

118-asis kasmetinis Amerikos akademijos otorinolaringologų-galvos ir kaklo chirurgų tarptautinis suvažiavimas Orlando mieste, Floridoje

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

LSMU MA Ausų, nosies ir gerklės ligų klinika, Klaipėdos universitetas

Šiais metais eilinis, nes vyksta kasmet, bet visada neeilinis savo turiniu ir dalyvių skaičiumi Amerikos akademijos otorinolaringologų-galvos ir kaklo chirurgų tarptautinis suvažiavimas vyko pagrindiniame JAV atrakcionų mieste Orlande rugsėjo 21–24 dienomis. Šiuometė konferencija, galbūt dėl to, kad vyko nuolat žaliame, karštame ir prisotintame dirbtinio intelekto bei vaizdinių Orlande, sutraukė itin daug dalyvių – joje dalyvavo daugiau nei 8 tūkstančiai gydytojų iš 93 šalių, o *Oto Expo* parodoje – daugiau nei 250 medicinos įrangos ir farmacijos kompanijų. Reikia pabrėžti, kad 80 proc. dalyvių, taip pat ir lektorių, sudarė amerikiečiai.

Nors pagal priimtus naujus etinių farmacijos kompanijų etikos reikalavimus tarp dalyvių

nebuvo ankstesnių pagrindinių rėmėjų, pavyzdžiui, *GlaxoSmithKline* kompanijos, pasikeitusi konferencijos rėmimo tvarka nei konferencijos struktūrai, nei kokybei pastebimos įtakos neturėjo. Lietuvai šiemet atstovavo neįprastai daug, net trys, dalyviai: gyd. E. Butkus (Šiaulių ligoninė) ir dvi kolegės iš LSMUL – gyd. I. Minkevičienė bei straipsnio autorė (1 pav.), parengusi standinį pranešimą (Šiupšinskienė N., Lisauskaitė L. „Subjektyvus pacientų, sergančių OMAS, priekinės uvuloplastikos įtakos balsui, nazališkumui ir rijimo pokyčiams vertinimas“ (angl. *Subjective assessment of voice, nasality and swallowing changes in patients with OSAS after anterior uvuloplasty*). Jis per specialiąją standinių pranešimų sesiją susilaukė aktyvaus gydytojų domėjimosi ir įvairių klausimų.

Konferencijoje vienu metu vykdavo iki 14 skirtingų sesijų, tai – tiksliniai seminarai, įprastos atskirų otorinolaringologijos sričių mokslinių pranešimų sesijos, kai pranešėjui šiemet buvo skiriama 6 minutės įskaitant diskusijų laiką. Popietėmis vyko instrukciniai kursai, skirti medicinai, administravimui bei otorinolaringologinių ligų kodavimui. Konferencija tikrai buvo turininga ir turtinga pranešimais, kurių iš viso, konferencijos statistikos duomenis, per mokslines sesijas, mažuosius seminarus ir instrukcinius kursus buvo išklaudyta tūkstantis du šimtai, taip pat buvo paruošta apie 400 standinių pranešimų.

Pacientų, sergančių obstrukcinės miego apnėjos sindromu (OMAS), problemos

Mažąjį seminarą „Nosies patologijos chirurginio gydymo veiksmingumas pacientams, sergantiems OMAS“ metu išklaudyti penkių amerikiečių otori-



1 pav.

Lietuvos delegacija (iš kairės): gyd. I. Minkevičienė (LSMUL), straipsnio autorė ir gyd. E. Butkus (Šiaulių ligoninė)

nolaringologų, dirbančių miego chirurgijos srityje, pranešimai. Profesorius M. Friedman nurodė, kad pagrindinės chirurginės nosies procedūros, taikomos OMAS pacientams, yra septoplastika ir įvairių modifikacijų konchoplastika. Jos apibendrintais literatūros duomenimis, knarkimą sumažina apie trečdaliui (34 proc.) pacientų ir dviem trečdaliams pagerina gyvenimo kokybę, nes padidina pacientų energingumą ir aktyvumą dienos metu. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad nosies operacijos pagrindiniam ligos sunkumą nusakančiam parametru – apnėjų/hipopnėjų indeksui – reikšmingos įtakos neturi. Todėl pacientui, sergančiam OMAS, kuriam indikuotinas chirurginis gydymas, reikia iš anksto numatyti mažiausiai dviejų etapų chirurginį gydymą, kai, be nosies operacijų, vėlesniu etapu atliekamos minkštųjų ryklės audinių plastinės operacijos.

