



Ivan Hybášek:

15.19 Povzdech starého lékaře, nerozumícího moderní medicíně?

**(Trocha ironie a snad ani provokace nikoho nezabije,
ale může naštvat, nejen svými nároky na myšlení! Může myšlení i
někdy prospět?)**

(vloženo v červnu 2018)

**Rozumí si lékaři? Např. termín FEES, užívaný v ORL znamená jednu
Functional Endonasal Endoscopic surgery a jindy Flexible Endoscopic
Evaluation of Swallowing?**

Mluvíme v rámci oboru všichni stejným jazykem?

Quo vadis otorinolaryngologia nostra?

Dg. rinosinusitis je produktem rozpadajícího se ORL oboru. Kdysi čelný představitel ORL 2. poloviny 20. století, Wullstein, chválil „trojzvuk“ oboru OTO-RINO-LARYNGOLOGIE, který vznikl na začátku uvedeného století. To je ale minulost.

Rinologové mají vymezený prostor své aktivity od nosních vchodů po choany a tak nemohou vědět, že jsou postiženy virózou více méně všechny části dýchacího ústrojí?

Kdopak obhospodařuje další výchlipku dýchacího ústrojí, slznou žlázu, spojivku a slzné cesty? **Rinologové, oftalmologové?**

V podobné situaci je možná i **otolog**, ale ten ví, že zánětlivé nemoci ucha generují z oblasti cest dýchacích, tak zná i hodně z rinologie. I když i on už neumí provzdušňovat středouší a myslí si, že ten výkon, jdoucí přes výsostnou oblast rinologů je jejich doménou – ale k čemu by zase rinologům byla katetrizace sluchové trubice, když nejsou kompetentní v oblasti ucha?

Faryngolog, ten se kymácí mezi rinology a laryngology a neví, kam se přiklonit. Svým pánem chce být také **laryngolog**. Laryngologovi obor ozobává ovšem **foniatr**. Poruchy hlasu, to je doména foniatra, neb hlas tvoří hlasivky – a samozřejmě nástavné trubice, především farynx, dutina ústní, nosní, paranazální. Tedy kdo má pečovat o hlasivky a nástavné trubice? A léčit huhňavost, chrapot, kdo parézy hlasivek či stenózu hrtanu? Co má dělat **laryngochirurg**, komu patří rakovina hrtanu, navíc když přerůstá do hltanu. A co **fonochirurg**, nepatří i rakovina hrtanu do jeho oboru, vždyť se po něm chce, aby edukoval hlas nemocnému po laryngektomii? A kdo má obhospodařovat měkké tkáně krku? Laryngolog, faryngolog, thyreolog, endokrinochirurg?

Pak máme obor ORL onkologie, ORL neurochirurgie, ORL sleep apnoe, odborníky – otoneurology, surdology, vestibulology, tinitology, audiology, sialology, thyreoparathyreology,..... , onkochirurgy, endokrinochirurgy, kdo k čertu operuje rakovinu hrtanu či štítné žlázy, kdo benigní strumu, kdo metastázy do uzlin hlavy a krku?

Otorinolaryngolog dávných časů měl vidění věci širší. Vnímal, že např. akutní viróza cest dýchacích je nejen rinosinusitida, ale zejména faryngitida, často ve spojení s katarem sluchové trubice, laryngitidou i tracheobronchitidou.

Ty časy, kdy ambulantní ORL lékař uměl udělat punkci čelistní dutiny, provést katetrizaci středouší, paracentézu bubínku, ba dokonce incisi peritonzilárního abscesu, ty jsou dávno pryč. Proč nenechat uzrát sinusitidu k solidnímu FESu, tubární katar na myringostomii či tuboplastiku a otitidu na nějakou ušní trepanaci. Dokonce i rakovinu hrtanu do stadia laryngektomie s pořádným blokem, však funkci nahradí perfektně hlasová protéza! Skutečně ale tvoří hlas a termín je OK?

No a není pak lepší, když se do KHCD nemontují svrchu uvedení odborníci a nechají věc v rukou nemocného a zdravotní sestry, ovšem takové, která si prošla klasickou zdravotní školou?

Jsou operace označované jako FES skutečně vždy funkční a minimálně možné?

