for open bite correction. They do not require impressions. Wear it one hour a day and during sleep. Lips must be folded when wearing except when talking. The child breathes through the nose. No lip activity when swallowing, which allows the front teeth to develop correctly. They are cleaned with hot water after use. Two times a week can be cleaned with solution of special tablet. The design consists of tooth channels and labial bows, which guide erupting teeth, tongue tag for correct tongue positioning, lip bumpers for discouraging overactive lip muscle activity. [7]

Treatment

In the temporary dentition the treatment is easier because in 95% of the cases there is observed dental form and very little prevalence of skeletal. Removing deleterious habits lead to a spontaneous self-correction of the open bite. If this malocclusion is not removed at this stage the skeletal part increases. There is a period after removing the bad habit before treatment. If the child does not determine the habit we must treat. Treatment plan in primary dentition is shown in mixed dentition.

In the period of mixed dentition the skeletal part increases and even if the patient removes the bad habit, self-correction is minimal. The orthodontist can wait for 6 months for self-correction before treatment. Worms and Kelly observed that if the open bite is 2 or more mm we must not wait, because self-correction cannot occur. Palatal plate with rings of the upper first molars and a barrier for the tongue shows great efficiency, but there is a period of adaptation in which the patient encounters problems with speech and eating. Removable appliances act as a reminder for the patients that he or she must not perform the bad habit. However, this gives some freedom of the child to remove the appliance and perform the habit. So that fixed devices are more effective. The tongue barrier of the palatal plate should be extended through the cervical part of the lower incisors with no contact to the alveolar bone. The plate retrudes and extrudes the frontal teeth.

Impressions are taken. The plastic behind front teeth is removed because

vertical growth appeared. The whole treatment in primary and mixed dentition varies from 3 to 18 months. During retention period Hawley plate is recommended (Fig. 14). The modified Hawley plate has occlusal stops of pos-

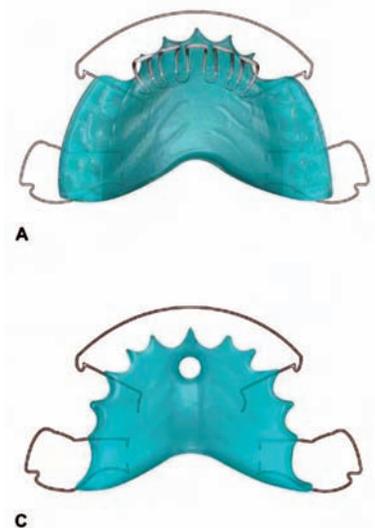


Figure 14. A – Modified Hawley plate with a tongue crib Hawley plate with a tongue crib and posterior bite; C – Hawley plate with an orifice in the incisive papillae region to help correct positioning of the tongue in the rest

terior teeth, and the standart plate has a orifice for the papilla incisiva. Speech therapy can be added. Creepers for the tongue can be added for removing irregular tongue positioning (Fig. 15).



Figure 15. Tongue spurs can also be used in the mixed dentition.

In permanent dentition prevail the sceletal component. Treatment is more complex and requires more stability and retention. Fixed appliances are preferred. Elastics are used for extrusion of the upper front teeth. Closing an open bite in nonextraction treatment requires planning, beginning with bracket bonding. The anterior teeth should be bonded more cervically because this procedure will allow additional vertical movement of these teeth to extrude and consequently will help in closing the bite (Alexander 1983) (Fig. 16, 17). In particular, the mandibular anterior teeth have to be bonded more cervically because this will allow a greater overbite of the anterior maxillary teeth, working as an overcorrection. Leveling and alignment can

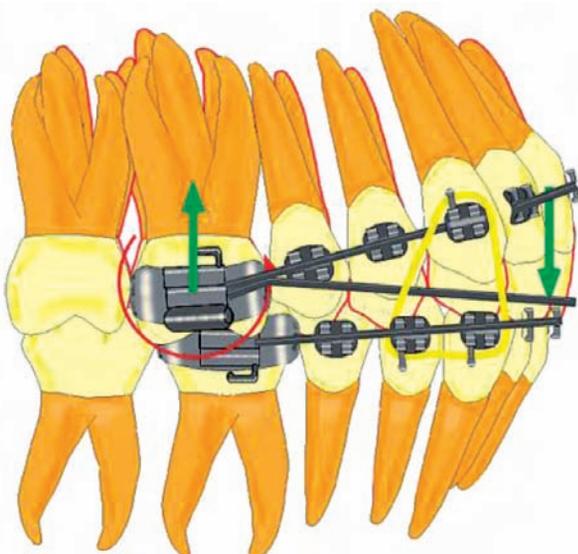


Figure 16. Fixed appliances with elastics for intrusion of the molars and extrusion of the incisors

be obtained with different archwire sequences, following the usual principle of proceeding from the lightest to the heaviest archwire. It may begin with round nitinol wires, from the lightest to the heaviest, until a 0.016-in stainless steel archwire can be inserted. Vertical elastics are usually used when 0.018-in stainless steel archwires are placed. Otherwise, one can also conduct leveling and alignment with progressively increasing rectangular thermo-activated NiTi archwires until a 0.019 ÷ 0.025-in archwire is inserted. Vertical elastics are then used with these archwires. All archwires should be flat, with no reversed or accentuated curve of Spee. If there are transverse discrepancies, these should be corrected before placing the vertical elastics to close the bite. The elastics are recommended to be used as much as possible, except during meals, which corresponds to approximately 18–20 hours of usage per day. If the patient complies with these guidelines, closure occurs at a rate of 1 mm per month. If no change in overbite is observed after 3 months, it is most likely that the patient is not correctly complying in using the elastics. There are several ways to check this. Failure to show up at the appointments with the elastics in place, inability to place the elastics, and no need for extra elastics are signs of lack of compliance. Ideally, once the bite is closed, the elastics still have to be used as recommended, for 4 months, which is the necessary time for bone to form in the alveolus (alveolar bone remodeling), because the anterior teeth extruded, coming off of the alveolus, to close the bite. After this period, daily use of the elastics should gradually decrease during 8 months; thereafter, the appliances can be removed. This is a period of active retention. However, the longer the active retention period, the greater will be the tendency for stability. Once fixed appliances are removed, a maxillary retention plate should be installed to be used 20



Figure 17. Cervically bonded brackets

hours a day, except during meals. The maxillary retention plate may have the usual characteristics of a Hawley plate with an orifice in the region of the incisive papillae, which is mostly used. In some cases, extractions are necessary to correct other problems, such as crowding, excessive biprotrusion or anteroposterior discrepancies [8].

Extraction mechanics to close the open bite usually incorporates another important effect that helps to increase the overbite, which is the „drawbridge principle.“ (Fig. 18). This effect comes into action

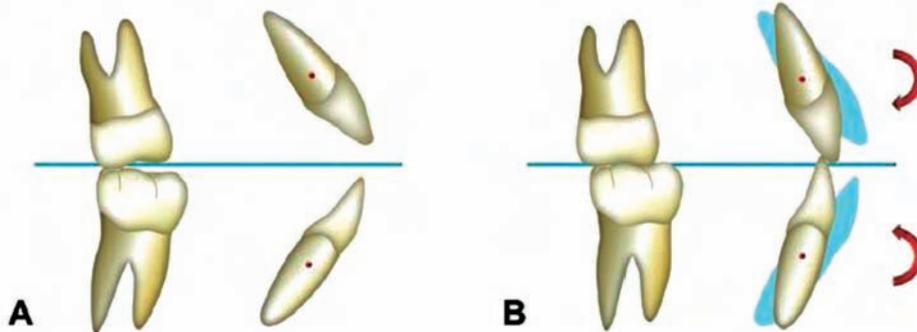


Figure 18. Drawbridge principle

when the maxillary and mandibular anterior teeth are in an initial labially tipped position. Therefore, during retraction, these teeth will have to be uprighted, which will approximate the incisor tips and decrease the open bite or even close it, depending on its severity. Because less extrusion of the anterior teeth to close the open bite will be necessary, it is speculated that this might be one of the reasons why open-bite extraction treatment has greater stability than nonextraction treatment (Janson et al. 2006). If additional closure is necessary, it may be accomplished with vertical elastics or other appropriate treatment mechanics, depending on the amount of incisor exposure. Additionally, extraction mechanics may also incorporate some counterclockwise mandibular rotation consequent to mesialization of the posterior teeth. Although controversial, it may be reasonable to expect that mesialization of the posterior teeth may contribute to bite closure, especially when the extractions include second premolars or first molars (Arat and Iseri 1992) [9]. Mini-implant and miniplate are used in skeletal forms of anterior open bite malocclusion. For open-bite correction, the mini-implants or the last loop of the miniplates should be positioned near the mucogingival junction or further apically (Erverdi et al. 2004; Erverdi et al. 2007; Cousley 2010; Hibi et al. 2010), depending on the amount

of vertical tooth intrusion necessary for malocclusion correction (Sherwood et al. 2002). When the intrusion force is applied only to the buccal or lingual surface of the tooth crown, the resultant force vector is away from the center of resistance of the tooth, generating an uncontrolled rotational moment that tends to tip the tooth toward the side that the intrusion force is acting. A skeletal anchorage with mini-implant or miniplate can be placed on each side of the maxillary or mandibular arch, such that the intrusion forces generate opposite

rotational moments, which counterbalance each other, allowing an intrusion-movement with minimal or no undesirable side-effect (Fig. 19). The intensity of the rotational moment is represented by the product of the orthodontic force (F) and the perpendicular distance

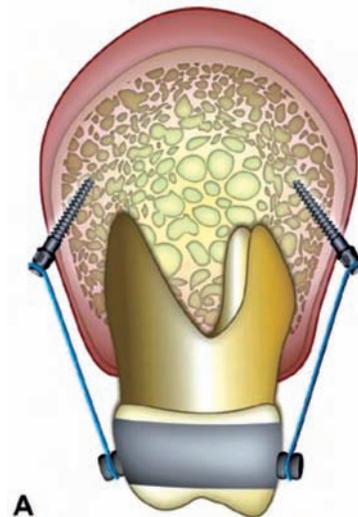


Figure 19A. Mini-implant anchorage placed on each side of the maxillary arch to produce opposite rotational moments, which counterbalance each other during intrusion mechanics, allowing vertical tooth movement with minimal or no undesirable buccolingual tipping.

(d) between the line of force and the center of resistance (CR), as shown in figure 20. Thus, the longer the moment arm (d), the greater the rotating effect. Another mechanical option consists of using transpalatal or lingual arches to stabilize the buccolingual tooth position during posterior teeth intrusion (Fig. 21). Teeth intrusion has been considered an orthodontic movement that can predispose to a greater degree of external apical root resorption

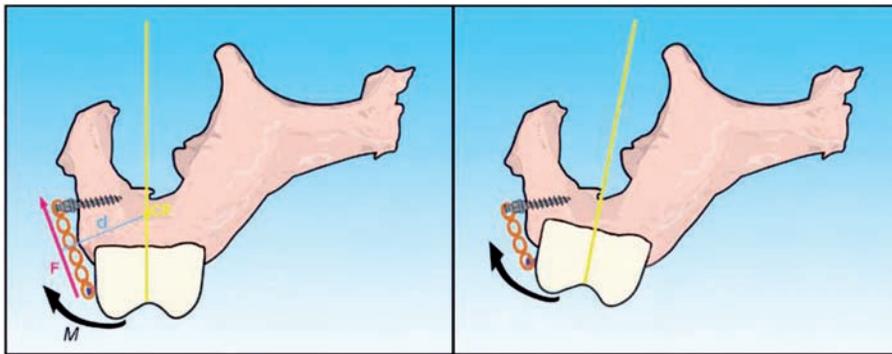


Figure 20. Intrusion force passing buccally to the center of resistance of the maxillary molar. Consequently, a rotational moment is created, and the tooth crown tends to tip toward the orthodontic force if no mechanical resource is used to control this side-effect.

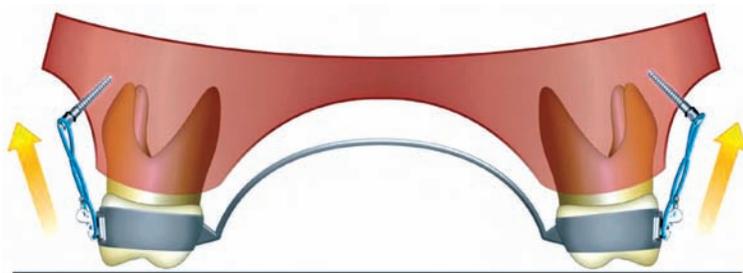


Figure 21. Transpalatal arch used to buccolingually stabilize molar position during

because intrusive forces produce located stress at the apex. Even when the intrusion force was smaller than 50 g for each tooth, external apical root resorption could be histologically shown. Successful molar intrusion can be achieved with a wide range of intrusion force values, which can vary from 100 g for each arch side to 300 g for each molar or two premolars. Although the intrusion force magnitude was not described, an intrusion force of 450 g is normal for treatment.

With maxillary molar intrusion, there is consequent counterclockwise mandibular rotation and decrease in lower anterior face height (Fig. 22).

