



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Název projektu: Inovace studijního programu Všeobecné lékařství se zaměřením na primární péči a praktické lékařství

Reg. č.: CZ.1.07/2.2.00/07.0350

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Lékařská fakulta

Aktuální otázky praktického lékařství
Výuka primární péče a praktického lékařství
Sborník přednášek a abstrakt

Editor:
Květoslav Šipr

Olomouc 2010

*Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem
a státním rozpočtem České republiky.*

P edmluva

Dokumenty Sv tov zdravotnické organizace opakovan zd raz uj, že bez kvalitn primární p e nelze zajistit vysokou úrove p e o zdraví. Význam primární p e plyne také z po tu léka inn na úseku prvního a trvalého kontaktu ve zdravotnickm terénu. Vzdlvn na léka ských fakultách poskytuje základ, na kterm lze budovat ve specializa n p íprav . Praktick léka ství ovšem nelze u it pouze teoreticky, pro získání dovedností je nezbytn výuka v ordinaci praktického léka e. B hem studia na léka sk fakult medik také zvažuje, kterému oboru se po opušt n vysok školy v nuje. Zjemc o praktick léka ství však bude dostatek teprve tehdy, když student medicíny b hem pregraduální výuky pozná dostatek praktických léka , se kterými se bude moci ztotožnit.

Ú ast všeobecných praktických léka na výuce má význam hned z n kolika d vod . Jen ve spolupráci s terénními praktickými léka i m že léka sk fakulta poskytovat student m solidn vzdlvn v oboru, ve kterm po ukon en studia bude pracovat nejmn p tina, spíše však tvrtina absolvent . Studenti, kte í se po promoci v nují jinm obor m, budou um t s terénním praktickm léka em spolupracovat a budou v d t, jak velkou pomoc od n ho mohou o ekvat.

Osobn kontakt studenta medicíny se schopnm a zancenm praktickm léka em m že být rozhodujícím impulzem k tomu, aby si schopn a nadan student zvolil všeobecn praktick léka ství za sv životn povolání.

Konference *Aktuln otázky praktického lékařství. Výuka primární pře a praktického lékařství* je vzdlvac akcí, m však být také p íležitostí k navázání t sn ěšch kontakt mezi Léka skou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci a všeobecnými

praktickými lékaři. Snad se stane prospěšnou pro obě strany
a nezůstane ojedinelým pokusem.

Kv. toslav Šipr

Konference s mezinárodní účastí
Aktuální otázky praktického lékaře
Výuka primární péče a praktického lékaře

Olomouc 22. 4. 2010

Po adatel: Lékařská fakulta Univerzity Palackého
ve spolupráci se společností Solen, s. r. o.

Program

Kam směřuje praktický lékař?

S. BÝMA

Vzdělávání pro praktického lékaře

J. ŠTOLFA

Výuka primární péče a praktického lékaře – význam a pohled do historie

K. ŠIPR, K. IVANOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ

Panelová diskuse

Mezioborové aspekty pregraduální výuky zaměřené na primární péči a praktického lékaře

členové panelu

I. FOLTÝN, W. GARDNER, K. IVANOVÁ, I. MAZUCH,
D. MORAVÍKOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ, K. ŠIPR, H. TICHÁ

Lékařská etika a praktický lékař

B. CHMELÍK

Krevní sedimentace není obsoletním vyšetřením

K. ŠIPR, J. JÁGEROVÁ

Pro pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného praktického lékaře

H. ŠIPROVÁ, Z. FRYŠÁK, K. ŠIPR

Profesionální onemocnění pohybového aparátu z pohledu praktického lékaře

M. NAKLÁDALOVÁ, K. ŠIPR

Kam směřuje všeobecné praktické lékařství v ČR?

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

přednosta Ústavu sociálního lékařství UK Hradec Králové

Primární péče zůstává také po roce 2000 jednou z priorit Světové zdravotnické organizace. Svědčí o tom také program WHO „Health 21“. V tomto dokumentu se o primární péči konstatuje: Navazující sekundární a terciární péče by měla primární zdravotní péči jasně podporovat. Do nemocnic by měla být umístěni pouze pacienti, jejichž obtíže vyžadují diagnostické a terapeutické postupy, které není možno uskutečnit ambulantně.

Primární péče je využívána nejvíce podílem pacientů, a přitom jde o péči nesmírně výhodnou také z hlediska ekonomického (tabulka 1). Lze říci, že bez dobře fungující primární péče není žádný systém péče o zdraví dlouhodobě ufinancovatelný.

K tomu, aby primární péče mohla v náležitě míře plnit své poslání, je nezbytné zabezpečit splnění alespoň těchto podmínek:

- udržovat optimální počet všeobecných praktických lékařů;
- odbornou, organizační a finanční zabezpečit specializaci přípravu;
- zabezpečit celoživotní vzdělávání praktických lékařů;
- odstranit umělé bariéry, které brání profesnímu rozvoji oboru;
- zajistit nezbytné materiální podmínky pro další rozvoj oboru.

Příspěvek zasláný do jednání konference se zaměřuje na podrobnější pojednání o cílech, možnostech i potřebách rozvoje primární péče v našich podmínkách.

Tabulka 1: Využívání a efektivita primární péče

Typ péče	Kolik procent obyvatel daný typ péče využívá (a)	Podíl nákladů v procentech (b)	Index relativních nákladů (b/a)	
Primární péče	80	15	0,2	nejvíce efektivní
Sekundární péče	15	45	3,0	
Terciární péče	5	40	8,0	

Vzdělávání pro praktické lékaře stáří

MUDr. Josef Štolfa

pověřený vedením katedry Všeobecného praktického lékařství IPVZ

Vzdělávání pro práci v oboru všeobecného praktického lékaře stáří na lékařských fakultách.

Výuka v oboru všeobecného praktického lékaře stáří, resp. primární péče, probíhá na všech sedmi lékařských fakultách v ČR. Rozsah výuky je dán individuálním prostorem, který poskytuje všeobecné praktické lékaře stáří, resp. primární péči, podle více či méně osvětlení prodekanů pro výuku a jejich poradní sbory pro děkanátech jednotlivých fakult. Struktura výuky je pak již v rukou lékaře, kteří jsou tímto nesnadným úkolem pověřeni. Obecně lze říci, že rozsah výuky praktického lékaře stáří je na lékařských fakultách velmi malý.

