



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.*

1. vydání

Ed. © Květoslav Šipr, 2010

ISBN 978-80-244-2528-3

Předmluva

Dokumenty Světové zdravotnické organizace opakovaně zdůrazňují, že bez kvalitní primární péče nelze zajistit vysokou úroveň péče o zdraví. Význam primární péče plyne také z počtu lékařů činných na úseku prvního a trvalého kontaktu ve zdravotnickém terénu. Vzdělávání na lékařských fakultách poskytuje základ, na kterém lze budovat ve specializační přípravě. Praktické lékařství ovšem nelze učit pouze teoreticky, pro získání dovedností je nezbytná výuka v ordinaci praktického lékaře. Během studia na lékařské fakultě medik také zvažuje, kterému oboru se po opuštění vysoké školy věnuje. Zájemců o praktické lékařství však bude dostatek teprve tehdy, když student medicíny během pregraduální výuky pozná dostatek praktických lékařů, se kterými se bude moci ztotožnit.

Účast všeobecných praktických lékařů na výuce má význam hned z několika důvodů. Jen ve spolupráci s terénními praktickými lékaři může lékařská fakulta poskytovat studentům solidní vzdělávání v oboru, ve kterém po ukončení studia bude pracovat nejméně pětina, spíše však čtvrtina absolventů. Studenti, kteří se po promoci věnují jiným oborům, budou umět s terénním praktickým lékařem spolupracovat a budou vědět, jak velkou pomoc od něho mohou očekávat.

Osobní kontakt studenta medicíny se schopným a zaníceným praktickým lékařem může být rozhodujícím impulzem k tomu, aby si schopný a nadaný student zvolil všeobecné praktické lékařství za své životní povolání.

Konference *Aktuální otázky praktického lékařství. Výuka primární péče a praktického lékařství* je vzdělávací akcí, má však být také příležitostí k navázání těsnějších kontaktů mezi Lékařskou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci a všeobecnými

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

Květoslav Šipr

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

Olomouc 22. 4. 2010

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

Program

Kam směřuje praktické lékařství?
S. BÝMA

Vzdělávání pro praktické lékařství
J. ŠTOLFA

**Výuka primární péče a praktického lékařství – význam a pohled
do historie**
K. ŠIPR, K. IVANOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ

Panelová diskuse

**Mezioborové aspekty pregraduální výuky zaměřené na primární péči
a praktické lékařství**

Členové panelu

I. FOLTÝN, W. GARDNER, K. IVANOVÁ, I. MAZOUCH,
D. MORAVČÍKOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ, K. ŠIPR, H. TICHÁ

Lékařská etika a praktický lékař
B. CHMELÍK

Krevní sedimentace není obsoletním vyšetřením
K. ŠIPR, J. JÁGEROVÁ

**Proč pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného
praktického lékaře**
H. ŠIPROVÁ, Z. FRYŠÁK, K. ŠIPR

**Profesionální onemocnění pohybového aparátu z přetěžování
a praktický lékař**
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 měli být umísťováni pouze pacienti, jejichž obtíže vyžadují diagnostické a terapeutické postupy, které není možno uskutečnit ambulantně.

Primární péče je využívána největším 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 náležité míře plnit své poslání, je nezbytné zabezpečit splnění alespoň těchto podmínek:

- udržovat optimální počet všeobecných praktických lékařů;
- odborně, organizačně i finančně zabezpečit specializační přípravu;
- zabezpečit celoživotní vzdělávání praktických lékařů;
- odstranit umělé bariéry, které brání profesnímu rozvoji oboru;
- zajistit nezbytné materiální podmínky pro další rozvoj oboru.

Příspěvek zařazený 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 lékařství

MUDr. Josef Štolfa

pověřený vedením katedry Všeobecného praktického lékařství IPVZ

Vzdělávání pro práci v oboru všeobecného praktického lékařství na lékařských fakultách.

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

Výuka všeobecného praktického lékařství 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 předmětu v ročníku 4. a 5. Posledním stykem je pak týdenní stáž u praktika – školitele, který má přinést 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 podělit se o zkušenosti s ostatními přítomnými.