**Povzdechnutí škarohlída - staromilce který to neumí a jen na to s
údivem kouká.**

Aneb:

**Technické možnosti FES překonávají možnosti někdejší zevní
„radikální“ chirurgie paranazálních dutin. Svádí to k zneužití?**

**Původně slovo „funkční“ znamenalo v mezích možností zachování
struktury a funkce, v horším případě jejich restauraci. Dnes to
slovo znamená, že byla obnovena ventilace a drenáž nosu po
„nazalizaci“ dutin . „Funkční“ je tedy to nejradikálnější řešení.
Převedeno do otologie: funkční je radikální operace ucha? Snad
proto se v otologii dodalo „rekonstrukční“. Možná by měla
rinologie přidat naopak „destrukční“?!**

Stále ze stejného sudu?

K OTÁZCE RADIKALITY VÝKONŮ FES U NOSNÍ POLYPÓZY
V době, kdy se rozvíjela endonazální endoskopická chirurgie rinosinusitid, (1970-1980) byly výkony konzervativní a často v místní anestézii:

- pro nedokonalost zobrazovacích metod a endoskopické techniky
- pro nedostatek zkušeností
- a pro zdůraznění, že jde o operace
 - ▶ přicházející ke slovu až po vyčerpání konzervativní léčby,
 - ▶ co „nejfyziologičtější“ a tedy miniinvazivní.

V SOUČASNOSTI

- zkušenosti z operací nádorů a dalších radikálních výkonů cestou EES
- zdokonalení optik, tkáně koagulujících, evaporizujících, debridujících, oplachovacích aj. technik, včetně pseudorobotiky a
- kamerové, zobrazovací a navigační metody

UMOŽŇUJÍ CHIRURGICKÉ VÝKONY V OBLASTI NOSU A DUTIN, KTERÉ JSOU SROVNATELNÉ NEBO RADIKÁLNĚJŠÍ, NEŽ VÝKONY ZE VNÍ – KLASICKÉ. TEDY OPĚT NEFYZIOLOGICKÉ = EES non F
(viz např. pansinusoperace, nazalice a pod.)

TERAPIE NOSNÍCH POLYPÓZ?

VÝKONY

ULTRARADIKÁLNÍ :
AŽ
PANSINUSOPERACE

ULTRAKONZERVATIVNÍ

KORTIKOIDY PER OS
MASIVNĚ A DLOUHODOBĚ+ AB

ZLATÝ STŘED?

Asi jen racionální
POLYPEKTOMIE?

+ - **PODLE HRCT NÁLEZU:**
FENESTRACE INFUNDIB. ETHM.
DILATACE OSTIA
VYTVOŘENÍ SEKUND. OSTIA
SNESENÍ BULLA ETMOIDALIS-
- „ - SKLÍPKŮ AGER NASI

+

KORTIKOIDY, DESENZIBILIZACE U ALERGIÍ

POKUD ALERGOLOGOVÉ OČEKÁVAJÍ, ŽE KORTIKOIDY ZVLÁDNOU VŠECHNY POLYPY, BYLO BY VHODNÉ CHIRURGICKY ZVLÁDNOT DOSTUPNÉ POLYPY V NOSE, UVOLNIT OSTIA – BEZ JEJICH CHIRURGICKÉHO ROZŠIŘOVÁNÍ – A POLYPY V DUTINÁCH DOLÉČIT KORTIKOIDY ?

TAKÉ PROBLÉM?
DĚTSKÉ RINOSINUSITIDY



akutní **recidivující** **remitující** **chronické** **latentní**
virové + bakteriální (de novo) (z původního) s trvalými projevy bez příznaků

MONOSINUSITIDY VERSUS PANSINUSINUTIDY

**AV + chronická nebo latentní rinosinusitis,
terapeutický postup?**

Jak zjistit, že byl zánět dutin AT vyřešen? (Je zde analogie s mukotympanem?)

Může být „zanedbaná“ rinosinusitis u dětí základem pro pozdější chronickou RS dospělých? Přispívá ke vzniku rinosinusitis allergica?

CHLAD A TEPLA – PODPŮRNÉ ZDROJE VZNIKU A LÉČBY RS.