Výuka všeobecného praktického lékaře stáří je také na každé lékařské fakultě zařazena do jiných ročníků. V případě druhé lékařské fakulty UK v Praze – Motole jde o blokovou výuku již v prvním a druhém ročníku, pak jen v rámci volitelného poskytnutí v ročníku 4. a 5. Posledním stykem je pak týdenní stáž u praktika – školitele, který má poskytnout studentovi nejpřesnější obraz o práci praktického lékaře. Proto je také velmi důležitá otázka výběru, (resp. možnosti výběru), kvalitních školících praxí. Ale nejen kvalitních, těch je hodně, ale mnohdy chybí ochota ke vpuštění studentů do našich ordinací. Možná je to dáno jen zbytečnou obavou. Lékaři se zkušeností se školením studentů zde jsou jistě přítomni, bude vhodné podílet se o zkušenosti s ostatními přítomnými.

Rovněž k rozsahu a struktuře se zde můžeme vyjádřit poměrně kvalifikovaně, protože zástupci, kteří vyučují všeobecné praktické lékaře stáří na různých fakultách, jsou též zde.

Specializační vzdělávání v oboru všeobecného praktického lékaře stáří

Systém specializačního vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství prošel v posledních 20 letech množstvím více i méně významných změn. A už jde o délku specializační přípravy nebo o způsob financování.

Délka vzdělávání

Specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství trvalo na začátku devadesátých let 3 roky. Vzhledem k tomu, že mnozí z nás ji takto absolvovali, můžeme se vcelku kvalifikovaně vyjádřit k jejímu současnému délce, která je opět 3 roky. Nechceme-li degradovat svoje vlastní specializační vzdělání, můžeme srovnat tuto tříletou specializační přípravu jen s tím, že napadnout. Když pomíneme individuální rozdíly, pak lze říci, že lékař, který se 3 roky připravuje v základním specializačním výcviku, není vůbec vybaven pro samostatnou praxi a není tedy horší ani méně kvalifikovaný všeobecný praktický lékař nežli ten, který prošel touto nebo příletou specializační přípravou. Samozřejmě za předpokladu dalšího kontinuálního vzdělávání a individuálního studia. Z tohoto pohledu za tříletou nebo dokonce příletou specializační přípravou nelze cítit nostalgii. Tříletým curriculum vychází náš současný platný vzdělávací program včetně doporučení EU na minimální délku specializační přípravy v oboru všeobecné praktické lékařství. Minimálním doporučením samozřejmě není nikterak omezena možnost delší přípravy, pokud se tak rozhodnou národní instituce.

Financování

S délkou specializačního vzdělávání úzce souvisí i otázka financování lékaře v přípravě – kandidáta oboru všeobecné praktické lékařství. Z logiky věci vyplývá, že méně finančně náročně je kratší

povinná specializa ní p íprava. Jak známo, náš obor jako jeden z mála nemá klinickou základnu v l žkových zdravotnických za ízeních. Zájemci o obor všeobecné praktické léka ství z ad léka tedy nemohou nastoupit do pracovního pom ru nap . v blízké nemocnici, která by jejich specializa ní p ípravu financovala za logického p edpokladu možného budoucího využití t chto léka ve svých službách. Zjednodušen éno, budoucí všeobecný praktický léka nemá pro l žkové zdravotnické za ízení žádnou cenu a jako k takovému k n mu bylo, a n kdy ješt je, p istupováno. Proto byl v 90. letech vybudován systém, kdy léka , který cht l vstoupit do praktické medicíny, mohl být zam stnán u IPVZ, nástupce tehdejšího ILF, a p i pr chodu specializa ní p ípravou byl touto institucí také placen. Tímto zp sobem byli placeni rovn ž školitelé, resp. školící pracovišt kandidáta, hrazeny poplatky za kurzy a pom cky.

Vlivem politicko-ekonomické situace v eské republice v roce 2005 bylo tehdejším ministerstvem rozhodnuto o ukon ení financování specializa ní p ípravy v našem oboru výše popsáným zp sobem. Bohužel se tak stalo náhlým rozhodnutím, na které nenavazovalo žádné jiné, které by zp sob financování specializa ního vzd lávání ešilo a zrušený systém nahradilo jiným. Díky této náhlé rán nebylo vzd lávání v našem oboru v letech 2006 a 2007 financováno v bec. Tento stav vyvolával opakovan obtížná jednání zástupc Spole nosti všeobecného léka ství léka ské spole nosti J. E. Purkyn (SVL LS JEP), Sdružení praktických léka (SPL) a Ministerstva zdravotnictví R (MZ R). Výsledkem jednání je Dota ní program Ministerstva zdravotnictví, který pokryl alespo 2/3 náklad spojených s pr chodem léka e specializa ní p ípravou. Krom Dota ního programu bylo v únoru 2008 rovn ž umožn no p íjmout posledních 20 léka do zam stnaneckého pom ru k IPVZ. Výše popsáný stav byl dlouhodob neudržitelný, zvláš vezmeme-li v potaz data mapující demografickou situaci

oboru všeobecné praktické lékařství v naší republice. I proto jsme viděli, že byl uveden v život dlouho zpracovávaný **system financování specializace na úpravu formou rezidenčních míst**. Ten není výsadou vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství, ale realizuje se v různé míře u všech odborností.

Rezidenční místa

Pro první období s nástupem účinnosti od 1. 10. 2009 MZ ČR přidělilo pro specializaci vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství 149 rezidenčních míst. Tento počet byl v průběhu úpravy spuštění tohoto systému upraven na 155. Každé rezidenční místo bylo dotováno celkovou částkou 1 030 000 Kč na jedno rezidenční místo na 3 roky. Uvedená částka činí 28 660 Kč měsíčně. Nejedná se o částku určenou na mzdu lékaře v úpravě. Její rozdělení se řídí platnou metodikou a na mzdu lékaře v úpravě musí jít minimálně 55%, 20% je maximální částka určená na odměnu školitele. Zbytek pak slouží k pokrytí nákupu dalších služeb a materiálu. Pro druhé období, dotýkající se období od 1. 10. 2010, bylo našemu oboru přiděleno 120 míst s dotací 1 010 000 Kč na 1 rezidenční místo na 3 roky, což odpovídá 28 055 Kč měsíčně. Metodika rozdělení částky zůstává stejná. Tolik činí úsel.