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

Specializační vzdělávání v oboru všeobecného praktického lékařství

Systém specializačního vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství prošel v posledních 20 letech množstvím více či méně přínosných změn. Ať 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 její současné délce, která je opět 3 roky. Nechceme-li degradovat svoje vlastní specializační vzdělání, můžeme současnou tříletou specializační přípravu jen těžko napadnout. Když pomineme individuální rozdíly, pak lze říci, že lékař, který se 3 roky připravuje v základním specializačním výcviku, není hůře vybaven pro samostatnou praxi a není tedy horší ani méně kvalifikovaný všeobecný praktický lékař nežli ten, který prošel čtyř nebo pětiletou specializační přípravou. Samozřejmě za předpokladu dalšího kontinuálního vzdělávání a individuálního studia. Z tohoto pohledu za čtyř- nebo dokonce pětiletou specializační přípravou nelze cítit nostalgii. Tříletým curriculum vychází náš současně platný vzdělávací program vstřícně 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 náročná je kratší

povinná specializační příprava. Jak známo, náš obor jako jeden z mála nemá klinickou základnu v lůžkových zdravotnických zařízeních. Zájemci o obor všeobecné praktické lékařství z řad lékařů tedy nemohou nastoupit do pracovního poměru např. v blízké nemocnici, která by jejich specializační přípravu financovala za logického předpokladu možného budoucího využití těchto lékařů ve svých službách. Zjednodušeně řečeno, budoucí všeobecný praktický lékař nemá pro lůžkové zdravotnické zařízení žádnou cenu a jako k takovému k němu bylo, a někdy ještě je, přístupováno. Proto byl v 90. letech vybudován systém, kdy lékař, který chtěl vstoupit do praktické medicíny, mohl být zaměstnán u IPVZ, nástupce tehdejšího ILF, a při průchodu specializační přípravou byl touto institucí také placen. Tímto způsobem byli placeni rovněž školitelé, resp. školící pracoviště kandidáta, hrazeny poplatky za kurzy a pomůcky.

Vlivem politicko-ekonomické situace v České republice v roce 2005 bylo tehdejší ministerstvem rozhodnuto o ukončení financování specializační přípravy v našem oboru výše popsaným způsobem. Bohužel se tak stalo náhlým rozhodnutím, na které nenavazovalo žádné jiné, které by způsob financování specializačního vzdělávání řešilo a zrušený systém nahradilo jiným. Díky této náhlé ráně nebylo vzdělávání v našem oboru v letech 2006 a 2007 financováno vůbec. Tento stav vyvolával opakovaně obtížná jednání zástupců Společnosti všeobecného lékařství lékařské společnosti J. E. Purkyně (SVL LS JEP), Sdružení praktických lékařů (SPL) a Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR). Výsledkem jednání je Dotační program Ministerstva zdravotnictví, který pokryl alespoň 2/3 nákladů spojených s průchodem lékaře specializační přípravou. Kromě Dotačního programu bylo v únoru 2008 rovněž umožněno přijmout posledních 20 lékařů do zaměstnaneckého poměru k IPVZ. Výše popsaný stav byl dlouhodobě neudržitelný, zvláště vezmeme-li v potaz data mapující demografickou situaci

oboru všeobecné praktické lékařství v naší republice. I proto jsme vděční, že byl uveden v život dlouho zpracovávaný **systém financování specializační přípravy 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 specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství 149 rezidenčních míst. Tento počet byl v průběhu přípravy 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 přípravě. Její rozdělení se řídí platnou metodikou a na mzdu lékaře v přípravě 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 řeč čísel.

S přidělenými 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 ČLS JEP a členů 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. Některým regionům připadlo k rozdělení například pouze 6 – 7 míst. Při mnohonásobně převyšující poptávce bylo rozdělení velmi obtížné a mnohdy se neobešlo bez emocí. Je jisté, že metodika udělování je na samém počátku, stejně jako sám systém financování specializační přípravy formou rezidenčních míst. Jistě projde vývojem a metodika systému bude ještě upravována. Lze proto doporučit, aby každý, kdo se s realizací systému přímo či nepřímo setká, usiloval o jeho kultivaci ve spolupráci se zainteresovanými institucemi, jakými je Akreditační komise MZ ČR, SVL LS JEP, SPL.

