



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č. 6/2025 • ročník 24



Tip tohoto čísla:

Jak vyšetřit paměť v ordinaci praktického lékaře? 1. část

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2025, ročník 24

INFORMACE SVL

- 4 **EDITORIAL**
MUDr. Dana Moravčíková
- 6 **UDĚLENÍ ČESTNÉHO ČLENSTVÍ NA XLIV. VÝROČNÍ KONFERENCI SVL ČLS JEP, 12.–15. LISTOPADU 2025, ZLÍN**

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 8 **JAK VYŠETŘIT PAMĚŤ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE? 1. ČÁST**
prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., MUDr. Magda Michalovová
- 18 **PILOTNÍ STUDIE ÚČINNOSTI PODPORY RACIONÁLNÍ PRESKRIPCE ANTIBIOTIK U VŠEOBECNÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V ČR**
MUDr. Michal Prokeš a kol.
- 24 **ZVÝŠENÝ KREVNÍ TLAK A HYPERTENZE: JEDNO ČÍSLO NESTAČÍ**
MUDr. Jan Olšr

SCREENINGVÉ PROGRAMY

- 29 **PILOTNÍ PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC**
MUDr. Norbert Král, Ph.D.
- 35 **VŠEOBECNÉ SESTRY V PRIMÁRNÍ PÉČI: PRVNÍ KURZ IPVZ POTVRDIL POTŘEBU DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ**
MUDr. Kateřina Javorská

ZÚČASTNILI JSME SE

- 37 **WONCA LISABON 2025**
- 40 **ZPRÁVA Z ÚČASTI NA WONCA WORLD CONFERENCE 2025 V LISABONU**
- 41 **ZPRÁVA Z 1. FRANTIŠKOLÁZEŇSKÝCH DIABETOLOGICKO-OBEZITOLGICKÝCH DNŮ PRO VPL 2025**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: 267 184 064
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Dana Moravčíková
ordinace@mudr-moravcikova.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Kateřina Javorská
k1javorska@gmail.com

MUDr. Norbert Král, Ph.D.
norbert.kral@seznam.cz

MUDr. Astrid Matějková
astrid.matejkova@seznam.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. et MUDr. Jiří Bartoš, MUDr. David Bergmann, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Pavel Brejtník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Václav Joza, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštický, CSc., MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. Miloš Ponížil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Petr Šonka, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Sylva Táborská

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

Náklad 5 200 ks. ... Vychází 6x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce
800 Kč. ... Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 9. 12. 2025 MK
ČR E13477, ISSN 1213–8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2025

EDITORIAL



MUDr. Dana Moravčíková
šéfredaktorka časopisu Practicus

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

zcela pravidelně, až s chronickou pravidelností, se s přicházejícím koncem roku zamýšlíme nad tím, co nám uplynulý čas přinesl, dal či vzal. Je to období osobního bilancování, rekapitulace našeho osobního života, pracovních úspěchů a neúspěchů, trable a radostí.

Proč ale vůbec bilancovat, když jsme permanentně zavalení nejrůznějšími pracovními ale i osobními povinnostmi, které se s takovou pravidelnou přesností rok co rok opakují. A když si k tomu všemu, milé kolegyně a milí kolegové, položíme ony obligátní ale nutné otázky, kam vlastně jdeme a kam jsme došli, kam směřuje náš obor, jsme schopni si na vyřčené pravdivě odpovědět?

V našich pracovních praxích za poslední dekádu došlo k významným změnám. Medicína zaznamenala obrovský pokrok ve všech oborech, diagnostikování i léčebných metodách. To, co platilo včera, je dnes zastaralé a díky moderním technologiím se prodlužuje kvalita života. Ať už je ale věda a výzkum jakkoliv daleko, primárním vždycky byl, je a do budoucnosti i zůstane citlivý a ohleduplný vztah lékaře k jeho pacientovi. Nale-

zení vzájemné důvěry, umění vyslechnout, to je klíčová cesta k úspěchu v léčbě. To vše ale vyžaduje, především od nás, udržování aktivní mysli. Patří k tomu například i jistá dávka humoru, ale je také třeba umět si i přiznat úspěch či neúspěch, dokázat potlačovat vlastní ego, přicházet s pokorou ke všemu, co nám medicína přináší.

Jak jsem v úvodu zmínila, je to tradiční zvyk, že když přijde konec roku přichází zároveň i naše tendence ohlížet se zpět a rekapitulovat, co nám ten uplynulý přinesl. Některým z nás může připadat, že to, co v daném roce prožili, přinášelo smutek, beznaděj, jiným se úspěchy jen hrnuly a nepříjemné věci a životní trable je mýjely. Ale nic naplat, bezesporu u všech z nás je asi správné a má smysl udělat si ono pomyslné shrnutí končícího roku. A třeba se i trošku zamyslet nad odkazem Stephena Hawkinga, který v závěru života napsal: „Udržování aktivní mysli bylo zásadní pro mé přežití, stejně jako udržování smyslu pro humor.“

S přáním všeho dobrého na konci tohoto roku a s vizí lepších zítřků v tom roce následujícím

Vaše Dana Moravčíková

Milí lékaři, kolegyně a kolegové, vážení čtenáři,

v čase, kdy se svět na chvíli zpomalí a domovy naplní pohoda a klid, bychom Vám rádi poděkovali za Vaši odbornou práci, oddanost a trvalou přízeň.

Přejeme Vám vánoční svátky plné zaslouženého odpočinku, pohody a inspirace.

Ať Vám nový rok přinese pevné zdraví, profesní úspěchy a rovněž mnoho příjemných a harmonických okamžiků v osobním životě.

Redakce časopisu Practicus

Udržitelnost ve všeobecné praxi

Otázka udržitelnosti v praxi všeobecného praktického/rodinného lékařství je jedním z klíčových témat oboru v Evropě a ve světě. Byla mu věnována diskuse na Světové konferenci WONCA v Lisabonu, zabýval se jím článek v časopise Practicus a byl i předmětem sdělení v sobotním programu Výroční konference SVL ČLS JEP ve Zlíně.

Evropská síť pro výzkum v primární péči EGPRN připravila krátký jednoduchý dotazník, zaměřený na postoje praktických lékařů k udržitelnosti praxe.

Dotazník jsme přeložili do češtiny a prosíme o jeho vyplnění.

S díky za spolupráci
a s přátelským pozdravem

Martin Seifert
národní koordinátor studie



QR kód pro
stažení dotazníku

Soutěž o nejlepší kazuistiky

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP – časopis Practicus, vyhlašuje soutěž o dvě nejlepší kazuistiky.

Podmínky:

- pro lékaře do 35 let
- rozsah: do 2 NS (cca 500 slov)
- téma: libovolné
- ke kazuistice prosíme přiložit autorskou fotografii a název pracoviště či fakulty, kontaktní údaje (nebudou zveřejněny, budou sloužit pro interní komunikaci)
- kazuistiky do soutěže zasílejte na practicus.svl@cls.cz

Kvalitní kazuistiky budou publikovány v časopise Practicus.

Redakční rada časopisu ve finále vybere 2 nejlepší, které budou vyhlášeny na Jarní konferenci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v květnu 2026.

Odměna pro autory dvou vítězných kazuistik bude volné fee na Výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech v listopadu 2026.

Udělení čestného členství na XLIV. výroční konferenci SVL ČLS JEP, 12.–15. listopadu 2025, Zlín

Zleva: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.,
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.,
MUDr. Otto Herber,
prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.



Výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, nejpočetnější organizační složky ČLS JEP, uděluje podle stanov významným osobnostem, které odvedly mimořádnou práci pro obor všeobecné praktické lékařství v České republice nebo zásadně přispěly k jeho rozvoji, čestné členství ve Společnosti.

Mezi laureáty čestného členství se letos zařadil pan profesor MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c., významný český lékař, vědec, pedagog a organizátor.

Narodil se v Prostějově a vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. Získal praxi v nemocnici v Bruntále, odkud se v roce 1984 přesunul, už jako druhově atestovaný klinický biochemik, do Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Dvě atestace mu nestačily, a tak se ještě specializoval v endokrinologii a v klinické osteologii. Vědecký titul získal v roce 1985. Je dvakrát habilitovaný – jak v biochemii, tak

ve vnitřním lékařství. V tomto oboru byl také v roce 2001 jmenován profesorem. Patří k zakladatelům oboru klinická osteologie.

V letech 2003–2010 byl děkanem hradecké fakulty a působil i v pozici ředitele hradecké fakultní nemocnice.

Je členem výboru několika odborných společností v rámci ČLS JEP. V udělení čestného členství už nás předběhlo šest odborných společností, z toho tři zahraniční.

Pan profesor se významně prosadil i mezinárodně a působil v nejvyšších volených funkcích ve světových odborných organizacích.

Řešil granty a výzkumné úkoly. Publikoval více než 500 původních vědeckých prací u nás i v zahraničí, je členem redakčních rad řady našich i zahraničních časopisů.

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.



Pan profesor Palička se těší vysoké důvěře napříč lékařskými obory a byl opakovaně zvolen místopředsedou České lékařské společnosti JEP. V této pozici ho vnímáme jako odborníka, který je našemu oboru nakloněn a který nám rozumí.

Je autorem čtyř našich doporučených postupů na téma osteoporóza – v roce 2006, 2011, 2018 a 2023. Zasadil se o vnímání osteoporózy v laické i odborné veřejnosti jako závažného chronického metabolického onemocnění. Je spoluautorem populačního programu, jehož součástí je screening, který provádíme v ordinacích.

Pana profesora Vladimíra Paličku tímto vítáme v naší Společnosti jako čestného člena.



Logistika zaslání abstrakt

**XX. jarní
interaktivní konference**
Praha
22.–24. května 2026

**XLV.
výroční konference**
Karlovy Vary
4.–7. listopadu 2026

Zaslání abstrakt

2. března 2026

30. srpna 2026

Schválení abstrakt

16. března 2026

16. září 2026

Adresy pro zaslání abstrakt

www.jik-svl.cz

www.konference-svl.cz

Cyklus krajských konferencí praktických lékařů SVL v roce 2026



23.–24. ledna
Ostrava



13.–14. února
Hradec Králové



6.–7. března
České Budějovice



13.–14. března
Olomouc



18.–19. září
Brno



9.–10. října
Praha

e-mail: sekretariat@target-md.com

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • **Organizátor:** TARGET-MD s.r.o.

