

16 POMŮCKA PRO POSLUCHAČE LÉKAŘSTVÍ V HRADCI KRÁLOVÉ: KDE HLEDAT ODPOVĚDI NA ZKUŠEBNÍ OTÁZKY Z ORL?

(Podle seznamu platného v zimním semestru 2019/2020)

• NOS A VEDLEJŠÍ NOSNÍ DUTINY:

(černě číslo otázky, modře kapitola 13 nebo prezentace 15,
červeně základní text v učebnici, zeleně doplňkové kapitoly.)

Ad otázka 1): 3.4 Doporučuji prolistovat anatomii a fyziologii 1.2 a symptomatologii 2.1.2 (bolest při nemocech nosu a vedlejších nosních dutin), 2.6, 2.15-2.17, rinofonie a rinolalie 2.10

Ad 2) až 5): **systematika kap. 13, tab.27, 4.4**

Ad 6), 7), 8): 4.7.1 a 4.7.2

Ad 9): **systematika kap. 13, tabulka 30, 4.4.4**

Ad 10): **systematika kap. 13, tabulka 25, 2.15 (vyšetření 3.4.4)**

Ad 11 a 12): 4.4.5 (podrobnosti 15.2)

Ad 13): 4.2.2 (deformity, deviatio septi nasi), 2.16.1 (epistaxe z locus Kiesselbachi), 4.4.2.3 rhinitis chronica atrophica anterior a ulcus septi nasi rotundum, perforatio septi nasi, 4.4.4 krvácivý polyp nosní přepážky (hemangiom), posttraumatický hematom nosní přepážky 12.1.1.1, následná perichondritis septi nasi přechází v absces nosní přepážky a sekvestrací chrupavky, po zhojení vznikají deformity nosního hřbetu v oblasti chrupavky. Na septu začíná často středočárový maligní granulom – Wegenerova nemoc 4.5.3

14): 4.15.1.4

15): **prezentace kap. 15.6, 2.16.1 a ošetření epistaxe 3.4.7.3**

16): **systematika kap. 13, tabulka 23.1, 2.17, 2.14**

17): 12.1.1.2

18): 12.1.1.5, 12.2.3.3

19): **15.8 prezentace**

20): kapitola 10

21): Plastická chirurgie je určena k nápravě anatomických a funkčních defektů: podle toho rozlišujeme anatomicky rekonstrukční a funkčně rekonstrukční, často jde o souběh. Estetická chirurgie, jako odnož plastické chirurgie, vylepšuje optický vzhled jinak rase a věku adekvátní funkční a anatomické struktury (např. zvětšování brady, prsou, zmenšování nosu, vytahování vrásek obličeje, odstrňování epikantů aj.) 4.2.2 podkapitola: Léčba deformit nosu, ucho 9.1.1, 9.1.2, 9.8.3. Funkčně rekonstrukční např. též 6.4. řešení chrápání (ronchopatií), funkčně a anatomicky rekonstrukční chirurgie hrtanu a trachey pro dýchání (lateropozice hlasivek), tvorbu hlasu (fonochirurgie), mediopozice hlasivek, fonační píštěl a protézy.

22): 6.4. (event. 3.13.7, 6.6.2, prezentace 15.9)

23): Úrazy obličejového skeletu: kapitola 12.1.1 (sem patří i výše uvedená otázka 17)

24): Poruchy čichu a chuti: kapitola 2.6 a 2.7, vyšetření těchto poruch pak 3.2.3 a 3.4.3

• UCHO

1 a 3 a 6): 3.7.2

2): 9.1

4): 9.5.5 (a prezentace 15.3)

5): 9.5.5.1

6): viz 1 a 3

7): **systematika kap. 13, tab. 1 a 7, 2.4, náhlé 9.5.5 (léčba 9.5.8) - převážně jednostranné: M. Ménière, neurolemom = schwannom n. VIII., herpes zoster oticus, otogenní labyrintitidy (s výjimkou meningogenních, které jsou většinou oboustranné), zlomeniny spodiny lebni (častěji jednostranné)**

Převážně oboustranné: akustické trauma, relativně náhle ototoxické látky (např. léky

8): 9.5.2 akutní a chronické přetížení hlukem

9): 9.5.2.1 (z třesku) , 9.5.5.2 (explozní trauma) a 12.3.2.1-2 (barotrauma)

10): 2.4

11): 9.2.3

12): 9.3, systematika zánětů středního ucha kap. 13, tabulka 10.