Jen o něco málo méně výbušným krokem byla následně vypisovaná výběrová řízení na obsazení rezidenčních míst. Akreditované zdravotnické zařízení, které uspělo v žádosti, musí vypsát výběrové řízení. Metodika i kritéria a sama technologie výběrových řízení také zcela nepochybně projde zdokonalením. Po prvním kole rozdělení míst jsme s podivem zjistili, že v rozporu s vysokou poptávkou nebyla všechna místa obsazena. Naopak mnoho zájemců nebylo uspokojeno a na rezidenční místa přijato. Proto SVL LS JEP iniciovala aktivity vedoucí k obsazení všech míst přidělených našemu oboru. SVL LS JEP byla rovněž významným rádcem a pomocníkem při zpracování administrativy, kterou s sebou tento systém nese.

Reálnou představu, jak skutečně vypadá realizace systému vzhledem k době nástupu prvních rezidentů (1. 10. 2009), teprve začínáme mít, proto se této problematice zatím nelze podrobněji věnovat. Je ale jisté, že tato tematika bude předmětem některého z dalších jednání. Stejně tak se budeme věnovat všem otázkám, které se v souvislosti s nástupem realizace systému objevují. Všechny orgány, které se realizací rezidenčních míst v praxi zabývají, budou vděčné za zpětnovazební podněty tam, kde je tento systém realizován.

Systém financování vzdělávání formou rezidenčních míst není jen výsadou všeobecného praktického lékařství. Realizuje se ve všech oborech s různým počtem přidělených míst a různým stupněm finanční podpory. V obou letech je náš obor v čele obou zmíněných parametrů (což není představiteli ostatních odborností vždy přijímáno s pochopením). V této skutečnosti lze vidět, že MZ ČR si je vědomo situace v oboru všeobecné praktické lékařství a je ochotno podnikat kroky k řešení. Někdy napadaná podmínka 5 let práce v oboru v ČR, na kterou je vázáno přidělení místa, se v kontextu výše uvedeného už nejeví tak omezující. Snahou MZ ČR jako státní instituce, která má zajistit lékařskou péči prvního kontaktu v České republice, musí být zajištění dlouhodobé dostupnosti této péče obyvatelstvu, což systém v rámci současného přístupu k všeobecnému praktickému lékařství reálně činí.

Nevyřešená bohužel zůstává otázka konkrétní realizace finální fáze specializačního vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství, tj. atestační zkouška. Vlivem zásahů z vyšších míst v průběhu let 2005-2009 byla katedra všeobecného lékařství a IPVZ jako celek redukováno až do té míry, že se nad dalším bytím či nebytím, ale hlavně nad funkčností této instituce vznáší těžký stín, nejen otazník. Na Kongresu primární péče v březnu 2010 v Praze jsme sice slyšeli, že se otázka specializačního vzdělávání všeobecného lékařství, včetně této finální fáze, bude muset řešit „nějak jinak“ než v jiných oborech, jejich katedry se v podstatě jen přesunuly pod křídla fakult. Nabízí se ovšem otázka, zda díky likvidaci jednoho IPVZ (resp. jeho Katedry všeobecného lékařství), a případným převodem jeho kompetencí na každou lékařskou fakultu nám vlastně nevzniká 7 malých IPVZ, na sobě naprosto nezávislých, metodicky neřízených, ale pociťujících potřebu jisté finanční podpory. Pouhou realizací finální fáze specializačního vzdělávání, jak vyplývá z litery Zákona 95/2004 Sb. ve znění jeho novel

a vyhlášek, se tato činnost ufinancovat nedá, ani za předpokladu 3 500 Kč poplatku za atestaci!

Nesmírně důležitá je také otázka, která se vznáší nad vznikající Vyhláškou o činnostech lékařů. To jsou známé problémy dotýkající se počtu tzv. základních kmenů, jejich náplně a oprávnění lékařů po absolvování kmene k jednotlivým činnostem.