Jak vyšetřit paměť v ordinaci praktického lékaře? 1. část

Snadno a rychle pomocí certifikovaných testů Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a písemná verze testu Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV).



prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

Neurologická klinika, Fakultní Nemocnice
Královské Vinohrady, Praha

Neurologická klinika, 3. LF Univerzity Karlovy, Praha



MUDr. Magda Michallová

Neurologická klinika, Fakultní Nemocnice
Královské Vinohrady, Praha

Neurologická klinika, 3. LF Univerzity Karlovy, Praha

Souhrn

S narůstajícím počtem starších osob a neustálým prodlužováním věku roste potřeba efektivních nástrojů pro časný záchyt poruch paměti v ordinacích praktických lékařů. Vhodné jsou zejména velmi krátké testy do 5 minut, které umožňují včasnou detekci mírné kognitivní poruchy nebo demence, zhodnocení tíže poruchy i sledování jejího vývoje v čase. Tento článek představuje dva původní české a inovativní testy paměti: *Amnesia Light and Brief Assessment* (ALBA) a písemná

verze testu Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV). Test ALBA zahrnuje dvě zkoušky – opakování věty a předvedení gest, které má vyšetřovaný vzápětí vybavit. V testu POBAV má vyšetřovaný nejprve napsat názvy 20 obrázků a zároveň si je zapamatovat, protože si je má pak vybavit a znovu napsat co nejvíce z nich během jedné minuty. Obě metody jsou jednoduché na provedení i vyhodnocení, jsou certifikovány Ministerstvem zdravotnictví ČR a slouží k rychlému záchytu počínajících poruch paměti. Testování ALBA a POBAV je hrazeno ze zdravotního pojištění pomocí kódu 01210 – Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře. Mohou být také využívány pro předpis kognitivních praktických lékařů. Pro správné provádění, vyhodnocování a interpretaci obou testů jsou na internetových stránkách www.abadeco.cz volně dostupné záznamové archy, české normy, odkazy na publikace, videoukázky testování reálných pacientů, dva online kvízy pro uživatele a odkazy na elektronické vzdělávací kurzy ke každému testu za 2 kredity od České lékařské komory na vzdělávacím portálu <https://medicinskevzdelavani.cz/alba> a <https://medicinskevzdelavani.cz/pobav>.

Motta:

„V jednoduchosti testů ALBA a POBAV je krása, ale jsou za ní roky dřiny.“

„Kouzlo testů ALBA a hlavně POBAV spočívá v počtu položek k zapamatování a jejich krátkém trvání.“

Úvod

Praktičtí lékaři vyšetřují stále větší podíl starších osob v čím dál vyšším věku. Tento trend bude postupně ještě zřetelnější. Mezi těmito staršími pacienty se dá očekávat vyšší procento těch, kteří mají poruchy paměti a další potíže v **kognitivních funkcích**. Mezi ně řadíme kromě paměti také řeč, plánování a organizování, zrakově prostorové schopnosti a další. O **mírnou kognitivní**

Tabulka 1: Kategorizace kognitivních syndromů podle vztahu kognitivních funkcí a soběstačnosti

1) Subjektivní stížnosti na poruchy paměti + normální kognitivní funkce podle testování	
2) MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA	3) DEMENCE
- sami si stěžují na poruchu paměti nebo pozorují blízké osoby paměťové funkce jsou sniženy objektivně, tj. pomocí testů nejsou narušeny aktivity běžného života (soběstačnost), žijí běžný život, nemají demenci - po zvážení mohou řídit motorová vozidla	- postižení v jakékoli jedné či více kognitivních doménách, nejčastěji paměti nižší kognitivní výkon proti minulosti - kognitivní deficit narušuje běžné, sociální nebo pracovní činnosti jedince - proto jsou závislí na pomoci druhých osob - pacienti s pouze lehkou demencí mohou řídit motorová vozidla až po příznivém dopravně-psychologickém vyšetření - pacienti se středně těžkou a těžkou demencí nemohou řídit motorová vozidla

poruchu (MKP) se jedná, pokud je postižení kognitivních funkcí mírné a ještě zásadně neovlivňuje běžné denní činnosti. Jako **demenci** označujeme stav, kdy mají pacienti natolik velké problémy s kognitivními funkcemi, že tyto potíže narušují běžný život, selhávají v činnostech, dodržování schůzek apod. a stávají se závislými na pomoci druhé osoby. Rozdíl mezi mírnou kognitivní poruchou a demencí je znázorněn v *Tabulce 1*.

Rozlišení obou syndromů má význam i v **posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel**. Podle platné legislativy mohou pacienti s mírnou kognitivní poruchou jakékoli etiologie nadále řídit. U osob s mírnou demencí je řízení osobního automobilu možné pouze při doložení kladného výsledku dopravně psychologického vyšetření. Pacienti se středně těžkou či těžkou demencí nejsou k řízení motorových vozidel způsobilí. U obou syndromů se zhorší dodržování pokynů praktického lékaře jak při diagnostice, tak při léčbě různých onemocnění. Pacient s nepoznanou poruchou paměti nebude správně chodit na vyšetření

a brát léky. Zapomene užívat důležité léky, což může vést k dekompenzované hypertenzi, diabetu nebo např. k nemožnosti nastavení adekvátní antikoagulační léčby. Rozdíly pacientů s a bez poznané poruchy paměti vystihuje *Obrázek 1*.

Rozvoj demence je také ovlivněn řadou cévních rizikových faktorů. Při brzy rozpoznané kognitivní poruše můžeme včas snižovat riziko jejich adekvátní léčbou a poradenstvím (hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipidémie, kouření aj.). Význam časného zachytu ještě více vzroste s příchodem nové biologické léčby Alzheimerovy nemoci pomocí monoklonálních protilátek, které budou určeny pro pacienty s MKP a lehkou demencí. Další okolnosti jsou v *Tabulce 2*. Z těchto více důvodů je tedy žádoucí vyšetřovat paměť a kognitivní funkce.

Je známou skutečností, že **poruchy paměti se někdy nedají zjistit z běžného rozhovoru**, který navzdory tomu může probíhat normálně a plynule. Řada pacientů trpí ztrátou náhledu a neuvědomuje si své poruchy

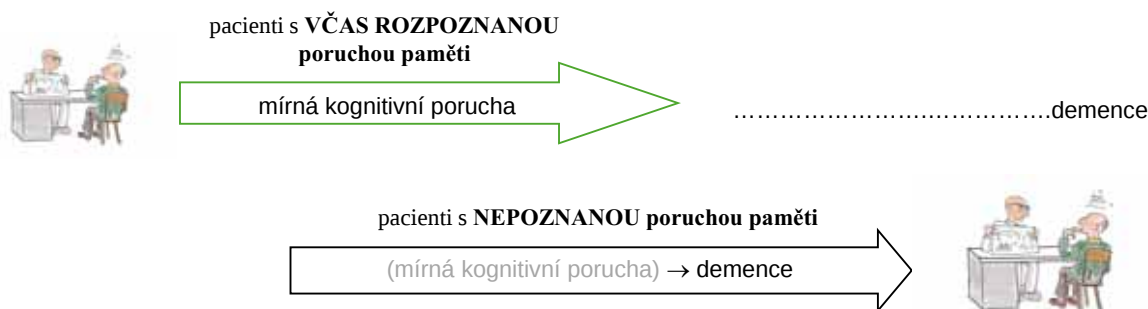
Obrázek 1: Srovnání pacientů se zjištěnou a nepoznanou poruchou paměti a proč se vyplatí vyšetřovat paměť včas

Pacienti s VČAS ROZPOZNANOU poruchou paměti:

- včasná diagnostika a adekvátní léčba včetně biologické pomoci monoklonálních protilátek u Alzheimerovy nemoci
- prevence a včasné ovlivňování rizikových faktorů demencí: hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipidémie, kouření aj.
- oddálení a snížení rizika přechodu do demence se ztrátou soběstačnosti a závislosti na pomoci od druhé osoby
- vysvětlení různých selhání pacientů v běžném životě (nedodržování dohodnutých činností a úkolů, termínů schůzek, zabloudění, neschopnost ovládat spotřebiče, ztráta empatie a motivace aj.)
- podpora při správném užívání léků (příprava léků, dávkovače léků, dohled nad užíváním léků)
- společné cestování a doprovod při cestách
- dohled nebo převzetí finančních záležitostí, omezení v hospodaření s penězi, prevence ve finančním zneužití pacientů
- plánovaná příprava v rodině v případě dalšího zhoršování

Pacienti s NEPOZNANOU poruchou paměti:

- pozdní diagnostika a adekvátní léčba kognitivní poruchy
- nedodržuje termíny kontrol, na které je objednan
- špatně užívají léky:
 - a) zapomenou si vzít lék (dekompenzovaná hypertenze, nekrytá fibrilace síní antikoagulační nebo cukrovka → iktus, zhoršení celkového stavu)
 - b) omylem užívají větší dávku léků (zapomenou, že už je jednou vzali, vezmou si jednorázově všechny léky na den, nedodržují správné množství a intervaly při antibiotické léčbě)
- opakovaně volají o recepty
- mají zmatek v léčbě a jejich vyzvedávání
- překvapením jsou deliria pooperační, při infekcích
- zaskočená rodina při péči o pacienta
- opakují se vyšetření
- zvyšuje se riziko medicínských chyb při chybějících informacích



Obrázek názorně porovnává situaci pacientů s včas rozpoznanou a nerozpoznanou poruchou paměti. Ukazuje, že včasná diagnostika umožňuje nejen cílenou léčbu a prevenci rizikových faktorů demence, ale také podporu soběstačnosti, správného užívání léků a plánování budoucí péče. Naopak u pacientů s nerozpoznanou poruchou paměti dochází k častému selhávání v léčebném režimu, zmatenosti v užívání léků, opakovaným hospitalizacím či vyššímu riziku medicínských chyb. Grafické schéma tak zdůrazňuje zásadní význam časného zachytu kognitivních poruch pro pacienta, jeho rodinu i zdravotnický systém.

Tabulka 2: Kdy vyšetřovat paměť

Vyšetření paměti provádíme za těchto okolností:

- pacient nebo jeho okolí si stěžují na poruchy paměti
- pacient neodpovídá přiléhavě, zapomíná na kontroly, neplní režimová opatření
- k průkazu kognitivní poruchy pro předpis kognitiv u Alzheimerovy nemoci
- v rámci screeningu
- pacient byl odeslán k vyšetření paměti jiným lékařem
- po mozkovém poškození jakékoli etiologie

paměti. Proto je třeba paměť pacientů speciálně vyšetřit. K tomu slouží kognitivní testy, které používáme k detekci kognitivní poruchy (MKP či demence), ke zhodnocení její tíže a sledování vývoje.

Proto jsme pro praktické lékaře připravili dvě přehledové publikace, jakými krátkými testy je možné vyšetřit paměť a další kognitivní funkce. Navazují na nedávné informace ze 3. čísla *Practicus* 2025 o screeningovém programu týkajícím se časného zachytu demence v ordinaci praktického lékaře. První a korespondující autor přitom vychází ze svých bohatých zkušeností, protože se tématu kognitivního testování věnuje dlouhodobě. Vyvinul původní české testy a významně se podílel na převodu testů ze zahraničí do českého prostředí. Pro praktické lékaře jsme si v tomto článku vybrali jen takové testy, které trvají do 5 minut, aby je mohli sami zvládnout provést při náporu velkého množství pacientů a mnoha povinností.