- **Proč se označuje „rinosinusitis“ jako common cold, nachlazení, nastuzení?**
Farmakolog prof. Chodounský podle Alaricha vystavil své mokré dolní končetiny v okně svého ústavu proudy studeného vzduchu, aby dokázal nesmyslnost termínu nachlazení (a policejní hlídka se dožadovala, aby tu mrtvolu zřízenci odstranili z okna).
- **Existuje chladová rýma? Rhinitis vasomotorica?**
- **Proč chladové podněty na končetiny (dokonce jen plosky nohou, jindy jsou „choulostiví na lýtka“) dovedou vyvolat vazomotorickou odezvu nosní sliznice s kýcháním a serózní sekrecí?**
- **Proč horký pokrm či horká koupel končetin také zvyšuje, ale bez kýchání, serózní sekreci z nosu? Proč přechod z tepla do zimy vyvolává zvýšenou serózní sekreci – “kapku vody“ pod špičkou nosu, zejména u starých lidí?**
- **Proč se doporučuje při KHCD „srkat“ horký čaj?**
- **Proč se doporučuje napařování horkými parami („nad hrncem“) při akutním KHCD?**
- **Co jsou to Urbanovy koupele? Proč se používal sollux v léčbě zánětu dutin?**
- **Otužování:** Jde o posilování přirozených adaptačních mechanismů na chlad.
- **Co je to knajpování? K čemu je dobrá sauna z pohledu prevence KHCD?**
Skutečně vylepšuje ukazatele bílého krevního obrazu, imunitu aj?

Škodí nebo prospívá zdravotně dětem předškolního věku pobyt v dětském kolektivu?

Od kdy je vhodný styk s jinými dětmi?

Vývoj dětí se v historii lidstva odbyval v rodinách s velkým počtem dětí různého věku, spojeném s těsným soužitím se sousedními, také početnými rodinami.

Podle EP3OS je frekvence akutních rinosinusitid u dětí až 10 za rok. Je frekvence u dětí jedináček nižší a je to pro dítě z hlediska utváření imunity prospěšnější?

Německé studie z doby po sloučení východního a západního Německa (po r. 1990) dokazují, že u východoněmecké populace, vyrůstající v dětských kolektivech, ve srovnání se západoněmeckou, vyrůstající převážně v kruhu rodiny, je menší výskyt alergií a že je lepší imunologická vybavenost jedinců. Je „hygienická teorie“ bludem, nebo pravdou? Jiné práce dokazují, že dětí, navštěvující školky, mají prokazatelně lepší školní prospěch, než děti, které do školky nechodily.

Nebylo rušení jeslí a školek po restauraci kapitalismu u nás
omylem?

A co je hlavní příčinou odsunu „mít děti“ do biologicky méně
vhodného věku ženy - po třicítce? I příčinou vymírání českého
národa?

VÝZNAM MIKROBIOTY

Mikrobiota sehrává svoji funkci jak ve fázi zdraví, tak i infekční nemoci a je neoddělitelnou součástí života.

Nejdůležitějším obdobím pro kvalifikovaný rozvoj mikrobioty je období porodu (i proto je porod císařským řezem hendikepem pro imunitu novorozence) a po narození, kdy dochází k osídlování sliznic a kůže mikroorganismy. Ale i v následných letech po narození, byť se snižující se intenzitou, se věku odpovídající kvalita mikrobioty a na ní navazující odpovědi organismu stávají **rozhodující pro udržení přiměřené kvality a kvantity přirozené a indukované imunity: je to prostředí (expozice jedince), které bude v budoucnu pro zdraví jedince určující.**

Z toho vychází i tzv. hygienická hypotéza:

vyšší výskyt infekci a jejich průběh ve správném věku má protektivní účinek při vzniku alergií, zejména astmatu a alergické rýmy. Vychází se z předpokladu, že mikrobiální zátěž v časném období může vést k odklonu Th2 zprostředkované alergické reakce k Th1 odpovědi. Hypotéza není zcela potvrzena a svoji roli sehrávají i civilizační faktory, jako jsou např. chlor v bazénech, exhalace, přemíra antigenní expozice aj.

Adenoidní vegetace splňuje zcela symptomatologicky kriteria dg. rinosinusitis chronica podle EPOS 3. Ale EPOS 3 o AV nic neříká!

Co má být léčeno? Rinosinusitis, nebo AV? Nebo obojí?

**Patří do standardu léčby AV diagnostika chronické rinosinusitis,
když víme, že je minimálně v latentní podobě přítomna u 50 % dětí s
AV?**

**Máme zjišťovat, že AT zhojila i latentní rinosinusitis, když víme, že
AT ji zhojí jen asi v 50 %?**

(Víme o latentních sinusitidách u dětí tolik, co víme o mukotympanu?)