Perspektivy

Co říci závěrem? Snad jen zopakovat, že křehký systém rezidenčních míst je na samém začátku a jako k takovému se k němu musíme chovat. Vychovat – vykultivovat jej do podoby zralého systému, který umí poskytnout to, co od něj společnost očekává a přitom si je schopen zachovat pružnost a akceptaci všech racionálních podnětů vedoucích k případným změnám. Se všemi jeho nedostatky je tento systém jediný, který máme a který se jeví být perspektivní, když jej hned v začátcích nepokřívíme a nezničíme. Že je to problém nelehký je jasné, stejně tak je jasné, že další problémy nás čekají. Nad slunce jasnější ovšem je také fakt, že mladé všeobecné praktické lékaře potřebujeme a musíme pro jejich specializační vzdělávání také pomoci vytvořit vhodné podmínky. Podaří se tento horký brambor ochladit a připravit k jídlu v této neklidné předvolební době? Nejistota už trvá příliš dlouho.

Závěr

Vzdělávání ve všeobecném praktickém lékařství začíná již na lékařských fakultách. Rozhodující krok ke vstupu do oboru však lékař činí po promoci nebo po absolvování některého ze základních kmenů, po jejichž absolvování se lze na všeobecné praktické lékařství specializovat. Každá z těchto zvolených cest s sebou nese požadavek na financování specializační přípravy. To je v současné době řešeno příspěvkem typu rezidenčních míst. Vzhledem

k neustálým změnám v předpisech souvisejících se specializačním 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 Šipr, 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 č. 28) a podle Lublaňské charty z evropského regionu Světové zdravotnické organizace se primární péčí rozumí koordinovaná, komplexní zdravotně sociální péče, která je poskytována zejména zdravotníky, a to jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotním systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. K primární péči patří soubor všech činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetrovatelstvím. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho biopsychosociální potřeby.

Primární péče má být pro občany přímo 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

S přihlédnutím 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.

Dobře 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 větší důraz na účelnost a integrované chápání zdraví zvyšuje kvalitu poskytované péče. Znalost lokálních možností usnadňuje poskytování integrované zdravotně sociální péče.

Je-li poskytovatel péče člen komunity, projevuje větší cit pro potřeby pacienta a stává se jeho rádcem. Pozitivní ovlivnění indukované péče přináší ekonomické zvýhodnění a důraz na sebepéči zvyšuje pacientovu odpovědnost.

Vymezení oborů 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, důvěrné a vždy obhajující nemocného.

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

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

Na lékařských fakultách existuje studijní směr všeobecné lékařství. Používá-li se týchž 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 některých zemích, například v Irsku, se používá termínu rodinné lékařství pouze *pro označení oboru pregraduální výuky* na lékařských fakultách, v terénu existují pouze praktičtí lékaři (GP). Podobná situace se vyvinula také u nás, když před necelými dvěma desetiletími začala na českých lékařských fakultách vznikat první vysokoškolská centra výuky rodinného lékařství, například v Brně nebo v Plzni.

Česká republika patří mezi středoevropské a východoevropské země, které po čtyři desetiletí nedobrovolně následovaly „sovětský“ vzor také ve zdravotnictví. Čeští praktičtí lékaři byli vychováváni jako „internisté I. stupně“. Jedním z důsledků pak byla ztráta způsobilosti praktických lékařů pečovat o zdraví dětí. Ve všech postkomunistických evropských zemích (včetně Ruska) se postupně prosadila možnost rozšířit si kompetenci a získat také dětskou klientelu. V některých státech (v Polsku, Maďarsku či Estonsku) byl takový vývoj podporován nepřehlédnutelnými ekonomickými stimuly.