V tomto prvním článku jsme se zaměřili na původní české a inovativní testy *Amnesia Light and Brief Assessment* (ALBA) a *Písemné pojmenování obrázků a jejich vybavení* (POBAV), abychom tím přispěli k většímu povědomí o nich.

Ve druhém sdělení se budeme věnovat českým verzím zahraničních testů a dalším metodám používaných v ČR. Přehled testů, časová náročnost a rozsah paměťové škály jsou na *Obrázku 2*.

Nyní si představíme dva certifikované testy, *Amnesia Light and Brief Assessment* (ALBA) a *Pojmenování obrázků a jejich vybavení* (POBAV), které mohou abnormálními výsledky upozornit na MKP. Jsou určeny k jednoduchému vyšetření paměti přímo v ordinaci praktického lékaře, aniž by byly potřeba nějaké speciální pomůcky. Jejich

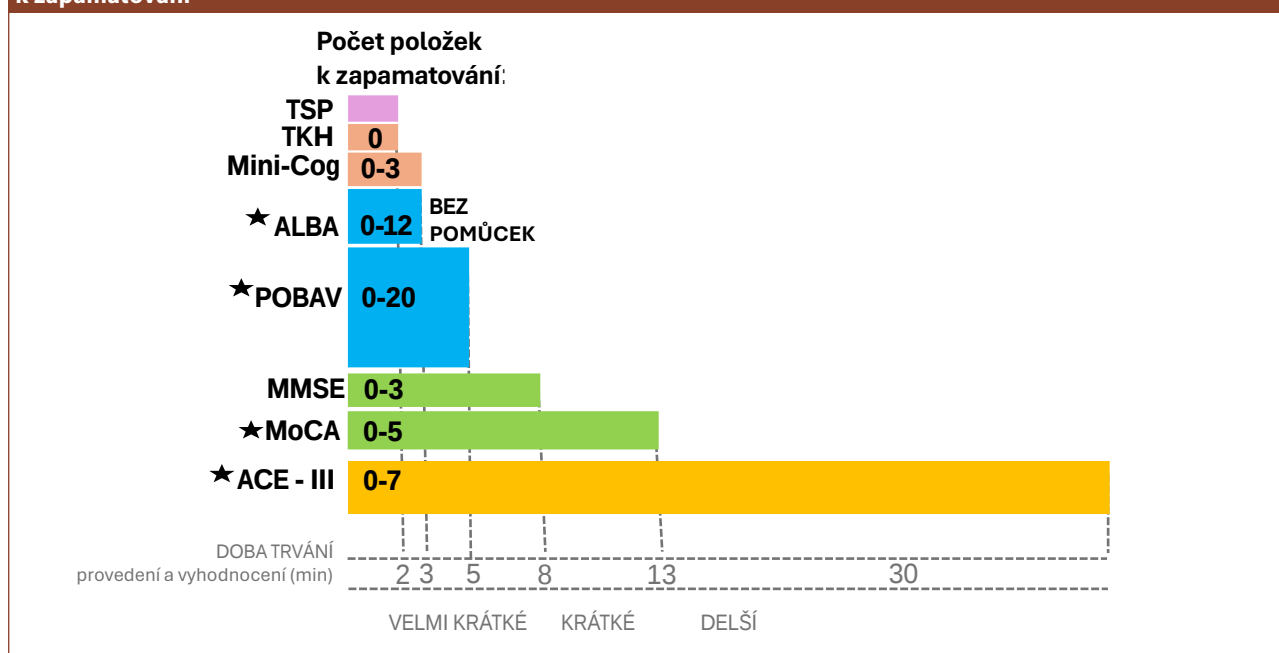
hlavní výhodou je velmi krátká doba trvání a snadné provedení i vyhodnocení, které zvládne i proškolená zdravotní sestra.

Certifikovaný test *Amnesia Light and Brief Assessment* se zkratkou ALBA pro rychlé vyšetření paměti v klinické praxi

Původní český a inovativní test *Amnesia Light and Brief Assessment* se zkratkou ALBA z počátečních písmen je unikátní snadno proveditelná (proto v názvu Light) a tříminutová (Brief) zkouška (Assessment), která může upozornit na poruchy krátkodobé a epizodické paměti (Amnesia). Tato metodika **certifikovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR** od roku 2024 představuje jednoduchý a časově nenáročný nástroj pro včasné zachycení mírných poruch kognitivních funkcí. Dvě zábavné zkoušky sdružené do testu ALBA spočívají v tom, že po zopakování věty a předvedení gest se vzápětí má obojí vybavit. Podrobnější vysvětlení testu ALBA zachycuje schéma na *obrázku 3* a ukázkové vyplnění záznamového archu na *obrázku 4*. Hlavní výhoda testu ALBA je to, že je **velmi krátký (2–3 minuty), není třeba žádných pomůcek a dá se provést dokonce z hlavy i bez záznamového archu**. Lze jím snadno vyšetřit také ležící nebo slabozraké pacienty. Protože je test náročný, zachytí časné kognitivní deficity.

Paměť podle testu ALBA hodnotíme podle paměťového skóru ALBA, který vzniká jako součet počtu správně vybavených gest a slov věty. Paměť jedince tedy můžeme hodnotit podle tohoto skóru v širším rozsahu 0–12 bodů (maximálně šest slov a šest gest). **Hraniční hodnota paměťového skóru ALBA se dobře pamatuje podle mnemotechnické pomůcky 50 % z maxima. Hraniční skór šest bodů platí pro osoby starší 50 let bez**

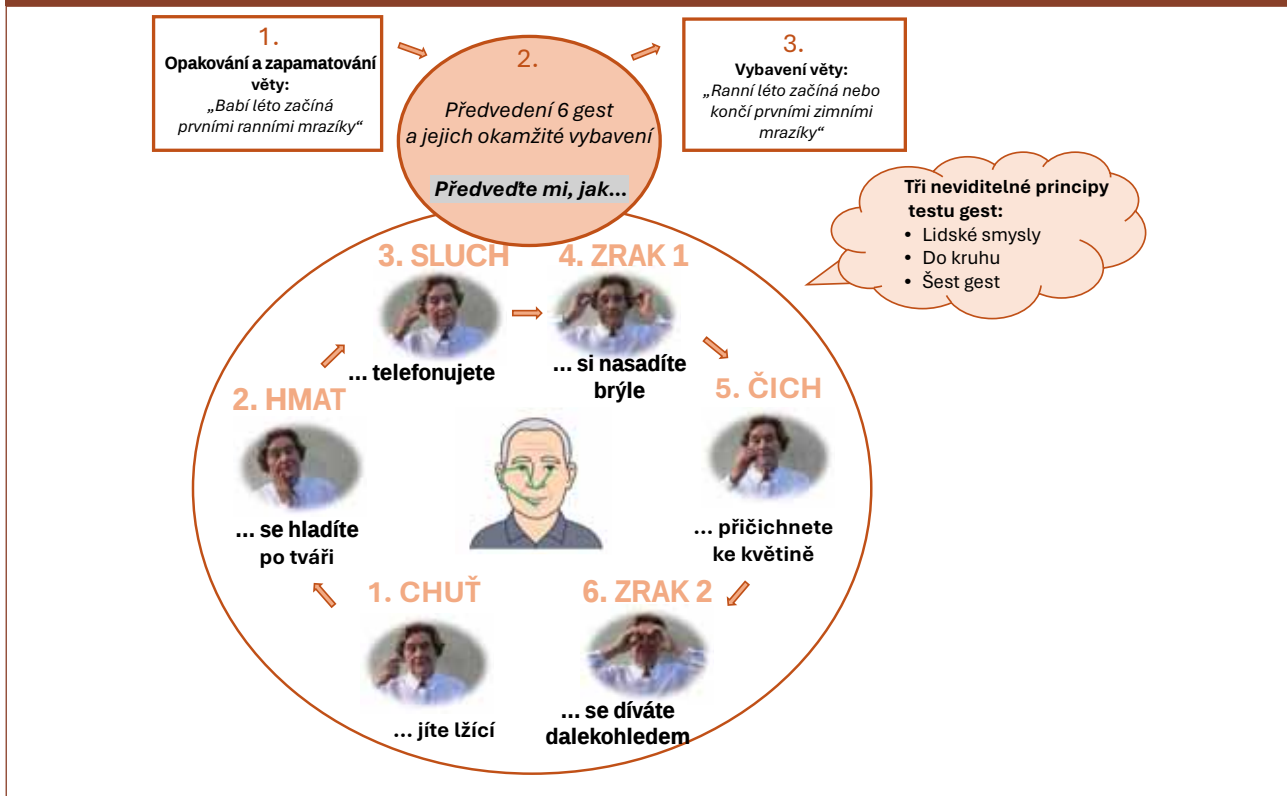
Obrázek 2: Přehled kognitivních testů podle časové náročnosti jejich provedení a vyhodnocení a počtu položek k zapamatování



Vhodné testy k detekci mírné kognitivní poruchy jsou označeny hvězdičkou*.

TSP – Test slovní produkce, TKH – Test kreslení hodin, ALBA – *Amnesia Light and Brief Assessment*, POBAV – *Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení*, MMSE – *Mini Mental State Exam*, MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*, ACE-III – *Addebrooke's Cognitive Examination*, 3. verze

Obrázek 3: Schématické znázornění průběhu testu Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)



Test ALBA začíná a končí zopakováním a vybavením věty, mezi nimiž pacient předvádí a pak bezprostředně vybavuje šest gest. Ta symbolizují lidské smysly k vyšetření epizodické a krátkodobé paměti. Jsou v pořadí, jako by byly uspořádány do kruhu od úst (1. chuť – jíte lžící) přes tvář (2. hmat – hladíte se po tváři), ucho (3. sluch – telefonujete), oči (4. zrak – nasadíte si brýle) k nosu (5. čich – přičichnete ke květině). Nakonec se přidává gesto týkající se znovu zraku (6. díváte se dalekohledem).

maturitního vzdělání, zatímco pro osoby s maturitním a vyšším vzděláním jsou nároky nepatrně vyšší se skóre nejméně sedmi bodů. Vliv věku je u těchto osob starších 50 let menší až zanedbatelný. Rozlišení tíže kognitivní poruchy podle bodů paměťového skóru v testu ALBA je přehledně uvedeno v *Tabulce 3*. Test ALBA a jeho české normy je možné stáhnout z internetových stránek www.abadeco.cz. Zde jsou také dvě online kvízové sady pro uživatele testů k ověření znalostí o testu, možnost vidět testování ALBA v reálné praxi pomocí videovýšetření více pacientů na kanálu YouTube Aleš Bartoš. Test je možné se naučit jako samouk z odkazů na vzdělávací elektronický kurz na stránkách www.abadeco.cz nebo za 2 kredity pro lékaře na vzdělávacím portálu <https://medicinskevzdelavani.cz/alba>.

