

MEDICAL TRIBUNE

HAVILAP ORVOSOKRÓL ORVOSOKNAK

PPH MEDIA

www.medicalonline.hu

XVII. ÉVFOLYAM 7. SZÁM, 2019. JÚLIUS 31.



ISSN: 1589-1283

> 690 Ft

Vendégszerkesztőnk
Dr. Gerlinger Imre



Köszöntő

Mára a fül-orr-gégészet nagyon széles palettán gyógyító szakmává vált, amelyben az elmúlt évtizedben a minimál invazivitás is egyre inkább gyökeret eresztett. Bár még számos ellátási formával bővíthető, lényeges fejlődés látható az egynapos ellátások területén. Jelentős mértékben szélesedett ugyanakkor a fül-orr-gégészeti műtéti paletta. Ma már e szakterület képviselői végzik például az idegsebészekkel kollaborációban az agyalapi sebészeti műtéteket, míg a könnytömlő betegségeit a szemészekkel együttműködve operálják. A nyaki daganatok eltávolítását követően a szájsebész és általános sebész kollégákkal karöltve végzik a rekonstrukciókat, de említhetjük az óriás méretű pajzsmirigytmorokat, illetve a golyvákat is, amelyek eltávolítása során a mellkassebészekkel dolgoznak együtt.

A korszerű leképezési technikák, az MR, a PET-CT, a HR-CT elterjedésével az elmúlt időszakban nagyot léptünk előre a diagnosztikát illetően is, és egyértelműen pozitív változást hoz az eddig nagyon nehezen kezelhetőnek tartott betegcsoport kilátásaiban, hogy egyes modern daganatellenes módszereket már fej-nyaki tumorokra is törzskönyveztek.

A Medical Tribune júliusi számában a fej-nyaki tájék betegségei kezelésének újdonságait járjuk körül. Lapunkban olvashatnak a többi közt a csecsemő- és gyermekkori felső légúti szűkületek modern kezelési lehetőségeiről, az elülső koponyaalapi elváltozások endoszkópos műtéteiről, a robotasszisztált fej-nyak-sebészet alkalmazási területeiről, eddigi eredményeiről és fejlődési lehetőségeiről.

> [Cikkeink a 7-17. oldalon](#)

A betegek helyett az Állami Számvevőszék tett fel kérdéseket

Ezt találták a „vészhelyzetben”

Úgy tűnik, az emberminisztérium illetékeseivel szemben az Állami Számvevőszék (ÁSZ) szakemberei olvasnak új-ságot, néznek tévét és hallgatnak rádiót, így eljutott hozzájuk, hogy a szaktárca állítáival szemben a honi egészségügy nem feltétlenül a jó világok legjobbjára, különös tekintettel a sürgősségi ellátásra. Igaz, ők ezt nehezen érthető módon „vészhelyzetnek” nevezik, de legalább rátaláltak, és ellenőrizni kezdték. Az is igaz, hogy nem merészkedtek a téma „testközelébe”, vagyis nem a kórházak és egyéb ellátók sürgősségi egységei környékén vizsgáloztak, célkeresztjükbe ez alkalommal az ágazat legfőbb irányító szerve, a minisztérium, valamint a mentőszolgálat és az Egészségbiztosítási Alapkezelő került.

A három évre – 2015 első napjától 2017 végéig – kiterjedő vizsgálat során a számvevők arra jutottak, hogy bár a sürgősségi ellátás általános fejlesztési céljait sikerült meghatározni, ezek pontos tartalmát, eszközeit és



ütemezését azonban nem; vagyis azt, hogy mikorra, mit kell megvalósítani, s mindezt milyen szakmai, tárgyi, illetve személyi feltételek mellett. S bár

az Egészségügyi Ágazati Stratégia meghatározta a nyomon követés és értékelés alapeleit, ennek módszerét és a felhasználandó mutatók körét már

nem. Előírta továbbá a beszámolási kötelezettséget, ez azonban a vizsgált időszakban nem történt meg.

> [Folytatás az 5. oldalon](#)

Az IME XIII. egészség-gazdaságtani konferenciájáról

Kik és miről vitáznak a háttérben az egészségügyben?