Ve většině východoevropských zemí existuje dodnes možnost být praktickým lékařem pečujícím pouze o dospělé populaci, anebo lékařem „rodinným“, jehož pravomoc není omezována věkem pacienta. Také v České republice se při jedné z reforem specializačního vzdělávání objevila možnost stát se *de facto* i *de iure* rodinným lékařem. Podmínky k získání specializačního osvědčení však byly natolik nepříznivé, že příležitosti nebylo významněji využito. Česká republika spolu se Slovenskem a Španělskem jsou v současnosti pravděpodobně jedinými evropskými zeměmi, ve kterých kompetence „všeobecného lékaře“ je striktně omezena věkem pacienta. Hovoříme-li přesto o „rodinném lékařství“, máme na mysli spíše metodu práce, než kompetenci.

Postupné zavádění pregraduální výuky praktického lékařství 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 lůžka nemocného, především ve fakultních nemocnicích. Učitelé oboru sociálního lékařství či veřejného zdravotnictví a oboru hygieny a epidemiologie ovšem přece jen určovali studentům úkoly odlišné od praktického lékařství.

Teprve postupné prosazování primární péče jako podstatné součásti systému zdravotní péče vytvořilo podmínky pro zavedení samostatné výuky praktického lékařství. 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 Štejfá a jako odborný asistent byl po konkursním řízení přijat terénní lékař.

Samostatná výuka studentů v oboru všeobecné lékařství byla na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity zařazena do studijního curricula od začátku akademického roku 1989/1990 a zahrnovala přednášky a třítydenní praxi v ordinaci vybraných praktických lékařů. V roce 1992 se habilitoval první docent pro obor praktické lékařství a v totéž roce 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 pořadatelem pravidelných vědeckých konferencí *Aktuální otázky praktického lékařství*, při kterých se pravidelně setkávali členové Mezifakultní komise pro výuku rodinného/praktického lékařství. Vzájemná výměna

zkušeností přispěla k postupnému zavedení výuky oboru na všech lékařských fakultách České republiky.

Závěr

Praktické lékařství je významnou součástí primární péče. Jde o integrovaný lékařský obor, ve kterém všeobecně zaměřený praktický lékař poskytuje osobní, primární a kontinuální péči o zdraví nemocného i jeho rodiny. Pro práci v oboru všeobecné praktické lékařství připravuje studenty několik odvětví medicíny, mezi něž patří zvláště praktické lékařství, sociální lékařství, pracovní lékařství a preventivní lékařství. Z klinických disciplin využívá všeobecný praktický lékař při své každodenní činnosti také dnes nejvíce poznatků z vnitřního lékařství.

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, ľudského myslenia a správania sa dostala do popredia všetkých oblastí súčasného života spoločnosti. Biológia a medicína sú vedné odbory úzko späté s najvyššími hodnotami, akými sú život a zdravie človeka 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 d'.), 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 súčasnosti existuje

v spoločenskom chápaní medicíny veľa 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 človeka a druhá **nenaturalistický** založený na chápaní človeka v celej podstate, tela a duše, ako osoby.

Naturalistická skupina predstavuje skupinu viacerých smerov etiky, *kauzalizmus*, *komunitarizmus*, *konsekvencionalizmus*, *utilitarizmus*, *practicizmus* a *profesionalizmus*, v súčasnej bioetike je dominantný **principializmus**. Zahŕňa 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 človekovi a etike rozvinutej na základe prirodzeného zákona. Základom *personalizmu* je jedinečnosť 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, vľúdnosť, sociálne cítenie, nezištnosť, diskretnosť, poctivosť, ochota a mnohé ďalšie. Samostatnou čnosťou je starostlivosť o človeka. Etika starostlivosti je orientovaná na vytváranie vzťahov medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom a jeho rodinou.

Uvedený prehľad rôznych etických prístupov je zaiste menej vhodný pre praktického lekára, a preto sú uprednostňované monografie uvádzajúce prehľad etickej problematiky podľa jednotlivých odborností.

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

z ktorých niektoré môžu prinášať riziká, pretože nie všetko čo je technicky možné je eticky správne. Medzi hlavné problémy lekárskej etiky v súčasnosti patria aspekty ľudského života a plodenia, najmä genetiky a biotechnológií až po pokusy klonovania človeka a vytvárania hybridov.