A different treatment protocol, including corticotomy (Fig. 23) and skeletal anchorage, has been proposed to reduce the intrusion time and root resorption degree. This protocol requires a subapical corticotomy procedure, which is performed before implantation of skeletal anchorage. The vertical cuts are made on the mesial side of the most anterior teeth and on the distal side of the most posterior teeth to be intruded. These cuts begin 2–3

mm above the alveolar crest and extend 5–6 mm beyond the apex where a horizontal cut is made to connect with two vertical cuts. This procedure is made on both the buccal and lingual sides so that the block of bone is retained only by the medullary bone. Sequentially, the skeletal anchorage is placed apically to the horizontal cut, and then an orthopedic intrusion force (400 g) is applied on the teeth contained in the bone

block. This association between surface corticotomy and strong orthopedic intrusion force produces increased regional bone turnover (RAP–regional acceleratory phenomenon), which allows that an intrusion twice greater than that obtained without corticotomy is achieved in less than 2 months with minimal or undetectable root resorption because the bone blocks are moved together with the teeth. However, it must be considered that the corticotomy surgical procedure presents a significant greater biological cost, patient discomfort, and surgical risks than just miniimplant placement. Consequently, corticotomy disadvantages can justify patient acceptance for a

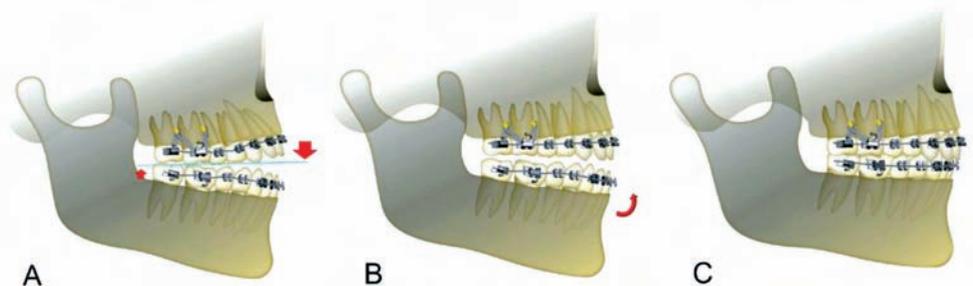


Figure 22 A,B,C. With maxillary molar intrusion, there is consequent counterclockwise



Figure 23. Corticotomy



slightly increased intrusion time and a clinically nonsignificant tooth root shortening, mostly when open-bite severity does not require extreme molar intrusion. [10] [11]. Multisegmented maxillary osteotomy: This procedure is indicated in cases of skeletal anterior open bite that need transverse, anteroposterior, and superoinferior corrections, solving the problems in the three planes of space with a single procedure. Incision in the buccal sulcus is made from tuberosity to tuberosity followed by a LeFort I osteotomy. Interdental osteotomy is bilaterally performed between the maxillary lateral incisors and canines, extending to the nasal fossae, paramedially to the nasal septum, before lowering the maxilla (Fig. 24). The maxillary rectangular archwire is already segmented between the lateral incisors and canines. The segments will be

remain with intermaxillary blockage with several 3/16 medium-force elastics, keeping the mouth immobilized, or with insignificant movement, with a liquid diet. In the first postsurgical appointment, after a week, a lateral headfilm and a panoramic radiograph are taken to check the correct position of the condyles, plates, and screws. The surgeon removes all the elastics, allowing mouth opening and instructs on the use of only two or three 3/16 medium-force elastics, placed in square or trapezium shapes, bilaterally, oriented according to the type of surgery. This stage lasts approximately 8 weeks, with the patient using the elastics for 22 hours a day, removing them only during meals and hygiene. The diet can be pasty, turning to solid at the end. In the next appointment, after 9 weeks, the elastics are recommended to be used only during the sleeping hours, and exercises are prescribed for mouth opening, performed by the patient. Additionally, the patient is referred to the orthodontist for the final treatment stages. [12]

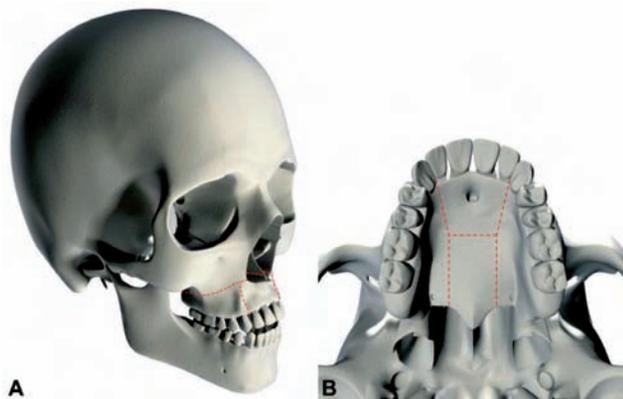


Figure 24. Cut lines for a multisegmented maxillary osteotomy.

immobilized, preserving the attached gingiva, the periodontal health, and the integrity of the palatal mucosa. It provides a better interdigitation than the one-piece LeFort I osteotomy and therefore allows greater postsurgical maxillary skeletal positioning stability, decreasing the chances for relapse. Generally, it is necessary for the patient to spend the first night at the hospital and be dismissed on the next day. For approximately a week, the patient should

Stability

The retention devices are installed in the same appointment of appliance removal. The protocol is similar to conventional orthodontic patients, with the Hawley plate used continuously (removed only for meals) for 6 months and used only at night for the following 6 months. In the mandibular arch, retention is provided with a 0.024-in stainless steel archwire from canineto- canine bonded retainer or, in case of initial accentuated crowding or rotations, a 0.0215-in Penta-One archwire canine-to-canine bonded retainer is used. The final records consist of a normal cephalometric headfilm, posteroanterior radiographs in cases of previous facial asymmetry, panoramic radiograph, final dental casts, and intra- and extraoral photographs. These records are essential to evaluate treatment stability and to show the obtained changes to the patient. [12]

References:

1. Moutavchiev, V Ортодонтия за общопрактикуващият стоматолог, София, 2003 стр.
2. Farhad B. Naini; Daljit S. Gill. Orthodontics – Principles and Practice 2011. Chapter 22, pages 217–220.
3. Nanda, R., BDS, MDS, PhD; Current Therapy in Orthodontics 2010. Chapter 14, pages 159–161.
4. Janson, G.; Valarelli, F.; Open-Bite Malocclusion Treatment and Stability 1st Edition 2014. Chapter 1, pages 1–22.
5. Mitchell, L.; An Introduction to Orthodontics 1996. Chapter 12, pages 127–128.
6. Nanda, R., BDS, MDS, PhD; Esthetics and Biomechanics in Orthodontics 2nd Edition 2014, Chapter 9 pages 147–150.
7. Крумова, V; Ръководство по ортодонтия за студенти. София, 2012, pages 114–120.
8. Janson, G.; Valarelli, F.; Open-Bite Malocclusion Treatment and Stability 1st Edition 2014. Chapter 2, pages 23–37.
9. Janson, G.; Valarelli, F.; Open-Bite Malocclusion Treatment and Stability 1st Edition 2014. Chapter 3, pages 231–232.
10. Janson, G.; Valarelli, F.; Open-Bite Malocclusion Treatment and Stability 1st Edition 2014. Chapter 4, pages 349–366.
11. Corticotomy facilitated orthodontics: Review of a technique – Prof. Ali Saad Thafeed AlGhamdi.
12. Janson, G.; Valarelli, F.; Open-Bite Malocclusion Treatment and Stability 1st Edition 2014. Chapter 5, pages 411–415.

Ramsay Hunt syndrome with ipsilateral involvement of the glossopharyngeus nerve

G. Kukushev, R. Andonova
Military Medical Academy – Sofia,
Clinic ENT

Background

Ramsay Hunt syndrome is caused by varicella zoster virus (VZV). Its clinical manifestation is facial palsy, otic pain, herpetic vesicles around the auricle and external auditory canal. [1]

The initial infection, also known as varicella, is a common exanthemous disease characterized by a highly contagious generalized vesicular rash. [2] VZV remains latent in the neurons of cranial nerves and dorsal root ganglia.

Many causes for the reactivation of VZV infection are supposed: stress (although not objectively measured); immunodeficiency (HIV; immune depressing medications, cancer, radio or chemotherapy; having varicella before the age of 1).

Ramsay-Hunt syndrome is a rare complication of latent VZV infection [3]. In some cases it might occur in the absence of pathological cutaneous alterations.

Some authors report that up to 20% of the clinically diagnosed cases of Bell's palsy are caused by VZV. [4]

In studies of patients with Ramsay-Hunt syndrome 27% were observed with additional cranial polyneuropathy, especially in immune suppressed cases. [5]

Case Report

A 19 years old patient with sudden hearing loss, asymmetry of the face and sore throat came in the

emergency. The ENT examination showed an erythematous vesicular rash of the skin fig. 1 of the right ear canal and auricle, sensorineural hearing loss on the same side fig. 2, ipsilateral peripheral facial nerve palsy fig. 3 and aphthous lesions on the right side of the soft palate fig. 4. The patient had a classical anamnesis of stress (loss of a parent) and two days later the herpes zoster infection.



Fig. 1

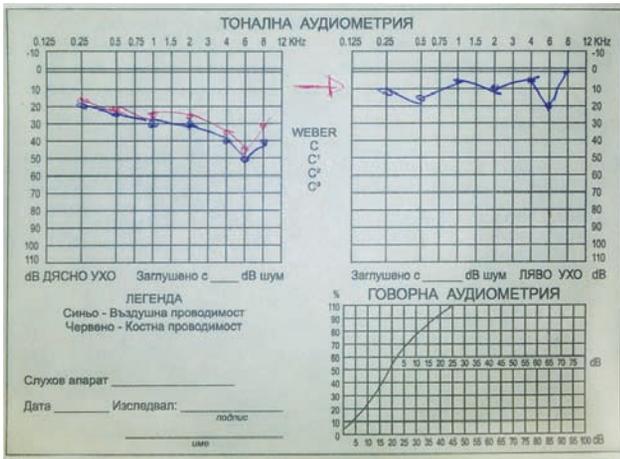


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

However the patient was consulted with infectious diseases specialist (ID specialist) to determine treatment and future behavior. The localization and distribution of a vesicular rash make the diagnosis of herpes zoster highly likely; however, other viral exanthemas can occasionally be confused with

this disease (more often enteroviral infections and mostly group A coxsackieviruses). [6]

Serology showed high titers of anti VZV IgG and anti VZV IgA (ELISA) which correlated with the diagnosis.

The patient was treated with Acyclovir 3 x 500 mg i.v. for five days, and Methylprednisolon i.v. 60 mg (40 + 20) two days, 40 mg the next two days and 20 mg before dischargement . [7].

Three days later the patient had significant improvement of the facial nerve palsy (the patient could fully close his eye), no pain in the auricular region and average 30 dB improvement in the hearing. 20 days later the patient was recovered from the Ramsay-Hunt Syndrome with ipsilateral involvement of the glossopharyngeus nerve.

After five day-treatment the patient was discharged with home treatment – Acyclovir 5 x 800 mg p.o. for 5 days, Nimesulide 2 x 100 mg p.o. for 7-10 days and Pregabalin 2 x 100 mg p.o. for 7 days. [8]

Ten days later he was hospitalized in Physiotherapy clinic for aftercare. The patient was again consulted with ID specialist because of the persistent rash and low-grade fever. His status was not as better as it had to be according to the therapy. New serology was set, that time for Human Immunodeficiency Virus (HIV). After two positive tests (ELISA) and one confirmative test (Western blot) the patient was diagnosed as HIV-positive, so he was pointed at Clinic for Immunodeficiency patients.

Discussion

Ramsay-Hunt syndrome is a rare complication of the latent VZV infection. It is topic for ENT neurology and dermatology department. Numerous articles have reported various neuropathies additionally to the VII and the VIII CNV.

The following case presents additional to the Ramsay-Hunt's syndrome involvement of cranial nerve (glossoparyngeus). We would like to focus on the fact that although we have very typical anamnesis of stress (the patient has lost a close family member 2 days earlier) in cases of additional involvement of cranial nerves an immune suppressing therapy or disease has to be excluded.

The patient was only 19 years old but HIV positive. The close collaboration between the ENT specialist and the ID specialist had positive result for the quick diagnosis and precise therapy of the patient.

The early diagnosis is very important for seropositive patients, because the treatment must be started as soon as possible. The patient has better chances to keep a normal quality of life for many years if he is in early or latent stage of the illness. At present, patients have been maintained on combination therapy for several years, with a low rate of relapse due to development of resistance and low

viral burdens. Immune restoration and long-term biologic control or complete eradication of the viral burden with minimal toxicity remain elusive goals, while intense efforts continue to focus on new anti-HIV therapies. [9] However the early treatment nowadays is the only opportunity for a better and extended life.