Spidlenými rezidenčními místy je ovšem nutno řádně naložit a spravedlivě je rozdělit. Zvolen byl princip rozdělení podle potřeb regionů a návrh na rozdělení byl rovněž delegován na regionální zástupce oboru, sdružených v SVL LS JEP a člen Akreditační komise MZ ČR. Při rozdělování bylo přihlíženo k několika faktorům, které dokazovaly profesionální úroveň žadatele, vybavení ordinace a poskytované služby, předchozí pedagogickou zkušenost, profesionální bezúhonnost, publikační činnost a další. Jakkoli se uvedená čísla přidělených rezidenčních míst zdají být na první pohled optimistická, po přepočtení na jednotlivé regiony už se takto

nejeví. N kterým region m p ípadlo k rozd lení nap íklad pouze 6 – 7 míst. P i mnohonásobn p evyšující poptávce bylo rozd lení velmi obtížné a mnohdy se neobešlo bez emocí. Je jisté, že metodika ud lování je na samém po átku, stejn jako sám systém financování specializa ní p ípravy formou reziden ních míst. Jist projde vývojem a metodika systému bude ješt upravována. Lze proto doporu it, aby každý, kdo se s realizací systému p ímo i nep ímo setká, usiloval o jeho kultivaci ve spolupráci se zainteresovanými institucemi, jakými je Akredita ní komise MZ R, SVL LS JEP, SPL.

Jen o n co málo mén výbušným krokem byla následn vypisovaná výb rová ízení na obsazení reziden ních míst. Akreditované zdravotnické za ízení, které usp lo v žádosti, musí vypsát výb rové ízení. Metodika i kritéria a sama technologie výb rových ízení také zcela nepochybn projde zdokonalením. Po prvním kole rozd lení míst jsme s podivem zjistili, že v rozporu s vysokou poptávkou nebyla všechna místa obsazena. Naopak mnoho zájemc nebylo uspokojeno a na reziden ní místa p íjato. Proto SVL LS JEP iniciovala aktivity vedoucí k obsazení všech míst p íd lených našemu oboru. SVL LS JEP byla rovn ž významným rádcem a pomocníkem p í zpracování administrativy, kterou s sebou tento systém nese.

Reálnou p edstavu, jak skute n vypadá realizace systému vzhledem k dob nástupu prvních rezident (1. 10. 2009), teprve za ínáme mít, proto se této problematice zatím nelze podrobn ji v novat. Je ale jisté, že tato tematika bude p edm tem n kterého z dalších jednání. Stejn tak se budeme v novat všem otázkám, které se v souvislosti s nástupem realizace systému objevují. Všechny orgány, které se realizací reziden ních míst v praxi zabývají, budou vd né za zp tnovazební podn ty tam, kde je tento systém realizován.

Systém financování vzdělávání formou rezidenčních míst není jen výsadou všeobecného praktického lékaře. Realizuje se ve všech oborech s r zným po tem p id lených míst a r zným stupn m finan ní podpory. V obou letech je náš obor v ele obou zmín ných parametr (což není p edstaviteli ostatních odborností vždy p ijímáno s pochopením). V této skute nosti lze vid t, že MZ R si je v domo situace v oboru všeobecné praktické lékařství a je ochotno podnikat kroky k ešení. N kdy napadaná podmínka 5 let práce v oboru v R, na kterou je vázáno p id lení místa, se v kontextu výše uvedeného už nejev í tak omezující. Snahou MZ R jako státní instituce, která má zajistit lékařskou pé i prvního kontaktu v eské republice, musí být zajišt ní dlouhodobé dostupnosti této pé e obyvatelstvu, což systém v rámci sou asného p ístupu k všeobecnému praktickému lékařství reáln íní.

Nevy ešená bohužel z stává otázka konkrétní realizace finální fáze specializa ního vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství, tj. atesta ní zkouška. Vlivem zásah z vyšších míst v pr b hu let 2005-2009 byla katedra všeobecného lékařství a IPVZ jako celek redukováno až do té míry, že se nad dalším bytím i nebytím, ale hlavn nad funk ností této instituce vznáší t žký stín, nejen otazník. Na Kongresu primární pé e v b eznu 2010 v Praze jsme sice slyšeli, že se otázka specializa ního vzdělávání všeobecného lékaře, v etn této finální fáze, bude muset ešit „n jak jinak“ než v jiných oborech, jejich katedry se v podstat jen p esunuly pod k ídla fakult. Nabízí se ovšem otázka, zda díky likvidaci jednoho IPVZ (resp. jeho Katedry všeobecného lékařství), a p ípadným p evodem jeho kompetencí na každou lékařskou fakultu nám vlastn nevzniká 7 malých IPVZ, na sob naprosto nezávislých, metodicky ne ízených, ale poci ujících pot ebu jisté finan ní podpory. Pouhou realizací finální fáze specializa ního vzdělávání, jak vyplývá z litery Zákona 95/2004 Sb. ve zn ní jeho novel

k neustálým změnám v etapách souvisejících se specializací vzděláváním v oboru je však otázkou k diskusi, zda máme u systému rezidenčních míst skončit, anebo pokračovat dále v jeho rozvíjení a hledání alternativ. Pokud pokračovat, pak s nezbytným vytvořením jasných pravidel, metodiky, která bude platná po dobu delší nežli jeden rok, jak je tomu v posledních několika letech.

Výuka primární péče a praktického lékařství – význam a pohled do historie

Prof. MUDr. Květoslav Šípr, CSc., Doc. MUDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Doc. Marie Nakládalová, Ph.D.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Kvalita péče o zdraví je do značné míry dána kvalitou primární péče. Označení primární péče, všeobecné lékařství, praktické lékařství i všeobecné praktické lékařství jsou si navzájem velmi blízké, nejde však o synonyma. Ze zmíněných pojmů je nejvšeobecnějším termínem označení primární péče.

Charakteristika primární péče

Podle strategie Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny (cíl 28) a podle Lublaňské charty z evropského regionu Světové zdravotnické organizace se primární péčí rozumí koordinovaná, komplexní zdravotní sociální péče, která je poskytována zejména zdravotníky, a to jak na úrovni prvního kontaktu občanů se zdravotním systémem, tak na základě dlouhodobého kontinuálního přístupu k jednotlivci. K primární péči patří soubor všech činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřovatelstvím. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho biopsychosociální potřeby.