Záver

V problematike etiky lekár nevnučuje svojim pacientom liečebné zákroky, ktoré by boli v rozpore s ich svedomím alebo ich etickými požiadavkami. Vyžaduje to nielen znalosť etiky a medicínske skúsenosti, ale aj komunikačnú zručnosť v kontaktoch s pacientom a jeho rodinou pri získaní slobodného a dobrovoľného súhlasu informovaného pacienta s diagnostickými a terapeutickými zákrokmi.

Náročnosť vytvárania etického vzťahu medzi lekárom a pacientom vyžaduje študovať problematiku etiky ako súčasť 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 lůžka 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 i dnes nejdostupnější a které mu vydatně pomáhají v diferenciálně-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 vyšetřování 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 označování 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 před venepunkcí nemá trvat déle než 30 vteřin.

Vzorek krve se převrácením důkladně promíchá, nesrážlivá krev pak má být do sedimentační trubičky nasáta v optimálním případě do 15 minut po odběru. Pokud odebíráme krev na vyšetření krevní sedimentace například v bytě u lůžka nemocného, máme na mysli, že později než za dvě hodiny po odběru by již bylo zbytečné krevní sedimentaci vyšetřovat. Je-li krev uchovávána při teplotě 4 stupně C, připouští se nasátí do pipety nejpozději do 6 hodin. Takto získané výsledky ovšem hodnotíme opatrně.

Krevní částice sedimentují rozdílnou rychlostí v čase. Prvních dvacet minut dochází k pomalému poklesu rozhraní mezi plazmou v horní části a sedlinou krvinek v dolní části, následuje rychlá fáze poklesu trvající rovněž dvacet minut, po které pak následuje opět dvacetiminutová fáze pomalá. První pohled na sedimentační trubičky může mít tedy význam nejdříve za třicet minut od nasátí krve. Běžně ovšem sledujeme rozhraní mezi částí tekutou a pevnou po dvě hodiny s odečítáním za 60 a 120 minut, a to při teplotě 28 – 22 °C.

Pro získání rychlejších výsledků byla zavedena metoda rychlého stanovení krevní sedimentace: sedimentační trubičky jsou nakloněny pod úhlem 45 stupňů a výsledek se odečítá za 7 a 10 minut. Získané hodnoty jsou pouze orientačně srovnatelné s výsledky získanými standardním postupem za jednu a dvě hodiny.

Nověji se pro vyšetření krevní sedimentace používají také uzavřené systémy odběru krve, vakuové i nevakuové. Protisrážlivý přípravek bývá obsažen již v odběrové zkumavce a veškerý materiál včetně stojánek dodávají biochemické laboratoře. Zařízení má výhodu poloautomatického měření a automatického přednosu dat do informačního systému. Tvzení distributorů o srovnatelnosti se standardní metodou jsou však velmi diskutabilní. To dokazují

i výsledky mezilaboratorního srovnání Systém externí kontroly kvality¹.

Je pravděpodobné, že méně časté vyšetřování krevní sedimentace (ve srovnání s dřívějšími léty) do jisté míry souvisí bohužel také s bodovým hodnocením úkonu ze strany pojišťoven. Kód VZP 09133 přiznává krevní sedimentaci hodnotu 10 bodů. V některých zdravotnických zařízeních se od vyšetřování krevní sedimentace upouští ve prospěch vyšetřování CRP. Je nesporné, že zřetelné zvýšení proteinů akutní fáze, které vznikají v játrech, je relativně časnou 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 původně 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 věk dělíme dvěma. U žen nejprve k věku připočteme číslo 10 a teprve takto získaný součet dělíme dvěma. Lze tedy říci, že u čtyřicetiletého muže nesmíme ponechat bez složitého 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.

Svědomitý 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 permiciozní anémii, průzračná je plazma při anémii feriprivní a zelenožlutá při ikteru. Zkalení tekuté části krve bývá při hyperlipidemii, neostrá hranice při paraproteinemiích, ale také při zvýšení retikulocyťů a za přítomnosti antierytrocytárních autoprotilátek. U leukemie lze někdy nad erytrocyty pozorovat vrstvu leukocyťů.

Jestliže krvinky klesají nerovnoměrně, považujeme za hranici 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 věrohodně hodnotit.