Reference:

1. Jae Hoon Shim, M.D., Jin-Woo Park, M.D., Bum Sun Kwon, M.D., Ki Hyung Ryu, M.D., Ho Jun Lee, M.D., Woo Hyun Lim, M.D., Jung Hwan Lee, M.D., and Young Geun Park, M.D. Dysphagia in Ramsay Hunt's Syndrome. *Ann Rehabil Med*. 2011 Oct; 35(5): 738–741.
2. Kleinschmidt-DeMasters BK, Gilden DH. The expanding spectrum of herpesvirus infections of the nervous system. *Brain Pathol*. 2001 Oct. 11(4): 440–51.
3. Sandoval C C, Nunez F A, Lizama C M, Margarit S C, Abarca V K, Escobar H R. [Ramsay Hunt syndrome in children: four cases and review]. *Rev Chilena Infectol*. 2008 Dec. 25(6): 458–64.
4. Gilchrist JM. Seventh cranial neuropathy. *Semin Neurol*. 2009 Feb. 29(1): 5–13.
5. Sugita-Kitajima A, Sato S, Koizuka I. [Ramsay Hunt syndrome with cranial polyneuropathy involving cranial nerves VII, VIII, IX, and X]. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 2009 Sep; 112(9): 656–9.
6. Richard, J. Varicella – Zoster virus. – In: Principles and practice of Infectious Diseases. G.L. Mandell, J.E. Bennett et R. Dolin R (eds). 7th ed., Philadelphia, Elsevier, 2010, 901–904.
7. Szenborn L, Kraszewska-Głomba B, Jackowska T. [Consensus guidelines on the use of acyclovir in the treatment and prevention of VZV and HSV infections]. *J Infect Chemother*. 2016 Feb; 22(2): 65–71.
8. Kennedy P. [Issues in the Treatment of Neurological Conditions Caused by Reactivation of Varicella Zoster Virus (VZV)]. *Neurotherapeutics*. 2016 Mar 31(3): 22–36.
9. Farley R. Human Immunodeficiency Virus. – In: Principles and practice of Infectious Diseases. G.L. Mandell, J.E. Bennett et R. Dolin R (eds). 7th ed., Philadelphia, Elsevier, 2010, 1305–1327.

Sofia, Bulgaria
str. „Sv. Georgi Sofijski“ № 3
Military Medical Academy – Clinic ENT



Пролетна научна конференция: Съвременни концепции в лечението на ушите, носа и гърлото

Резюмета

Асоциация на лекарите по оториноларингология ИСУЛ

Л1

Трахеални стенози след парциални резекции на ларинкса по повод на карцином на ларинкса

Ю. Рангачев, Т. Попов, Ст. Йорданов,
М. Цекова, Д. Хунашвили, Н. Алхури,
Д. Дацев, Ив. Чалъков

Клиника УНГ-болести,
УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, МУ – София

Трахеалните и ларингеалните стенози са сравнително редки усложнения при оперативни интервенции, манипулации и интубации. Стенозите, получени след парциални резекции на ларинкса при ларингеални карциноми, също не са много чести усложнения, но дори и получени, в повечето случаи са компенсирани. Трахеалните стенози, получени при пациенти с ларингеални карциноми и парциални ларингеални резекции, които са провели и радиотерапия обаче, са сравнително чести и в повечето случаи са декомпенсирани и често водят до постоперативна диспнея и влошават качеството на живот на пациентите. Представяме няколко наши клинични случая с постоперативни стенози на трахеята при пациенти с ларингеален карцином след парциална ларингеална резекция, които са получили постоперативно радиотерапия.

Ключови думи: карцином на ларинкса, парциална резекция на ларинкса, стеноза на ларинкса, стеноза на трахеята, радиотерапия

Л2

Малигнени заболявания на околоносни кухини и метастази на шията. Честота и поведение

Ю. Рангачев, Т. Попов, Ст. Йорданов,
М. Цекова, Д. Хунашвили, Н. Алхури,
Д. Дацев, Ив. Цанев

УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, МУ – София

Злокачествените тумори на околоносните кухини представляват около 3% от туморите на горните дихателни пътища. Най-често те са от епителен произход, но има и неепителни тумори като саркоми, меланоми, НХЛ и др. Близостта им до жизненоважни структури като мозъка, зрителните нерви, черепно-мозъчни нерви и важни кръвоносни съдове определя ранните им клинични прояви и възможността за радикално им отстраняване. Често метастазите съпътстват установяването на първичните тумори, но по-често те се установяват на по-късен етап, когато пациентът вече е провел оперативно лечение, радиотерапия или химиотерапия и въз-

можностите за оперативно лечение са ограничени. Представяме случаи от нашата клинична практика и варианти за клинично поведение.

Ключови думи: синоназален карцином, малигнен меланом, радикална шийна дисекция, лъчелечение, химиотерапия.

ЛЗ

Назофарингеален карцином в детската и младата възраст

Д. Конов, Ст. Йорданов, Ив. Боронсузов, Ив. Щърбанов, М. Генадиева, Ю. Хаджиев, Иг. Станчева

МУ – София, Катедра по УНГ-болести, Катедра по обща и клинична патология УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД, гр. София, Клиника по УНГ-болести СБАЛДОХЗ – ЕООД, гр. София

Малигнените тумори с първична локализация в назофаринкса са рядкост в детската възраст. Един от най-честите типове е недиференцираният назофарингеален карцином. Основният лечебен метод при тези неоплазми е лъчетерапията, която често се съчетава с химиотерапия, както и адювантна имунотерапия с бета-интерферон. Често началните прояви на болестта протичат незабелязано и диагнозата се поставя в късните стадии от развитието. Представяме няколко клинични случая от нашата практика на назофарингеални карциноми в детската възраст.

Л4

Поведение и възможни усложнения при чуждо тяло в долните дихателни пътища при деца

Ц. Цолов, П. Переновска, Т. Аврамов

Въведение: Чуждите тела в долните дихателни пътища в детска възраст представляват сериозен проблем за лекуващия екип и не рядко могат да доведат до летален изход.

Материал и метод: Авторите проследяват поведението и рисковете при лечението на 1179 деца, от които 675 с диагноза „Чуждо тяло в долните

дихателни пътища“ на възраст от 0 до 3 години за периода 1995–2013 година, преминали през УНГ-клиника на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ – София и Детска клиника на УМБАЛ „Александровска“ – София, използвайки при анализа данните на Националната статистика за броя починали деца с чуждо тяло в долните дихателни пътища.

Резултати: За проследявания период при 667 деца с чуждо тяло в долните дихателни пътища лечението е успешно приключило, като при 59 от децата се е наложила повече от една ендоскопска процедура. При 12 от децата лечението е продължило в Клиника по гръдна хирургия, поради невъзможност от ендоскопска екстракция на чуждите тела от долните дихателни пътища.

Заключение: Чуждите тела в долните дихателни пътища при децата, особено до 1-годишна възраст, са изключително коварни и опасни поради незрелостта на дихателните пътища при децата. Те изискват внимание, опит при диагностицирането им и добра колаборация между педиатри, бронхоскописти, анестезиолози с опит при работа с деца и гръден хирург, за максимално избягване на усложнения и летален изход.

Ключови думи: чужди тела, поведение, усложнения, ендоскопия, долни дихателни пътища

Л5

Макрофагеална инфилтрация и плътност на неоплазмата при карцином на ларинкса и тяхната корелация с процеса на метастазиране – изследване върху 52 случая

Т. Попов, Ю. Рангачев, Сп. Тодоров, О. Стоянов, Д. Конов, Ив. Чалъков

Ангиогенезата е един от шестте специфични белега на малигнома, която е широко изследвана през последните две декади. Целта на нашето проучване е да оценим микросъдовата и макрофагеалната плътност в ларингеалния карцином и да потърсим клиникопатологични корелации. Чрез имунохистохимия количествено определихме микросъдовата плътност (антитела към CD4+) и макрофагеалната степен на инфилтрация (антитела към CD68+), използвайки микроарей техника. Средната съдова плътност в изследваната група бе 14.27 ± 12.92 съда на $\times 200$ поле, а



средната плътност на макрофагеална инфилтрация бе 5.19 ± 4.32 на $\times 200$ поле. Средната микросъдова плътност бе статистически значимо по-голяма при пациенти с метастатичен процес в регионалните лимфни възли, спрямо тези без, при еквивалентен стадий на първичния тумор. Допълнително, линейарната регресия показва, че макрофагеалната инфилтрация корелира с нивата на ангиогенеза, което е доказателство на ролята на имунната система за формирането на съдовото русло в туморната тъкан.

Л6

Шиен лимфаденит в детската възраст – рядък клиничен случай от практиката

*И. Станчева, Сп. Тодоров, Л. Попов,
И. Тодоров, И. Терзиев*

МУ – София, Катедра по УНГ-болести

Лимфаденитът в детската възраст е често свързан с инфекции на горните дихателни пътища – отити, риносинусити, тонзилофарингит. Нерядко инфекциите на кожата и лигавиците, както и бактериалните и вирусните инфекции се усложняват с лимфаденит. Увеличението на лимфните възли може да е и първа изява на някои злокачествени заболявания.

Представяме клиничен случай от практиката: 14-годишно момче с шиен лимфаденит, придружен от продължителен фебрилитет – банална инфекция или рядко заболяване?

Л7

Протезиране на а. каротис комунис при радикална шийна дисекция – за първи път в България

К. Попов, Д. Марков, А. Тодоров

*СБАЛО – ЕАД, отделение по УНГ-болести
СОФИЯМЕД, отделение по съдова хирургия*

Съвместен екип – оториноларинголог и съдови хирурзи, извърши 3 радикални шийни дисекции с протезиране на а. каротис комунис. Болните са с ларингеален карцином. Метастазите обхва-

щаха циркумференцията на артерията, което обикновено е противопоказание за оперативно лечение. Описват се етапите, обсъждат се резултатите и индикациите за тази операция.

Л8

Видеоендоскопска радиохирургия при кисти на Торнвалд

Ю. Николов, М. Николова**, П. Чапаров**

** УНГ отделение,*

МБАЛ „Света Параскева“ – Плевен

*** Катедра по УНГ болести, МУ – София,*

Клиника по УНГ-болести,

УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД – София

При болестта на Торнвалд се формира кистоподобно образуване в областта на средната бразда на назофарингеалната тонзила. В последно време, благодарение на широкото разпространение и използване на ендоскопски методи за изследване на носа и носоглътката, зачестиха случаите с диагностициране на киста на Торнвалд. Разпространението ѝ достигна до 5% в популацията.

Цел: Да се обобщят и систематизират предимствата от използването на видеоендоскопска радиохирургия при операции по повод диагностицирана киста на Торнвалд.

Материал: 11 пациенти (8 жени и 3 мъже) на възраст от 28 до 60 години за период от 2 години са оперирани с помощта на видеоасистирана радиохирургична техника в нашето отделение.

Методи: С HFITT техника и биполярен електрод под видеоендоскопски контрол се направи радиодиструкция на предната стена на кистата, последвана от аспирация и радиофреквентна коагулация на лигавицата.

Резултати: В 10 от случаите субективните оплаквания от стичане на секрет в гърлото, главоболие, лош дъх, заглъхване на ушите са изчезнали или значително намалели. В един от случаите стичането на секрет продължи, вероятно дължащо се на съпътстващия алергичен ринит.

Изводи: Получените положителни постоперативни резултати при киста на Торнвалд ни позволяват да съдим за ефективността на видеоендоскопската радиохирургична техника в хирур-

гичното лечение на тази патология. Операцията се понася добре от пациентите, като не се съпровожда от болка и възпалителни промени в организма. Рецидиви след интервенцията не сме наблюдавали.

P1

Мукоцеле на фронтален синус – случай от практиката

С. Димитров, С. Тодоров, О. Стоянов, И. Тодорова, Т. Аврамов, Х. Бенев, М. Николова

Мукоцелето е доброкачествено кистично образувание на околоносните кухини с бавен растеж, като се смята, че се формира поради обструкция на естествените синусови отвори. Най-честата локализация е във фронталните и етмоидални синуси.

Представяме клиничен случай на мъж на 50 г., претърпял трепанация на левия фронтален синус преди 15 години. Няколко години по-късно започва да усеща периорбитален дискомфорт и диплопия. Към момента на постъпване в клиниката се установи голяма кистична формация в горната част на орбитата, екзофталм и избустване на булбуса каудално. Компютърна томография на глава разкри голямо мукоцеле, изхождащо от левия фронтален синус. Проведе се трепанация на фронталния синус с добър резултат. 6 месеца след операцията няма данни за персистенция и рецидив на заболяването.

P2

Неуспехи при функционалната ендоскопична хирургия на синусите – фактори от страна на хирургията

*Р. Бенчев, Ив. Йорданов
УМБАЛ „Софиямед“*

Лечението на хроничния риносинусит е предимно медикаментозно и е свързано с употреба на антибиотици, кортикостероиди (системни или локални), муколитици, назални промивки и други. Често, при трудни за лечение хронични риносинусити, се налага използване и на т.нар. максимална медикаментозна терапия, която трае

седмици и дори месеци. При неуспех на консервативното лечение се прилага и хирургия на околоносните кухини. През последните години в световен мащаб се наложи функционалната ендоскопична хирургия на синусите като основен оперативен подход. Целта на тази оперативна намеса е да осигури по-добро носно дишане, по-добра вентилация и дренаж на синусите и така да премахне патофизиологичните механизми за развитие на хроничния риносинусит. Въпреки хирургичната намеса, в редица случаи риносинуситът продължава да предизвиква симптоми, повлияващи качеството на живот на пациентите. Факторите, които влияят на неуспеха на хирургичното лечение, са главно два: субоптимална операция, несъобразена с характера и тежестта на заболяването и особеностите на възпалителния процес, водещи до рецидивирание на заболяването.

