

Aerodigestivtrakt/Laryngologie/ Phoniatrie: Trachea

In vitro Messung der Flüssigkeitsleckage zwischen gesiebter Außenkanüle und geschlossener Innenseele bei multifunktionaler Dual- Trachealkanüle mit geblocktem Cuff

Autorinnen/Autoren Pereira Hugo¹, Kress Peter¹

Institut 1 Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen, Klinik für Hals-,
Nasen-, Ohrenheilkunde, Trier

DOI 10.1055/s-0044-1783962

Einleitung Multifunktionskanülen verfügen über mehrere Eigenschaften und können je nach Situation angepasst werden können anhand der Fenestrierung an der Außenkanülen und das Einlegen einer gesiebten oder geschlossenen Innenseele. Dies ermöglicht Patienten mit Aspirationstendenz ein Lungenschutz und zeitweise die orale Kommunikation. Diese Arbeit verfasst sich mit der Messung und Bestimmung der Leckagerate zwischen Außen- und Innenkanüle.

Material und Methoden Wir stellten ein aus Acrylic zusammengebautes analog zum Versuchsaufbau in ISO 5361:2023 auf. Verschiedene Kanülenmodelle wurden besorgt. Jede Kanüle wurde für eine fixiertes Zeitintervall gemessen indem die Fenestrierung mit Wasser bedeckt wurde und die Leckage anhand einer Waage bestimmt wurde. 5 Messungen pro Kanüle wurden durchgeführt und anhand des Mittelwerts wurde die Rate auf 24 Stunden ausgerechnet.

Resultate Die Messungen ergaben sehr vielfältige Ergebnisse, von totaler Abdichtung für manche Kanülen bis zu annähernd durchgängigen Kanülen. Zudem wurden bei den allermeisten Kanülen Schwierigkeiten beim Abdichten des Cuffs zu der Tracheawand festgestellt. Innerhalb eines gleichen Kanülenmodells konnten ebenfalls diskrepante Leckagewerte dargelegt werden.

Diskussion Die besser abschneidenden Kanülen zeigten Eigenschaften die bei den anderen Kanülen nicht nachvollziehbar waren. Klare Aussagen bezüglich einer akzeptablen Leckagemenge ist in der Literatur nicht nachvollziehbar. Der Cuff musste bei den meisten Kanülen überblockt werden im Vergleich zur Hersteller-Empfehlung, trotz des ISO-gemäß angefertigten Trachea-Modells. Letztendlich kann bei einer Abdichtung zwischen beiden Kanülen nicht versichert werden, dass keine Leckage um den Cuff herum gibt bei Auffüllung nach Herstellerangabe.

Aerodigestivtrakt/Laryngologie/ Phoniatrie: Phoniatrie

Akustische Parameter der Stimme die Kinder mit bilateraler Schallempfindungsschwerhörigkeit

Autorinnen/Autoren Daldova Valeryia¹, Merkulava Alena²,
Bosyakov Sergej³

Institute 1 Wissenschaftliche Praktische Zentrum für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Phoniatrie, Minsk; 2 Belarussian State Medical University, Institute of Postgraduate Education,
Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk; 3 Belarusian State University, Dean of the Faculty of Mechanics and Mathematics of
the Belarusian State University, Minsk

DOI 10.1055/s-0044-1783963

Einleitung Heutzutage ist die Häufigkeit von Schwerhörigkeit bei Kindern weltweit gestiegen. Kinder mit Schwerhörigkeit leiden häufiger unter Stimm- und Sprachproblemen als Kinder mit normalem Gehör. Der Grund dafür ist, dass hörbehinderte Kinder ihre eigene Stimme nicht kontrollieren können, da es keine zurückkommende Hörverbindung gibt. Derzeit ist die Stimme bei der Rehabilitation von hörbehinderten Kindern nicht das Hauptziel der Sprachtherapie, sondern ihre Störungen können sich negativ auf die Sprachverständlichkeit auswirken und die soziale Isolation gefährden.

rapie, sondern ihre Störungen können sich negativ auf die Sprachverständlichkeit auswirken und die soziale Isolation gefährden.

