

ZPRÁVA O ÚČASTI NA MEZINÁRODNÍ KONFERENCI OTOLARYNGOLOGŮ

Plukovník doc. MUDr. ERVÍN ČERNÝ, ORL odd. ÚVN, Praha

Ve dnech 18.—22. září 1963 jsem se zúčastnil Mezinárodní otolaryngologické konference v Budapešti, pořádané otolaryngologickými společnostmi Maďarské lidové republiky, Československé socialistické republiky a Německé demokratické republiky. Na konferenci se značně podíleli Maďaři, ale i zastoupení cizinců z mnoha evropských zemí bylo velmi početné. Jednání probíhala paralelně ve dvou sekcích v budově Akademie věd. Je škoda, že přednášky proslovené maďarsky nebyly překládány, protože jejich obsah posluchačům z cizích zemí většinou unikl.

Hlavní témata byla dvě: Poškození sluchového orgánu následkem povolání a Nádory vedlejších nosních dutin.

Na první téma bylo proneseno 46 přednášek.

V hlavním referátu *Dieroff* upozornil, že sluchová únava dosahuje vyšších hodnot po zatížení čistými tóny nebo úzkospektrým šelestem. Přerušovaný hluk na způsob úderů působí na sluch větší škody než hluk plynulý. Zatížení tónem nebo úzkospektrým šelestem způsobuje sluchovou únavu o půl nebo o celou oktávu výše nad zatěžující frekvenci, trvalá poškození sluchu se však lokalizují kolem frekvence Cs. Studium vývoje sluchových poruch zjistil, že v prvním pracovním roce dochází ke ztrátě sluchu — potom následuje perioda dobré snášenlivosti hluku bez sluchových ztrát (kompenzace) a v třetím období je opět nápadnější růst sluchových ztrát. V přerušovaném hluku nebyl tento fázovitý průběh nedoslýchavosti patrný. Ženy jsou na hluk méně citlivé.

Mounier-Kuhn: Na vývin nedoslýchavosti má vliv intenzita, trvání a frekvence hluku. Intenzita hluku poškozuje sluch začíná prý při 100 dB a nikoli při 85, jak se všeobecně tvrdí.

Rosen S. zjistil, že sluch u černochů kmene Mabaab, žijících mimo vliv civilizace a techniky, je podstatně lepší než u obyvatel USA. Rovněž unavitelnost sluchu u černochů je o 50 % menší než u Američanů. Příčin je podle autora více a jednou z nich je hluk a stress moderního života.

Tzetz J. a spol. zjistili vyšetřováním zaměstnanců metalurgických továren, že předchozí středoušní porucha nesenilibilizuje postižené ucho k větším poškozením sluchu hlukem, ačkoli většina autorů soudí o opaku. To se netýká otosklerózy, kde hluk působí zvýšené sluchové škody.

Abrahamovič M. se přiblížil k podobným závěrům při studiu adaptace sluchové únavy u nemocných s poruchou převodného ústrojí včetně otosklerózy. Zjišťoval u nich po zvukovém zatížení týž stupeň únavy a poruch adaptace jako u zdravých osob.

Cejpek T. soudí, že na vývoj sluchových ztrát z hluku má vliv stupeň pneumatizace, a to v prvních třech letech zaměstnání.

Aulinger J. upozornil na vadné držení krční páteře, které je predisponujícím faktorem při poškození vnitřního ucha hlukem.

Ghibus J. zjistil, že sluch obyvatel v okolí průmyslových závodů a v městech je v průměru horší než u obyvatel venkova. Je to způsobeno nejen hlukem, ale i vibracemi.

Brom F. zjistil, že hluk v kabinách řidičů nákladních aut dosahuje hladiny 110 dB a že maximum ztrát u nich je na frekvenci 6000 Hz.

Ladányi J. zjistil, že u řidičů pouličních drah trpících chronickými nemocemi nosu a hltanu jsou ztráty sluchu způsobené hlukem o 50 % větší než u zdravých řidičů. Část řidičů je odolná na působení hluku a rovněž ženy trpí méně (viz *Dieroff*).