Amikor morál- és társadalomfilozófiai érvekhez kell nyúlni egy rendszer védelmében, már nagy lehet a baj. Márpedig az IME júniusban immár XIII. alkalommal megrendezett egészség-gazdaságtani konferenciáján ezt tette a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnöke egészen messziről indítva, s egyúttal üzenve a legfeljebb

csak a fővédnöki címig merészkedő egészségpolitikusoknak – nevezetesen a szakminiszternek, s a fölötté, mellette állóknak –, hogy milyen is az igazságos társadalom, s ezen belül az igazságos egészségügyi rendszer. Talán nem árt idézni, ahogy ezt Gaál Péter is tette: „(...) minden polgára számára biztosítja a vele született tehetsége kibontakoz-

tatásához valós értékkel bíró, saját sorsá felőli döntési szabadság gyakorlásához és a társadalmi együttműködésben való részvételhez szükséges teljes körű normál funkcionáltságot.”

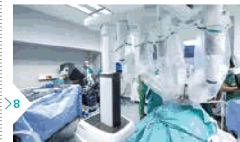
Egyetemi szintről leemelve e mondatot, nem szól ez másról, mint arról – s ezt az egyértelműsítést elvégezte maga az előadó is –, hogy úgy kell működtetni az egészségügyi rendszert, s általában a társadalmat, hogy a legrosszabb helyzetben lévő tagjait sikerüljön a lehető legjobb helyzetbe hozni, de legalábbis odáig, hogy elérjék a normális funkcionáltságot. Mivel az egészségügyi ellátás elsődleges fontosságú társadalmi jószág, ezért az ahhoz való hozzáférést s az ellátás minőségét nem határozhatja meg az egyének anyagi helyzete.

> [Folytatás a 4. oldalon](#)



Interjú Fendler Judittal

Egyetemen kell gondolkodni



A robotasszisztált fej-nyak-sebészet alkalmazási területei

Ledigi eredmények és fejlődési lehetőségek



Rövidülhet a műtéti és a felépülési idő

Endoszkópos fűsebészet – új műtéti eljárás a fül-orr-gégészetben



Foto: Dr. Györey István, Lark

Multidiszciplináris sebészeti eljárások a Szegedi Tudományegyetemen

A csecsemőkori légúti szűkületek modern kezelési lehetőségei

A gége és a légcső csecsemőkori sajátosságai, a szövetek fokozott ödémahajlama, valamint az esetleges kombinált fejlődési rendellenességek és társbetegségek a légútsebészeti technikák folyamatos fejlesztését teszik szükségessé. A szerzők ismertetik a Szegedi Tudományegyetem Fül-orr-gégészeti és Fej-nyaksebészeti Klinikáján alkalmazott innovatív sebészeti módszereket a csecsemőkorban leggyakrabban jelentkező légúti szűkületek (laryngomalacia, hangszalagbénulás, subglotticus stenosis) esetén.

A laryngotrachealis komplexum csecsemő- és gyermekkori szűkületei számos olyan veleszületett és szerzett körképet foglalnak magukba, amelyek a velük járó potenciális veszélyek miatt gyors és precíz diagnosztikát, illetve személyre szabott terápiát követelnek meg. A légút fejlődési rendellenességei ritkák, pontos gyakoriságuk nem ismert, incidenciájuk 2–10/100 000 élveszülés intervallumra tehető. A szerzett esetek száma a hosszan tartó intubáció elterjedése és a kis súlyú új- és koraszülöttek túlélési esélyeinek növekedése miatt az utóbbi évtize-

sebzeti megoldás egyet jelentett a tracheotómiával. Jelenleg klinikánkon az újszülöttkori laryngomalaciás betegeknek jelentkező súlyos dyspnoe esetén az endoszkópos, minimálisan invazív, ultrapulzációs lézeres supraglottoplastica az elsőként választandó sebészeti eljárás (1). A technika előnye az, hogy a lézer az általa közölt energiát háromszög impulzusokban adja le, így az impulzusok közötti időben a szöveteknek van idejük lehűlni. Ezáltal kisebb az oldalhő mértéke, és csökken a szöveti károsodás, valamint a kö-

nózis nem jósolható meg, az esetleges regeneráció heteket, hónapokat vehet igénybe. Ennek megfelelően a dyspnoe megszüntetésére célszerű minimálisan invazív, a gégestruktúrában irreverzibilis változásokat nem okozó megoldást választani. Klinikánkon az endoszkópos arytenoid abdukciós lateropexia (EAAL) során a kannapecot és ennek következtében a hangszalagot speciális fonalvezető eszköz (endolaryngeal thread guide instrument; ETGI) segítségével fiziológiás, maximális abdukciós helyzetben rögzítjük (1. ábra), (2).