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

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 vyšetřování 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 činitelé, například viskozita plazmy.

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

krvních 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 lačno. 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 lačnění. K umělému zvýšení krevní sedimentace dochází u nemocných léčených heparinem a dextranem.

Některé stavy sedimentaci snižují. Patří k nim alkalóza, žíznění, 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 usnadňují, zřídka kdy nahrazují. „Vysoká sedimentace“ není nemocí, a také ji neléčíme. Rozhoduje především dynamika symptomů. Při některých hodnotách krevní sedimentace pravděpodobnější.

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

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

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

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

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

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

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

Závěr

Vyšetřování krevní sedimentace patří dodnes k cenným vyšetřovacím postupům. Zjišťování hodnot CRP by nemělo indikaci krevní sedimentace nahrazovat, ale spíše doplňovat. Podmínkou spolehlivosti vyšetření krevní sedimentace je především dodržení správného poměru natrium-citrátu a odebírání krve. Při hodnocení sedimentace je potřeba přihlížet k věku nemocného. Časté vyšetřování sedimentace chrání praktického lékaře před tím, aby se dopouštěl hrubých chyb.

Proč 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 nepříjemné, nikoli však natolik patognomické, aby umožnily včasné zjištění choroby jen na základě klinických příznaků. Nejčastějšími počátečními známkami choroby jsou neurčité břišní těžkosti, 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 grones with psychic overtones) dnes vidíme relativně vzácně. Jsou-li přítomny, měli 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

pravděpodobně častěji, než se děje. Longitudinální studie přitom prokazují, že hladiny sérového kalcia u téhož nemocného se mohou s časem 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 příštítného tělíska zkušeným chirurgem.

Profesionální onemocnění pohybového aparátu z přetěžování a praktický lékař

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

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

Onemocnění pohybového aparátu končetin z přetěžování 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 č. 9, 10, 11, a 12 v kapitole II. Jedná se o onemocnění šlach, šlachových pochev nebo úponů nebo svalů nebo kloubů 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 přetěžovány 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 řídí jednotnou metodikou uveřejněnou ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Jako nemoci z povolání mohou být uznány i nemoci tíhových váček z tlaku, které vznikají při práci vykonávané v takové poloze, při které dochází po převážnou část pracovní směny k tlaku na postiženou oblast, a také poškození menisku vznikající při práci vykonávané po převažující část pracovní směny vkleče a v podřepu.

Součástí sdělení bude informace o profesích s videosekvencemi z provozů, ve kterých tato postižení nejčastěji vznikají.

Obsah

Předmluva.....	3
Program konference s mezinárodní účastí Aktuální otázky praktického lékařství Výuka primární péče a praktického lékařství.....	5
Kam směřuje všeobecné praktické lékařství v ČR?	7
BÝMA S.	
Vzdělávání pro praktické lékařství	9
ŠTOLFA J.	
Výuka primární péče a praktického lékařství - význam a pohled do historie	17
ŠIPR K., IVANOVÁ K., NAKLÁDALOVÁ M.	
Lékařská etika a praktický lékař	23
CHMELÍK B.	
Krevní sedimentace není obsoletním vyšetřením.....	26
ŠIPR K., JÁGEROVÁ J.	
Proč pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného praktického lékaře.....	33
ŠIPROVÁ M., FRYŠÁK Z., ŠIPR K.	
Profesionální onemocnění pohybového aparátu z přetěžování a praktický lékař.....	35
NAKLÁDALOVÁ M., ŠIPR K.	

prof. MUDr. Květoslav Šipr, CSc.
editor

Aktuální otázky praktického lékařství
Výuka primární péče a praktického lékařství

Určeno pro akademické pracovníky a studenty

Výkonný redaktor prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.
Odpovědná redaktorka Mgr. Věra Krischková

Učební text neprošel ve vydavatelství redakční jazykovou a typografickou úpravou

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.upol.cz/vup
e-mail: vup@upol.cz

Olomouc 2010

1. vydání

Ediční řada – Sborníky

ISBN 978-80-244-2528-3