

A hallásjavító műtétek indiciójának problémái

Írta: Révész György dr. orvosalezredes

Az endauralis sebészet és tympanoplastica előrehaladása teljesen megváltoztatta a fülsebészet klasszikus tanításait. Régebben mind a különböző betegségeknek, mind az egyes műtéteknek állandó és egyértelmű műtéti indiciói voltak. Ezen megállapítások aránylag hosszú időn át változatlanul érvényben voltak, s a kevés különbséget, amelyet az ún. alapvető kézikönyvek vagy tankönyvek visszatükröznek, egy-egy fülorvosi iskola vezetőjének inkább didaktikus szempontjai szabták meg. Pontosan és szabatosan megfogalmazott kritériumok alapján végeztek mastoidektómiát, ennek bizonyos módosításait, a radikális műtétet stb. Ezen műtétek elsőrendű feladata a betegség kiiktatása és száraz fül kialakítása volt.

Elméletileg ma már a hallásjavító műtétek problematikája is megoldódott. A fülbetegségek kórformák és stádiumok szerint csoportosítva vannak és majd minden változat számára ún. típusműtétek állnak rendelkezésre. Gyakorlati szempontból azonban a kérdés korántsem ilyen egyszerű.

A hallásjavító műtét, mint modern mikrochirurgiai eljárás Varga megfogalmazása szerint „igen nagy műszeres és műtéttani felkészültséget igénylő finom fülsebészeti beavatkozás”. A probléma, amely az egységes álláspont kialakítását e téren megnehezíti, igen összetett. A modern fülsebész elsősorban meg kell hogy győzze a kollégák egy részét a klasszikus otológia ma már sok szempontból túlhaladott álláspontjáról. Sokan ragaszkodnak az ún. régi, klasszikus műtéti eljárásokhoz és elzárkóznak a modern sebészi eljárások elől. Nehezebb a helyzetet, hogy az új gyakorlat alapvető és nélkülözhetetlen előfeltétele nemcsak a modern hallásphysiológia, hanem az új diagnosztikus eljárások elsajátítása is, amelyek nélkül helyes praeoperatív diagnózis, reális műtéti prognózis nem is állítható fel.

Sem a modern technika elsajátítása nem egyszerű, sem az új elméleti tételek megismerése nem könnyű. Mint minden új eljárás, ahol a fejlődés, tapasztalat és idő egymás után veti fel a különböző problémákat, ahol a kezdeti jó eredményeket időnként megmagyarázhatatlan sikertelenségek követik — mindezek azon orvosok álláspontját látszanak erősíteni, akik különböző okokra való hivatkozással ellenzői, s nem mindig objektív bírálói a modern fülsebészi felfedezéseknek. Pusztán gyakorlati szempontból is elsősorban a kórházi és rendelő intézeti szakorvosokat kell meggyőzni az új eljárás és új szemlélet helyességéről — annál is inkább, mert a hallásjavító műtéten átesett betegek utókezelése rájuk is hárul és ez megfelelő szakszerűséget igényel.

Mindenekelőtt a klasszikus otológia azon tanítását kell kritika tárgyává tenni, hogy régebben a radikális műtétet mindaddig halasztották, amíg a fül hallóképes volt. Másrészt aránylag alapos histológiai és klinikai megfigyelések szerint miután főként a cholesteatomás gennyesedések vezettek endocraniális szövődményekhez, régebben főképpen csak ezek az esetek kerültek műtetre. A mai álláspont ezzel szemben a betegség és következményeinek mielőbbi felismerését szorgalmazza, amely szerint akkor is szükséges operálni, amikor a hallás még jó. *A fülsebészet tehát a régebbi „vitalis indicatio” alapján álló, mondhatni klasszikus otológiából a „functionalis sebészet” szabályait és indicióit szemléletét messzemenően szem előtt tartó modern mikrochirurgiává fejlődött.* Természetesen e mikrochirurgiai gyakorlatban eleinte olyan eseteket operáltak, amelyeknek kilátásai jók voltak, tehát pl. középfül fertőzés nélküli száraz dobhártya perforációkat. Később bővült az indició és idült középfülgyulladásokat is operáltak, pl. atticantrotomiával egybekötve, majd súlyosabb destructiókkal járó komplikáltabb eseteket is, amelyeknek eredményei nem mindig voltak kielégítőek.

Alapvető ellentét mutatkozik a kétféle álláspont között pl. a mesotympanalis folyamatok értékelésében is. Régebben e betegséggel kapcsolatosan főként a különböző konzervatív eljárásokat alkalmazták, s feleslegesnek — sőt egyenesen műhibának (Heine, 1913) tartották a műtėti beavatkozást. A mai felfogás szerint ez helytelen, mert a chronikus mesotympanalis otitis is hallásromláshoz vezethet az idők folyamán, a már fennálló halláscsökkenés pedig rosszabbodhat. A tapasztalat azt mutatja, hogy vannak mesotympanalis folyamatok, amelyeknél semmiféle konzervatív kezelés nem vezet tartós eredményhez és ha van is átmeneti javulás, a rövidebb-hosszabb idő múlva bekövetkező recidívák kapcsán a hallás fokozatosan ismét rosszabbodni fog.