В настоящата презентация е направен преглед на литературата, подкрепен със собствен опит, на най-честите причини за неуспех на ФЕСХ, свързани с недостатъците на приложената оперативна техника. Прави се извод, че основните грешки идват от недостатъчен опит на хирурга за извършване на по-радикални интервенции и несъобразяване на обема на операцията с факторите от страна на възпалението. Обсъжда се необходимостта от по-разширени оперативни намеси, извън основополагащите принципи на ФЕСХ за минимално инвазивна хирургия.

P3

Неуспехи при функционалната ендоскопична хирургия на синусите – фактори от страна на възпалителния процес

*Р. Бенчев, Ив. Йорданов
УМБАЛ „Софиямед“*

Лечението на хроничния риносинусит е предимно медикаментозно и е свързано с употреба на антибиотици, кортикостероиди (системни или локални), муколитици, назални промивки и други. Често при трудни за лечение хронични риносинусити се налага използване и на т.нар. максимална медикаментозна терапия, която трае седмици и дори месеци. При неуспех на консервативното лечение се прилага и хирургия на



околоносните кухини. През последните години в световен мащаб се наложи функционалната ендоскопична хирургия на синусите като основен оперативен подход. Целта на тази оперативна намеса е да осигури по-добро носно дишане, по-добра вентилация и дренаж на синусите и така да премахне патофизиологичните механизми за развитие на хроничния риносинусит. Въпреки хирургичната намеса, в редица случаи риносинуситът продължава да предизвиква симптоми, повлияващи качеството на живот на пациентите. Факторите, които влияят на неуспеха на хирургичното лечение, са главно два: субоптимална оперция, несъобразена с характера и тежестта на заболяването, и особеностите на възпалителния процес, водещи до рецидивирание на заболяването.

В настоящата презентация са разгледани факторите от страна на възпалителния процес на синусите, които водят до рецидивирание на заболяването, въпреки адекватна хирургическа намеса. На базата на литературни данни и собствен опит се дискутира ролята на алергията, еозинофилното възпаление, биофилмите, персистиращия остейт и остеогенеза и начините за тяхното лечение.

P4

Персистиращ дуктус тиреоглосус

*Ст. Йорданов, Д. Конов, М. Геннадиева,
М. Николова, М. Цекова, Т. Попов,
Ю. Рангачев, Д. Хунашвили*

*МУ – София, Катедра по УНГ-болести,
Катедра по обща и клинична патология*

*УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД – София,
Клиника по УНГ-болести*

Представяме три клинични случая на срединни тиреоглосални кисти на шията, оперирани в клиниката, както и методите на диагностика и лечение.

Кистите, произхождащи от ductus thyroglossus, са най-честите конгенитални шийни кисти. Разположени са срединно на шията и се проявяват в детската и младата възраст. Методите на диагностика могат да бъдат различни, а лечението е изцяло хирургично.

P5

Малигнен меланом с локализация в околоносните кухини – клиничен случай

М. Николова, М. Цекова-Чернополска*,
Д. Кацаров**, Ст. Йорданов*,
Ю. Рангачев*, Ив. Цанев**

** Катедра по УНГ-болести, МУ – София,
Клиника по УНГ-болести,
УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“*

*** Специализирана болница за активно лечение
по онкология – СБАЛО, София*

Малигненият меланом е злокачествено новообразуване с произход от меланоцитите. Представява един от най-злокачествените тумори и се характеризира с ранно метастазиране. Най-често се развива върху кожата, а негови редки локализации са окото (роговица, ретина) и мукозни тъкани. Melanoma malignum представлява 2–4% от всички злокачествени образувания във външния нос и околоносните кухини. Меланомът с лигавична локализация в областта на главата и шията се среща по-често при пациенти в напреднала възраст – 60–80 години, като предилекция към пола няма. Расте инфилтративно, с ранни лимфо- и хематогенни метастази. Често води началото си от полип с улцерирала повърхност и тъмнокафяво оцветяване. Клиниката се доминира от епистаксиси и затруднено носно дишане. За поставяне на диагнозата от значение са образните изследвания, имунохистохимичният анализ и типичната хистологична картина.

Представяме ви клиничен случай на малигнен меланом с локализация в максилетмоидалния ъгъл на 89-годишен пациент. Болният съобщава за рецидивирани епистаксиси, нарушено носно дишане и хрема с голяма давност. След направената компютърна аксиална томография (КАТ) и установяване на туморна формация, ангажираща общ носов ход вдясно, максиларен синус, етмоидални клетки, проминираща към кухината на назофаринкса, пациентът се приема за оперативно лечение – медиофациална резекция. Резултатът от патолого-хистологичното изследване дава характерната картина на малигнен меланом, поради което пациентът се насочва за следоперативна химио- и телегаматерапия.

P6

Ендоскопски операции при полипоза на пациенти под 18 години – клиничен случай и обзор

*Т. Попов, Ю. Рангачев, Сп. Тодоров,
О. Стоянов, Д. Конов, Ст. Йорданов*

Болестите на детските околоносни кухини обхващат голям обхват от патологии. Рядко в медицинската литература могат да се намерят студия с добър дизайн и достатъчно голям брой пациенти от тази група. Авторите представят кратък обзор върху темата и представят клиничен случай на полипозна дегенерация на максиларния синус при 14-годишно момиче – клиника, диференциална диагноза и извършената ендоскопска оперативна интервенция.

P7

Titanium implants for the nose: A new frontier

Prof. Dr. med. Daniel F. à Wengen

P8

Техники при ендоскопска ендоназална синус хирургия. Нашият опит при лечение на доброкачествени новообразувания на околоносни кухини

А. Асенов, Д. Делчев

*Отделение по УНГ-болести,
МБАЛ „Пловдив“, Пловдив*

Ендоскопската ендоназална хирургия е модерен, минимално инвазивен метод за лечение на редица заболявания на носа и параназалните кухини. Приложима е както при лечение на хронични синусити, така и при трудни за овладяване случаи на епистаксис, при новообразувания на нос и околоносни кухини и базата на черепа, а също и като достъп при неврохирургични операции. Наред с множеството предимства, ендоскопската ендоназална хирургия има някои ограничения, за справяне с които са разработени редица техники и достъпи. Ще бъдат представе-

ни някои техники при ендоскопска ендоназална синус хирургия и два случая на ендоскопски операции при доброкачествени тумори на максиларен синус от нашата практика, при които са приложени улесняващи подходи.

O1

Нашият опит от едногодишното приложение на video НПТ-теста

Т. Широ

*МУ, Катедра УНГ-болести,
болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“ – София*

Видео НПТ-тестът (vНПТ) е технологично усъвършенстване на НПТ-теста, описан и въведен в практиката от Michael Halmagyi и Ian Curthoys през 1988 год. като бърз и надежден тест за установяване на едностранен периферен вестибуларен дефицит.

Видеорегистрация с последваща обработка на запис на вестибуло-очевдигателния рефлекс (VOR-reflex) изключително много улеснява провеждането на теста и диагностицирането на периферните вестибуларни дисфункции. Нещо повече – този тест до голяма степен ограничава използването на по-неприятните за пациентите връщателен и калоричен тест.

За 1,5-годишен срок ние сме изследвали над 390 пациенти с различен вид вертижни оплаквания. Сравнени са резултатите от този тест с данните от рутинното отоневрологично изследване и провокационните тестове. Установява се, че в резултат на рутинното приложение на този тест в ежедневната ни отоневрологична практика точността на диагностиката се повишава, а времето, необходимо за пълното изследване на един пациент, се намалява.

Разгледани са подробно техниката на изследването, предимствата му пред други подобни методи, както и нашият опит при някои трудни за диагностициране случаи. Освен ясното разграничаване на периферната от централната вестибуларна патология, този тест дава възможност за бърза оценка на функцията на всеки един от полуокръжните канали поотделно, нещо, което преди въвеждането на този тест беше невъзможно.



O2

Комбинирано лечение на невросензорна загуба на слуха с хипербарна оксигенация и лекарствени средства

К. Георгиев, Хр. Бозов*, В. Цветков**, П. Куцаров*, Й. Заякова**

**МБАЛ – Варна, ВМА*

***ВМА – София*

В презентацията са разгледани част от терапевтичните средства за лечение на НСЗС, като действие на рецепторно и молекулно ниво. Представени са възможни взаимодействия, водещи до търсения от лекаря ефект, както и нежелани или неочаквани интеракции между използваните лекарствени средства.

Ключови думи: невросензорна загуба на слуха, лечение, хипербарна оксигенация

O3

Клиничен случай със звукопроводно намаление на слуха

Д. Попова, С. Върбанова, Сп. Тодоров, И. Станчева, О. Стоянов, Т. Попов

УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ, Катедра по УНГ-болести“, МУ – София

Концепцията за звукопроводно намаление на слуха е предложена за първи път през 1960 г. от Gloris and Davis и по-късно от Nixon and Glorig. Те предполагат повишена ригидност на кохлеарната част на вътрешното ухо. Някои автори използват термина псевдо звукопроводно намаление на слуха. В повечето случаи диагнозата се поставя, без да се прибегва до оперативно лечение. В по-голямата си част се дължи на костни аномалии, при които е необходимо да се направят КТ с висока резолюция, и най-често се търси комуникация на основната витка на охлюва със съседните анатомични структури.

O4

Световъртеж и системни метаболитни нарушения

С. Вълчева

Звуковите и вестибуларни симптоми са общи при пациенти със захарен диабет. Слуховите и вестибуларните дисфункции се появяват както в преддиабетно състояние, така и с бъбречни промени. Най-важният аспект в предотвратяването на слухови и вестибуларни дисфункции при пациенти с уремия, е да се избегне използването на потенциални ототоксични вещества. Внимателното управление на електролити при пациенти, подложени на хронична бъбречна диализа, ще предотврати вариращи слухови и вестибуларни симптоми. Виене на свят може да възникне и при пациенти с хипотиреоидизъм. Двустранната невросензорна загуба на слуха, свързана с придобит хипотиреоидизъм, се подобрява след поддържаща терапия с хормона на щитовидната жлеза.

O5

Резултати от двустранната кохлеарна имплантация при деца

Д. Попова, С. Върбанова, Сп. Тодоров, И. Станчева, О. Стоянов

Медицински факултет на Медицински университет – София Катедра УНГ-болести

Авторите представят резултатите от извършените в УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, гр. София кохлеарни имплантации на двете уши при деца.

Отчетени са данни от развитието на 14 двустранно оперирани деца. Те са разделени на 2 групи, състоящи се от по 7 деца. Разликата между двете групи е във времето на извършване на втората имплантация – преди и след 1 година. Използвани са стандартните тестове за оценка на промяната в развитието на оперираните деца.

06

Изследване на слуха на деца между 3 и 6 години чрез ShoeBox аудиометрия

Ал. Вълков, Ю. Тодорова, Б. Духленски,
Г. Николов, Кр. Атанасова, А. Хвърчилкова

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен
Клиника по ушно, носно, гърлени болести

Интерактивната ShoeBox аудиометрия е нов метод за оценка прага на чуване по въздушен път. Представява iPad – базирано приложение, чрез което пациентът контролира сам продължителността и темпото на звуковите дразнители. Има значима прогностична стойност за нормален слух и висока чувствителност за загуба на слуха. Поради своята точност, простота, бързина този метод на изследване може да се използва за масов скрининг при деца.

За период от 3 месеца в Клиниката по УНГ-болести и Клиниката по детски болести при УМБАЛ – Плевен бяха изследвани 3-, 4-, 5- и 6-годишни деца посредством ShoeBox аудиометрия. В изследваните групи бяха включени както здрави деца, така и деца с вече установено намаление на слуха. Установиха се следните предимства на метода: децата от всички възрастови групи, както и техните родители го възприемат позитивно и с интерес участват в изследването. При 5- и 6-годишните деца ShoeBox аудиометрията завършва успешно, докато 4-годишните се нуждаят от допълнителни напътствия. Във възрастовата група на 3-годишните рядко се наблюдава задържане на концентрацията и вниманието, като резултатите не могат да бъдат интерпретирани.

07

Съвременни тенденции в лечението на злокачествения външен отит

П. Руев*, А. Бачовска*, М. Михов*

*Отделение УНГ-болести,
МБАЛ „Тракия“, Стара Загора

(I.) *Увод:* Злокачественият външен отит е инвазивна инфекция на външния слухов проход, която все още е терапевтично предизвикател-

ство. Най-често заболяването засяга пациенти със захарен диабет, а *Pseudomonas aeruginosa* се изолира от секрет от ухото в повече от 80% от случаите. Патофизиологията на заболяването не е напълно установена, но като потенциален ятрогенен фактор се смята иригацията на външния слухов проход с вода при промивка за церумен.

(II.) *Цел на проучването:* Целта на това изследване е да представим нашия опит с лечението на пациенти със злокачествен външен отит.

(III.) *Материал и метод:* За период от 4 години от 2012 до 2015 год. са лекувани 12 пациенти със злокачествен външен отит (средна възраст 69 год., от 49 до 85 год.; мъже 7, жени 5). Всички демографски показатели, като придружаващи заболявания, параметри на слуха, изолирани причинители, рентгенови изследвания, продължителност на хоспитализацията, лечение преди хоспитализацията и други са анализирани.

(IV.) *Анализ на данните:* Ретроспективен анализ на болничните хоспитализации.