Garbea S. se spolupracovníky upozornil, že audiogramy mladých osob nebo krátce zaměstnaných v hlučném prostředí, odebrané za hodinu a za 24 hodin po skončení

práce, vykazují na frekvencích 4000—2000 Hz nápadnější rozdíly než u osob, které pracují v tomto prostředí delší dobu. Sluchové ztráty jsou větší tam, kde kromě hluku působí i vibrace. Nezjistil, že by úbytek pneumatizace výčnů vedl k větším sluchovým ztrátám.

Dobrowolski A. dlouhodobým vyšetřováním horníků prokázal, že úbytky sluchu jsou největší v prvních třech letech zaměstnání. Ztráty začínají na 1000 Hz a dosahují maxima na 4000 a na 8000 Hz. Šelesty se dostávají až v pátém nebo sedmém roce.

Balla P. a spol. potvrdili, že sluchové ztráty u leteckých mechaniků a telegrafistů závisejí na celkové době zaměstnání. U telegrafistů jsou ztráty lokalizovány na řečové frekvence a jsou způsobeny leteckým motorem a rádiem. Ztráty u mechaniků postihují frekvence nad řečovou zónou. V obou případech jde o chorobu z povolání.

Bódó G. se zabýval poškozením činnosti vnitřního ucha u vojáků. Šlo o následky střelby, explozí a úrazů lebk. V posledním případě zjistil u postižených nejčastěji závratě, potom snížení sluchu, méně se již vyskytovaly šelesty, bolesti hlavy a krátké ztráty vědomí.

Révész G. studoval hlukové spektrum malorážových zbraní. Intenzita třesku se pohybovala mezi 114—127 dB. I krátká časová expozice měla za následek sluchové ztráty nejčastěji smíšeného typu. V rámci prevence se osvědčily Halmovy zátky a tlumiče hluku.

Lampé J. a spol. zjišťovali ochranný efekt různých druhů chráničů sluchu s pomocí tónové a řečové audiometrie. Halmovy zátky a tlumiče hluku snižovaly percepci hluku o 27 a 33 dB, zatím co zátky ze suché vaty nebo z vaty napuštěné olejem neměly takřka žádný chránivý vliv. Halmovy zátky nesnižují signifikantně slyšení řeči v hluku. Práh pro řeč je v hluku posunut přibližně stejně jako práh pro slyšení čistých tónů.

Kublanova P. Studiem vlivu vibrací na vestibulární část hlemýžďe u továrních dělníků zjistila závrativost, snížení vestibulárních odpovědí, disociaci při kalorizaci a rotaci, hyperreflexii (?), změny vegetativních a somatických reakcí.

Götz F. Otravy kyslíčnickem uhelnatým patří k nejčastějším při výkonu povolání. U akutních, subakutních i chronických forem otrav autor zjistil mírnou nebo středně těžkou poruchu percepční činnosti. Přičítá ji na vrub poškození v úseku sluchového nervu a smyslového epytelu. Széll E. a spol. zjistili u chronických otrav převahu poruch ve sféře vestibulární.

Faltýnek L. a spol. zjistili, že po jednominutovém zatížení morčete bílým šumem 105 dB snížení mikropotenciálů a jejich restituce trvá 2—4,5 min. I. v. podání ATP před zatížením snižuje významně dobu restituce.

Láng J. a spol. vyšetřovali dělníky z chemických továren a pomocí vestibulárních zkoušek a eeg zjistili, že závratě, na něž si tyto zaměstnanci stěžují, jsou organického původu (při kalorizaci nacházeli zvýšenou dráždivost, mírnou nepravdivost a jednosměrnou převahu nystagmu; při eeg zjišťovali dysrytmii, desynchronizaci, nízkou voltáž). Domnívají se, že jde o lehčí toxickou encefalopatii způsobenou etylsilikátem, trichlorethylenem a akroleinem.

Problematice nádorů vedlejších nosních dutin (v. n. d.) bylo věnováno 64 přednášek.