- 13): 9.3.2 otitis media secretoria (znovu u otázky 19), 9.3.5 otitis media latex, 9.3.7.1 otitis media chron. supp. mesotympanalis – viz otázka 16, 9.3.6 (mastoiditis viz otázka 15), 9.3.8.2 processus adhaesivus a tympanosclerosis, 9.4.2 labyrinthitidy
- 14): 9.7 nitrolební otogenní komplikace
- 15): 9.3.6 a 9.10.6.1
- 16): 9.3.7
- 17): také 9.3.8.2 a 9.4 (zejména 9.4.1) jako u otázky 13 a 9.7 jako u otázky 14, 9.10.14
- 18): systematika kap. 13, tab. 11.1, 9.3.2, TVT je tympanická ventilační trubička, (čili myringostomická čili bubínková grometa)
- 19): viz otázka 16 a 9.8, též otázka 23, 24
- 20): 9.3.1, 9.3.2
- 21): 9.3.7.2 a 9.10.6.2
- 22): 9.5.3
- 23): 9.8.3, též prezentace kapitola 15.10
- 24): 9.8.1 jako u otázky 19, navíc 9.8.1
- 25): 9.6, 9.10.6
- 26): jako 25 a 9.10.7. 9.10.8 kasuistiky a obr.
- 27): 2.14 a 2.17 likvoreia, nepáchnoucí a páchnoucí sekrece, serózní versus likvoreia, sekrece při celistvém a perforovaném bubínku tj. ze středouší a ze zvukovodu
- 28): 12.3 a 12.4.3
- 29): Perforace jsou zánětlivého původu (jde o druh tzv. residua post otitidem mediam, též po druhotných zánětech po rupturách bubínku), ruptury bubínku = roztržení bubínku= traumat. původu, tlakovou vlnou (barotrauma), mechanicky – např. při čištění ucha, zlomeninách spánkové kosti. Liší se tvarem: oválné : trojúhelníkovité podle štěpení vazivových vrstev bubínku.
- 30 a 31): 9.9 a 9.10.5 (implantovatelná sluchadla)
- 32): systematika kap. 13, tabulka 18.1, 2.3, 3.12 (vyšetření), komplexně prezentace 15.1

● Krk, hltan, hrtan

- 1): 6.2.3.3 studovat nejlépe až po otázce 3!!! Hyperplazie a hypertrofie zhoršující nosní průchodnost, noční chrápání až obstrukční typ sleep apnoe sy, recidivující záněty středního

ucha, sekreторické otitidy, chronická nebo latentní rinosinusitida, před operací rozštěpů patra, u malignomu nosohltanu

Komplikace: časně i pozdní především krvácení, vzácně exacerbace latentní nebo recidivující otitidy, přechodně rinofonia aperta 2.10, přechodná obrna měkkého patra se zatékáním tekutin při pití (spíš komplikace tonzilektomie), peroperačně může mimo obecné komplikace anestezie a intubace (dětské řezáky bývají vratké) dojít výjimečně k traumatizaci krční páteře a faryngeálního ústí sluchové trubice, měkkého patra.

Proto výkon zásadně nutno provádět za kontroly zrakem pomocí endoskopu v celkové intubační anestezii: komplikace a recidivy adenoidní vegetace se razantně snížily!!!

2): systematika kapitola 13 tabulka 34 a 35, 6.2.1 (nejdůležitější je lakunární angína)

3): systematika zánětů hltanu kap. 13, tab. 33, 6.2.3 (1 a 3)

4): 6.2.2 (1-9)

5): je díl předchozí 6.2.2.2 je to indikace k tonzilektomii buď „za horka, za tepla, za studena“. U dospělých recidivující angíny, zejména při komplikacích – mimo výše, zejména pak po revmatické horečce, při obtěžující chronické tonzilitidě (foetor, pocit cizího tělesa, bacilonosičství streptobeta: též např. s ohledem na vlastní děti či vnoučata), absolutní: angina septica a zhoubný nádor.

6): systematika kap. 13. 36 Tonzilektomie: 6.2.3.1 úplné odstranění patrových mandlí, tonzilomie, seříznutí části hypertrofických mandlí: tento výkon je velice starý, prodělal řadu modifikací pokud jde o nástroj a způsob provedení, názory zůstávají protichůdné: neexistuje způsob, jak mandli zmenšit a přitom navíc zlepšit drenáž přeřatých krypt, lakún. Naopak čistící schopnost krypt se zhoršuje a vznikají čepy jako projev retence a chronického zánětu. Tonzilomie má svoji indikaci danou tím, že dítě trpí problémy z hypertrofie (polykací a dýchací, ale netrpí angínami apod). Je tedy odstraňována cenná funkční tkáň z hlediska imunologického, která po 12. roce postupnou involucí funkci ztrácí. U hltanové mandle se funkce ztrácí a tkáň involuje již kolem 7. roku.