Viz údaje

**o incidenci mukotympana ve věkových kategoriích, incidenci podle
ročních období, frekvence incidence - intermitentnost !)**

Může být latentní rinosinusitis dětí startovacím základem pro chronickou rinosinusitis dospělých? Příspěvatelům vzniku a rozvoje alergické rýmy?

Sledoval někdo kolik dospělých nemocných s chronickou rinosinusitis mělo či nemělo v dětství AT? V kolika letech byla provedena a kolik měsíců či roků trvaly příznaky chronické rinosinusitis (AV), než byla AT provedena? Byly sledovány děti a úspěšnost léčby AT = ozdravení HCD včetně dutin?

Je endoskopická AT účinnější, než klasická „na slepo“? Je pooperační krvácení u metody „na slepo“ častější? Jaká je frekvence reAT u obou metod?

Je rozdíl i v dlouhodobém sledování co do efektivity zhojení „rinosinusitis chron.“?

ODSÁVÁNÍ Z NOSU PŘI RINOSINUSITIDĚ U KOJENCŮ A BATOLAT.

(Metoda je propagována zejména pediately.)

Kdy, jak, čím.

Zkušenosti.

Kdy učit smrkat? Kdy má přednost odsávání před smrkáním.

Jaké přístroje jsou k dispozici?

Jsou rizika? Je podtlak sání nějak limitován?

Je efekt, pokud jde o středouší, analogický, jako při posmrkávání?

Nevíme nic?

Je efektivní polohování kojenců a batolat s cílem zlepšit odtok sekretu z nosu proti směru kmitání řasinek?

Víme něco?

Je posmrknutí nezdravé, nebo jen neestetické a naopak, je smrkání zdravé a estetické? (Otázky fyziologického odsunu sekretu, vyvolání podtlaku : přetlaku v dutině nosní a nosohltanu, event. středouší.)

Jak léčit akutní, recidivující, remitující, chronickou a latentní rinosinusitis u školních dětí a mladistvých?

Bude rozdíl mezi léčbou 8letých a 15letých?

Kdy AB a kolikrát je opakovat při neúspěchu předchozí léčby.

Kdy kultivace a odkud odběr? Kdy rtg/CT? Kdy punkce čelistní dutiny (pokud ji lékař ovládá)?

Kdy lze považovat rinosinusitis nepochybně za vyléčenou – kriteria?

Zkušenosti s balónkovou dilatací vývodů v dětském věku , jsou dlouhodobě pozitivní či nejisté, či žádné? (2019 poznatky spíše negativní.)

Je potřebná konzultace s imunologem v léčbě odolávající nebo recidivující a remitující rinosinusitidy?

Spolupráce rinologa s alergologem u alergických, či alergii napodobujících rinosinusitid?

NA OKRAJ ČESKÉ MEDICINY

Jako pamětník mám co srovnávat. Jako stařík se však mohu projevit staromilstvím (vzpomínkový optimismus?).

Nevím zda bdím nebo sním – zda je to pocit či realita:

Rozevírají se nadmíru nůžky kvality zdravotní péče mezi klinickými pracovišti fakultních nemocnic a nemocnic dalších typů?

A dále rozdíl mezi péčí těchto nemocnic a péčí ambulantních praxí nelze už nůžkami vůbec poměřovat?

Kdo vlastně kontroluje a hodnotí kvalitu poskytované péče, znalosti a dovednosti lékařů, úřad nebo ti obor nejznalejší, nikdo?

Rostou počty lékařů, ale nemocnice nestihají! Proč se lékaři, spíše ti, co méně znají a umí, ženou do soukromých praxí? Jen proto, že je to hmotně zajímavější a odborně i odpovědností nenáročné?

Jak to může dopadnout? Nesýčkuj, je nás stále 10 milionů, i s migranty!

Tak se autorovi prezentace podařilo skoro všechny a asi nejen ORL lékaře pořádně naštvat, jen hrstka se nenechala vyvést z míry, s klidnou myslí dočetla a řekla: blbost se zrnkem pravdy. Ti chytřejší pak dokonce zjistili, že ty primitivní otazníky autora by se měly prověřit, zda nejde o fake news s potřebou uvalit cenzuru. No ještě pracovitější pošetilce pak napadne pověřit mladší kolegy jejich zkoumáním, to pro jistotu, aby se sami třeba nedehonestovali. A když ne, tak se připíše na čelo publikace.

(Únor 2019, pokročili jsme?)