(V.) *Резултати:* Типичният пациент със злокачествен външен отит е с оплаквания от продължителна силна болка в ухото и гнойна секреция. Парализа на лицевия нерв се наблюдава в два случая. Диагнозата злокачествен външен отит се базира на комбинацията от клинични данни, ускорено СУЕ и увеличен С-реактивен протеин (CRP), заедно с рентгенови данни за мекотъканно засягане със или без костна ерозия на външния слухов проход и инфратемпоралната ямка. Лечението включва локално почистване и продължително прилагане (от 3 до 6 седмици) на локални и системни противопсевдомонасни антимикробни средства. В три случая допълнително сме поставили T-tubes вентилиращи тръбички за 3 до 6 месеца. При един пациент се наложи допълнително хирургично лечение (мастоидектомия).

(IV.) *Заклучения:* Злокачественият външен отит е относително рядко заболяване, което най-добре се лекува мултидисциплинарно. Най-ефективното лечение е контрол на диабета, от една страна, и адекватно антибиотично лечение, от друга. В нашето проучване асоциацията между локални аминокликозидни антибиотици и системно приложение на Ciprofloxacin и Clindamycine има ефект при повишаваща се по литературни данни резистентност на *P. aeruginosa* към хинолоните. В някои случаи инсерцията на вентилиращи T-tube за по-дълъг



период от време е добра идея за допълнителна минимално инвазивна хирургия.

O8

Загуба на слуха при дефекти в текториалната мембрана

*К. Георгиев**, *Хр. Бозов**, *В. Цветков***,
*П. Куцаров**, *Й. Заякова**

*МБАЛ Варна ВМА,

**ВМА – София

В настоящата презентация е разгледана membrana tectoria в норма, както и някои проучени нейни структурни и функционални дефекти и асоциираните с тях нарушения на слуха. Примерите са онагледени с илюстративен материал. Поставени са въпроси, чието решаване ще прецизира отношението ни към нарушенията на слуховата перцепция.

Ключови думи: текториална мембрана, загуба на слуха

B1

Слипвидеоендоскопия – един надежден метод за диагностика на патологията на ГДП (горни дихателни пътища) при обструктивна сънна апнея

*Ю. Николов**, *П. Чапаров**, *М. Николова***

* УНГ отделение, МБАЛ „Света Параскева“, Плевен

** Катедра по УНГ болести,

МУ – София, Клиника по УНГ-болести,

УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“

Обструктивните дихателни нарушения в проходимостта на ГДП (горни дихателни пътища) в настояще време се явяват особено актуален проблем. Тази патология придобива водещо значение при проблемите с обструктивна сънна апнея, водещи до периодични нарушения от страна на сърдечносъдовата и дихателната система на организма.

Цел: Към настоящия момент основен водещ метод за диагностика на ОСА (обструктивна

сънна апнея) се явява компютърната полисомнография, даваща само количествена представа за тежестта на процеса. За качествените промени в ГДП бихме могли да съдим след изследване и обобщаване на данните от предложената от нас слипвидеоендоскопия, което се явява цел на настоящата презентация.

Материал: СВЕ (слипвидеоендоскопия) се направи при 25 пациенти със сънна апнея – 21 мъже и 4 жени на възраст от 34 до 60 години.

Метод: След проведена компютърна полисомнография под венозна анестезия с помощта на флексибилна ендоскопска техника „Олимпус“ се направи видеоендоскопия на ГДП.

Резултати: Като се анализира нивото на обструкцията, продължителността на епизодите от апнея и хипопнея, се направи преценка за ефективността от евентуална бъдеща хирургична интервенция.

Извод: Като отчитаме простотата на метода за диагностика, неголемите изисквания към оборудването и високата му информативност, ние го препоръчваме за допълнителна диагностика на ССА (синдром на обструктивна сънна апнея).

B2

Малигнен меланом с локализация в околоносните кухини – клиничен случай

*М. Николова**, *М. Цекова-Чернополска**,

*Д. Кацаров***, *Ст. Йорданов**,

*Ю. Рангачев**, *Ив. Цанев**

* Катедра по УНГ-болести, МУ – София,

Клиника по УНГ-болести,

УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“

** Специализирана болница за активно лечение по онкология – СБАЛО, София

Малигненият меланом е злокачествено новообразуване с произход от меланоцитите. Представява един от най-злокачествените тумори и се характеризира с ранно метастазирание. Най-често се развива върху кожата, а негови по-редки локализации са окото (роговица, ретина) и мукозни тъкани. Melanoma malignum представлява 2–4% от всички злокачествени образувания във външния нос и околоносните кухини. Меланомът с лигавична локализация в областта на главата и шията се среща по-често при пациенти в напред-

нала възраст – 60–80 години, като предилекция към пола няма. Расте инфилтративно, с ранни лимфо- и хематогенни метастази. Често води началото си от полип с улцерирала повърхност и тъмнокафяво оцветяване. Клиниката се доминира от епистаксиси и затруднено носно дишане. За поставяне на диагнозата от значение са образните изследвания, имунохистохимичният анализ и типичната хистологична картина.

Представяме ви клиничен случай на малигнен меланом с локализация в максилоетмоидалния ъгъл на 89-годишен пациент. Болният съобщава за рецидивиращи епистаксиси, нарушено носно дишане и хрема с голяма давност. След направената компютърна аксиална томография (КАТ) и установяване на туморна формация, ангажираща общ носов ход вдясно, максиларен синус, етмоидалнки клетки, проминираща към кухината на назофаринкса, пациентът се приема за оперативно лечение – медиафациална резекция. Резултатът от патолого-хистологичното изследване дава характерната картина на малигнен меланом, поради което пациентът се насочва за следоперативна химио- и телегаматерапия.

ВЗ

Сравнение на праговете, измерени с помощта на класическа аудиометрия – чист тон и прагове, измерени с помощта на модула DPOAE

Г. Георгиев

МБАЛ „Георги Странски“, Катедра „Оториноларингология“ – гр. Плевен

Основният фокус е насочен към търсене на корелация между класическата аудиометрия и модула DPOAE (лицензиран). Целта е да се покаже, че е възможно DPOAE да предскаже директно прага за чист тон и да е клинично полезен.

Апаратура за изследване

Методи на изследване:

Турп: 226 Hz; всички пациенти

РТА: АС; 1; 15; 2, 3, 4КHz; всички пациенти + ВС за пациенти със загуба на слуха

DPOAE Thres: 1; 15; 2, 3, 4 КHz; с FM DPOAE; всички пациенти

DPOAE Thres: 1; 15; 2, 3, 4 КHz; без FM DPOAE; всички пациенти.

Целеви групи: 20 пациенти с нормален слух и 5 пациенти с увреден слух.

Диаграма на получените резултати.

В4

PLUNC протеините: нов поглед върху патогенезата на хроничния риносинусит

Ю. Хаджиев, Сп. Тодоров, Д. Конов,
О. Стоянов, Ст. Йорданов

В5

Ролята на ПЕТ-КТ за дефиниране на мишенните обеми при пациенти с тумори на глава и шия, подлежащи на високотехнологично лъчелечение в Клиника по лъчелечение, МБАЛ „Света Марина“ Варна

Хр. Ивановска-Пенева*, Ел. Енчева*,
Т. Радева*, Д. Паламудова*, Ем. Барша*,
П. Недев**, Н. Сапунджиев**, Г. Илиев**,
П. Бочев***, Б. Чаушев***,
Цв. Йорданова***, Ж. Данчева***,
Ив. Щерев****, Ан. Клисарова***

*Клиника по лъчелечение,

УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

**Клиника по УНГ,

УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

***Клиника по нуклеарна медицина и метаболитна терапия,

УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

****Клиника по медицинска онкология,

УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

Въведение: Високотехнологичното лъчелечение (ЛЛ) е част от мултидисциплинарното лечение на туморите на глава и шия (ТГШ) както в ранните стадии, така и при локорегионално авансирани тумори с цел органосъхраняване и подобряване на качеството на живот. ПЕТ-КТ при ТГШ намира все по-широко приложение освен за стадиране и за прецизно дефиниране на мишенните обеми (СМО, КМО) в ЛЛ, и проследяване на ефекта от проведено лечение. Цел: Да се проучи за първи път в България ролята и мястото на рутинното приложение на ПЕТ-КТ при планиране и оценка на ефекта от



дефинитивно високотехнологично ЛЛ за ТГШ. *Материали и методи:* Включени са всички пациенти с ТГШ, провели дефинитивно ЛЛ в Клиниката по ЛЛ за 2015 г. При всички е проведен ПЕТ-КТ, в позиция за провеждане на облъчването – на плоска маса, с необходимите имобилизиращи устройства. Образите на ПЕТ-КТ се наслаждат с планиращия КТ и на базата на ПЕТ-КТ се дефинират МО. При ТГШ в ранен стадий се прилага самостоятелно ЛЛ, при локо-регионално авансирани ТГШ ЛЛ се съчетава с химиотерапия или таргетна терапия. В зависимост от стадия на заболяването и особеностите на отделните пациенти се прилагат 3D или VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy) техники с образно насочено лъчелечение (IGRT). Техника на едновременен интегриран буст (SIB) се използва при авансирани ТГШ. Оценка ефекта на лечението става на третия месец с контролен локален статус и ПЕТ-КТ.

Резултати: При 40 пациенти с помощта на ПЕТ-КТ се планира 3D ЛЛ при 17,5% от пациентите, VMAT при 82,5% и SIB при 60%. ХТ и таргетна терапия получиха 70% от пациентите. ТГШ са разпределени: орофаринкс – 10%; назофаринкс – 8%; хипофаринкс – 12%; ларинкс – 35%; устна кухина – 30%; други – 5%. Стадий: I и II – 30%; III-IV – 70%, като плоскоклетъчен – 90%, други – 10%. Мъже – 75%; жени – 25%. Начален ПЕТ-КТ – 100% от пациентите.

Заклучение: Рутинното приложение на ПЕТ-КТ при планиране на съвременните техники на ЛЛ (VMAT, IGRT, SIB) при ТГШ позволява реализиране на максимална доза в същинския мишенен обем 70 Gy, при по-ниска доза в нискорисковите мишенни обеми (КМО) – 56-60 Gy, като по този начин се намалява дозата в околните здрави тъкани и се подобрява качеството на живот на пациентите при едновременно подобрен локорегионален туморен контрол.

Ключови думи: Планиране лъчелечение, мишенни обеми, ПЕТ-КТ, тумори глава и шия

B6

Генетични аспекти при отосклероза

*Ор. Стоянов, Сп. Тодоров,
Д. Попова, С. Върбанова*

B7

Социално-икономически и демографски аспекти на нарушенията на съня

М. Милков

Медицински университет

„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

Интересът на световната научна общност към разнообразната проблематика на нарушенията на съня се засили особено много през последното десетилетие. Касае се за широка гама от заболявания и функционални нарушения както при децата, така и при възрастните, характеризирани се както с различна тежест и продължителност на основните симптоми, така и с трудности при диагностиката и лечението, особено при наличието на придружаващи заболявания на сърдечносъдовата, дихателната, нервната, ендокринната, имунната и храносмилателната система. Постигнатите несъмнени успехи по отношение на прецизната диагностика, консервативното и хирургично лечение на честите нарушения на съня в световен мащаб и в нашата страна все още не са основание за особен оптимизъм. Тези нарушения оказват неблагоприятно влияние върху индивидуалното качество на живот на хората. Безсънието, сънливостта, хъркането и особено – обструктивната сънна апнея представляват нарастващо социално натоварване, изразяващо се както с преки, така и с непреки разходи – за хоспитализации, лекарска помощ, лекарства, институционализирани грижи за болните, от една страна, и намалена производителност, поради инвалидизация и преждевременна смърт, от друга страна. Нарколепсията при децата впоследствие води до редица хронични заболявания с все по-сериозно социално-икономическо натоварване на обществото. Подчертава се ролята на целенасочения скрининг на най-честите нарушения на съня за постепенното намаляване на честотата им и на свързаните с тях последици за здравето на децата и възрастните.

Легенда

*О – оторинология

*Р – ринология

*Л – ларингология

*В – вари

ПОКАНА



Ръководството на Медицински университет – Варна и Факултета по дентална медицина имат удоволствието да Ви поканят на тържествено честване по повод

10 ГОДИНИ ФАКУЛТЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА 13 – 14 май 2016

Тържественото Общо събрание ще се състои на 13 май 2016 година (петък) от 16.00 часа в Конферентната зала на Суис-Белхотел гр. Варна, бул. „Княз Борис I“ № 111

Проф. д-р Красимир Иванов, д.м.н.
Ректор
на Медицински университет - Варна

Доц. д-р Цветан Тончев, д.м.
Декан
на Факултета по дентална медицина



10
години



ПРОГРАМА

- 13.05.2016 г.** Суис-Белхотел гр. Варна, бул. „Княз Борис I“ № 111 (бивш Гранд Хотел Димят)
- 16.00 – 18.00 ч. Тържествено Общо Събрание – Конферентна зала
18.00 – 19.30 ч. Коктейл – Банкетна зала
- 14.05.2016 г.** Хотел Адмирал, к.к. Златни пясъци
- 14.30 – 18.00 ч.** Юбилейна научна сесия „10 години Факултет по дентална медицина“, ИМАВ
- 14.30 – 15.30 ч. Лекции на гост-професори
15.30 – 16.00 ч. Кафе - пауза
16.00 – 18.00 ч. Академична сесия „Дисертации ФДМ-Варна“



EUROPEAN ACADEMY
OF OTOTOLOGY &
NEURO-OTOLOGY



MEDICAL UNIVERSITY
„PROF. PARASKEV STOYANOV“
OF VARNA



BULGARIAN NATIONAL SOCIETY
OF OTORHINOLARYNGOLOGY
HEAD AND NECK SURGERY



BLACK SEA INTERNATIONAL
OTOLOGY AND NEUROOTOLOGY
ASSOCIATION

ВТОРИ ВАРНЕНСКИ ВЕСТИБУЛАРНИ ДНИ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ

SECOND VESTIBULAR DAYS OF VARNA

WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Има ли адекватно лечение
на шума в ушите?