7): 8.2

8): je spojitost s otázkou 21 (dušení), **systematika kap. 13 tabulka 39, 8.2.2**

9): 6.2.2.3-7 (7= sepsis post anginam), též 11.1, mimo komplikace jsou v měkkých tkáních krku primární záněty – uzlin - specifická tbc, v měkkých tkáních i mimomuzliny aktinomykóza, zcela mimomuzlinové: abscedovat mohou na krku cysty, slinné žlázy, štítná žláza (v kapitolách 11.2-4)

10): 8.2.3

11, 12, 13): 6.3.2

14): **systematika kap. 13, tab. 44, 8.3.2**

15): 11.4.6

16): 11.3.2.2

17): 11.1.2.1-3 , 8.3.2, metastázy při neznámém primárním nádoru 6.3.2.1, **systematika kap. 13, tabulka 45-47 (47= indikace ke krčním disekcím na základě členění krku na kompartmenty), vyhledání sentinelní (sentinelové) uzliny: tj. histologicky pozitivní N ve spádu primárního nádoru, v oblasti nádorů hlavy a krku relativně přesné, upřesňuje indikace disekcí a jejich rozsah v rámci anatomických kompartmentů (ty se liší od anatomického dělení skupin krčních lymfatických uzlin!)**

18): 7 a traumatol.:cizí tělesa, poleptání a jiná 12.2.2

19): 7.2.2.1 a 7.7.7 – projevy jícnové a pak forma tzv. extraezofageálního refluxu: žaludeční sekrece s enzymy a kyselinou solnou mohou být aspirovány do hrtanu (obraz akutní katarální až korozivní laryngitis, nebo laryngitis oedematosa, event. u dětí subglottica: tu imituje též zpravidla nočním záchvatem kašle. Dále tracheobronch. stromu, v hltanu chronická pharyngitis chron., stomatitis, poškození chrupu, ovlivnění sluchové trubice a podpora vzniku zánětů středního ucha...

20): **systematika kapitola 13 tabulka 37** , dysfagie mechanické a odynofagie, akutní a chronické příčiny 2.12, dysphagia lusoria 7.1

21): **kapitola 13 systematika: tabulka 38, 39, dušení 2.11, 3.5.6.2,**

22): Náhlé stavy v ORL: krvácení 2.16, dušení viz výše, náhlá porucha sluchu a rovnováhy, poleptání a opaření polykacích cest, závažnější a rozsáhlejší frontobazální, laterobazální a maxilofaciální traumatologie, hluboké krční infekce, sepse z ORL orgánů, nitrolební komplikace

23): 12.2 (poranění hrtanu) , 8.4 (poruchy hrtanové inervace)

24): 12.2.3.2

25): **systematika kapitola 13 tabulka 41 a 42, 10.1**

26): **systematika kapitola 13 tab. 45** 11.1 (lymfonodální), 11.2 (mimouzlinové: cysty, malformace. nádory), 11.3 - zduření slinných žláz – sialoadenitidy, sialoadenózy, cysty a mukokély slinných žláz, nádory, 11.4 štítné žlázy – strumy a nádory

27): 11.3.2.6 (věcně patří za otázku 28.

28): **Kapitola 11.3.1 až 11.3.2.5, věcně předchází otázku 27**

Úvaha o vzdělávání v lékařství

Vysokoškolský učitel má poslání badatelské a pedagogické, v klinické medicíně navíc ve vztahu ke svým nemocným preventivní, diagnostické a léčebné. Badatelské má nejen přinést pokrok jeho oboru, ale také pokrok v pedagogice. To ovšem neznamená, že vše, co právě nabádá nebo si přečte nového v oboru, má vyžadovat od studentů. Jako pedagog má za povinnost vytřídit pro své žáky podle jejich kategorie (bakalářské, magisterské a doktorské studium) potřebný rozsah znalostí a dovedností s ohledem na cíl studia. Současně je jeho povinností vytvořit optimální podmínky pro své žáky: např. rozvrhem přednášek, cvičení a praktik tak, aby studenti neměli časové ztráty, aby studium probíhalo v době, která je optimální pro získávání vědomostí. Pokud je pedagog v časové tísní, má učitelství přednost před vědeckou prací (a naprostou před druhým zaměstnáním). Je-li v tísní ovšem lékař-pedagog-badatel, pak na prvním místě je ohrožený nemocný! Povinností učitelů je také zajistit pro studenty dostupnou a po stránce didaktické kvalifikovanou učebnici a ostatní učební pomůcky. Nejdůležitější je systematika (členění, analýza obsahu) přednášeného oboru a jeho zapojení (integrace, souvislost) do systému vyššího řádu. Přitom musí učitel pamatovat na to, že jsou různé studijní typy: přednášky podávají výklad audiovizuálně, učebnice obvykle vizuálně, ale student má sám možnost se učit nahlas: tento způsob nepatří jen do nižšího školství, významně obohacuje studenta o vyjadřovací schopnosti, plynulost řeči a správnou posloupnost výkladu.