Míg a glotticus szűkületek zöme ma már endoszkóposan, minimálisan invazív eljárásokkal kezelhető (5, 6), a subglotticus és a tracheát érintő súlyos fokú stenosisok jellemzően külső feltárásból végzett beavatkozást igényelnek. A XX. század elején ritka volt a csecsemőkori subglotticus stenosis (SgS), azonban a 60-as években az incidencia drámaian növekedni kezdett a perinatális intenzív ellátás javulása miatt. A súlyos fokú subglotticus szűkületek kezelésére az endoszkópos technikák (ballondilatáció, ultrapulzációs lézereszekció), illetve a laryngotrachealis rekonstrukció (LTR), parciális és kiterjesztett cricotrachealis reszekció (CTR) mellett az utóbbi években sikerrel vezetjük be a modelját egy lépésben megoldó, ideiglenes

hozható létre. Az anasztomózis szintjében ép nyálkahártyával borított és porctámasztékkal rendelkező stabil varratsor alakítható ki, amely azonnal megfelelően tág, stabil légúti keresztmetszetet biztosít, lerövidíti a sebgyógyulást, csökkenti a granulációképződés lehetőségét, és szükségtelenné teszi a hosszú ideig tartó sztentelést.

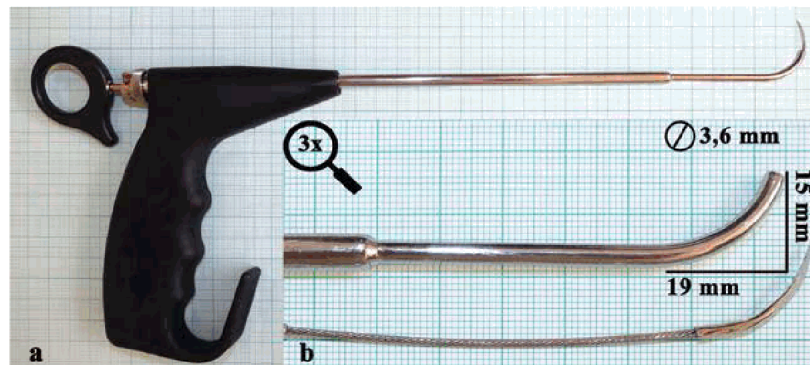
A vesélyeztetett légút menedzmentje komplex feladat, ami csak a legmagasabb szintű személyi és technikai feltételek együttes teljesülése mellett lehet sikeres. A cél érdekében elengedhetetlen egy képzett laryngotrachealis rekonstrukció (LTR), parciális és kiterjesztett cricotrachealis reszekció (CTR) mellett az utóbbi években sikerrel vezetjük be a modelját egy lépésben megoldó, ideiglenes

DR. BACH ADÁM, DR. ROVÓ LÁSZLÓ
SZTE-ÁOK, Fül-orr-gégészeti
és Fej-nyaksebészeti Klinika, Szeged

IRODALOM

1. Tóbiás Z, Pálínkó D, Sztanó B, Csanády M, Gál P, Rovó L. A laryngomalacia endoszkópos ultrapulzációs-lézeres (ultra dream pulse) sebészete. A módszer hazai bevezetése során szerzett tapasztalataink. *Orv Hetil.* 2017;158(33):1288–1292.
2. Hovó L, Madani S, Sztanó B, Majoros V, Smeháč G, Szakács L, Jóri J. A new thread guide instrument for endoscopic arytenoid lateropexy. *Laryngoscope.* 2010;120(10):2002–2007.
3. Madani S, Bach A, Matievics V, Erdélyi E, Sztanó B, Szakács L, Castellanos PF, Hovó L. A new solution for neonatal bilateral vocal cord paralysis: Endoscopic arytenoid abduction lateropexy. *Laryngoscope.* 2017;127(7):1608–1614.
4. Sztanó B, Bach Á, Matievics V, Erdélyi E, Szegedi I, Wooten CT, Rovó L. Endoscopic arytenoid abduction lateropexy for the treatment of neonatal bilateral vocal cord paralysis – Long-term results. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019;119:147–150.
5. Pálínkó D, Matievics V, Szegedi I, Sztanó B, Rovó L. Minimally invasive endoscopic treatment for pediatric combined high grade stenosis as a laryngeal manifestation of epidermolysis bullosa. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017;92:126–129.
6. Sztanó B, Torkos A, Rovó L. The combined endoscopic management of congenital laryngeal web. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74(2):212–215.