Albrechtová R. čerpala ze statistiky 320 nemocných léčených na klinice v posledních 30 letech. Nejčastěji byla postižena čelistní dutina. Diagnóza nádoru byla vyslovena většinou ve stadiu prorůstání Tu do okolí. Je třeba rozlišit Tu postihující spodinu čelistní dutiny, reces zygomatický a krajinu maxilomoidální. Tu etmoidálního labyrintu se diagnostikují dříve, mají špatnou prognozu, protože pro-

růstají snadno do očníce a nitrolebí. Tu čelní dutiny se vyskytují řidčeji a prognóza je stejná jako u etmoidálního labyrintu. Tu sfenoidálního sinu jsou velmi řídké, prognózu mají špatnou. Tu nosní dutiny mají lepší prognózu než Tu v. n. d., avšak později je těžko určit jejich primární lokalizaci (v. n. d.?). Z její statistiky se podrobilo 46 % nemocných jen operaci, 42 % operaci a pooperačnímu ozařování a 12 % bylo paliativně ozařováno.

Polýanszky T. upozornil na velmi dobré výsledky hemifaciectomie, kterou někteří autoři neschvalují. Cytostatické metody nesplňují při léčbě očekávání. Má statistiku 1974 nádorů nosu a v. n. d., z čehož pětileté přežití dosáhlo 28,6 %. Z jeho vlastní statistiky (392 případů) průměrná anamnéza byla 4,2 měsíce. Operabilních nemocných bylo jen 72,5 %. (Gušič v diskusi kritizoval nízkou operabilitu.) Při operaci vždy podvazuje a. carotis externa a často pracuje s elektrokoagulací.

Vándor se zabýval otázkami rtg. léčby Tu v. n. d. Inoperabilní jsou podle něho ty, kde nelze operovat z celkových příčin, kde růst překračuje obvyklé hranice, a nemají se také operovat radiosenzitivní nezralé formy buněčných karcinomů a radiosenzitivní sarkomy. V ostatních případech se osvědčuje nejlépe kombinovaná léčba (chirurgická a ozařování). Pooperační ozařování stále více nabývá na významu. U velkých nádorů předoperační ozařování usnadní možnost následujícího operačního výkonu. Na jeho pracovišti operují za 4 týdny po ozáření X paprsky nebo telekobaltem a další ozáření následuje bezprostředně po operaci (X nebo telekobaltem). Prognóza recidiv je vážná; používá radioforů nebo telekobalt. Při plošně se vyvíjejících recidivách v dutinách lze použít elektrokoagulace a kavitárního nebo perkutánního ozáření. Preventivní ozáření nehmátných uzlin není indikováno.

Hubáček J. a Faltýnek L. referovali o výsledcích léčby u 64 nemocných a zdůraznili, že dlouhodobé přežití je podmíněno rozsáhlou resekcí.

Popovič a spol. referovali o výsledcích u 79 nemocných. Nejčastější výskyt byl mezi 51.—60. rokem. Mírně převážovali muži. Většinou šlo o karcinomy, méně zastoupeny jsou sarkomy, ve více případech šlo o atypické nediferencované nádory. Téměř v 20 % byly postiženy mízní uzliny. Přežití 5 let je u 21 % operovaných. Nejlépe se jim osvědčilo operovat a zavádět při operaci do kavity rádiu.

Světlakov M. J. doporučoval při volbě léčebných prostředků m. j. oboustrannou ligaturu a. carotis externae.

Czarlinska K. a spol. zjistili, že v jejich materiálu lokalizace nádorů byla nejčastěji ve středním a horním úseku v. n. d. Při operacích používali elektrokoagulační metody a pooperační ozáření. Kladné výsledky mají v 62 %.

Suprunov V. K. počítá mezi zhoubné nádory v. n. d. kromě Ca a Sa také endoteliomy, periteliomy, myxomy a j. Vznik zhoubných Tu ve v. n. d. přičítá předchozím chronickým zánětům a jejich prevencí vidí v radikální léčbě zánětů v. n. d.