Methoden Untersucht wurden 100 Probanden mit der Diagnose bilaterale Schallempfindungsschwerhörigkeit verschiedener Schweregrade im Alter von 5 bis 13 Jahren. Die Probanden wurden in drei Altersgruppen eingeteilt: Gruppe I: 5-7 Jahre, Gruppe II: 8-10 Jahre, Gruppe III: 11-13 Jahre. Die akustische Analyse wurde mit Hilfe des Programms «LingWaves» 2.5 durchgeführt.

Ergebnisse Es wurde festgestellt, dass die Basisfrequenzen (F0) bei 3-4 Grad Schwerhörigkeit 239,78 Hz (95% CI 228,6 – 250,95) ($p < 0,05$) in Richtung der tiefen Frequenzen verschoben wurde. Der durchschnittliche Wert der Jitter lag zwischen 0,06 – 13,89. Diese Zahl nahm mit zunehmendem Alter der Kinder ab. Wir haben statistisch signifikante Unterschiede in Jitter basierend auf dem Geschlecht der Patienten festgestellt ($p = 0,032$). Die maximale Phonationszeit nimmt mit zunehmendem Alter zu.

Schlussfolgerung Die festgelegten akustischen Parameter für die Stimme von Kindern mit chronischer bilateraler Schallempfindungsschwerhörigkeit in diesem Alter sind zuverlässig und können als Kriterien für die Diagnose von Störungen des Sprachapparates und als Indikation für die Korrektur des Stimmapparates mit Hilfe von sprachtherapeutischen Übungen verwendet werden.

Was tun bei Sprachentwicklungsverzögerungen und -störungen? Die neue S3-Leitlinie

Autorinnen/Autoren Neumann Katrin¹, Kauschke Christina², Lüke Carina³,
Fox-Boyer Annette⁴, Sallat Stephan⁵, A. Euler Harald¹, Mathmann Philipp¹,
Gietmann Corinna¹, Bohr Christopher⁶, Reichmuth Karen¹,
Kiese-Himmel Christiane¹

Institute 1 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Phoniatrie und
Pädaudiologie, Münster; 2 Philipps-Universität Marburg, Marburg;
3 Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg; 4 Universität zu
Lübeck, Lübeck; 5 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle a. d.
S.; 6 Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Hals-,
Nasen-, Ohrenheilkunde, Regensburg

DOI 10.1055/s-0044-1783964

Einleitung Circa 9,9% aller Kinder haben Sprachentwicklungsstörungen (SES), davon ca. 7,6% in einer umschriebenen Form – (U)SES – ohne gravierende Zusatzbeeinträchtigungen, weitere 2,3% mit sprachrelevanten Komorbiditäten. SES gehören zu den meist behandelten Störungen im Kindesalter. Ein wichtiges Risikostadium für (U)SES sind Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV).

Material und Methoden Eine S3-Leitlinie reflektiert das Wissen zu evidenzbasierten Interventionen bei SES und SEV. Zur Wirksamkeit von (U)SES-Interventionen wurde ein systematischer Literaturreview durchgeführt.

Ergebnisse Die Leitlinie empfiehlt bei expressiven SEV strukturiertes Elterntraining, bei rezeptiver Komponente oder anderen Risikofaktoren Sprachtherapie, bei phonologischen Aussprachestörungen phonologische oder integrierte Behandlungsmethoden, bei phonetischen Störungen (keine SES) einen traditionell-motorischen Ansatz, bei lexikalisch-semantischen und morphologisch-syntaktischen Störungen Kombinationen aus impliziten und expliziten Methoden. Zudem werden Interventionen für pragmatisch-kommunikative SES und für SES bei Mehrsprachigkeit, Hörstörungen, Intelligenzminderung, Autismus-Spektrum-Störungen, selektivem Mutismus sowie sprachrelevanten Syndromen und Mehrfachbehinderungen empfohlen, weiterhin gezielte stationäre Sprachrehabilitation [1].