Při studiu klinické medicíny je těžiště výuky v oblasti praktických cvičení a seminářů, přednášky nedostávají čas pro systematické podání oboru a proto se mají orientovat na:

- Oblasti, ve kterých se projevují dlouhodobě principiální neznalosti studentů (nejčastěji v oblasti struktury) nebo nepochopení souvislostí (nejčastěji v oblasti fyziologie).

(V medicíně vše souvisí se vším, vše je matematikou s X neznámými, vše je logické, pokud se nám to tak nezdá, není chyba v probíhající nemoci, ale v našich neznalostech či zatímním nepoznání.)

- Urgentní medicínu, zejména život zachraňující, kde potřeba aktuálních znalostí je neodkladná a není jich nikdy dost.

- Novinky v oboru, které mají jednak propagační povahu, jednak ukazují posluchačům vize budoucnosti, na oblasti, které jsou v současnosti hnacím motorem oboru a které ukazují exaktnost i umění medicíny (což nemusí být základem pro zkušební otázky).

- Diskusi s posluchači a nemusí být vždy výlučně na téma z oboru. Medicína má, na rozdíl od řady vysokoškolsko-podnikatelských oborů, významný rozměr mravní, psychologický a sociální, měla by být a zůstat nositelem občanské rovnosti, sociální spravedlnost a humanity a tak cílit k demokracii.

Pokud obor dává seznam zkušebních otázek, měly by mít logickou posloupnost, v podstatě by měly vyjadřovat systematiku oboru. To nevyklučuje syntetické, přehledové otázky, v nichž musí zkoušený provést kombinaci z širších souznějících informací, nebo otázek diferenciatně diagnostických.

Přesto, že jsou v anketách lékaři a zdravotní sestry z hlediska společenské prestiže a potřeby českými občany stavěny na zcela první místa, o jejich sociálním postavení a hmotném zajištění rozhodují většinou ti, které veřejnost staví na místa nejposlednější. To

má za následek mj., že na obtížná studia medicíny s ekonomicky málo perspektivním výstupem se nehlásí jen ti nejschopnější studenti, jak tomu bylo dříve. Nemocniční medicína je výsostně kolektivní práce, v níž jedině kooperace všech složek, nezatížených nesmyslnou byrokracií, bez pocitů kastovního rozdělení či personální nadřazenosti, může poskytnout zdravotní péči na úrovni současného vědění. Také ideology výlučného individualismu budované příkopy mezi zdravotníky a nemocnými a podpora klientelistického vztahu, představují podkopávání nezbytné vzájemné důvěry. V české medicíně posledních let platí (snad s malou nadsázkou), že kdo ji umí, ten ji dělá, kdo ji umí více, ten ji navíc učí a kdo nezná nic, ten ji řídí. Ale jak se zdá, netýká se to jen lékařství.

Lékařství je oborem s nezbytným trvalým celoživotním vzděláváním. Ubírá se jiným směrem u lékařů, tvořících páteř klinických oborů v nemocnicích a jiným v ordinacích. Tak, jak je nesmyslné požadovat po medicích při zkouškách znalosti z oblastí (mimo neodkladnou medicínu), se kterou se setká v praxi možná jeden z tisíce, tak je nesmyslné dělat kurzy pro ambulantní lékaře z oblastí, se kterou se v životě prakticky nesetkají nikdy. Velkým nešvarem jsou „vzdělávání“ pořádaná farmaceutickými firmami a výrobci zdravotnické techniky. V nich je jeden ze začátků nekontrolovatelných penězovodů ze zdravotních pojišťoven a stesků zdravotníků na své platy a nemocných na úroveň péče o ně. Zde je jeden ze zdrojů pro vynucované přímé platby pojištěnců za péči lege artis, která je falešně označována za nadstandardní. Zde je i možný začátek cesty nemocného k chudobě i bezdomovectví a zdravotníků jednou k rutinérství a jindy k pocitu bezmoci v péči o své nemocné a nezřídka i k exulantství do kulturnějších, byť někdy i méně civilizovaných zemí.

X. 2013

Ivan Hybášek

Vydání ORL: X. 2014, V.2015 a I.2016: Nic podstatného se ve zdravotnictví nezlepšilo, útoky lékařů do zahraničí se spíše stupňují, racionalizace a intelektualizace postgraduálního vzdělávání lékařů není stále dokončena, byrokratizace zdravotnictví dále tuhne. Také v době vydání verze I.2017 nepocítují nemocniční lékaři pokrok a proto právě jejich exodus pokračuje. Ale i oni sami by se měli aktivněji podílet na kontrole toků financí z pojišťoven v oblasti „věcných nákladů“, nepochybně by to bylo ve prospěch „nákladů personálních“. 2018: mladý ministr zdravotnictví nelékař – naděje?