Primární péče má být pro občany přirozená a nepřetržitě dostupná a prosta všech kulturních, geografických i ekonomických bariér. Pracovníci primární péče musí rozumět potřebám občanů, pružně na ně reagovat a být citliví k lidské důstojnosti. Na úrovni primární péče se rozhoduje také o racionálním využívání specializovaných zdravotnických a lékařských služeb.

Vymezení primární péče a její význam

Spřehlédnutím k definici primární péče podle strategie Světové zdravotnické organizace zahrnujeme v podmínkách České republiky mezi pracovníky primární péče praktické lékaře pro dospělé (pro které se před nedávnem začalo používat označení „všeobecní praktičtí lékaři“), praktické lékaře pro děti a dorost, ambulantní gynekology a stomatology. Součástí primární péče jsou také agentury komplexní domácí péče, lékařská služba první pomoci a lékárenská pohotovostní služba.

Době fungující primární péče má rozhodující význam pro kvalitu péče o zdraví. Umožňuje přesunout těžiště péče o pacienta z nemocnic do ambulancí, vede k posunu zdravotní péče od kurativy k prevenci, prohlubuje zájem o chronicky nemocné i o poskytování paliativní péče. Komplexní pohled na pacienta přináší v těšídraz na úelnost a integrované chápání zdraví zvyšuje kvalitu poskytované péče. Znalost lokálních možností usnadňuje poskytování integrované zdravotní sociální péče.

Je-li poskytovatel péče člen komunity, projevuje v těšícit pro potěby pacienta a stává se jeho rádcem. Pozitivní ovlivnění indukované péče přináší ekonomické zvýhodnění a draz na sebedůvěru zvyšuje pacientovu odpovědnost.

Vymezení oboru praktické a všeobecné lékařství

Návrh Charty praktického/rodinného lékařství v Evropě, který v roce 1996 zveřejnila Evropská regionální úřadovna Světové zdravotnické organizace, charakterizuje praktické lékařství jako všeobecné, dostupné, integrované, kontinuální, týmové, holistické, osobní, orientované na rodinu a na společnost, koordinované, divné a vždy obhajující nemocného.

Když se u nás v roce 1978 konstituoval nový lékařský obor primární péče, byl označen jako „všeobecné lékařství“. Jde o překlád

anglického termínu General Medicine, případně německého Allgemein Medizin, v češtině má ovšem označení „všeobecný“ poněkud odlišný význam než v angličtině slovo „general“. Neznamená jen obecný, všeho se týkající, ale také – jak uvádí například Slovník jazyka českého – „povšechný, opak dle kladný, povrchní, plitký“. Nepochybně i proto se uplatnila snaha vrátit se k tradici německému označení praktický lékař a praktické lékařství.

Na lékařských fakultách existuje studijní směr všeobecné lékařství. Používá-li se těchto slov („všeobecné lékařství“) pro označení studijního směru i profesní specializace, může docházet k nedorozuměním.

Rodinné lékařství

Označení *rodinné lékařství* se ve světě používá v trojímu významu.

a) Jako *synonymum* pro pojmenování oboru označovaného také jako lékařství praktické nebo všeobecné. V tomto smyslu se o rodinném lékařství hovoří především v USA a v Kanadě. Totéž pojmenování se v poslední době prosazuje také v některých evropských státech a někdy je chápáno především jako metoda práce: ošetřování nemocných v kontextu rodiny.

b) V některých zemích (Švýcarsko, Německo) označuje termín rodinný lékař (Hausartz, tedy spíše „domácí lékař“) především *lékaře ambulantního*, který se při léčení nemocných opírá o znalost jejich rodinného a životního prostředí. Ve Švýcarsku se proto termín Hausartz vztahuje nejen na všeobecně orientovaného praktického lékaře, ale třeba také na internistu nebo gynekologa. Naproti tomu v Nizozemí je pojmenování Huisarts vyhrazeno pouze pro všeobecně orientovaného praktického lékaře, sami Holanďané přitom tento termín do angličtiny překládají zpravidla jako Family Physician. Stojí za zmínku, že nizozemský praktický lékař se těší velké vážnosti.

c) V n kterých zemích, nap íklad v Irsku, se používá termínu rodinné léka ství pouze *pro označení oboru pregraduální výuky* na léka ských fakultách, v terénu existují pouze prakti tí léka i (GP). Podobná situace se vyvinula také u nás, když p ed necelými dv ma desetiletími za ala na eských léka ských fakultách vznikat první vysokoškolská centra výuky rodinného léka ství, nap íklad v Brn nebo v Plzni.

eská republika pat í mezi st edoevropské a východoevropské zem , které po ty i desetiletí nedobrovoln následovaly „sov tský“ vzor také ve zdravotnictví. eští prakti tí léka i byli vychováváni jako „internisté I. stupn “. Jedním z d sledk pak byla ztráta zp sobilosti praktických léka pe ovat o zdraví d tí. Ve všech postkomunistických evropských zemích (v etn Ruska) se postupn prosadila možnost rozší it si kompetenci a získat také d tskou klientelu. V n kterých státech (v Polsku, Ma arsku i Estonsku) byl takový vývoj podporován nep ehlédnutelnými ekonomickými stimuly.

Ve v tšín východoevropských zemí existuje dodnes možnost být praktickým léka em pe ujícím pouze o dosp lou populaci, anebo léka em „rodinným“, jehož pravomoc není omezována v kem pacienta. Také v eské republice se p i jedné z reforem specializa ního vzd lávání objevila možnost stát se de facto i de iure rodinným léka em. Podmínky k získání specializa ního osv d ení však byly natolik nep íznivé, že p íležitosti nebylo významn ji využito. eská republika spolu se Slovenskem a Špan lskem jsou v sou asnosti pravd podobn jedinými evropskými zem ími, ve kterých kompetence „všeobecného léka e“ je striktn omezena v kem pacienta. Hovo íme-li p esto o „rodinném léka ství“, máme na mysli spíše metodu práce, než kompetenci.

Postupné zavádění pregraduální výuky praktického lékaře v ČR

Od začátku osmdesátých let přicházeli do ordinací obvodních lékařů studenti, aby se seznamovali alespoň s některými aspekty primární péče, a to v rámci výuky sociálního lékařství a hygieny a epidemiologie. Šlo o významný posun od tradice uskutečňovat výuku studentů pouze u lékaře nemocného, především ve fakultních nemocnicích. Uitelé oboru sociálního lékařství i veřejného zdravotnictví a oboru hygieny a epidemiologie ovšem přece jenurovali studentům úkoly odlišné od praktického lékaře.