Kiti pranešėjai pabrėžė, kad po nosies operacijų mažiausiai savaitę reikėtų nešioti smakrą prilaikančią juostą, kuri palaiko užvertą burną. Singapūro mokslininkai, ištyrę daugiau nei 100 OMAS pacientų, kuriems pirmiausia buvo atliktos nosies operacijos, atskleidė, kad pacientams, kurie pooperaciniu laikotarpiu naudojo smakro juostą, knarkimas sumažėjo reikšmingai daugiau nei tiems, kurie juostos nenaudojo.

Keletas pranešimų OMAS tema buvo skirti liežuvio tonzilės hipertrofijos laipsniui diagnozuoti ir liežuvio tonzilės dydžio bei OMAS sunkumo koreliacijai nagrinėti. Žinomas miego chirurgijos specialistas amerikietis prof. M. Friedman pasiūlė naują keturių laipsnių (vietoje buvusių trijų) liežuvio tonzilės hipertrofijos klasifikaciją, kurią rekomenduoja taikyti kasdienėje klinikinėje praktikoje:

I° – liežuvio šaknies srityje matyti pavienės limfoidinio audinio granulės;

II° – limfoidinis audinys dengia liežuvio šaknį, bet nėra iškilęs;

III° – limfoidinis audinys dengia liežuvio šaknį, jo storis siekia 5–10 mm;

IV° – limfoidinis audinys dengia liežuvio šaknį, jo storis >10 mm (dengia antgerklį).

Liežuvio tonzilės hipertrofijos ir OMAS sunkumo ryšiai nagrinėti naujame Niujorko universiteto liginės mokslininkų tyrime. Nuosekliai išanalizavus 380 pacientų, tirtų miego laboratorijoje dėl knarkimo, duomenis, reikšmingų sąsajų tarp OMAS sunkumo ir nustatyto liežuvio tonzilės hipertrofijos laipsnio nebuvo rasta. Didelio laipsnio (III, IV pagal naująją Friedman klasifikaciją) liežuvio tonzilės hipertrofija, kurios atveju skiriamas chirurginis gydymas, t. y. liežuvio tonzilės redukcija, buvo diagnozuota penktadaliui OMAS

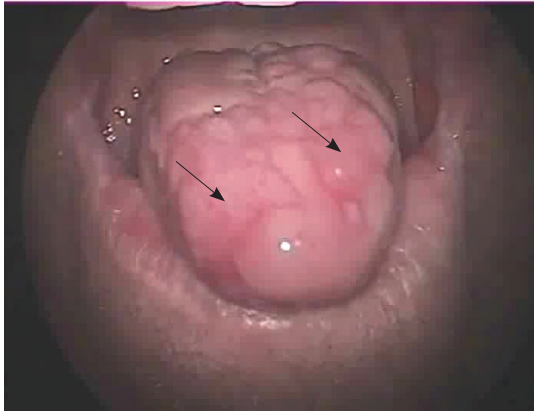
pacientų. Apibendrinami tyrimo duomenis, tyrimai rekomenduoja liežuvio tonzilės redukcijos indikacijas svarstyti individualiai.

Prof. T. Woodson miego medicinos mokslinėje sesijoje teigė, kad nauji vaikų, sergančių OMAS, tyrimai rodo, kad po adenotonzilektomijos reikšmingai sumažėja vaikų hipertenzija (nuo 34 proc. iki 14 proc.), o chirurginis gydymas yra veiksmingas tiek vaikams, kurie turi dideles gomurio tonziles (III–IV hipertrofijos laipsnio pagal Friedman), tiek nedideles (I–II laipsnio pagal Friedman).