Is there any adequate
treatment of tinnitus?

Хотел-галерия „Графит“, гр. Варна
8–9 април 2016 г.

Graffiti Gallery Hotel, Varna
April 8–9, 2016

под патронажа на проф. д-р Красимир Иванов, д.м.н.
Ректор на Медицинския университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

under the auspices of Prof. Krasimir Ivanov, MD, PhD, DSc
Rector of the Medical University
„Prof. Paraskev Stoyanov“ of Varna

Председател на симпозиума: Доц. д-р М. Милков, д.м.
Председател на научния комитет: Проф. д-р П. Недев, д.м.н.

Symposium Chairman: Assoc. Prof. M. Milkov, MD, PhD
Scientific Committee Chairman: Prof. P. Nedev, MD, PhD, DSc

Научен комитет:

Проф. д-р Х. Групчева, проф. Т. Костадинова, доц. д-р Г. Маринов,
проф. д-р П. Димов, проф. д-р Д. Попова, проф. д-р Р. Бенчев,
доц. д-р Т. Широ, проф. д-р А. Толекова, доц. д-р Д. Вичева,
доц. д-р Б. Иванов, доц. д-р Н. Салунджиев, доц. д-р А. Вълков

Scientific Committee:

Prof. H. Grupcheva, Prof. T. Kostadinova, Assoc. Prof. G. Marinov,
Prof. P. Dimov, Prof. D. Popova, Prof. R. Benchev, Assoc. Prof. T. Shirov,
Prof. A. Tolekova, Assoc. Prof. D. Vicheva, Assoc. Prof. B. Ivanov,
Assoc. Prof. N. Sapundzhiev, Assoc. Prof. A. Valkov

Поканени лектори:

Проф. д-р Тобиас Клайнюнг,

Катедра по оториноларингология,
Университетска болница, гр. Цюрих, Швейцария;

Проф. д-р Шефан Волкенщайн,

Катедра по оториноларингология,
Университет Рур, гр. Бохум, Германия;

Проф. д-р Бадр Е. Мостафа,

Катедра по оториноларингология, Медицински факултет,
Университет Аин Шамс, гр. Каиро, Египет;

Проф. д-р Левент Н. Озлуглу,

Катедра по оториноларингология и хирургия
на главата и шията, Медицински факултет,
Университет Баскент, гр. Анкара, Турция;

Барбара Мюнх,

мениджър, обучение по аудиология и фирмени продукти,
Фонак, Сонова АД, гр. Стефа, Швейцария;

Проф. д-р П. Димов,

Катедра по оториноларингология, Медицински факултет,
Тракийски университет, гр. Стара Загора, България;

Доц. д-р Тодор Широ,

Катедра по оториноларингология, УМБАЛ „Царица Йоанна“,
Медицински университет – София, гр. София, България;

Д-р Златина Желязкова,

Лондон, Великобритания

Организационен комитет:

доц. д-р Ц. Тончев, доц. Ц. Дикова, доц. д-р В. Несторова,
доц. д-р Д. Томов, доц. Г. Петрова, д-р Х. Маджова, д-р Г. Илиев,
д-р К. Киримов, д-р В. Георгиева, д-р С. Вълчева,
д-р С. Мирчев, д-р Т. Маринова, П. Костадинова,
Д. Радкова, С. Шишков, Н. Мерджанов

Официални езици: български и английски

За повече информация:

Invited lecturers:

Prof. Tobias Kleinjung, MD,

Department of Otorhinolaryngology,
University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland;

Prof. Stefan Volkenstein, MD,

Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery,
Ruhr-University Bochum, Bochum, Germany;

Prof. Badr E. Mostafa, MD,

Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine,
Ain Shams University, Cairo, Egypt;

Prof. Levent N. Özlüoğlu, MD,

Head, Department of Otorhinolaryngology,
Head and Neck Surgery, School of Medicine,
Baskent University, Ankara, Turkey;

Barbara Muench,

Audiology & Product Education Manager, Phonak,
Sonova AG, Stäfa, Switzerland;

Prof. Pavel Dimov, MD,

Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Trakia
University, Stara Zagora, Bulgaria;

Assoc. Prof. Todor Shirov, MD,

Department of Otorhinolaryngology, Tsaritsa Giovanna
University Hospital, Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria;

Zlatina Zhelyazkova, MD,

London, United Kingdom

Organizing Committee:

Assoc. Prof. Ts. Tonchev, Assoc. Prof. Ts. Dikova,
Assoc. Prof. V. Nestorova, Assoc. Prof. D. Tomov,
Assoc. Prof. G. Petrova, Ch. Madjova, MD, G. Iliev, MD, K. Kirimov, MD,
V. Georgieva, MD, S. Valcheva, MD, S. Mirchev, MD, T. Marinova, MD,
P. Kostadinova, D. Radkova, S. Shishkov, N. Merdzhanov

Official languages: Bulgarian and English

For more information:

mario.milkov@gmail.com

www.orl.bg

ВТОРИ ВАРНЕНСКИ ВЕСТИБУЛАРНИ ДНИ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
SECOND VESTIBULAR DAYS OF VARNA WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION*Има ли адекватно лечение на шума в ушите?*
8–9. април 2016 г., хотел-галерия „Графит“, гр. Варна*Is there any adequate treatment of tinnitus?*
April 8–9, 2016, Graffit Galery Hotel, Varna**ПРОГРАМА • ПРОГРАММЕ****Петък, 8. април 2016 г.**

- 16:00–16:30 **Тържествено откриване: Етнографски музей – Варна**
Президиум: проф. К. Иванов, проф. Х. Групчева, проф. Т. Костадинова, проф. П. Недев, доц. Г. Маринов, проф. П. Димов, доц. Д. Вичева, доц. Ц. Тончев, проф. А. Толева, доц. М. Милков
- 16:30–19:00 **Първо научно заседание: Етнографски музей – Варна**
Председател: проф. П. Димов
Секретар: проф. А. Толева
- 16:30–16:50 **Павел Димов:** Вертиго и шум в ушите при непрекъснатото медицинско образование в отологията
- 16:50–17:20 Презентация на фирмата „Mylan“
- 17:20–17:50 **Бадр Е. Мостафа:** Болест на Мениер и доброкачествена интракраниална хипертония
- 17:50–18:10 **Златина Желязкова:** Главоболие при болните със световъртеж
- 18:10–18:40 **Тобиас Клайнюнг:** Съвременно лечение на болния с шум в ушите
- 18:40–19:00 *Дискусия*
- 19:00–22:00 *Коктейл: Ресторант „Чучурите“ – Варна*

Събота, 9. април 2016 г.

- 08:00–14:00 **Регистрация: Хотел-галерия „Графит“**
- 08:30–10:00 **Второ научно заседание: Хотел-галерия „Графит“**
Председател: проф. П. Недев
Секретар: доц. Н. Сапунджиев
- 08:30–08:45 **Тобиас Клайнюнг:** Възможности и ограничения на невромодулацията за лечението на шума в ушите
- 08:45–09:15 Презентация на фирмата „Actavis“
- 09:15–09:40 **Левент Н. Озлуоглу:** Доброкачествено пароксизмално позиционно вертиго: диагностични и терапевтични алгоритми при класически и трудни случаи
- 09:40–10:00 *Дискусия*
- 10:00–10:30 *Кафе пауза*
- 10:30–12:30 **Трето научно заседание: Хотел-галерия „Графит“**
Председател: проф. Х. Групчева
Секретар: доц. Г. Петрова
- 10:30–11:00 **Левент Н. Озлуоглу:** Болни с оплаквания от световъртеж: диагностика и лечение – интерактивна презентация с участието на аудиторията
- 11:00–11:30 **Щефан Волкенщайн:** Запазване и регенерация на слуховите неврони: патофизиологични и терапевтични аспекти
- 11:30–12:00 Презентация на фирмата „Vedra“
- 12:00–12:20 **Теодора Маринова, Христина Групчева:** Офталмологични изследвания при болни с шум в ушите и световъртеж
- 12:20–12:30 **Марио Милков, Тодорка Костадинова, Галина Петрова, Людмил Матов:** Създаване на иновативен научно-изследователски център за диагностика, лечение и профилактика на вестибуларните нарушения
- 12:30–14:00 *Обяд: ресторант „Червеното канале“*
- 14:00–17:30 **Четвърто научно заседание: Хотел-галерия „Графит“**
Председател: доц. Т. Широу
Секретар: доц. Б. Иванов
- 14:00–14:20 **Бадр Е. Мостафа:** Централна вестибуларна дисфункция в едно оториноларингологично вестибуларно отделение: честота и диагностична стратегия
- 14:20–14:40 Презентация на фирмата „UCB“: Световъртеж – от етиологията до лечението
- 14:40–15:10 **Барбара Мюнх:** Слухови апарати като част от лечението на шума в ушите
- 15:10–15:30 **Тодор Широу:** Отоневрологията се променя
- 15:30–15:50 **Марио Милков, Пламен Недев, Стефан Мирчев, Дилиана Вичева, Константин Георгиев, Александър Вълков, Асен Куцаров:** Лечение на шума в ушите: Къде сме ние сега?
- 15:50–16:00 **Христиана Маджова, Марио Милков, Цветан Тончев, Людмил Матов:** Шум в ушите при болни с дентална патология
- 16:00–17:30 *Дискусия на кръглата маса*
- 17:30–18:00 **Заседание на членовете на Международната Черноморска Асоциация по отология и невроотология**
- 20:00 **Тържествено закриване**
Официална вечеря и връчване на сертификатите
Ресторант „Червеното канале“

Friday, April 8, 2016

- 16:00–16:30 **Opening ceremony: Ethnographic Museum of Varna**
Presidium: Prof. K. Ivanov, Prof. H. Grupcheva, Prof. T. Kostadinova, Prof. P. Nedev, Assoc. Prof. G. Marinov, Prof. P. Dimov, Assoc. Prof. D. Vicheva, Assoc. Prof. Ts. Tonchev, Prof. A. Tolekova, Assoc. Prof. M. Milkov
- 16:30–19:00 **First Scientific Session: Ethnographic Museum of Varna**
Chairman: Prof. P. Dimov
Secretary: Prof. A. Tolekova
- 16:30–16:50 **Pavel Dimov:** Vertigo and tinnitus in continuing medical education in otology
- 16:50–17:20 Presentation of Mylan firm
- 17:20–17:50 **Badr E. Mostafa:** Meniere's disease and benign intracranial hypertension
- 17:50–18:10 **Zlatina Zhelyazkova:** Headache in patients with dizziness
- 18:10–18:40 **Tobias Kleinjung:** Contemporary management of the tinnitus patient
- 18:40–19:00 *Discussion*
- 19:00–22:00 *Welcome Cocktail: Chuchurite restaurant of Varna*

Saturday, April 9, 2016

- 08:00–14:00 **Registration: Graffit Galery Hotel**
- 08:30–10:00 **Second Scientific Session: Graffit Galery Hotel**
Chairman: Prof. P. Nedev
Secretary: Assoc. Prof. N. Sapundzhiev
- 08:30–08:45 **Tobias Kleinjung:** Possibilities and limits of neuromodulation for tinnitus treatment
- 08:45–09:15 Presentation of Actavis firm
- 09:15–09:40 **Levent N. Özlüoğlu:** Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnosis and treatment algorithms on classical and difficult cases
- 09:40–10:00 *Discussion*
- 10:00–10:30 *Coffee break*
- 10:30–12:30 **Third Scientific Session: Graffit Galery Hotel**
Chairman: Prof. H. Grupcheva
Secretary: Assoc. Prof. G. Petrova
- 10:30–11:00 **Levent N. Özlüoğlu:** Patients with vertigo complaints: diagnosis and treatment – interactive presentation with participation of audience
- 11:00–11:30 **Stefan Volkenstein:** Preservation and regeneration of auditory neurons – pathophysiological and therapeutic aspects
- 11:30–12:00 Presentation of Vedra firm
- 12:00–12:20 **Teodora Marinova, Christina Grupcheva:** Ophthalmological examinations in patients with tinnitus and vertigo
- 12:20–12:30 **Mario Milkov, Todorka Kostadinova, Galina Petrova, Lyudmil Matev:** Creation of an innovative research centre for diagnosis, management and prevention of vestibular disorders
- 12:30–14:00 *Lunch: Red Canape restaurant*
- 14:00–17:30 **Fourth Scientific Session: Graffit Galery Hotel**
Chairman: Assoc. Prof. T. Shirov
Secretary: Assoc. Prof. B. Ivanov
- 14:00–14:20 **Badr E. Mostafa:** Central vestibular dysfunction in an otorhino-laryngological vestibular unit: incidence rate and diagnostic strategy
- 14:20–14:40 Presentation of UCB firm: Vertigo – from etiology to management
- 14:40–15:10 **Barbara Muench:** Hearing aids as a part of tinnitus management
- 15:10–15:30 **Todor Shirov:** Otonerology is changing
- 15:30–15:50 **Mario Milkov, Plamen Nedev, Stefan Mirchev, Dilyana Vicheva, Konstantin Georgiev, Aleksandar Valkov, Asen Kutsarov:** Management of tinnitus: Where do we stay now?
- 15:50–16:00 **Christiana Madjova, Mario Milkov, Tsvetan Tonchev, Lyudmil Matev:** Tinnitus in patients with dental pathology
- 16:00–17:30 *Round table discussion*
- 17:30–18:00 **Meeting of the members of the International Black Sea Association of Otolgy & Neuro-Otology**
- 20:00 **Closing ceremony**
Official dinner and certificate awarding
Red Canape restaurant



Dear Friends,

On behalf of the 4th International Pediatric Sleep Association Congress in conjunction with the 14th Annual Meeting of Taiwan Society of Sleep Medicine and the 1st Conference of Asian Society of Sleep Medicine (IPSA 2016), we are extremely happy to invite you to participate in the Congress which will be held on March 10-13, 2016, in Taipei International Convention Center, located in the heart of Taipei, Taiwan. We sincerely hope the beauty of our city and the theme of our conference will attract you all.