A chemotherapeuticumok, de főként az antibioticumok felfedezése és használatba vétele a gyakorló fülorvosokban is komoly enthusiamst váltott ki e gyógyszereknek különböző természetű fülbetegségeknél történő alkalmazásai és illetően. Igen sokan azt remélték, hogy e gyógyszerekkel a chronikus otitisek kérdése is megoldást nyer. Amint az kétségtelen, hogy régebben gyakran látott, főként súlyos acut folyamatok és szövődmények ma már ritkaságszámba mennek, az is bebizonyosodott, hogy az otológia terén e gyógyszerek nem váltották be és nem is válhatták be maradéktalanul a hozzájuk fűzött reményt. Jól reagáltak bizonyos középfül folyamatok, tubáris gennyesedések, de az ostitises és cholesteatomás mégbetegedésekre hatástalanok maradtak.

Az a szemlélet, amely szerint mesotympanalis folyamatokat csakis konzervatívén kell kezelni, s műtétet csak életveszélyes complicatiók esetén kell javasolni — figyelmen kívül hagyja, nem veszi tekintetbe az egész beteg embert, annak mindennapi életét, szociális helyzetét, foglalkozási viszonyait. Az idült fülmebetegekben szenvedő egyén állandóan magában hordja a göcot, amelynek fellobbanása — különösen az antibiotikus éra előtt — életét a legsúlyosabban, életveszélyesen fenyegette. A hallójárat felől bekövetkező külső fertőzés, avagy banális felső légúti hurut bármely pillanatban katasztrofálisan súlyos fellángolást válthatott ki.

A chronikus fülfolyások száma csökkent az utolsó 20 évben, —s bár mint említettem, előfordulnak súlyos mastoid megbetegedések, az életet fenyegető complicatiók, amelyek acut vagy chronikus gyulladásokhoz csatlakoznak, egyre ritkábbak. *Az antibakteriális szerek birtokában egyre inkább végezhetünk az életet mentő sebészi beavatkozásaink helyett olyanokat, amelyeknél a folyamat megnyugodott vagy lokalizált.* Az új műtėti technika nemcsak a beteg göc ki-

iktatásával gyógyít, hanem a középfül mechanizmusának rekonstruálásával megfelelő előfeltételek esetén a hallásfunkciót is képes megjavítani. *A nagyot-hallás sok helyen valóban népbetegségnek tekinthető, s a beteg sorsa, a betegség kimenetele nemcsak a fül statustól, hanem attól is igen nagy mértékben függ, hogy képes-e a beteg kezelteni magát. Sokkal elenyészőbb probléma ez a szocialista társadalmakban, mint a kapitalista országokban, ahol az orvosi kezelés igen sok beteg számára anyagi okokból elérhetetlen, márpedig pl. Proctor (1960) szerint Amerikában kb. 17 millió ember szenved nagyothallásban, s ebből kb. 3 millió gyermek. Ez a szám pedig több, mint a vakságban, agyi eredetű benuulásban, epilepsiában szenvedők száma együttvéve. Hazánkban 1955-ben 11 736, 1956-ban 11 539 beteg állott kórházi ápolás alatt otitis és mastoiditis miatt.*

Hogy *a műtéti indició kérdésének szociális jelentősége* mennyire élő probléma és e tényezőtől látszólag távol eső teljesen csak szakmai kérdéseket mennyire befolyásolni tudja, hivatkozom *Zöllnerre* (1957), aki szerint a kétszakaszos műtétek indicióját meg kell változtatni. Ennek — mint írta — nem elsősorban technikai, hanem szociális oka van. Az első szakaszon átesett — többnyire biztosított beteg sokszor megelégszik azzal, hogy nem folyik a füle, de felszólítás ellenére sem jelentkezik a második műtetre. Ennek ott nyilvánvalóan anyagi háttere van.

Nagyon is hasonló probléma előtt állunk, ha a betegnek mindkét fülén rossz a hallása. Ismételten felvetődő kérdés, hogy *a rosszabb vagy jobban halló fülét kell-e operálnunk?*

A műtét kecsesgetőbb kilátásai érdekében sokan vannak, akik a jobban halló fül műtéte mellett foglalnak állást. Miután azonban hallásjavító beavatkozásaink mind ez ideig nem tekinthetők műtéti panaceának, a legpontosabb praeoperatív diagnosztika és a leggondosabb technikával végzett beavatkozás ellenére előfordulhat, hogy a hallásjavulás az előre reméltnek messze alatta marad, azaz a hallásfunkció megjavítása szempontjából a műtét nem sikerül. Ez esetben pedig a betegnek most már két, esetleg egyaránt rosszul halló füle lesz. A helyes álláspont tehát az, hogy általában először a rosszabb fület szükséges operálni. Különös gonddal kell azonban eseteinket a kor szerint megítélni. Ha gyermeknél eredménytelen a műtét a rosszabb fülön — írja *Wullstein* (1960) — úgy a szülők nem hozzák vissza a gyermeket a másik műtetre és így az orvos elveszti a lehetőséget, hogy legalább ezt a fület megmentse.