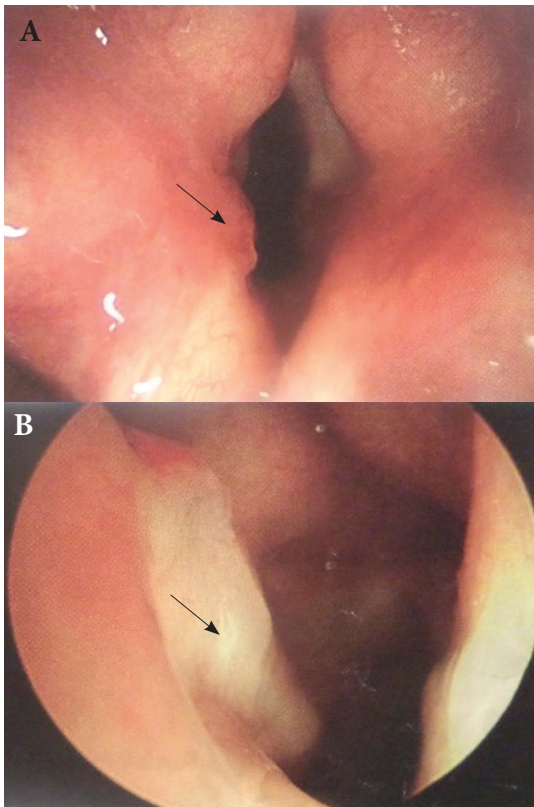
Ne vienas pranešėjas pabrėžė, kad šiuolaikinis miego chirurgijos veiksmingumo vertinimas negali apsiriboti vien tik miegant tiriamo parametro – apnėjų/hipopnėjų indekso – registravimu, o būtina kartu vertinti klinikinį veiksmingumą: simptomų regresavimą, mokymosi, asmens koncentracijos, miego kokybės ir gyvenimo kokybės pagerėjimą.

Burnos patologija

Nemažai dėmesio konferencijoje skirta ikivėžinei burnos ertmės patologijai, nes ją gydo ir otorinolaringologai, ir veido žandikaulių chirurgai, ir odontologai. Daugiausia nerimo kelia įvairūs išbėrimai ir apnašos burnoje, „degančios“ burnos sindromas. Pranešėjai pabrėžė, kad į diferencinės burnos gleivinės ikinavikinių ligų diagnostikos schemą reikia įtraukti sisteminės ir autoimuninės ligas: raudonąją vilkligę, antrosios stadijos sifilį, grybelinę infekciją, taip pat leukoplakiją, randinį pemfigoidą, Kaposi sarkomą, kuri dažniausiai vystosi AIDS pacientams, ir plokščiąją kerpligę. Pastaroji (lot. *lichen planus*), kuria serga iki 4 proc. suaugusiųjų, turi keletą skirtingų kliniki- nių formų: labiausiai paplitusią erozinę-opinę (hiperkeratozinę), taip pat papulinę, retikulinę, apnašinę, atrofines, pūsline, todėl šią ligą diagnozuoti sunku. Šiai patologijai būdingas kartu pasireiškiantis gingivitas, odos pažeidimai, būdingas liežuvio vaizdas: susiliejančios, apragėjusios papulės (2 pav.) ir histologiniai biopsinės medžiagos požymiai, rodantys lėtojo IV tipo alerginę reakciją. Todėl ligoms diferencijuoti rekomenduojama pakitusių audinių biopsija, tačiau pranešėjai pažymi, kad biopsijos duomenys dažnai būna nespecifiški ir diagnozė nustatoma kompleksiskai įvertinus paciento nusiskundimus ir klinikinį vaizdą. Sisteminių ir autoimuninių ligų gydymui skiriami gliukokortikoidai (vietinio ir sisteminio poveikio), nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, koreguojama mityba ir įpročiai.



2 pav.
Susiliejančios, apraėjusios liežuvio srities papulės sergant plokščiąja kerplige



3 pav.
Gerklų apžiūra naudojant standžiuosius 0° (A) ir 70° (B) endoskopus tiesioginės laringoskopijos metu

Kairiojo vedeginio gumburo navikas (chondroma), imituojantis granuliomą (patologija pažymėta rodyklėmis)
(J. Portnoy ir kt., Filadelfijos Drekselio medicinos universitetas).