Teprve postupné prosazování primární péče jako podstatné součásti systému zdravotní péče vytvořilo podmínky pro zavedení samostatné výuky praktického lékaře. V roce 1988 bylo při II. interní klinice Lékařské fakulty tehdejší Univerzity J. E. Purkyně ustaveno oddělení všeobecného lékařství, jehož vedoucím se stal prof. Miloš Štejfka a jako odborný asistent byl po konkursním řízení přijat terénní lékař.

Samostatná výuka studentů v oboru všeobecné lékařství byla na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity zavedena do studijního curricula od začátku akademického roku 1989/1990 a zahrnovala přednášky a tříhodinovou praxi v ordinaci vybraných praktických lékařů. V roce 1992 se habilitoval první docent pro obor praktické lékařství a v téže době bylo při Ústavu sociálního lékařství ustaveno oddělení praktického lékařství, které pak bylo s platností od 1. 12. 1993 přeměněno na samostatný Ústav rodinného lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

Ústav rodinného lékařství se stal po adatelem pravidelných vdeckých konferencí *Aktuální otázky praktického lékařství*, při kterých se pravidelně setkávali členové Mezifakultní komise pro výuku rodinného/praktického lékařství. Vzájemná výměna

zkušeností p ísp íla k postupnému zavedení výuky oboru na všech léka rských fakultách íeské republiky.

Záv r

Praktické léka ství je významnou sou ástí primární pé e. Jde o integrovaný léka rský obor, ve kterém všeobecn zam ený praktický léka poskytuje osobní, primární a kontinuální pé i o zdraví nemocného i jeho rodiny. Pro práci v oboru všeobecné praktické léka ství p ípravuje studenty n kolik odvtví medicíny, mezi n ž pat í zvlášť praktické léka ství, sociální léka ství, pracovní léka ství a preventivní léka ství. Z klinických disciplin využívá všeobecný praktický léka p í své každodenní ínnosti také dnes nejvíce poznatk z vnit ního léka ství.

Lekárska etika a praktický lekár

prof. MUDr. Bohumil Chmelík, CSc.

*Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity
v Trnave*

Etika ako filozofia mravnosti a hlavný regulátor morálky, udského myslenia a správania sa dostala do popredia všetkých oblastí sú asného života spoločnosti. Biológia a medicína sú vedné odbory úzko späté s najvyššími hodnotami, akými sú život a zdravie loveka a zachovanie života na našej Zemi, a etika je ich integrálnou súčasťou. Etika a bioetika sa stali predmetom pozornosti a záujmu expertov rôznych profesií mnohých významných organizácií (WHO, Rada Európy, OSN, Svetová banka a .), medzi nimi aj organizácií rezortu zdravotníctva, ako trvalý záujem lekárov o etiku, pretože mravnosť vždy patrila k lekárskemu povolaniu ako jeho neoddeliteľná súčasť. Univerzálny charakter medicíny predurčuje, že lekárska starostlivosť je vo svojej podstate etická.

V pluralitnej demokratickej spoločnosti sa etika v medicíne uplatňuje ako etika dialógu medzi odborníkmi rôznych medicínskych a nemedicínskych odborov v rámci celej spoločnosti, teda aj laikov, pretože ich sa ako pacientov etické problémy a ich riešenie priamo dotýkajú.

Medicínska etika ako súčasť filozofie na jednej strane a medicína ako veda, umenie a prax na druhej strane sú spojené nádoby, ktoré sa navzájom podmieňujú a ovplyvňujú. Medicínska etika sa preto nestala novou medicínskou špecializáciou, ale súčasťou každodennej práce lekárov a sestier, ako aj všetkých zdravotníckych pracovníkov.

V teoretickej rovine sa medicínska etika sústreďuje na definovanie zásadných etických otázok. V spoločnosti existuje

v spoločnom chápaní medicíny ve a filozofických a etických prístupov odrážajúcich rôzne vplyvy historické, kultúrne, náboženské, sociálne. Tieto ovplyvnili rôzne východiská etických metód riešenia jednotlivých problémov. Rozlišujú sa dve rozdielne a proti sebe stojace skupiny etikov. Jedna skupina si zvolila **naturalistický prístup** založený na biologickom chápaní loveka a druhá **nenaturalistický** založený na chápaní loveka v celej podstate, tela a duše, ako osoby.

Naturalistická skupina predstavuje skupinu viacerých smerov etiky, *kauzalizmus, komunitarizmus, konsekvencializmus, utilitarizmus, prakticismus a profesionalizmus*, v súčasnej bioetike je dominantný **principializmus**. Zahŕňa a metodické prístupy, v ktorých je dôležitá úloha prisudzovaná princípom a pravidlám (zákonom). Základnými princípmi sú autonómia, prospešnosť, neškodnosť a spravodlivosť.

Nenaturalistické prístupy predstavuje *deontologizmus*, ktorého zakladateľom je I. Kant. *Tomistický ontologizmus* postavený na učení sv. Tomáša Akvinského o lovekovi a etike rozvinutej na základe prirodzeného zákona. Základom *personalizmu* je jedinec a hodnota ľudskej osoby. *Etika čnosti* je založená na aristotelovskom učení o čnosti v starovekom Grécku. Lekárske stavovské čnosti sú láska k nemocnému, zodpovednosť, trpezlivosť, obetavosť, v údanosť, sociálne cítenie, nezištnosť, diskretnosť, poctivosť, ochota a mnohé ďalšie. Samostatnou čnosťou je starostlivosť o loveka. Etika starostlivosti je orientovaná na vytváranie vzťahov medzi zdravotníkmi a pacientom a jeho rodinou.

Uvedený prehľad rôznych etických prístupov je zaiste menej vhodný pre praktického lekára, a preto sú uprednostované monografie uvažujúce prehľad etickej problematiky pod jednotlivých odborností.

Rozmach vedeckých poznatkov a technológií ostatných rokov dávajú vedcom a lekárom nové diagnostické a terapeutické možnosti,

z ktorých niektoré môžu prináša riziká, pretože nie všetko o je technicky možné je eticky správne. Medzi hlavné problémy lekárskej etiky v sú asnosti patria aspekty udského života a plodenia, najmä genetiky a biotechnológií až po pokusy klonovania loveka a vytvárania hybridov.