Certifikovaný test Pojmenování obrázků a jejich vybavení se zkratkou POBAV pro rychlé vyšetření paměti v klinické praxi

Pojmenování obrázků a jejich vybavení se zkratkou POBAV je původním českým a inovativním testem, jehož smyslem je rychle prověřit současně **více kognitivních funkcí: psané pojmenování obrázků, dlouhodobou sémantickou a krátkodobou paměť.** Název vystihuje hlavní obsah testování a z klíčových písmen vznikla zkratka POBAV (Pojmenování OBRázků A jejich Vybavení). Tato **metodika certifikovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR** od roku 2017 představuje jednoduchý a časově nenáročný nástroj pro včasné

zachycení mírných poruch kognitivních funkcí. Úkolem vyšetřovaného je napsat názvy 20 obrázků jedním slovem a zároveň si je zapamatovat. Vzápětí je požádán znovu napsat názvy obrázků, na které si vzpomene. Obrázky pojmenovává bez časového omezení, na vybavení má jednu minutu. Obrázky jsou černobílé, a proto je kognitivně náročnější je rozpoznat a pojmenovat. Test POBAV je jednoduše proveditelný kýmoli bez zvláštních zkušeností po krátkém zácviku. Přitom **je náročný pro vyšetřovanou osobu, takže u něj může zachytit jemné deficity.** Mezi jeho hlavní výhody patří možnost vyhodnotit více kognitivních funkcí najednou v rámci jednoho testu **v krátkém čase 4–5 minut**, přičemž většinu úkonů (písemné pojmenování, písemné vybavení) provádí pacient samostatně a lékař se věnuje jen zadání testu a jeho vyhodnocení. Během samostatného pojmenovávání a vybavení obrázků pacientem **vzniká volný časový prostor pro administrátora**, např. k odeslání receptu nebo dopsání lékařské zprávy.

Pro testování je potřeba časomíra a předtištěný záznamový arch s obrázky. Na *Obrázku 5* je vyplněný a vyhodnocený záznamový arch pro dveřní verzi testu POBAV. Trvalý písemný záznam je výhodný nejen jako ukázka pro doprovázející osoby i samotného pacienta bezprostředně po vyšetření, ale také pro budoucí srovnání vývoje písma i skóre. V průběhu vývoje byly vytvořeny tři verze testu s pojmenováním podle prvních obrázků (ježková, opičí a nejnáročnější na pojmenování *dveřní*). Je prokázána spolehlivost paralelní ježkové

Obrázek 4: Vyhodnocený záznamový arch testu Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)

Velmi rychlý test ALBA (Amnesia Light and Brief Assessment)

Jméno a příjmení: _____ Ročník: _____ Datum: _____

Soustředte se také na chování a slovní komentáře pacienta během testování.
Such můžete před testováním ověřit opakováním čísel 941-726-583 nahlas. Slyší všechna? 1-ano, 0-ne

1A. TEST VĚTY (VĚTEST) – OPAKOVÁNÍ A VŠTÍPENÍ

Administrace: Po instrukci zřetelně řekněte větu s jasným oddělováním slov. Poté ji opakuje vyšetřovaná osoba. Na výzvu žádná slova neopakuje, jen žadeje, na co si vzpomene. Správně zopakovaná slova zapíše jako „1“ nebo „2“ do prvního řádku „Opakování“.

INSTRUKCE: „Nyní Vám řeknu jednu krátkou větu pouze jedenkrát. Snažte se ji zapamatovat. Já se na ni za chvíli znovu zeptám. Zapamatujte si a zopakujte přesně tuto větu.“ (Kratičká pauza) „... Po vyslovení věty: „Teď Vy.“

Věta ALBA 1:	Babí	léto	začíná	prvními	ranními	mrazíky	Počet správných slov
OPAKOVÁNÍ (0/1)	1	1	1	0	1	1	6 / 6
VYBAVENÍ (0/1)	0	1	0	0	0	1	2 / 6

Normy pro počty správných slov věty Opakování: 5–6 slov věty Vybavení: 3–6 slov věty

Hodnocení: Pokud použije špatné slovo při opakování a stejné slovo při vybavení (např. jarními), počítejte jako chybu. Slovo uznáme jako správné, pokud je zcela shodné a současně ve správném pádu. Přeházený slovosled nevadí. Nelze uznat např. začínají první ranní, první mrazíky začínají.

1B. TEST GEST (TEGEST)

INSTRUKCE: „Teď mi budete předvádět šest gest, jakousi pantomimu, která se bude týkat ruky nebo hlavy. Předvedte mi, jak...“

Gesta ALBA 1:	líte lžici	se hladíte po tváři	tele- / fanujete	si nosíte brýle	přichýčnete ke květině	se díváte dalekohledem	Počet správných gest
PŘEDVEDENÍ (✓/x)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6 / 6
VYBAVENÍ (0/1)	1	1	1	1	1	1	6 / 6

Normy pro počty správných gest Předvedení: 6 gest Vybavení: 3–6 gest

Hodnocení: Za každé správné předvedené nebo vybavené gesto přidělte 1 bod. Gesto je vybaveno, pokud je BUO správně znovu předvedeno NEBO správně slovy popsáno. Maximum je 6 bodů za 6 správných gest.

1B. TEST VĚTY (VĚTEST) – VYBAVENÍ **ALBA: 4/2 + 5/3**

INSTRUKCE: „Nyní mi znovu řekněte větu, kterou jsme se spolu učili na začátku.“

Administrace: Vyhodnocení zapíše do druhého řádku „Vybavení“ u VĚTESTU.

Norma skóru ALBA pro součet výsledků z obou testů je 6–12 bodů (tedy alespoň 50 % maxima), mírná porucha 4–5 bodů a závažná porucha 0–3 body

POČET BODŮ CELKEM 5 / 12

prof. Bartoš ©, test ALBA, 19.1. 2023

Při vštípení věty pacient jedno slovo vynechal a druhé zopakoval špatně („jarními“), což je nejčastější chyba. Skórujeme tedy 6–2= 4 body. Při vybavení věty byla pouze 2 správná slova ve správném pádu.

Při předvádění gest pacient nepochopil a nepředvedl gesto telefonování, takže tuto část skórujeme 5 body. Při vybavení gest správně ukázal a popsal 2 gesta (hlazení po tváři a čichání ke kytce), jedno gesto správně popsal slovy (dalekohled), ale nepředvedl (započítáváme jako správně vybavené gesto jedním bodem), dohromady tedy 3 gesta a body. Navíc vybavil 2 gesta, která vůbec nebyla v části předvádění, což jsou tzv. konfabulace (psaní, něco s bradou), které nijak nezohledňujeme ve skórování. Výsledek bychom do dokumentace stručně zapsali jako 4/2+5/2. Celkový paměťový skóre ALBA je součtem počtu správně vybavených slov věty a gest, tedy v tomto případě 2+3=5 bodů.

v pojmenování, jako jsou nepojmenované nebo nesprávně pojmenované obrázky. Vybavení se hodnotí podle počtu všech správně vybavených názvů obrázků. Při pojmenování obrázků by jedinci neměli udělat žádnou chybu. Tolerujeme nejvýše jednu chybu. Důvod je ten, že do *dveřní* sady byly vybrány jen takové obrázky, u kterých byla zjištěna vysoká shoda mezi očekávaným názvem a skutečně použitým názvem obrázku u 90–100 % z 5290 běžnými osobami v Čechách a na Moravě ve věku 11–90 let a se vzděláním 8–28 let. Ve fázi vybavení názvů obrázků by si měl jedinec vzpomenout a napsat nejméně třetinu z maxima 20 obrázků ($0,33 \times 20 = 6-7$), tedy obvykle mezi 5–7 názvy obrázků v závislosti na věku, vzdělání a pohlaví. **Pro praktické účely stačí si zapamatovat jako hraniční počet 6 správně vybavených názvů obrázků** podobně jako 6 bodů v testu ALBA. Rozdělení tíže postižení kognitivních funkcí podle

a opičí formy, což podporuje jejich využití pro opakované měření kognitivních funkcí.

Výsledky se hodnotí samostatně pro pojmenování a vybavení. U pojmenování se hodnotí počet chyb

skóre v testu POBAV je přehledně sepsáno v *Tabulce 3*. Vysoká náročnost testu POBAV zabraňuje stropovému efektu při vybavování obrázků, tedy situaci, kdy větší na osob dosahuje vysokého nebo maximálního skóre.

Tabulka 3: Rozdělení skóre testů ALBA a POBAV na normální, mírně a zřetelně abnormální

Mírná porucha kognitivních funkcí odpovídá přibližně mírné kognitivní poruše, závažná porucha kognitivních funkcí demenci, ale nejsou to synonyma, protože v diagnostice syndromů je důležitá míra soběstačnosti. Upozorňujeme, že se jedná o rozdělování pouze podle skóre testů. Při posuzování osoby je však třeba vycházet z komplexního vyšetření, především současně z hodnocení soběstačnosti. Tabulka vychází ze skutečných dat v příslušných publikacích, kde lze najít přesnější normy a rozložení skóre podle percentilů.

Test, počet osob a zdroj norem		Norma (přibližně vyšší než 16. percentil)	Mírná porucha kognitivních funkcí (přibližně 2.–16. percentil)	Závažná porucha kognitivních funkcí (přibližně nižší než 2. percentil)
ALBA (n=560, Bartos a Diondet, 2024)	Bez maturity	12–6 bodů	4–5 bodů	0–3 body
	S maturitou	12–7 bodů	4–6 bodů	
dveřní POBAV (n=260, zatím nepublikováno)	Pojmenování	0–1 chyba	2–3 chyby	4 a více chyb
	Vybavení	6 a více obrázků (hraniční 5–8 v závislosti na věku, vzdělání a pohlaví)	3–5 obrázků nebo přesněji až hraniční počet správně vybavených obrázků	0–2 vybavené obrázky
ježkový POBAV (n=965, zatím nepublikováno)	Pojmenování	0–1 chyba	2 chyby	3 a více chyb
	Vybavení	7 a více obrázků (hraniční 5–8 v závislosti na věku, vzdělání a pohlaví)	3–6 nebo přesněji až hraniční počet správně vybavených obrázků	0–2 vybavené obrázky

ALBA – Amnesia Light and Brief Assessment, POBAV – Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení

Obrázek 5: Vyhodnocený záznamový arch dveří verze testu Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)

1. Pojmenované (zapíše počet obrázků):

- chybné: 7+2 • vůbec: 2
- sémantické parafraze: knoflík, květina, vzducholoď, světelná signalizace, zvěšovací sklo, panák, dáma
- fonémické parafraze: jefab, Eskymaak
- vůbec nepojmenované: totem, vodopád

počet CHYB v pojmenování: 11

2. Vybavené celkem: 8

A) **poněkud špatně**:

- pojmenovaný špatně a vybavení stejné nebo správné: panák, ponorka
- nepojmenovaný a přesto vybavení: 0 – totem
- s chybným nebo přetvářejícím příměrem, když jinak slovo dává význam správně vybaveného obrázku – volan, zde už nejde ani tolik o správné pojmenování jako o správné vybavení

B) **odpověď ano**:

- nezapomenutí (konfabulace): člověk, svíčka, topení
- opakující se (počítá se jako jeden): panák

počet SPRÁVNĚ vybavených obrázků (po odečtu chyb): 4

Vysvětlivky k pojmenování:

1, 13, 18 – sice porušuje pravidlo jednoslovného pojmenování, ale víceřádkový název obsahuje klíčové slovo „dveře“, „dort“ či „plot“, takže je uznáváme jako správné pojmenování

7, 14 – světelná signalizace, zvěšovací sklo – víceřádkový název neobsahuje správný název pojmenování daného obrázku

2, 3 – vidlička a globus (a krátkým o) jsou správné, nehodnotíme gramatické znalosti

prof. Bartoš C, test POBAV certifikovaný MZ ČR 2012, ke stažení na www.abadeco.cz, 2.8.2023

Vidíme dva obrázky nepojmenované vůbec a 9 obrázků pojmenováno chybně. Výsledkem této části je 11 chyb pojmenování (9 + 2). Pacient vybavil celkem 8 názvů obrázků, z toho 3 konfabulace a 1 název obrázku se opakoval, což odečteme od celkového skóru. Výsledkem této části vybavení jsou 4 správně vybavené názvy obrázků. Nakonec výsledek testu POBAV zapisujeme stručně jako dvě čísla oddělená lomítkem 11/4

oběma testy poskytují i trhací bloky s formuláři od firmy Schwabe k vyžádání zasláním na email monika.taterova@schwabe.cz.