Nem értek egyet azonban *Wullstein* azon megállapításával, hogy kétoldali folyamat esetén célszerű a jobbik fület operálni azon esetben, ha könnyebb típusú műtetre van kilátás. Véleményemet két tényre alapítom. Egyrészt a hallásjavító műtétek előtt — kivéve a myringoplasticát — soha nem lehet egészen biztos műtéti tervet készíteni, mert a teendőket adott esetben a műtéti status döntően befolyásolja. Másrészt — s erre ma már nagyszámú adat áll rendelkezésre — soha nem lehet teljes biztonsággal a legkönnyebb műtétnél sem a postoperatív belsőfül laesiót eliminálni. Ennek mérve, fennállási ideje, a restitutio foka ugyancsak előre nem látható tényezők.

Más a helyzet azon betegeknel, akiknél az egyik oldalon chronikus gennyes otitis áll fenn, a másik fül bármi okból teljesen süket. Ez esetben felmerülhet a kérdés, hogy a műtét mindenre kiterjedő esetleges következményeire való figyelemzetéssel az operátor engedje-e magát a beteg kívánságától vezettni, vagy szorítkozzék-e csak a góc kiirtására — a fenestrák közelében végzendő beavatkozás teljes mellőzésével. *Wullstein* szerint könnyű műtéti esetben nem szabad

a hallásjavító beavatkozást visszautasítani. Úgy gondolom, hogy az operátor-elsődrendű orvosi kötelessége az exact klinikai statuson kívül a beteget, korát, foglalkozási és szociális szempontjait messzemenően szem előtt tartva, a beteg bizalmát megnyerve, vele egyetértésben döntést hozni.

Подполковник мед. службы д-р Дь. Ревес:

К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ СЛУХА

В связи с показаниями к операциям для улучшения слуха основной проблемой является противопоставление старого и современного воззрения. В интересах улучшения слуха показано возможно раннее хирургическое вмешательство, значит когда слух является еще хорошим. Все более выясняется необходимость хирургического лечения мезотимпанальных процессов, которые до последнего времени лечились исключительно консервативным путем. Безопасность произведения операций обеспечивается в частности введением антибактериальных средств в необходимой дозировке. Автор занимается социальным значением показаний к операции.

Dr. Gy. Révész, Oberstl. d. Med. D.:

PROBLEME DER INDIKATION FÜR GEHÖRKORREKTIONSOPERATIONEN

Grundproblem der Indikation für Korrektureingriffe des Gehörs ist die Gegenüberstellung älterer und moderner Auffassungen. Damit die Besserung des Gehörs erreicht wird, ist eine möglichst frühzeitige Operation empfohlen, also wenn das Gehör noch gut ist. Es zeigt sich mehr und mehr die Notwendigkeit der operativen Behandlung bei mesotympanalen Vorgängen, die früher ausschliesslich konservativ behandelt waren. Eine gefahrlose Durchführung der Operation wird durch die in ausreichender Dosis gegebenen antibakteriellen Medikamente gesichert. Es wird schliesslich auf die soziale Bedeutung der Operationsindikation hingewiesen.

Mellkasi lött sérülések

Írta: Novák János dr. orvosszázados

Az áthatoló mellkasi sérülések előfordulásának gyakoribbá válása a 14—15. századra tehető és egybeesik a lőfegyverek feltalálásával. E sérülések, jellegük-nél fogva, túlnyomó többségükben háborús sérülések. Érthető tehát, hogy az e téren nyert tapasztalatok jó része katonai jellegű.

E század háborúinak tapasztalatai alapján számos szerző foglalta össze a lött mellkasi sérültek kezelési taktikáját. Elgondolásaikat természetesen uralja a fertőzés elleni küzdelem kérdése, minthogy a segélyhelyekre érkező sérülteket ez fenyegeti a legjobban (Ogilvie, cit 1.).

A második világháború végén a mellkasi sérültek kezelésében az antibiotikumok már nagy szerepet játszanak. A modern narcosis-eljárások a thoracotomiákat kedvezőtlen körülmények között is elvégezhetővé tették. A shock pathomechanismusának kutatása kialakította e szövödmény adequat terapiáját. Lényegesen meggyorsult a sérültek szállítása. Mindezek ellenére, még a második világháború után lezajlott koreai és vietnami háborúk tapasztalatai alapján is, a tábori sebészet egyik legtöbb problémát adó területét képezik a lött mellkasi sérülések. Két fő jellemzőjük a fertőzöttség és a sérüléstől a végleges ellátásig terjedő hosszú idő.

Békében lött mellkasi sérülések ritkán fordulnak elő. Az alapvető különbség a háborús körülmények között létrejött sérülésektől ez utóbbiak fő jellem-