Záver

V problematike etiky lekár nevnučuje svojim pacientom lie ebne zákroky, ktoré by boli v rozpore s ich svedomím alebo ich etickými požiadavkami. Vyžaduje to nielen znalos etiky a medicínske skúsenosti, ale aj komunika nú zru nos v kontaktoch s pacientom a jeho rodinou pri získaní slobodného a dobrovo ného súhlasu informovaného pacienta s diagnostickými a terapeutickými zákrokmi.

Náro nos vytvárania etického vz ahu medzi lekárom a pacientom vyžaduje študova problematiku etiky ako sú as celoživotného vzdelávania.

Krevní sedimentace není obsoletním vyšetřením

prof. MUDr. Květoslav Šipr, CSc.¹⁾ RNDr. Jana Jágerová²⁾

¹⁾*Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci,* ²⁾*Fakultní nemocnice Brno*

Dostupnost vyšetřovacích postupů v ordinaci praktického lékaře a u lékaře pacienta v nemocnici je značně rozdílná. Díky zjednodušení mnoha biochemických metod se diagnostika posouvá více do terénu. K vyšetřovacím postupům, které jsou pro většinu praktických lékařů dnes nejdostupnější a které mu vydatně pomáhají v diferenciální diagnostické úvaze, stále patří krevní sedimentace (erythrocyte sedimentatio rate). Spolehlivé výsledky ovšem získáme pouze při přesném dodržení stanoveného postupu.

Trochu historie a metodika vyšetření

První návod k vyšetření krevní sedimentace předložil Polák Biernacki v roce 1896. Jde tedy o metodu ověřenou historií: používá se v lékařské praxi již déle než jedno století. U nás se klinickým významem krevní sedimentace ve své práci zveřejněné v roce 1917 zabývali Hynek, Amerling a Prusík. Pro označení krevní sedimentace se často používají písmena FW. Jde o zkratku jmen dvou autorů, kteří významně přispěli ke sjednocení dříve odlišných metodik. R. Fähræus publikoval své sdělení v roce 1918 a A. Westergen v roce 1921.

Postup odvozený od doporučení Fähræuse a Westergena je třeba dodnes považovat za standardní: skleněné trubičky o vnitřním průměru 2,3 mm a délce 300 mm mají stupnici délky 200 mm, která je dělená po 1 mm. Doporučuje se odebírat krev v loketní jamce z vena cubitalis, a to 1,6 ml žilní krve do 0,4 ml 3,8 % roztoku natrium citricum. Dodržení stanoveného poměru mezi objemem žilní krve a objemem roztoku citrátu sodného hraje podstatnou roli pro

spolehlivost metody. Stažení paže p ed venepunkcí nemá trvat déle než 30 vte in.

Vzorek krve se p evrácením d kladn promíchá, nesrážlivá krev pak má být do sedimenta ní trubi ky nasáta v optimálním p ípad do 15 minut po odb ru. Pokud odebíráme krev na vyšet ení krevní sedimentace nap íklad v byt u l žka nemocného, máme na mysli, že pozd ji než za dv hodiny po odb ru by již bylo zbyte né krevní sedimentaci vyšet ovat. Je-li krev uchovávána p i teplot 4 stupn C, p ípouští se nasátí do pipety nejpozd ji do 6 hodin. Takto získané výsledky ovšem hodnotíme opatrn .

Krevní ástice sedimentují rozdílnou rychlostí v ase. Prvních dvacet minut dochází k pomalému poklesu rozhraní mezi plazmou v horní ásti a sedlinou krvinek v dolní ásti, následuje rychlá fáze poklesu trvající rovn ž dvacet minut, po které pak následuje op t dvacetiminutová fáze pomalá. První pohled na sedimenta ní trubi ky m že mít tedy význam nejd íve za t icet minut od nasátí krve. B žn ovšem sledujeme rozhraní mezi ástí tekutou a pevnou po dv hodiny s ode ítáním za 60 a 120 minut, a to p i teplot 28 – 22 °C.

Pro získání rychlejších výsledk byla zavedena metoda rychlého stanovení krevní sedimentace: sedimenta ní trubi ky jsou naklon ny pod úhlem 45 stup a výsledek se ode ítá za 7 a 10 minut. Získané hodnoty jsou pouze orienta n srovnatelné s výsledky získanými standardním postupem za jednu a dv hodiny.

Nov ji se pro vyšet ení krevní sedimentace požívají také uzav ené systémy odb ru krve, vakuové i nevakuové. Protisrážlivý p ípravek bývá obsažen již v odb rové zkumavce a veškerý materiál v etn stojánk dodávají biochemické laborato e. Za ízení má výhodu poloautomatického m ení a automatického p ednosu dat do informa ního systému. Tvrzení distributor o srovnatelnosti se standardní metodou jsou však velmi diskutabilní. To dokazují

i výsledky mezilaboratorního srovnání Systém externí kontroly kvality¹.

Je pravděpodobné, že méně často vyšetřování krevní sedimentace (ve srovnání s dřívějšími léty) do jisté míry souvisí bohužel také s bodovým hodnocením úkonu ze strany pojišťoven. Kód VZP 09133 popisuje krevní sedimentaci hodnotu 10 bodů. V nichž zdravotnických zařízeních se od vyšetřování krevní sedimentace upouští ve prospěch vyšetřování CRP. Je nesporné, že z etické zvýšení proteinů akutní fáze, které vznikají v játrech, je relativně snadnou známkou bakteriálního zánětu. Vyšetření sedimentace by však nemělo být opomíjeno.

Hodnocení krevní sedimentace

Normální hodnoty krevní sedimentace se nejčastěji udávají u mužů do 6/hod, u žen do 10/hod. Westergren považoval za normální sedimentaci 3 za hodinu a u žen 7 za hodinu. Pro praktického lékaře však není nejdůležitější, která hodnota je ještě „normální“ a která je již zvýšena, ale od které hodnoty krevní sedimentace je potřeba pátrat po příčině jejího zvýšení.

Obecně platí, že u mužů je to hodnota, kterou získáme, jestliže v kádru máme dva. U žen nejprve kvůli početnímu poměru 10 a teprve takto získaný součet máme dva. Lze tedy říci, že u čtyřicetiletého muže nesmíme ponechat bez složitějšího vyšetřování krevní sedimentaci vyšší než 20 a u čtyřicetileté ženy jsme povinni pátrat po příčině sedimentace vyšší než 25. U devadesátiletého muže lze považovat za ještě přijatelnou sedimentaci 45 za hodinu a u devadesátileté ženy je hraniční hodnotou sedimentace teprve

¹ http://www.sekk.cz/EQA/2009/CRPP109_Com.pdf

50 za hodinu. Při sebemenší nejistotě je ovšem samozřejmým požadavkem opakované vyšetření hraničních hodnot.