Oba testy ALBA a POBAV jsou uvedeny jako **vyšetřovací možnost v doporučených postupech pro praktické lékaře**. Doporučujeme je kombinovat, protože každý měří něco jiného a přináší odlišné pohledy na kognitivní funkce jedince. Dohromady vyšetření a vyhodnocení zabere pouhých 6–8 minut. Jedná se o podobný čas jako testování Mini-Mental State Examination, ale testy ALBA a POBAV zachycují již mírné kognitivní deficity. Provedení a vyhodnocení testů ALBA a POBAV je hrazeno zdravotními pojišťovnami pod kódem 01210 - Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře. Díky **většímu počtu položek k zapamatování (12 slov a gest u testu ALBA a 20 obrázků (!) u testu POBAV)** jsou však citlivější k zachytu počínajících poruch paměti než Mini-Cog, který využívá pouze 3 slova. Kombinace testů ALBA nebo POBAV s Mini-Cogem je praktická i proto, že test kreslení hodin rozšiřuje vyšetření o zrakově-prostorové a exekutivní funkce.

Většina osob nedosahuje maximálního skóre.

Při dlouhodobém sledování pozorujeme u některých pacientů tzv. houpačkový fenomén, což dobře vystihuje kognitivní protizměny jako překývnutí na kyvadlové houpačce. Postupně se zvětšuje počet chyb v pojmenování, a tedy progreduje porucha psané řeči a sémantické paměti. Zároveň se snižuje počet správně vybavených názvů obrázků, a tedy progreduje porucha krátkodobé paměti. Test POBAV a jeho české normy je možné stáhnout z internetových stránek www.abadeco.cz. Zde jsou také dvě online znalostní testy pro ověření znalostí o testu a možnost vidět testování ALBA v reálné praxi pomocí videovýšetření více pacientů na kanálu YouTube Aleš Bartoš. Test je možné se naučit jako samouk z odkazů na vzdělávací elektronický kurz na stránkách www.abadeco.cz nebo za 2 kredity pro lékaře na vzdělávacím portálu <https://medicinskevzdelavani.cz/pobav>.

Společné využití obou certifikovaných testů ALBA a POBAV

Společné využití testů ALBA a POBAV nabízí rychlé a efektivní rozpoznání kognitivních poruch, zejména MKP v různých klinických situacích. Testy ALBA a POBAV jsou metodikami certifikovanými Ministerstvem zdravotnictví ČR a jsou validizovány v českých i zahraničních publikacích. Zjednodušení vyšetření

Jak testy ALBA a POBAV používat v klinické praxi praktického lékaře? Ve schématu na Obrázku 6 navrhujeme jeden z možných postupů, který praktickému lékaři poskytuje jednoduchý a systematický návod pro rozhodování v běžné klinické praxi. Tento algoritmus je hlavně zaměřen na rychlý průkaz kognitivního deficitu vzhledem k vysokému počtu pacientů, které lékaři musí odbavit. Pro první zjištění kognitivních funkcí je vhodné zvolit **testy, které jsou velmi krátké a zároveň náročné**. Takovými metodami pro praktické lékaře je kombinace testů Mini-Cog, ALBA a POBAV. Podle kombinace jejich výsledků může být kognitivní porucha přítomna s různou mírou pravděpodobnosti. Pokud se těmito testy zjistí abnormální výsledky, pak je kognitivní porucha **vysoce pravděpodobná**. Naopak pokud ve všech testech jsou normální skóre, je kognitivní porucha **vysoce nepravděpodobná** až na výjimky. U **nejednoznačných nebo nejasných nálezů** nebo v určitých situacích je vhodné rozšířit nebo opakovat testování, odeslat do ambulance specialisty, kognitivního centra, nebo na neuropsychologické vyšetření podle aktuální a lokální situace. Pětičárový test obrazové produkce a test slovní produkce zvířat představíme v pokračujícím díle o kognitivních testech. **Testy ALBA a POBAV** jsou také výhodné pro **monitorování průběhu kognitivních funkcí a pro předpis kognitiv**, kdy je použití nějakého testu povinné podle kritérií pojišťoven.

Na rozdíl od zahraničních testů **mají** v ČR testy **ALBA**

a **POBAV trvalou informační a metodickou podporu** od jejich autora k jejich správnému používání (záznamové archy, návody ke správné administraci a vyhodnocení, edukační videa, trhací bloky, publikace, školení, praktický nácvik aj). Každý test je možné **se naučit pomocí elektronického vzdělávacího kurzu**. Kurz se věnuje správnému provádění, hodnocení i interpretaci testu krok za krokem, přičemž upozorňuje na časté chyby, kterých se lékaři mohou dopustit. Kurz také obsahuje samovyšetření účastníka příslušným testem, videotestování skutečných pacientů, praktické rady od zkušených odborníků a několik interaktivních otázek k ověření získaných znalostí.

Pokud je pacientovi administrován tentýž test opakovaně, mohou být výsledky zkresleny tzv. efektem učení. Při opakovaném testování totiž může daná osoba dosáhnout lepších výsledků, protože si bude zadání pamatovat z předchozích testování. Tomu lze zabránit použitím alternativní verze, která má stejné psychometrické vlastnosti jako verze původní, ale má jiné znění jednotlivých položek testu. Proto jsou k dispozici také dvě alternativní verze obou testů.

Další informace o testech ALBA a POBAV je možné najít v předchozích publikacích uvedených v literatuře a na www.abadeco.cz.

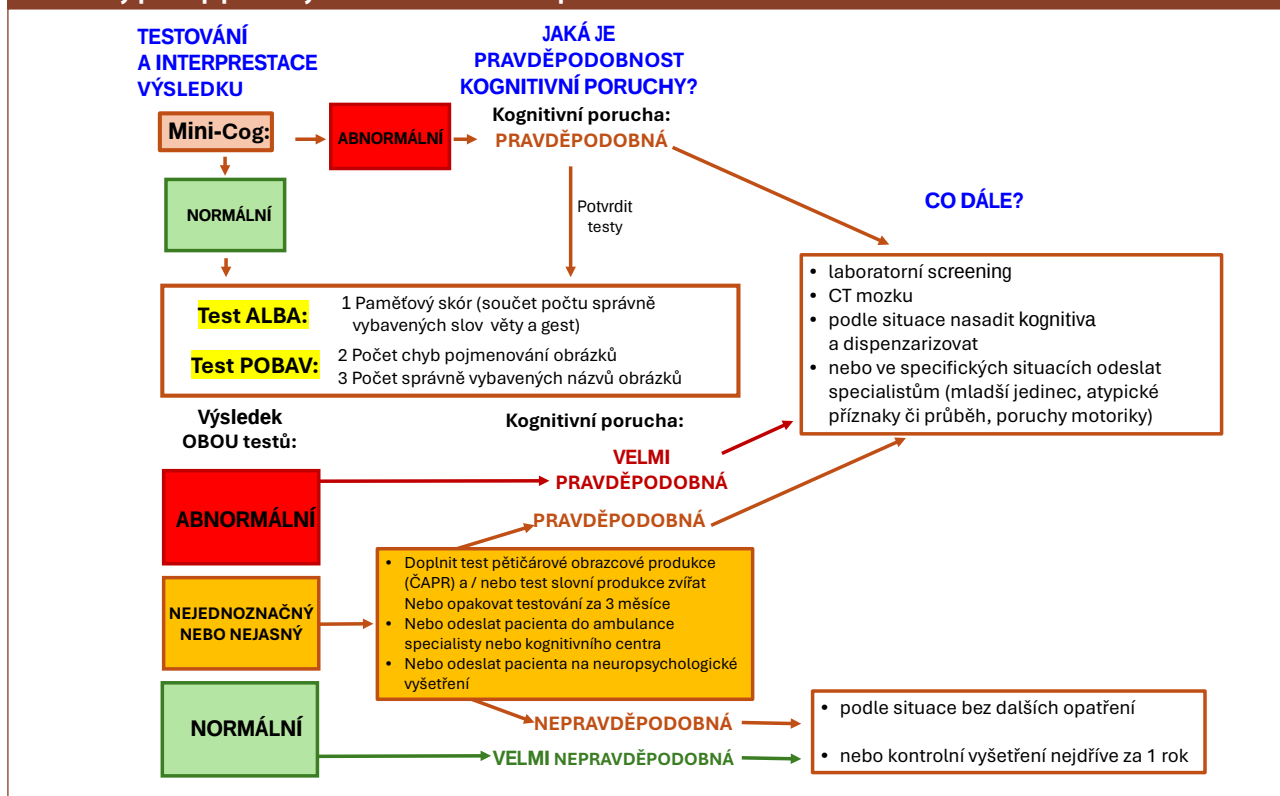
Indikace kognitiv podlé obou certifikovaných testů ALBA a POBAV

Nově od roku 2025 je možné použít **oba certifikované testy k objektivnímu průkazu postižení kognitivních funkcí pro předpis inhibitorů acetyl-**

cholinesterázy (IACHe: donepezil, rivastigmin, galantamin) a memantinu, protože byla zrušena vazba na jediný test *Mini-Mental State Examination* (MMSE). **Smyslem jejich využívání pro tento účel je zahájit a končit léčbu kognitiv dříve než při používání MMSE.** V České republice jsou IACHe a memantinu hrazeny z veřejného zdravotního pojištění až při diagnóze demence v rámci Alzheimerovy nemoci. K jejich úhradě je vyžadován objektivní průkaz poruchy kognitivních funkcí i narušení schopností v oblasti aktivit běžného života. Obě lékové skupiny nasazujeme postupně, **IACHe pro lehkou a středně těžkou demenci, memantinu ve středně těžké a těžké demenci, možná je i kombinace obou, a to u středně těžké demence.** Autoři se domnívají, že by bylo vhodné zvážit možnost nasazení této léčby již ve stádiu MKP, kdy by včasná intervence mohla přispět ke zpomalení progresu onemocnění a zachování funkční autonomie pacienta. Pojišťovna však v tomto stádiu nehradí IACHe pro nedostatek důkazů. Při včasném zachytu MKP způsobenou Alzheimerovou nemocí si pacient může zakoupit IACHe na vlastní náklady. Pro proplácení pojišťovnami je třeba paradoxně vyčkat na progresi a ztrátu soběstačnosti, a tedy rozvoj demence.