IPSA 2016 serves as a premier event on the international calendar of pediatric sleep bringing together physicians, educators, basic scientists, sleep technician and clinical investigators from hospitals, industry, and academia to present and share the latest cutting-edge research results and innovative solutions in the related fields.

We believe you will have a fruitful and enjoyable time during your stay in Taipei based on our solid program and the hospitality of Taipei, Taiwan, known as „Formosa“ (“beautiful Island“ in Portuguese), as used by the Portuguese mariners centuries ago to describe Taiwan

We look forward to seeing you in Taipei, Taiwan in 2016!

Best Regards,

Dr. Yu-Shu Huang, Chair of IPSA 2016 and Local Organizer

Dr. Daniel KK Ng, Co-Chair of IPSA 2016

Dr. Oliviero Bruni, President of IPSA

Dr. Chia-Mo Lin, President of Taiwan Society of Sleep Medicine



The Mediterranean Society of
Otology and Audiology (MSOA)

15th International Meeting

28 - 30 April 2016

Cappadocia - Turkey

INVITATION

Dear Colleagues,



Mediterranean Society of Otology and Audiology (MSOA) is an organization that supports scientific activities with a scientific journal and scientific meetings since its establishment in 1987. We are very pleased to announce that 15th International Meeting of The Mediterranean Society of Otology and Audiology will be organized in Cappadocia-Turkey on 28-30 April, 2016.

As in the past congresses, the scientific program will provide an ideal platform to share and discuss the latest advances in Otology and Audiology. Moreover, current standards will be reviewed with distinguished otologists and audiologists.

Three plenary panels about the cochlear implantation, vestibular diagnostic tests and middle ear surgery will follow the plenary lectures. Moreover, round tables, short communications and panels on otology, neurotology and audiology will enrich our scientific program. Hands-on-courses will be held with a limited number of participants.

We are also pleased to inform you that the best video presentation and free paper will be awarded in the 15th International Meeting of The Mediterranean Society of Otology and Audiology. Cappadocia is considered one of the natural wonders of the world. Chimney rocks, cave houses and churches, underground cities and open-air museum attract a lot of visitors from all over the world. Moreover air ballooning and trekking in Ihlara Valley, Monastery Valley (Guzelyurt), Urgup and Goreme are very popular activities. Half-day tour will be planned in these areas in the social program besides other activities. Webpage of the 15th International Meeting of The Mediterranean Society of Otology and Audiology (<http://www.msoa2016.org/>) is being update regularly.

We are honoured to invite you to the 15th International Meeting of The Mediterranean Society of Otology and Audiology, which will take place in Cappadocia-Turkey, 28-30 April 2016. We are looking forward to welcoming you in order to make an unforgettable congress together.

Prof. Dr. S. Armagan Incesulu



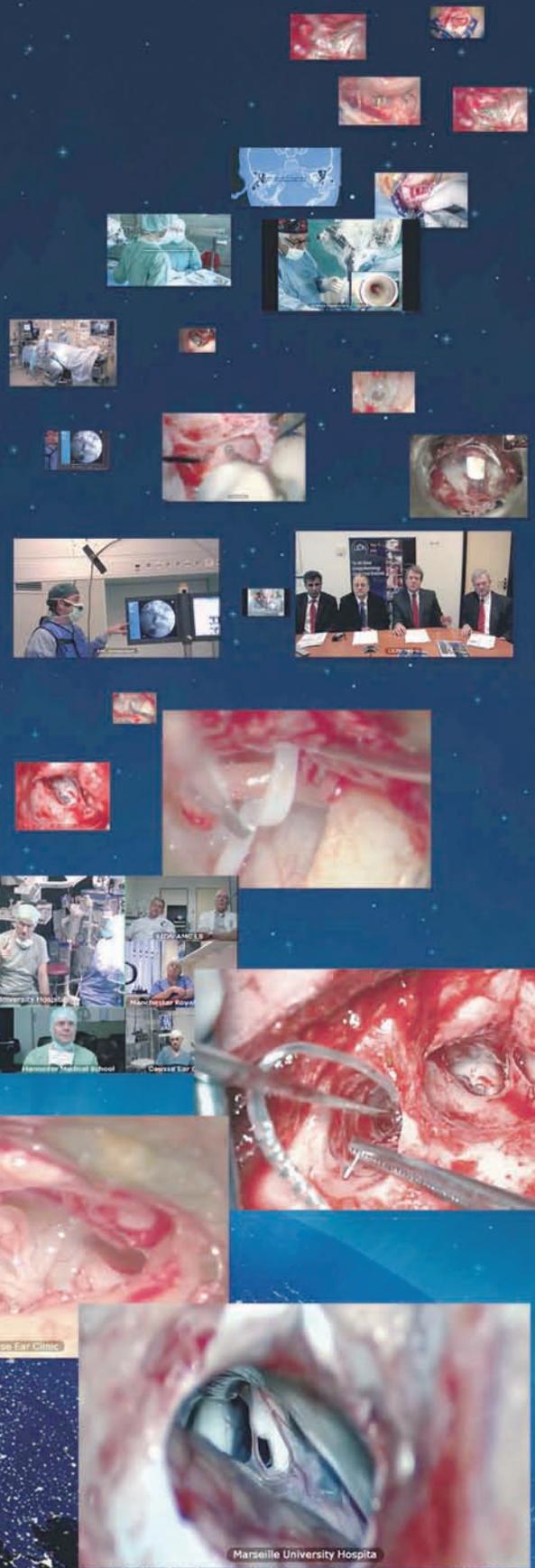
May 9th
2016

The 11th Global Otology-Neurotology Live Surgical Broadcast

Two channels
of real-time
simultaneous
live surgery
case presentation
& panel discussion

Middle ear surgery
Middle ear implantation
Cochlear implantation
Neurotology

Join us for the largest Global
Otology Conference at:
www.lion-web.org





Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе
XXIX^{ой} Международной Конференции Молодых
Оториноларингологов имени проф. М.С. Плужникова
19-20 мая 2016 года в Доме Ученых по адресу: Дворцовая наб., д.26

Организаторы конференции: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга», Российская Академия Естественных Наук,
Конференция пройдет под эгидой Международной Академии Оториноларингологии-Хирургии Головы и Шеи (IAO-HNS)

Заявки на участие в конференции, пожалуйста, высылайте до 15 февраля 2016 года в технический комитет конференции,

Заявки на доклад с названием докладов (8 мин.) на английском языке, пожалуйста, высылайте до 15 февраля 2016 года в научный комитет конференции.

Abstract/Тезис (1 стр.) на английском языке для публикации в материалах конференции в журнале "Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae", пожалуйста, высылайте до 15 марта 2016 года в научный комитет. Оформление в соответствии с требованиями к рукописям, направляемым в журнал "Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae" (www.foliaopr.spb.ru)

Научный комитет Председатель: проф. С.А. Карпищенко, секретарь: Е.В. Барезкина, (812) 499-70-19 e-mail: karpischenkos@mail.ru

Технический комитет ООО «Альта Астра» (812) 710-75-10, 710-29-70, 710-34-02, e-mail: info@altastra.com, www.altastastra.com, Валерия Рожкова

12th Congress of the European Skull Base Society

Friendship Meeting with the
German Skull Base Society (GSB)

connecting

disciplines



May 26-28, 2016 | Berlin

Congress President
Professor Robert Behr, Fulda

success



Welcome Address of the Congress President

Dear Colleagues, dear Friends,

on behalf of the President of the European Skull Base Society, Patrice Tran-Ba-Huy, the Incoming President and Congress President, Robert Behr, and the entire Executive Committee of this society it is a pleasure to invite all of you to attend the 12th European Skull Base Congress which will be held in the capital city of Germany, Berlin, from May 26th-28th 2016.

The European Skull Base Society was founded in 1993 as an interdisciplinary scientific society with the aim to enhance knowledge, improve surgical and nonsurgical therapeutic techniques and promote research and education for the sake of our patients suffering from skull base diseases. From the very beginning it was clear, that cooperation among people and disciplines will be one of the keys for progress and success. Since 1993 many changes happened and many new stars appeared at the stage, neuronavigation and endoscopy just to name a few, others disappeared. However one star remained which is a prerequisite for persisting success and a main component in our armamentarium for the therapy of skull base lesions. It is interdisciplinarity founded on friendship and cooperation. The theme of the 12th Congress of the ESBS is therefore „connecting disciplines – creating success“.



The Program Committee, assisted by world leading personalities, will put together a comprehensive, interesting and exciting program to learn and discuss about the latest developments in the skull base field. We encourage all of you, neuro-, ENT-, and maxillofacial-surgeons, neuroradiologists, radio-oncologists, head-, neck- and reconstructive surgeons as well as basic researchers and all other health care professionals interested in skull base to join us in Berlin. ESBS-2016 will be the major European meeting in this field and traditionally there will come many people from outside Europe to be actively involved and feel skull base developments at the finger tips.

Berlin is a highly attractive venue, especially in springtime, its charm and character provides an unforgettable experience. Berlin is a symbol of unification, of connecting people, which is mirrored by the ESBS2016 congress theme. The variety of new and historic places and buildings, museums, cultural events and just life in the streets is unbeatable. The spirit of the "Berliner" people, their open and direct mind will be an other spice in the hot-pot which you will enjoy visiting ESBS2016 in Berlin.

We hope to shake hands with all of you and are looking forward to welcoming you in Berlin.

Yours sincerely

Robert Behr
*Secretary General and Treasurer
Congress President of ESBS*



10th Balkan Congress of Otolaryngology, Head & Neck Surgery

*2-5 June, 2016
Tirana, Albania*



Organized by the Albanian Society of Otolaryngology, Head & Neck Surgery

Congress Secretary: info@balkanorl2016.com

Reservations & Tours: www.albanian-tours.com, info@albanian-tours.com

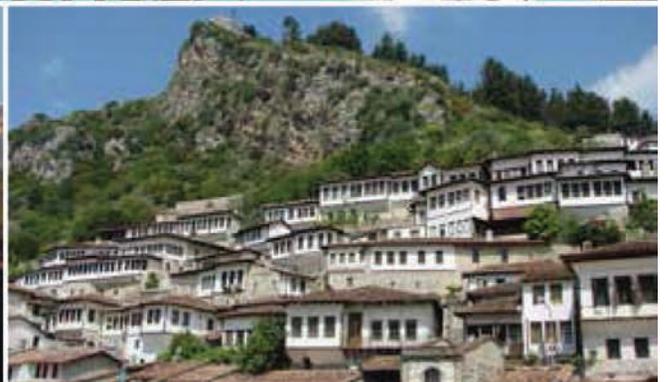
www.balkan-orl2016.com





**10th Balkan Congress of Otolaryngology,
Head & Neck Surgery**

*2-5 June, 2016
Tirana, Albania*



18th International Causse Otology Course

UEMS* (CME)
accreditation
process
*European Accreditation
Council for CME

Definitive Course in Middle Ear Surgery & Hearing Restoration



Meet the new
interactive course format

June 30th - July 3rd 2016

CAUSSE EAR CLINIC
BEZIERS (FRANCE)

Strategic Thinking & Decision Making Operative Approaches, Surgical Techniques in

- * Stapes Surgery
- * Ossiculoplasty
- * CSOM with & without Cholesteatoma
- * Implantable Hearing Devices

on-line registration:
www.clinique-causse.com/course2016



ERS 2016

RHINOLOGICAL DISORDERS –
A HEALTH PRIORITY
FOR THE FUTURE

3-7 July 2016
Stockholm
Sweden



European Rhinologic Society

26th
CONGRESS OF THE EUROPEAN RHINOLOGIC SOCIETY
IN CONJUNCTION WITH
35th
INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF
INFECTION & ALLERGY OF THE NOSE



BULGARIAN SOCIETY OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AND SNORING
MEDICAL UNIVERSITY OF VARNA "PROFESSOR PARASKEV STOYANOV"

SECOND NATIONAL SYMPOSIUM ON OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AND SNORING WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

**Under the auspices of Prof. Krasimir Ivanov, MD, PhD, DSc
Rector of the Medical University "Prof. Paraskev Stoyanov" of Varna**

VARNA, August 26–27, 2016

Dear Dr. Colleagues, dear Friends,

It is a great pleasure for us to inform you that the Second National Symposium on Obstructive Sleep Apnea and Snoring with International Participation will be held in the city of Varna, Bulgaria, on August 26–27, 2016. The Symposium will be jointly organized by the Bulgarian Society of Obstructive Sleep Apnea and Snoring and the Medical University of Varna "Professor Paraskev Stoyanov". More than 120 otorhinolaryngologists, dentists, anaesthesiologists, neurologists, pulmonologists, physiologists and health managers from Bulgaria as well as eight eminent scientists from Germany, Turkey, Norway, Belgium and Egypt actively contributed to the successful First National Symposium on Obstructive Sleep Apnea (OSA) and Snoring with International Participation that was held in the city of Varna, on October 16–18, 2014. The scientific programme will include scientific sessions with invited lectures, oral and poster presentations as well as workshops, firm presentations and a round table discussion again.