Svdomitý praktický lékař se ovšem neomezí pouze na zjištění rychlosti krevní sedimentace, ale sleduje také vzhled krve v sedimentační pipetě. Slámově žluté zabarvení tekuté části krve bývá při perniciozní anémii, prázdná je plazma při anémii feriprivní a zelenožlutá při ikteru. Zkalení tekuté části krve bývá při hyperlipidemii, neostrá hranice při paraproteinemiích, ale také při zvýšení retikulocytů a za přítomnosti antierytrocytárních autoprotilátek. U leukemie lze někdy nad erythrocyty pozorovat vrstvu leukocytů.

Jestliže krvinky klesají nerovnoměrně, považujeme za hraniční místo, kde začíná sytý a hustý sloupec krve. Dojde-li k hemolýze a hranice mezi tekutou a pevnou součástí krve je neostrá, výsledek sedimentace nelze v rozhodnutí hodnotit.

Po dvou hodinách je krevní sedimentace zpravidla dvojnásobná ve srovnání s hodnotou za první hodinu. Zetelné zvýšení sedimentace za dvě hodiny ve srovnání se sedimentací za jednu hodinu svdčí spíše pro chronický proces (zánet).

Příčiny zvýšené krevní sedimentace

Kromě gravitace se při oddělování tekutých částí krve a krevních tělísek uplatňuje především složení plazmatických bílkovin. Krevní sedimentaci můžeme chápat jako nespecifický proteinový test. Především v ústavních zařízeních je proto význam vyšetření krevní sedimentace zatlačován do pozadí možností rychlého získání výsledku elektroforezy plazmatických bílkovin. Kromě složení plazmatických bílkovin se ovšem na výsledku krevní sedimentace podílejí také další faktory, například viskozita plazmy.

Ke zvýšení hodnot krevní sedimentace dochází při relativním zvýšení fibrinogenu a snížení globulinu i albuminu. Ze změny spektra

krevních bílkovin sedimentaci výrazně ovlivňuje a zvyšuje zejména snížený albuminoglobulinový index. Sedimentace je vyšší také při vyšší hladině glykoproteinů (proto dochází ke zvýšení sedimentace u revmatických procesů), vyšší hladině kyseliny sialové i lipidů (jedna z příčin vyšší sedimentace u nefróz). Sedimentace je vyšší také při makrocytóze, acidóze i zvýšené hladině dusíkatých látek v krevní plazmě. Sedimentaci výrazně zvýší horečka v okamžiku odběru krve, ke zjištění vyšších hodnot vede i vyšší teplota v místnosti, případně umístění sedimentační soupravy u topení. Sedimentaci zvyšuje také těžká tělesná práce a hypoglykémie, tedy také hladovění. Ve snaze o získání srovnatelných hodnot při opakovaném vyšetření vyšetřuje se sedimentace pokud možno vždy na lano. Rozhodneme-li se v případě potřeby odebrat krev na sedimentaci u pacienta, který je po jídle, budou hodnoty o něco nižší, než by byly po lano. K umělému zvýšení krevní sedimentace dochází u nemocných léčených heparinem a dextranem.

Některé stavy sedimentaci snižují. Patří k nim alkalóza, žízeň, příjem stravy, zvláště „suché“. Nižší hodnoty sedimentace také zjistíme u nemocných s hyperbilirubinemií, proto nemá příliš význam vyšetřovat sedimentaci u nemocných s ikterem. Je dobré vědět, že sedimentaci snižuje také salicyl, užívání kardiotonik, kalcia a salicylanu.

Na které choroby myslíme při zvýšených hodnotách krevní sedimentace

Výsledky laboratorního vyšetření nám diagnostickou rozvahu usnadní, z čísel často nahrazují. „Vysoká sedimentace“ není nemocí, a také ji neléčíme. Rozhoduje především dynamika symptomů. Při některých hodnotách krevní sedimentace pravděpodobně.

Extrémní zvýšení sedimentace, tedy hodnoty nad 100/hod., bývají při malignomech, v etn. hemoblastóze (zhruba 60 % případů), při

zánětlivých a kolagenózách (25 %) a při nefropatiích, zejména nefrotickém syndromu a renální insuficienci (10 %). Na zmíněné skupiny chorob připadá přibližně 95 % případů, ve kterých se zjistí hodnoty sedimentace vyšší než 100.

Vysoká sedimentace, tedy hodnoty vyšší než 80/hod., se zjistí u nemocných trpících bakteriální endokarditidou, tuberkulózou, Hodgkinovou chorobou, myelomem, subakutní thyreoiditidou, revmatickou polymyalgií, arteriitidou, revmatickou horečkou i AIDS.

Mírnější zvýšení sedimentace bývá při angíně, akutní apendicitidě, sepsi, pleuritidě, perikarditidě, nefropatiích, hepatopatiích a anémiích.

Je potěšující, že u 6 % osob se středně zvýšenými hodnotami krevní sedimentace nenajdeme žádný patologický nálezn, i když se použije všech běžně dostupných vyšetřovacích postupů. U těchto osob nemá zvýšená sedimentace ani nepatrný význam z hlediska prognostického. V domění, že zhruba dvacetina populace má mírně až středně zvýšenou sedimentaci bez prokazatelného patogenetického významu, je pro praktického lékaře jedním z důvodů pro relativně časté vyšetření sedimentace. Víme-li, že náš pacient má středně zvýšenou sedimentaci již po dlouhá léta, můžeme ho někdy v budoucnu ušetřit i složitým vyšetřením.

Již bylo připomenuto, že mezi fyziologické stavy, ve kterých se zjistí vyšší hodnoty krevní sedimentace, patří vyšší věk. Také při fyziologicky probíhajícím těhotenství bývají vyšší hodnoty sedimentace, zetačinnosti od 4. měsíce gravidity. Maxima dosahuje sedimentace zhruba týden po porodu, v průměru kolem 50/hod.

Nízké hodnoty krevní sedimentace zjistíme při polyglobulii a polycytemii, hypofibrinogenemii, a také při srdečním selhání.