V předchozích již neplatných indikačních kritériích pro preskripci IACHe byly stanoveny číselné prahové hodnoty skóre MMSE. Pokud bychom měli postupovat analogicky s výsledky testů ALBA a POBAV, navrhujeme následující postup. **Návod k preskripci inhibitorů acetylcholinesterázy a memantinu podle stupně kognitivní poruchy, skóre ALBA a POBAV**

Obrázek 6: Schéma postupu praktického lékaře při vyšetření kognitivních funkcí: volba testů, jejich interpretace a následný postup podle výsledku znázorněného pomocí barevného semaforu



ALBA – Amnesia Light and Brief Assessment, POBAV – Pojmenování OBRázků A jejich Vybavení

v souladu s novými kritérii pojišťovny od roku 2025 je **přehledně zpracován v Tabulce 4**. Lék ze skupiny IChE je hrazen u pacientů s potvrzenou diagnózou demence u Alzheimerovy choroby u lehké a střední demence, pokud jsou přítomny poruchy krátkodobé paměti současně v obou testech ALBA a POBAV. Porucha krátkodobé paměti je definována, pokud je **paměťový skór ALBA roven 6 bodům a méně** (hraniční skór odpovídá pravidlu 50 % maximálního skóru 12 bodů) **a současně vybaví 6 názvů obrázků a méně v testu POBAV** (hraniční skór odpovídá pravidlu třetiny z maximálního skóru 20 obrázků). *Tabulka 3* uvádí přesnější rozmezí skóre testů ALBA a POBAV, která slouží pouze jako orientační vodítko a nelze je považovat za závazná kritéria. Samotný počet bodů v testu nemusí odpovídat klinické realitě, která je ovlivněna rozmanitostí kognitivních poruch a řadou dalších faktorů s potenciálním dopadem na výsledek. Na počtu chyb v pojmenování v testu POBAV pro účely preskripce kognitiv nezáleží. Jedná se o dlouhodobou sémantickou paměť a psaný jazyk, které pravděpodobně IChE nebudou ovlivňovat. Zároveň je nezbytné doložit **nedostatečnou soběstačnost pacienta**. To lze provést **dvěma způsoby**: buď **rozhovorem** s pečující osobou, či blízkým příbuzným, který bude zaměřen na instrumentální aktivity běžného života, např. na schopnost samostatně užívat léky, cestovat, nakládat s financemi, ovládat telefon nebo spotřebiče, nebo **pomocí Dotazníku funkčního stavu (FAQ)** či dalších validovaných českých verzí zahraničních dotazníků zaměřených na soběstačnost, které jsou k volnému stažení na stránkách www.abadeoco.cz. Podle kritérií pojišťovny je třeba stav pacienta **hodnotit pravidelně v intervalu 3–6 měsíců**. Komplexní vyšetření zahrnuje opakování kognitivních testů ALBA a POBAV, posouzení neuropsychiatrických příznaků a aktivit denního života. **Léčbu IChE vysazujeme**, pokud při kontrolních vyšetřeních došlo k progresi do těžké demence se skóre testů ALBA a POBAV mezi 0–1.

Memantin je hrazen pojišťovnou **u středně těžké a těžké demence**. V těchto fázích demence bude **významnější posouzení nesoběstačnosti** než kognitivní testování. Pokud bychom přesto chtěli mít nějaká orientační vodítka podle skóre certifikovaných testů ALBA a POBAV, jednalo by se o paměťový skór ALBA přibližně v rozmezí 0–1 body a v testu POBAV 0–1 vybavený obrázek. **Léčbu memantinem vysazujeme**, pokud při kontrolních vyšetřeních nedošlo k efektu na neuropsychiatrické příznaky, nesoběstačnost nebo nesoběstačnost podle dotazníku FAQ s hodnocením blízkým 30 bodům, tj. 0 %.

Protože při předpisu kognitiv je důležité zohledňovat stupeň kognitivní poruchy a demence, předkládáme návrh orientační tabulky, která kombinuje soběstačnost podle dotazníku FAQ se skóre ALBA a POBAV s vymezením indikací pro kognitiva v *Tabulce 5*. Jedná se o nový návrh, který vznikl při tvorbě tohoto článku, takže ještě neprošel reálnou praxí. Proto je nutné ji považovat za orientační vodítko do praxe. Bude zřejmě řada situací, kdy soběstačnost nebude odpovídat skóre ALBA a POBAV. V těchto situacích bude třeba přihlížet k dalším faktorům.

Závěrečné shrnutí a doporučení pro klinickou praxi

- **Poruchy paměti ve vyšším věku jsou časté**, také velmi často **nepoznané** a mohou mít **závažné důsledky** včetně zhoršeného dodržování léčby a zvýšeného rizika komplikací komorbidních onemocnění.
- **Paměť je vhodné vyšetřovat** u starších pacientů opakovaně, zejména při podezření na kognitivní poruchu, potížích v komunikaci, nedodržování léčby, při podezření na syndrom demence či při předpisu kognitiv.
- Praktický lékař potřebuje **krátké testy** (do 5 minut), **jednoduché** a dostatečně **citlivé** pro zachycení **mírné** kognitivní poruchy.

Tabulka 4: Přehled preskripce inhibitorů acetylcholinesterázy (IChE: donepezil, rivastigmin, galantamin) a memantinu podle stupně kognitivní poruchy, skóre ALBA a POBAV v souladu s novými kritérii pojišťovny od roku 2025

Stadium	Skór ALBA (paměť, 0–12 bodů)	Skór POBAV (vybavené názvy, 0–20)	Lék	Úhrada pojišťovnou	Doplňující informace
Mírná kognitivní porucha (MKP)	4–5 bodů (bez maturity) 4–6 bodů (s maturitou)	3–5 obrázků	IChE (např. donepezil)	X Ne	Pojišťovna nehradí kvůli absenci důkazů; pacient si léčbu hradí sám
Lehká demence	4–5 bodů (bez maturity) 4–6 bodů (s maturitou)	3–5 obrázků	IChE	✓ Ano	Nutno doložit i poruchu soběstačnosti (např. rozhovor, dotazník FAQ), komplexní vyšetření každých 3–6 měsíců
Středně těžká demence	2–3 body	2–3 obrázky	IChE + memantin (možná kombinace)	✓ Ano	Nutno doložit nesoběstačnost, komplexní vyšetření každých 3–6 měsíců
Těžká demence	0–1 bod	0–1 obrázek	Memantin	✓ Ano	Rozhodující je míra nesoběstačnosti, skóre slouží jen orientačně; léčba se ukončuje při zhoršení

ALBA – Amnesia Light and Brief Assessment, POBAV – Pojmenování OBRázků A jejich Vybavení

Tabulka 5: Léčba kognitivní poruchy podle soběstačnosti v dotazníku FAQ a podle výsledků testů ALBA a POBAV

Schéma poskytuje základní orientaci, v individuálních případech však může být postup odlišný podle klinického úsudku.

		ALBA				POBAV		
		Mírná porucha kognitivních funkcí		Závažná porucha kognitivních funkcí		Mírná porucha kognitivních funkcí	Závažná porucha kognitivních funkcí	
Závažnost postižení	FAQ body	4-5 bodů (bez maturity)	4-6 bodů (s maturity)	2-3 body	0-1 bod	3-5 obrázků	2-3 obrázky	0-1 obrázek
Mírná kognitivní porucha	0 až 5	IACHe (např. donepezil), nehradí pojišťovna	IACHe (např. donepezil), nehradí pojišťovna	IACHe	netypické	IACHe (např. donepezil), nehradí pojišťovna	IACHe (např. donepezil), nehradí pojišťovna	netypické
Lehká demence	6 až 9	IACHe (např. donepezil)	IACHe (např. donepezil)	IACHe	IACHe	IACHe	IACHe	IACHe
Středně těžká demence	10 až 19	IACHe	IACHe	IACHe + memantin (možná kombinace)	Memantin	IACHe	IACHe + memantin (možná kombinace)	Memantin
Těžká demence	20 až 30	netypické	netypické	Memantin	Memantin	netypické	Memantin	Memantin

ALBA – Amnesia Light and Brief Assessment, POBAV – Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení, IACHe – inhibitory acetylcholinesterázy

- **Certifikované české testy ALBA a POBAV** splňují **potřeby praktických lékařů**, jsou dostatečně citlivé a rychlé, ke správné interpretaci mají **české normy**, jsou **certifikovány** Ministerstvem zdravotnictví a mohou být využívány **pro předpis kognitiv**.
- **Test ALBA** zahrnuje dvě zkoušky – opakování věty a předvedení gest, které si má vyšetřovaný vzápětí vybavit.
- V **testu POBAV** má vyšetřovaný nejprve napsat názvy 20 obrázků a zároveň si je zapamatovat, protože si je má pak vybavit a znovu napsat co nejvíce z nich během jedné minuty.
- Od 1.1.2026 je možné testy **ALBA a POBAV** používat a **vykazovat v rámci kódu 01210** (testování mentálních funkcí), kde dosud jediným testem byl MMSE. Test je tedy možné zvolit individuálně dle potřeb a vhodnosti pro konkrétního pacienta. Ke změně dochází i v rámci frekvenčního omezení. Praktický lékař může test provést (a vykázat) u pacienta, kde byl buď screening testem MiniCog pozitivní, nebo 1x ročně u pacienta se suspekci na kognitivní deficit, nebo 4x ročně u pacienta, kterého dispenzarizuje pro demenci.
- Testy ALBA a POBAV je možné **se samostatně naučit**. Pro správné provádění, vyhodnocování a interpre-

taci obou testů jsou na **internetových stránkách** www.abadeco.cz volně dostupné záznamové archy, české normy, odkazy na publikace, videoukázky testování reálných pacientů, dva online kvízy pro uživatele a odkazy na **elektronické vzdělávací kurzy ke každému testu za 2 kredity od České lékařské komory na vzdělávacím portálu** <https://medicinskevzdelavani.cz/alba> a <https://medicinskevzdelavani.cz/pobav>.