Schlussfolgerungen Frühinterventionen, eine Kombination elternezentrierter, therapeutischer und pädagogisch-sprachfördernder Maßnahmen und evidenzbasierte Strategien können die Therapieeffektivität bei SEV und SES verbessern.

Literatur

[1] Neumann K, Kauschke C, Lüke C et al. Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Interdisziplinäre S3-Leitlinie, Version 1.1, AWMF-Registernr. 049-015, DGPP (ed.): 2022; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-015>

95. Jahresversammlung Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., Bonn

Datum/Ort:
08.–11. Mai 2024, Messe Essen

Tagungspräsident
Prof. Dr. med. Stephan Lang

95th Annual Meeting German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery e. V., Bonn

Date/Place:
Wednesday, May 8th to Saturday, May 11th 2024, Messe Essen

President:
Prof. Dr. med. Stephan Lang

S3	Grußwort Welcome Address	S44	Kopf-Hals-Onkologie: Seltene Tumore
S3	Abstracts	S49	Kopf-Hals-Onkologie: HPV
S4	Aerodigestivtrakt/Laryngologie/Phoniatrie: Larynx	S50	Kopf-Hals-Onkologie: Tumormarker
S7	Aerodigestivtrakt/Laryngologie/Phoniatrie: Pharynx	S51	Kopf-Hals-Onkologie: Multimodal/Interdisziplinär
S9	Aerodigestivtrakt/Laryngologie/Phoniatrie: Trachea	S55	Kopf-Hals-Onkologie: Tumorchirurgie/funktionell rekonstruktive Chirurgie
S9	Aerodigestivtrakt/Laryngologie/Phoniatrie: Phoniatrie	S58	Experimentelle Onkologie
S10	Allergologie/Umweltmedizin/Immunologie	S68	Lehre in der HNO-Heilkunde
S11	Bildgebende Verfahren: Hals	S71	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Aktive Mit- telohrimplantate/Knochenleitungshörsysteme
S13	Bildgebende Verfahren: Vordere Schädelbasis/NNH/ Mittelgesicht	S73	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Cochleaimplantat
S15	Bildgebende Verfahren: Ohr/Laterale Schädelbasis	S98	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Audiologie/ Pädaudiologie
S18	Bildgebende Verfahren: Speicheldrüsen/Fazialis	S101	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Innenohr
S21	Biomaterialien/Tissue Engineering/Stammzellen	S107	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Neurootologie/ Schwindel
S23	Chirurgische Assistenzverfahren/Robotik/Navigation	S111	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Tinnitus
S25	Digitalisierung/Künstliche Intelligenz/ eHealth/ Telemedizin/ Applikationen	S113	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Laterale Schädelbasis
S30	Endoskopie/Mikroskopie/Optik/Photonik	S116	Otologie/Neurootologie/Audiologie: Mittelohr
S31	Hals	S123	Pädiatrische HNO-Heilkunde
S33	Hals: Schilddrüse	S126	Plastische Chirurgie: Gesicht/Hals/Haut
S35	Infektiologie/Hygiene	S126	Plastische Chirurgie: Nase
S37	Infektiologie/Hygiene: Covid-19	S127	Plastische Chirurgie: Ohrmuschel
S38	Kopf-Hals-Onkologie: Klinische Studien/Immunonkologie	S128	Quality of Life/Palliativmedizin/Ethik in der Medizin
S41	Kopf-Hals-Onkologie: Medikamentöse Tumortherapie	S128	Rhinologie: Nasenhöhle/NNH
S44	Kopf-Hals-Onkologie: Molekulares Tumorboard		