Gušič B. ukázal, že i rozsáhlé nádory šířící se do fossa pterygopalatina jsou operací zvládnutelné. Inoperabilní jsou jen ty Tu, které prorůstají až do prevertebrální krajiny. Podvazování a. carotis externa před operací pokládá za nesmyslné.

Hubáček J. a Tesařík se obírali výskytem potenciálně maligních nádorů ve v. n. d. Patří sem epiteliomy (mezi než řadí smíšené nádory a cylindromy), myxomy a veliké hemangiomy. Všechny vyžadují radikální exstirpaci.

Lipoženčí M. léčil 11 nemocných cytostatiky. Z nich zemřelo do roka 8 a do dvou let 3.

Hladký R. se věnoval otázce benigních nádorů v. n. d. a na vlastním materiálu ukázal, jak klinický průběh některých histologicky benigních nádorů může být poznamenán vyslovenou malignitou.

Horányi a spol. rozumějí pod pojmem semimalignity histologicky benigní nádory, po jejichž odstranění však vznikají místní recidivy, a nebyl-li nádor zcela odstraněn, dochází k jeho progresi. Patří sem 1. *adamantinomy* neboli ameloblastomy, které se vyskytují častěji v terénu mandibuly, řidčeji v terénu maxilly (16 %), 2. *osteoklastomy*, které vznikají z nitrokostních hemoragii jako resorpční granulom. 3. *osteofibromy*. Všechny tyto nádory se vyskytují i na dolní čelisti a vyžadují rozsáhlou resekci.

Černý E. upozornil na možnost růstu meningeomů ve v. n. d. Může jít při tom o prorůstání Tu z nitrolebí, jindy z očníce a vzácněji vzniká meningeom primárně ve v. n. d. z persistujících odštěpů arachnoidey (z doby fetální). Všechny tři možnosti doložil případy z vlastního materiálu.

Paúnescu C. a spol. popsal vzácný případ amyloidózy postihující čichový labyrint a nosní dutinu u 4letého dítěte. Nádor byl odstraněn radikální operací, po níž bylo použito ještě rtg. ozáření (z obavy, že by mohlo jít o fibrosarkom).

Szócska J. popsal případ fibromyxomu, který vznikl z nadpočetného ektopického zubu v recessus ethmoidalis. Nádor zničil takřka celou kostní podstatu maxily, a proto její zbytky byly při operaci odstraněny včetně všech zubů a patrové kosti.

Tzetz J. a spol. zjistili, že u nemocné, u níž byly již 4krát odstraněny nosní polypy, jde histologicky o histiocytom. Po radikální operaci došlo znovu k recidivě, ačkoli šlo o nádor histologicky benigní.

Jakabfi J. a spol. demonstrovali bizarní případ mnohočetného bazaliomu kůže hlavy a obličeje velikosti hrášku až jablka, který pronikl do dutiny nosní a stejnostranných v. n. d. Desetileté trvání svědčí, že jde o kožní formu bazaliomu, vyznačující se malou malignitou.

Chodjakov N. D. popsal taktiku podvazování krčních tepen u nádorů nosu, v. n. d. a nosohltanu. Zpravidla podvazuje a. carotis communis na postižené straně a na druhé straně a. carotis externa. U rozsáhlých nádorů neváhá podvázat a resekovat obě a. carotis communis, ovšem ve dvou dobách.

Řada dalších autorů přišla se zkušenostmi s diagnostikou a léčbou nádorů v. n. d., vycházejíc z materiálu vlastních pracovišť, a potvrdila ve většině případů poznatky předchozích přednášejících.

Kromě několika volných témat byla na konferenci předvedena řada pěkných filmů, z nichž pozornost vzbudil zejména zejména Rosenův film o studiu stavu sluchu u černošského kmene Mabaan, Jansenův film o nové technice radikální operace s tympanoplastikou a Dietzelův film o plastickým zajištění kloubu kovadlinkotřímkového venózním rukávcem.