- Začlenění těchto testů do diagnostiky demencí v ordinaci praktického lékaře najdete v praktickém **elektronickém vzdělávacím kurzu Diferenciální diagnostika syndromu demence** <https://medicinskevzdelavani.cz/courses/130> od **MUDr. Astrid Matějkové**. Zde se naučíte rozpoznat typy demence, zvolit vhodné screeningové testy, zvažovat sekundární příčiny a nastavit léčbu pacientům.

Grantová podpora

Práce byla podpořena projekty COOPERATIO Q38 Univerzity Karlovy, RVO [Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 00064173] a Technologické agentury ČR v rámci Programu SIGMA DC3 [TQ01000332 Telemedicínské samovyšetření řeči a paměti pro rychlou detekci kognitivních poruch pomocí strojového učení].

Literatura:

- Bartoš A, Diondet S. Sensitive Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) is a valid three-minute test of four tasks indicative of mild cognitive deficits. *Neurologia*, 2024, 2024;10.1016/j.nrl.2023.02.007.
- Bartoš A, Diondet S. Sensitive written hedgehog PICTURE Naming and Immediate Recall (PICNIR) as a valid and brief test of semantic and short-term episodic memory for very mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis*. 2024;102(2):396-410. doi:10.1177/13872877241289385.
- Bartoš A, Michallová M. Elektronický vzdělávací kurz na certifikovaný test ALBA pro rychlé vyšetření paměti [online]. Dostupné z: <https://medicinskevzdelavani.cz/alba>
- Bartoš A, Michallová M. Elektronický vzdělávací kurz na certifikovaný test POBAV pro rychlé vyšetření paměti [online]. Dostupné z: <https://medicinskevzdelavani.cz/pobav>
- Bartoš A, Roth J. 8 Alzheimerova nemoc a jiné demence. In: Štětkářová I a kol. Moderní farmakoterapie v neurologii. 4. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2024: 263-302. Edice: Jessenius; Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-803-4.
- Bartoš A. Inovativní a původní české kognitivní testy Amnesia Light and Brief Assessment a Pojmenování obrázků a jejich vybavení a vyšetřovací metody v diagnostice kognitivních poruch a demencí. *Med. praxi* 2022;19(1): 50-57. doi: 10.36290/med.2022.007.
- Bartoš A. Kognitivní funkce, soběstačnost a kognitivní syndromy. *Psychiatrie pro praxi*, 2022, 23(2): 91-97. DOI: 10.36290/psy.2022.021.
- Bartoš A. Praktický návod k identifikaci zapomnětlivého pacienta podle kognitivních testů Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV) k velmi rychlému vyšetření nejen paměti. *Geriatrie a gerontologie*, 2022, 11(3): 118-128.
- Bartoš A. Vzdělávací video s ukázkou správného vyšetření testem ALBA [online]. Dostupné z: https://youtu.be/_cdYstRdAhA.
- Bartoš A. Vzdělávací video s ukázkou správného vyšetření testem POBAV [online]. Dostupné z: <https://youtu.be/2QQAdu1uAkwY>.
- Bartoš A. Záznamové archy, normy, znalostní kvízy a vzdělávací kurzy na testy ALBA a POBAV [online]. Dostupné: www.abadeco.cz
- Matějková A, Bartoš A, Býma S et al. Demence. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Novelizace 2024. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2024. 13 s. ISBN 978-80-88280-69-9.
- Matějková A, Dvořák P, Chlopuková R et al. Screeningový program: Časný záchyt demence v ordinaci praktického lékaře, *Practicus* 2025, 24 (3): 40-45, ISSN 1213-8711.
- Matějková A. Elektronický vzdělávací kurz na diferenciální diagnostiku syndromu demence [online]. Dostupné z URL: <https://medicinskevzdelavani.cz/courses/130>
- Michallová M, Bartoš A. Krátké kognitivní testy pro klinickou praxi. *Cesk Slov Neurol N* 2025; 88/ 121(4): 210-224.
- Zatloukalová E. Pacient s demencí v ordinaci všeobecného praktického lékaře. *Med. Praxi*. 2025;22(4):264-268

XX. jarní interaktivní konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

22.–24. května 2026
Slovanský dům, Praha

Registrace je možná na webových stránkách **www.jik-svl.cz**

E-mail: **sekretariat@target-md.com**

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • **Organizátor:** TARGET-MD s.r.o.

Pilotní studie účinnosti podpory racionální preskripce antibiotik u všeobecných praktických lékařů v ČR



MUDr. Michal Prokeš¹

doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.²

MUDr. Ludmila Bezdíčková³, Ing. Ladislav Wagner⁴,

MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.⁵

¹DrugAgency a.s., ²Státní zdravotní ústav,

³SVL ČLS JEP, ⁴Kancelář zdravotního pojištění,

⁵Fakultní nemocnice Motol

Úvod

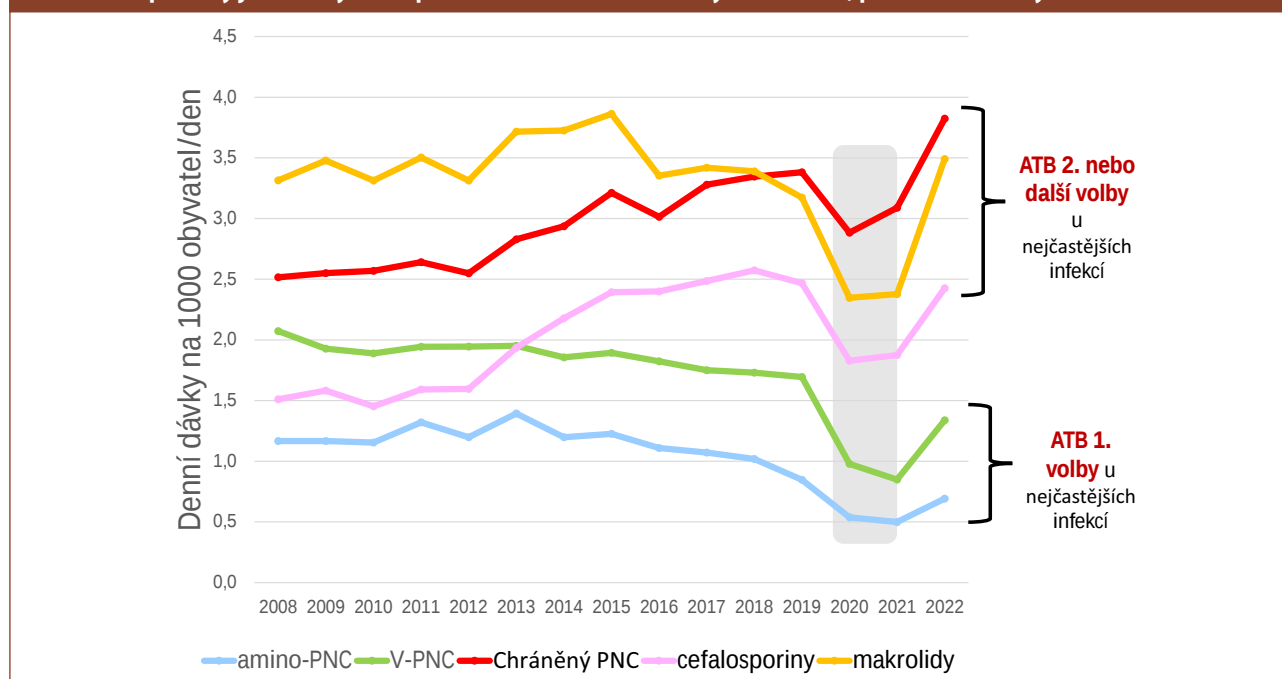
Narůstající rezistence mikrobů vůči antibiotikům (ATB) je úzce spojena s jejich suboptimálním předepisováním, které spočívá jednak v jejich příliš časté preskripci (vyšší kvantita preskripce) a jednak v nesprávné volbě ATB, kdy jsou upřednostňována ATB širokospektrá před cílenou léčbou ATB s užším spektrem (snížená kvalita preskripce).

Lékaři mohou využívat doporučené postupy vytvořené jednak Subkomisí pro antibiotickou politikou (SKAP) České lékařské společnosti J.E.Purkyně¹ (též na webu <https://www.antibiotickarezistence.cz>) a jednak

Společností všeobecného lékařství², které se od sebe liší spíše v méně významných detailech a jsou sestaveny s důrazem na potřebu redukce antimikrobiální rezistence. Správná preskripce ATB je častým tématem článků v odborných časopisech a je prezentována na odborných konferencích a školeních, na nesprávnou preskripci bylo upozorněno mimo jiné i v publikaci Prokeš et al., 2018³. Tyto snahy však dosud nepřinesly zásadní zvrát v nepříznivém trendu preskripce ATB v ČR, jak je zřejmé z Obrázku 1 vytvořeného z dat SÚKL⁴. Z tohoto obrázku je zřejmé, že spotřeby širokospektrých ATB narůstají (chráněné peniciliny, cefalosporiny, makrolidy) a naopak spotřeby ATB s užším spektrem (peniciliny s úzkým spektrem a aminopeniciliny) klesají. Výjimkou je období let 2020–2021 (na obrázku 1 šedě podbarveno), kdy spotřeba všech ATB poklesla z důvodu změny epidemiologické situace (COVID-19). Proto jsou hledány další cesty, jak compliance k doporučeným postupům zlepšit. Jednou z takových z cest je informovat lékaře o jejich vlastní preskripci a srovnat ji s preskripcí jejich kolegů a s dikcí doporučených postupů, což by lékařům přineslo žádoucí zpětnou vazbu, viz například Schwartz et al., 2023⁵. Dlouho však nebyla k dispozici data o preskripci, ze kterých by bylo možno informace pro jednotlivé lékaře v ČR získat a vyhodnotit.

Poté, co byla v roce 2018 Kancelář zdravotního pojištění (dále KZP) pověřena všemi zdravotními pojišťovnami ke sledování kvality zdravotní péče na jejich administrativních datech, začaly být dostupné strukturované

Obrázek 1: Spotřeby jednotlivých skupin ATB v celé ČR za celé roky 2008–2022, podle dat získaných ze stránek SÚKL³



údaje o preskripci ATB a bylo mimo jiné zjištěno, že nejčastější odborností předepisující ATB jsou všeobecní praktičtí lékaři (VPL). Za účelem vyhodnocení preskripce KZP ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství vypracovala indikátory správné preskripce jednotlivých skupin ATB, blíže viz naše předchozí práce, Prokeš et al., 2018⁶. Od té doby všem VPL nabízí informace o struktuře jejich preskripce, bohužel dosud tato možnost není lékaři dostatečně využívána.