Záv r

Vyšet ování krevní sedimentace pat í dodnes k cenným vyšet ovacím postup m. Zjiš ování hodnot CRP by nem lo indikaci krevní sedimentace nahrazovat, ale spíše dopl ovat. Podmínkou spolehlivosti vyšet ení krevní sedimentace je p edevším dodržení správného pom ru natrium-citrátu a odebírání krve. P i hodnocení sedimentace je pot eba p íhlížet k v ku nemocného. ásté vyšet ování sedimentace chrání praktického léka e p ed tím, aby se dopouštl hrubých chyb.

Pro pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného praktického lékaře

MUDr. Helena Šiprová¹⁾, Doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc.²⁾, Prof. MUDr. Květoslav Šipr, CSc.³⁾

1) II. interní klinika Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně, 2) III. interní klinika LF UP a FN Olomouc, 3) Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Primární hyperparatyreóza je klinický syndrom způsobený zvýšenou sekrecí parathormonu s následnou hyperkalcémií. Dlouho se onemocnění projevuje jen necharakteristickými symptomy spojenými s hyperkalcémií. Příznaky jsou sice nepřesné, nikoli však natolik patognomické, aby umožnily včasné zjištění choroby jen na základě klinických příznaků. Nejčastějšími příznaky jsou známky choroby jsou neuróza, únavnost, žízeň, jako je nechutenství, zácpa a zvracení. Mezi příznaky hyperparatyreózy však patří také polyurie, polydipsie, únavnost, apatie, deprese i svalová hypotonie.

Ke klinickým projevům způsobeným hyperkalcémií ovšem patří zejména známky nefrolitiázy: na hyperparatyreózu bychom měli myslet vždy při nefrolitiáze oboustranné a recidivující. Dříve často připomínanou Recklinghausenovu kostní chorobu nyní téměř nespatříme, ovšem každé spojení nefrolitiázy s kostními projevy by nám mělo být důvodem k vyšetření kalcémie a k aktivnímu pátrání po hyperparatyreóze.

Klasickou trojici příznaků renálních, kostních a břišních (stones, bones, abdominal moans and groans with psychic overtones) dnes vidíme relativně vzácně. Jsou-li přítomny, měli bychom je dnes považovat spíše za známku pozdě diagnostikované hyperparatyreózy.

Ve snaze o včasné zjištění primární hyperparatyreózy bychom se měli rozhodovat pro vyšetření hladiny sérového kalcia

pravd podobná ostatní, než se dříve. Longitudinální studie přitom prokazují, že hladiny sérového kalcia u těchto nemocných se mohou sásem dosti měnit a že je tedy vhodné vyšetření kalcémie opakovat. Zjištění primární hyperparatyreózy v asymptomatickém stádiu je projevem vysoké kvality péče o zdraví. Nejschůdnější cestou k dosažení cíle je také opakované vyšetření hladiny kalcia v séru, zvláště u pacientů s osteoporózou, u žen a u starších osob. Ukazuje se, že primární hyperparatyreóza je mnohem častější, než jsme se dříve domnívali a častější vyšetřování hladiny kalcia v séru je účinnou cestou k zjištění choroby.

Definitivní a účinným způsobem léčení primární hyperparatyreózy je odstranění adenomu přídělného štítláka zkušeným chirurgem.

Profesionální onemocnění pohybového aparátu z pohledu praktického lékaře

Doc. MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D.¹⁾, Prof. MUDr. Květoslav Šípr, CSc.²⁾

¹⁾ *Klinika pracovního lékařství LFUP a FN Olomouc,* ²⁾ *Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci*

Onemnění pohybového aparátu končetin z pohledu praktického lékaře patří v České republice k nejčastěji uznávaným nemocem z povolání. Autoři referují o klinických i pracovních podmínkách, které musí být u konkrétních diagnostických jednotek pro uznání profesionalitu v České republice splněny. Odpovídají tak na otázku, při jakých postiženích pohybového aparátu končetin i s ohledem na jejich tíži, může praktický lékař očekávat uznání nemoci z povolání.

V platném Seznamu nemocí z povolání (příloha k nařízení vlády 290/1995 Sb.) jsou tato onemocnění uvedena pod položkami 9, 10, 11, a 12 v kapitole II. Jedná se o onemocnění šlach, šlachových pochev nebo úpon nebo sval nebo kloub končetin, u kterých jsou objektivními metodami potvrzené vleklé formy nemoci vedoucí k výraznému omezení pracovní schopnosti a které vznikají při práci, při které jsou příslušné svalové skupiny pohybovány natolik, že jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci.

Za stejných podmínek lze uznat jako nemoci z povolání také nemoci periferních nervů končetin charakteru úžinových syndromů, které dosahují nejméně střední tíže postižení, která je potvrzena EMG vyšetřením. Nejčastěji uznávanou nosologickou jednotkou v této skupině je syndrom karpálního tunelu, jehož emg diagnostika se provádí jednotnou metodikou uvedenou ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Jako nemoci z povolání mohou být uznány i nemoci tíhových válek z tlaku, které vznikají při práci vykonávané v takové poloze, při které dochází po p evážnou část pracovní směny k tlaku na postiženou oblast, a také poškození menisku vznikající při práci vykonávané po p evážující část pracovní směny vkle e a v pod epu.

Sou částí sd lení bude informace o profesích s videosekvencemi z provoz , ve kterých tato postižení nej ast ji vznikají.

Obsah

P edmluva.....	3
Program konference s mezinárodní ú astí Aktuální otázky praktického léka ství Výuka primární pé e a praktického léka ství.....	5
Kam sm ůje všeobecné praktické léka ství v R?	7
BÝMA S.	
Vzd lávání pro praktické léka ství.....	9
ŠTOLFA J.	
Výuka primární pé e a praktického léka ství - význam a pohled do historie	17
ŠIPR K., IVANOVÁ K., NAKLÁDALOVÁ M.	
Lekárska etika a praktický lekár	23
CHMELÍK B.	
Krevní sedimentace není obsoletním vyšet ením.....	26
ŠIPR K., JÁGEROVÁ J.	
Pro pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného praktického léka e.....	33
ŠIPROVÁ M., FRYŠÁK Z., ŠIPR K.	
Profesionální onemocn ní pohybového aparátu z p et žování a praktický léka	35
NAKLÁDALOVÁ M., ŠIPR K.	