All the colleagues who intend to participate in this meeting should register not later than July 31, 2016. The deadline for abstract submission is June 30, 2016. The abstracts will be published in a supplement of an international journal.

Please, do not hesitate to contact us and request more detailed information about the forthcoming Second National Symposium on Obstructive Sleep Apnea and Snoring with International Participation.

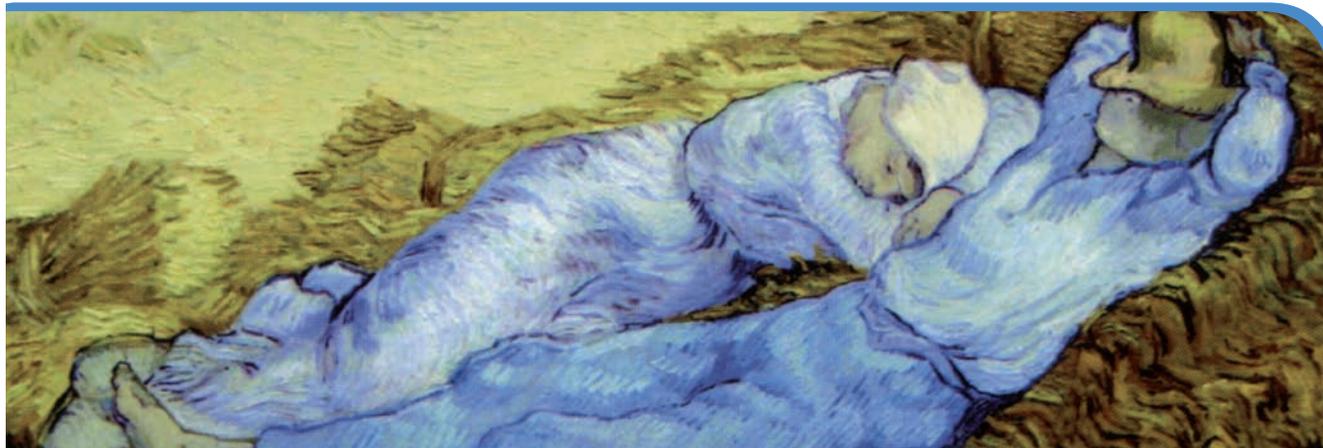
We are looking forward to welcoming you in the sunny city of Varna in August, 2016!

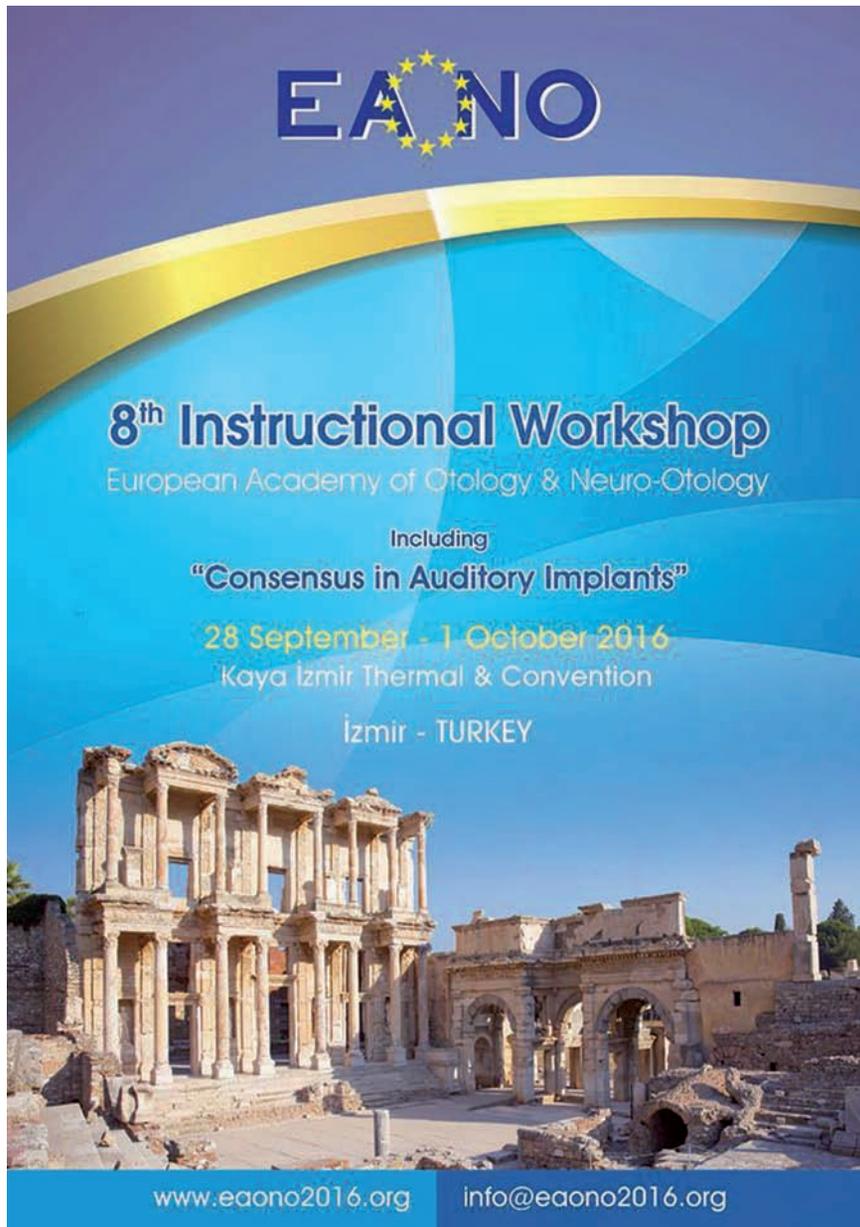
Assoc. Prof. Mario Milkov, MD, PhD

Chairman of the Symposium

President of the Bulgarian Society of Obstructive Sleep Apnea and Snoring

Secretary of the Bulgarian Society of Otorhinolaryngology





Dear Friends,

The next EAONO Instructional Course will be organized in Izmir on **28 September – 1 October** 2016. Traditionally the instructional courses will be the main theme and will be presented by the remarkable European Otologists as well as the invited speakers from other Continents. Besides; Research sessions, „Residents Sessions“ as already initiated in Siena; Plenary Sessions and Panels will be part of it. Of course the „Consensus on Auditory Implants“ will couple with the scientific sessions.

The Temporal Bone Dissection Courses will take part in two different formats. Registrations will be received either for advanced dissection to be accomplished by using full cadaver heads or for basic dissection on temporal bones to take place in two different anatomy departments.

We shall be regularly updating the webpage www.eaono2016.org for the details and also will keep on mailings through the EAONO Online Forums.

Until then, please keep in touch.

Prof. O. Nuri Özgirgin
President



SENIGALLIA

RHINOLOGY & RHINOALLERGOLOGY INTERNATIONAL CONFERENCE

5TH BULGARIAN ITALIAN RHINOLOGY MEETING

AUTUMN CONFERENCE

13TH – 15TH OCTOBER

Directors:

*Alessandro Bucci
Dilyana Vicheva
Alessandro Varini
Giuseppe Frau*

Scientific Secretariat

*Alessandro Bucci
UO ORL Senigallia AV2 ASUR MARCHE
Via Cellini, 1; 60019 - Senigallia (AN) - Italy
drbucci@libero.it*

Organizing secretariat

*Events S.r.l. Congress & Communication
Via Mantegna 1; 60019 Senigallia (AN) - Italy
Tel. +39 071 7930220 - Fax +39 071 9252094
rhinology@events-communication.com*

www.rhinology.eu

www.events-communication.net/rhinology

www.bulgarianrhinologicsociety.org

проф. д-р Иван Ценев • д-р Емил Ценев

ПРАКТИЧЕСКИ НАРЪЧНИК по ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ



Издательство Кръво
СТЕНО®

проф. д-р Иван Ценев,
д-р Емил Ценев

Практически наръчник по оториноларингология

Формат: 120/190 мм

Обем: 640 стр.

Цена: 36,00 лв.

ISBN 978-954-449-464-3

„Littera scripta manet“

В настоящото практическо ръководство по оториноларингология разглеждаме най-често срещаните заболявания на ушите, носа и гърлото, включително и тези на органите в шията, които често създават диагностични затруднения. В ръководството са представени и подробно описани редица консервативно-терапевтични и хирургически оперативни техники при някои остри животозастрашаващи състояния и заболявания с подходящия за тях алгоритъм на поведение и последователност на лечебни действия.

Подробното разглеждане на някои патоморфологични особености на редица болестни единици и тяхното отражение върху функциите на различните системи и органи допринася в предлаганата оториноларингология за етиопатогенетично свързване между клиничните прояви на заболяванията, подпомага лесното

запаметяване на типичните прояви на отделните клинични единици. По тази причина предлаганото ръководство по оториноларингология според нас е подготвено и може да се използва като стандартен учебник за студенти по медицина, дентална медицина, за специализиращи УНГ-болести и общопрактикуващи лекари, а предлаганият към ръководството набор от тест изпитни въпроси е изключително подходящ за студенти, провеждащи следването си по цикличната система на обучение, което е общоприет стандарт за Европейската общност. С последното подчертаваме европейската насоченост на предлаганата от нас оториноларингология, където изпитите се провеждат единствено и само с тест.

За написването на настоящата практическа оториноларингология ни беше необходим твърде дълъг период от време, през което се промениха редица обстоятелства в областта на патофизиологията, фармакологията, хирургическите техники и други, което отчасти беше отразено в текстовете, което според нас не намалява актуалността на ръководството. Познавайки добре състоянието и липсата на подобна универсална литература по оториноларингология, ние го препоръчваме на колегите, като сме далеч от мисълта за безпогрешност и липса на пропуски, поради което ще възприемем със задоволство всички добронамерени и градивни забележки.

**От авторите: проф. д-р Иван Ценев
д-р Емил Ценев**

Пламен Недев, Марио Милков

КЛИНИЧНА АУДИОЛОГИЯ

Формат: 165 x 240 мм

Обем: 136 стр.

Цена: 15.90 лв.

ISBN 978-619-7137-64-4

ISBN 978-954-449-831-3

В настоящата монография е разгледана накратко анатомията на слуховия анализатор и физиологията му. Представените глави в книгата са свързани последователно много добре и улесняват аудиторията, за която е предназначена. Задълбочено са обяснени и онагледени първите стъпки при изследване на пациента. Авторите черпят познания от техния богат опит и от различните клинични случаи, които са лекували. Прави впечатление добре онагледеният текстов материал, с графики и аудиограми и снимки на съвременна апаратура. Считам, че книгата е написана професионално, езикът е точен и спазва всички правила на научната стилистика. Също така обаче авторите са успели много ясно да изложат методите на изследване в аудиологията. Прави впечатление отделянето на внимание на скрининга при новородени. Обърнато е внимание и на съвременните концепции за слухопротезиране.

Надявам се, че монографията ще бъде полезна за колегите студенти по медицина и дентална медицина, както и за специалисти и специалисти по оториноларингология.

Доц. д-р Диляна Вичева

Темата за методите на изследване на слуха и диагностиката на видовете слухова загуба е особено актуална. Необходимостта от подобно ръководство отдавна бе назряла, тъй като последните монографии в тази област са от преди повече от двадесет години.

Бързото развитие на науката и техниката и внедряването на новости понякога затруднява специалистите в проследяването на нововъведенията в много области на медицината и особено в областта на аудиологията. В тази връзка настоящият труд е навременен и обобщава досегашните постижения в тази трудна област и обръща внимание на модерните методи на изследване и диагностика. Особено актуално е представянето на методи за диагностика в ранната детска възраст и новородени, което ще има като резултат ранната диагностика и повишени възможности за лечение и рехабилитация на детска глухота. Детайлно са разгледани съвременните научни постижения в областта на аудиологията. Монографията е представена в приятен за четене стил и е онагледена с множество фигури и схеми, което прави текста разбираем и лесен за възприемане. Литературната справка включва съвременни автори, които са капацитети в областта на аудиологията и спомагат за успеха на труда.

Монографията ще бъде полезно настолно помагало както на студенти по медицина, а така също и общо-практикуващи лекари, аудиолози, отоневролози и специалисти по оториноларингология.



Проф. д-р Р. Бенчев, д.м.н.