Pasak amerikiečių gydytojų, „degančios“ burnos sindromo diagnostika grindžiama atmetimo principu, nes šio sindromo galimų priežasčių yra nemažai. Pirmiausia reikėtų atkreipti dėmesį į galimas vietines priežastis: dantų būklę, aštrius dantų ir plombų kraštus, nulūžusius dantis, netinkamus dantų protezus, bimetalizmą, grybelinę infekciją, gleivinių sausmę (kserostomiją). Vieną priežasčių – kserostomiją – gali sąlygoti vyresnis

paciento amžius, buvęs spindulinis gydymas, galimas Sjogreno sindromas (kserostomija, sausas keratitas, atrofinis gastritas). Kaip pabrėžė pranešėjai, „degančios“ burnos sindromą gali sukelti ir Fe, folio rūgštis, vit. B12, Mg stoka, taip pat ilgalaikis protonų siurblio inhibitorių bei tam tikrų antihipertenzinių vaistų vartojimas. Patologinis klimaksas, hiperventiliacija ir kai kurios psichikos ligos taip pat gali sukelti „degančios“ burnos pojūčius. Šiuolaikinis gydymas apima priežastinį gydymą, tačiau neradus priežasties, rekomenduojama skirti neuromoduliuojančius (pavyzdžiui, gabapentiną) ir raminamuosius vaistus.

Lėtinis kosulys

Mokslinių pranešimų bei mažųjų seminarų buvo skirta ir lėtinio kosulio problemai. Seminaro „Sunkūs kosulio atvejai: tyrimas pagal protokolą“ koordinatorius amerikietis prof. K. Altman pabrėžė, kad dviem trečdaliams kosinčių pacientų kosulį lemia keletas priežasčių, todėl reikia stengtis jas visas išsiaiškinti ir atitinkamai gydyti. Dažniausios lėtinio kosulio priežastys, pasak prof. K. Altman, išlieka rūkymas, užnosinės sekrecijos sindromas (povirusinis rinosinusitas), patologinis refluksas į gerklą bei ryklę ir bronchitas. Mažiau paplitusios – tai kvėpavimo takų vėžys, bronchektazė ir dažnėjanti dėl pagerėjusios diagnostikos patologija – pernelyg jautrių viršutinių kvėpavimo takų sindromas. Prof. J. Krouze pabrėžė, kad, jeigu pacientą vargina naktinis kosulys, pažadinantis iš miego, visada reikia atskirti, ar priežastis – gastroezofaginio reflukso ligos laringofaringinė forma (GERL LF), astma ar Bareto stemplė, kuri taip pat gali pasireikšti lėtiniu kosuliu. Neurogeninį kosulį galima įtarti pagal ilgą trukmę, priepuolinį kosulio pobūdį, neveiksmingą konservatyvų gydymą vaistais nuo alergijos ir reflukso – taip savo pranešime teigė žymus amerikiečių laringologas prof. C. Rosen. Tokiu atveju rekomenduojamas empirinis ilgalaikis (>3 mėn.) gydymas neurotinu (gabapentinu). Tai, lėtinio kosulio diagnostika ir gydymas turėtų būti pagrįstas komandiniu principu, konsultuojant įvairių sričių specialistams.

Seminare „Kas yra už reflukso?“ amerikiečiai panelistai S. Cohen, J. Bock, M. Courey ir M. Pitman pabrėžė, jog galimi reflukso į gerklą ir ryklę simptomai, tarp kurių ir lėtinis kosulys, taip pat laringoskopiniai požymiai nėra specifiški

refliuksui, todėl ligą reikia diagnozuoti remiantis kiekybinėmis, amerikiečio prof. P. Belafsky sukurtomis kompleksinėmis reflukso simptomų indekso ir laringoskopinių požymių vertinimo sistemomis, atmetant kitas ligas, kurios kliniškai reiškiasi panašia simptomatika ir gerklų požymiais. Įtariamą GERL LF reikia atskirti nuo alerginio laringito, papildomų balso klosčių vagų (*sulcus glottidis*), neurogeninio pernelyg jautrių gerklų sindromo, naviko – tarp jų imituojančios granuliomą vedeginio gumburo chondromos (3 pav.). Rekomenduojama gerklas apžiūrėti ne tik standžiuoju endoskopu, bet ir fibroskopu, kad būtų įvertintas ir viršutinis, ir apatinis balso klosčių paviršius. Atliekant tiesioginę laringoskopiją, visų gerklų paviršių apžiūra per laringoskopą įkišant 0° ir 70° endoskopus, kuri pagerina diagnostiką ir tinkamo gydymo parinkimą, tampa rutiniu laringologų tyrimu ne tik Amerikos, bet ir kituose žemynuose.