1. ábra
a) Az endoszkópos arytenoid abdukciós lateropexia elvégzésére kifejlesztett fonalvezető eszköz: Endolaryngeal Thread Guide Instrument (ETGI)
b) Az újszülöttek és a csecsemők gégejéhez kialakított tüvezető szár és tű



dekben növekvő tendenciát mutatott. A csecsemő- és gyermekkori légúti szűkületek menedzmentje az elmúlt 30 évben rendkívüli fejlődésen ment át, és az igen szoros multidiszciplináris együttműködésnek köszönhetően a légúti szűkületek műtéti megoldásaként korábban alkalmazott tracheotomia mára már kerülendő beavatkozásnak számít.

A veleszületett csecsemőkori dyspnoe és inspiratorikus stridor leggyakoribb oka a laryngomalacia, amely egy, a supraglotticus struktúrák passzív és dinamikus kollapszusával együtt járó funkcionális és strukturális gégeelváltozás. Az esetek 20%-ában a laryngomalacia súlyos fokú – ilyenkor a kifejezett dyspnoe és táplálási képtelenség miatt sebészileg kell beavatkozni. Az 1980-as évekig

vetkezmenyes ödéma és hegesezés mértéke. Mivel ultrapulzációs lézeres supraglottoplasticát követően nem kell jelentős ödémával számolni, a csecsemők a műtét után néhány órával már extubálhatók, ezáltal jelentősen csökken az intenzív osztályos ápolás ideje és költsége.

A hangszalagbénulás a gége második leggyakoribb fejlődési rendellenessége. A kétoldali hangszalagbénulásban szenvedő újszülöttek és csecsemők esetén a terápiás lehetőségek igen limitáltak a felnőttkori beavatkozásokhoz képest. Az irodalomban számos, külső feltárásból és endoszkópos úton végzett hangréstágitó műtét ismert. Ezek általában a glottis struktúráinak változó mértékű reszekciójával járnak. A gégebénulás észlelésekor a prog-

Az utóbbi években a lateralizáló öltések behelyezésére kifejlesztett eszköz (ETGI) átalakítását követően az intétünkben kidolgozott endoszkópos hangszalag-lateralizációs eljárás sikerrel alkalmaztuk csecsemők és újszülöttek esetén (3, 4). A hangszalagmozgások megjelenésekor a lateralizáló öltések egyszerűen el-távolíthatók. A hangszalag fiziológiás abdukciós helyzetben történő rögzítésével az endoszkópos abdukciós arytenoid lateropexia megfelelően tág hangrést biztosít, és közben megőrzi a finom gégestruktúrákat is. A beavatkozás gyors, reverzibilis, kis terheléssel jár, és azonnali, stabil légutat biztosít akár újszülöttek esetén is, figyelve a megfelelő hangminőség és a jó nyelési funkció biztosítására (2. ábra).

tracheostomát is szükségtelenné tevő slide laryngotracheoplasticát. A laryngotrachealis komplexum integritásának megőrzése céljából a légúttágító műtétek során törekedni kell az ép struktúrák maximális megőrzésére: a slide laryngotracheoplastica súlyos fokú szűkület esetén is lehetővé teszi a subglotticus tér feltágítását, akár a porcos struktúrák reszekciója nélkül is. Elülső és hátsó laryngofissiót követően a gyűrűporc ívét – és részben a pajzsporcot is – a trachea elülső falának interpozicionálásával tágtítjuk fel. A slide tracheoplastica elvének módosításával a fiziológiásnál tágabb subglotticus tér, illetve egy jól vaszkularizált, stabil szerkezetű laryngotrachealis anasztomózis

2. ábra
a) Kétoldali hangszalagbénulás endoszkópos képe 4 napos újszülöttnél
b) A lateralizáló öltés behelyezésének sémás ábrája
c) 4 napos újszülött esetén végzett bal oldali endoszkópos arytenoid abdukciós lateropexia endoszkópos képe 1 héttel a beavatkozást követően