Laringologijos mokslinėje sesijoje amerikietės mokslininkės S. Silvers buvo pristatytas naujai sukurtas ir kliniškai išbandytas išoriškai viršutinį stemplės rauką (VSR) veikiantis prietaisas, skirtas gydyti GERL LF (4 pav.). Uždėtas lanku ant kaklo viršutinio stemplės rauko projekcijoje, prietaisas palaiko apie 25 mm Hg slėgį ir pašalina reflukso į ryklę požymius. Pristatytas klinikinis tyrimas parodė, kad 4 sav. gydymas buvo veiksmingas absoliučiai daugumai pacientų – 90,4 proc., daugiau nei 80 proc. jų nutraukė ilgalaikį protonų siurblio inhibitorių vartojimą, o šalutinio poveikio nebuvo registruota. Šis prietaisas patikslina diagnozę ir yra veiksmingas trumpą laiką gydant GERL LF. Tolesni tyrimai būtini norint įvertinti jo ilgalaikio naudojimo aspektus.

Kiti svarbūs faktai – tai žinia, kad Amerikos otorinolaringologų-galvos ir kaklo chirurgų akademija jau yra paruošusi naujas užesio ir alerginio rinito rekomendacijas, kurios buvo aptartos keliose užesio ir alerginio rinito problemoms skirtose sesijose.

Galima išskirti konferencijoje parodytas naujų technologijų tendencijas – konstatuota, kad plečiasi robotinės chirurgijos geografija (sistemos naudojamos Šiaurės ir Pietų Amerikoje, Europoje



4 pav.

JAV maisto ir vaistų kontrolės tarnybos aprobuotas viršutinio stemplės rauko prietaisas, skirtas apsaugoti nuo reflukso

ir Azijoje) bei indikacijos: be onkologijos, robotinė chirurgija sėkmingai taikoma vaikų laringologijoje šalinant didelius nepiktybinius apatinės ryklės ir gerklų darinius ar atliekant operacijas liežuvio šaknies srityje įvairaus amžiaus pacientams, sergantiems OMAS.

Šiame didžiausiame pasaulyje otorinolaringologų susirinkime buvo pristatyti pirmieji ilgalaikiai dirbtinių gerklų protezų implantavimo po buvusių laringektomijų dėl gerklų vėžio klinikinių tyrimų rezultatai. Išanalizavę keturių pacientų, kuriems implantuoti gerklų protezai, duomenis, prancūzų mokslininkai paskelbė gana džiuginančius rezultatus: per vienerius stebėjimo metus dviem pacientams buvo visiškai uždaryta tracheostoma, o visiems pagerėjo balso ir rijimo funkcijos.

Šalia mokslinės programos vyko aktyvi įvairių šalių otorinolaringologų lyderių diskusija apie mūsų specialybės misiją, diagnostikos ir gydymo technizavimą, pagalbos ekonomiškai silpnoms šalims aktualumą, mūlo, pervežant labdarinę medicinos aparatūrą, sunkumus.

O vakarais – Akademijos prezidento šventinis priėmimas, atskirų Amerikos universitetų absolventų susitikimai, tarptautinių svečių vakaras, kai daugiau nei 90-ties užsienio šalių atstovai puošiasi nacionaliniais drabužiais ir, valgydami subtilų desertą, kartu bando šokti pagal amerikietišką muziką. Tikrai smagu, nuoširdu ir paprasta. Taigi išpūdžių ir naujienų daug.

Su kolege I. Minkevičiene paliekame švelniai drėgną ir karštą Orlandą, nusiteikusios kitais metais vėl atvykti. Kasmet savo vietą keičianti konferencija, ateinančiam suvažiavimui pasirinko karštąjį Dalasą, kuriame būsimi dalyviai iš Lietuvos ir susitiksimė.