V rámci projektu *Prevence antibiotické rezistence* Státního zdravotního ústavu (SZÚ) podpořeného z Fondů EHP a Norska⁷ byl realizován pilotní projekt, jehož cílem bylo zjistit, zda poskytnutí individuální intervence, respektive zpětné vazby včetně rozboru preskripce, může podnítit VPL ke zlepšení parametrů preskripce ATB. **Primárním cílem** studie byl počet splněných kritérií kvality preskripce sledovaných lékařů po provedení intervence oproti počtu splněných kritérií před intervencí. **Sekundárním cílem** byly změny hodnot jednotlivých indikátorů kvality u zkoumané skupiny VPL (průměrné hodnoty a jejich relativní změna), respektive porovnání stavu před intervencí a po intervenci. Jednotlivá kritéria spočívala především v dosažení určité procentuální hodnoty spotřeb určité skupiny ATB hodnocené v indexu KZP (tzv. prahová hodnota). Pro ATB preferovaná (např. V-PNC) měla prahová hodnota charakter dolního prahu kvalitní preskripce a naopak ATB nepreferovaná, například chráněné aminopeniciliny, měla prahová hodnota charakter horního prahu, jehož překročení směrem vzhůru znamená nekvalitní hodnoty daného indexu kvality. Dále byly vypočteny hodnoty podílu širokospektrých ATB k úzkospektrým ATB. Metodika i předběžné výsledky prvního sběru dat za rok 2019 již byly publikovány v roce 2023⁶.

Metodika

Postup realizace studie:

1. Rozvrh a příprava studie
2. Výběr dobrovolníků z řad VPL
3. První sběr dat – za rok 2019 (poslední rok před epidemií COVID-19)
4. Vyhodnocení preskripce
5. Intervence
 - a. Poskytnutí rozboru preskripce jednotlivým VPL
 - b. Webinar
6. Druhý sběr dat – za rok 2022
7. Opětovné vyhodnocení a informování jednotlivých VPL i webinar

Výběr všeobecných praktických lékařů do sledované skupiny

Ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů byli prostřednictvím okresních a krajských předsedů SPL osloveni praktičtí lékaři s nabídkou komentovaného rozboru své preskripce. Podmínkou bylo provozování praxe v odbornosti všeobecné praktické lékařství v ČR a poskytování péče v systému veřejného zdravotního pojištění. Vzhledem k vysokému pracovnímu vytížení praktických lékařů způsobeném probíhající epidemií COVID-19 byl počet přihlášených nízký, proto nebylo nutno provádět selekci a rozbor preskripce byl proveden u všech přihlášených. Je nutno zdůraznit, že pod pojmem „lékař“ je v následujícím textu označována jednotka, které byl zdravotními pojišťovnami (za účelem vyúčtování hrazené zdravotní péče) přidělen jednoznačný kód IČP (identifikační číslo pracoviště). I když lze předpokládat, že u VPL většina z nich zahrnuje pouze jediného lékaře, u části z nich se na preskripci podíleli dva nebo výjimečně i více lékařů. Charakteristiky jednotlivých lékařů nebyly sledovány.

Výběr důležitých indexů kvality

Skupiny antibiotik, jejichž spotřeby, respektive indexy kvality KZP byly sledovány, jsou uvedeny v *Tabulce 1*. Tyto skupiny byly vybrány s ohledem na důležitost dotyčné skupiny v rámci ČR. Kromě toho byl z ESAC-Net, Report for 2022⁹ převzat index, ve kterém je porovnávána spotřeba širokospektrých ATB k úzkospektrým ATB, kde u čitateli jsou ChAmin, CefalSp (kromě 1. generace), Makro, Chino a ve jmenovateli V-PNC a cefalosporiny 1. generace.

Sběr preskripčních dat

Sběr byl proveden Kanceláří zdravotního pojištění (KZP)⁸, která shromažďuje zdravotnické údaje o vykázané a uhrazené zdravotní péči včetně předepsaných léčivých přípravků od všech zdravotních pojišťoven v ČR a pro účely sledování preskripce ATB též z e-receptů. Za účelem provedení rozborů preskripce lékařů přihlášených do studie byla vybrána data o předepsané a uhrazené preskripci v roce 2019, a to jednak o celkové spotřebě ATB (ATC J01) a jednak o spotřebě důležitých skupin ATB. Tato data neobsahují informaci o diagnóze, pro kterou byla konkrétní ATB předepsána, a proto nemohla být data utříděna podle diagnóz. Jednotkou byl recept vystavený na ATB bez ohledu na sílu nebo

Tabulka 1: Skupiny antibiotik, jejichž spotřeby, respektive indexy kvality KZP byly sledovány

ATB skupina (čítatel v indexu kvality)	Zkratka	Jmenovatel v indexu kvality	Žádoucí hodnoty indexu kvality KZP
Peniciliny s úzkým spektrem (např. V-penicilin)	V-PNC	Celková preskripce ATB dotyčného lékaře (ATC skupina J01)	9 % a více
Aminopeniciliny nechráněné (bez inhibitorů β-laktamáz)	AminoPNC		11 % a více
Chráněné aminopeniciliny (kombinované s inhibitory β-laktamáz)	ChAmin		16 % a méně
Cefalosporiny (v ČR jde především o 2. generaci: 88 %, podíl 3. generace je 7 % a 1. generace 5 %)	CefalSp		15 % a méně
Makrolidy	Makro		30 % a méně
Chinolony	Chino		3 % a méně

velikost balení ATB. KZP předala data hodnotitelům, kteří patří k autorům tohoto článku, ve formě excelových tabulek, z nichž byl následně vytvořen základní graf spotřeb pro dotyčné lékaře s průvodním textem zhruba v rozsahu 2 stránek. Po provedení intervence na počátku roku 2022 byl následně uskutečněn druhý sběr preskripčních dat obdobným způsobem za rok 2022. Vzhledem k tomu, že zhruba polovina preskripce nechráněných aminopenicilinů byla atypicky prováděna mimo systém zdravotního pojištění (přípravků Duomox, zatímco hrazený je přípravek Ospamox), byla data o jejich preskripci převzata z databáze e-receptů. U jiných ATB nebyla tato anomálie pozorována.

Intervence

Cílem intervence bylo:

1. Zvýšit spotřebu penicilinů s úzkým spektrem (tedy V-PNC a AminoPNC)
2. Zvýšit spotřebu nechráněných aminopenicilinů a snížit spotřebu chráněných penicilinů
3. Snížit spotřebu cefalosporinů, makrolidů a fluorochinolonů

Původně bylo plánováno, že studie bude uskutečněna ve 3 okresech a v každém z nich proběhne seminář, ve kterém budou lékaři seznámeni se základy kvalitní preskripce ATB, s obecnými trendy spotřeb ATB v ČR a s nežádoucími jevy u jednotlivých skupin ATB. Zároveň měli lékaři osobně obdržet rozbor své vlastní preskripce ATB. Vzhledem k nepříznivé epidemiologické situaci způsobené epidemií COVID-19, musely být semináře zrušeny. Rozbor preskripce byl následně proveden za celou skupinu lékařů tak, jak bylo plánováno, a následně byl pro každého z nich vytvořen graf, ve kterém byly porovnávány spotřeby jednotlivých ATB skupin se spotřebami celé skupiny a s hodnotami indikátorů kvalitní preskripce. Kromě výše uvedených důležitých indikátorů preskripce byli lékaři informováni i o frekvenci tetracyklinů a frekvenci kombinace sulfamethoxazol s trimethoprimem v jejich preskripci. Graf byl doprovázen vysvětlujícím textem a textem k jednotlivým skupinám ATB, jejichž podíl na preskripci byl mimo oblast kvalitní preskripce (buď byl podíl příliš nízký, nebo příliš vysoký). Tyto informace byly e-mailem zaslány jednotlivým lékařům. Následně byl uspořádán webinář, na kterém byla problematika probírána s možností dotazů jednotlivých lékařů. Tato intervence proběhla v prvních měsících roku 2022.

Metodika vyhodnocování dat

Sledováno bylo zastoupení jednotlivých skupin ATB na celkové preskripci ATB. Hranice oblasti „správné“ preskripce (ukazatele kvality) byly již dříve konsensuálně stanoveny KZP za účasti zástupců odborné Společnosti všeobecného lékařství se značnými rezervami pro eventuální rozdílné složení populace pacientů a jejich nemocnosti. Žádoucí rozpětí hodnot je uvedeno v *Tabulce 2*. Výsledkem byly změny procentuálních podílů jednotlivých skupin ATB na preskripci před a po intervenci a změna počtu lékařů, kteří uvedené limity kvalitní preskripce splňovali. Nakonec byly stanoveny hodnoty indexu ESAC ve smyslu podílu širokospektrých ATB k ATB s úzkým spektrem, což podle ESAC-Net, Report for 2022⁹ bylo vypočteny takto: (součet ChAmin + CefalSp+Makro) děleno (V-PNC+AminoPNC). Po získání dat pro jednotlivé lékaře bylo uskutečněno vyhodnocení za pomoci programu Microsoft Excel bez statistického vyhodnocení dat.

Výsledky

Při prvním vyhodnocení byly od KZP převzaty údaje o 51 lékařích odbornosti VPL, z toho u 49 byly dostupné údaje o preskripci ATB za rok 2019. Těchto 49 bylo zařazeno do dalšího sledování. Z těchto bylo při druhém sběru dat identifikováno 46 lékařů, jejichž preskripce byla analyzována i v roce 2022. Tito byli zařazeni do konečného vyhodnocení. Těchto 46 lékařů vystavilo v roce 2019 na ATB celkem 18 288 receptů a v roce 2022 celkem 15 850 receptů, což je pokles o 13,2 %. Za stejné období poklesla preskripce všech VPL v ČR o 8,83 % (zdroj: KZP).

Primární cíl studie: *Tabulka 2* v prvním řádku „Žádoucí hodnoty“ uvádí prahové hodnoty indexů kvality preskripce u sledované skupiny VPL, což jsou procenta preskripce vybrané skupiny ATB z preskripce všech ATB. V případě, že hodnoty jsou dolním prahem pro kvalitu preskripce (např. V-PNC), je zde uvedena poznámka „a více“ (více znamená kvalitu), naopak v případě, že hodnoty jsou horním prahem pro kvalitu preskripce (například chráněné aminopeniciliny, tedy ChAmin), je zde uvedena poznámka „a méně“ (méně znamená kvalitu).

Ve druhém a třetím řádku jsou uvedeny počty lékařů, kteří splnili jednotlivá kritéria kvality měřená indexy KZP v roce 2019 (před intervencí) a v roce 2022 (po intervenci). V posledním řádku je pak uveden rozdíl výše uvedených hodnot. Je zřejmé, že po intervenci

Tabulka 2: Počty VPL, kteří podstoupili intervenci a kteří splnili jednotlivá kritéria kvality (indexy KZP) před intervencí (rok 2019) a po intervenci (rok 2022) a celkové počty splněných indexů kvality u těchto lékařů

	V-PNC	AminoPNC	ChAmin	CefalSp	Makro	Chino	Celkem splněných indexů kvality KZP
Žádoucí hodnoty indexu kvality	9 % a více	11 % a více	16 % a méně	15 % a méně	30 % a méně	3 % a méně	
Počty VPL v 2019	26	25	26	36	40	27	180 (65,2 %)
Počty VPL v 2022	25	34	29	40	45	31	204 (73,9 %)
Rozdíl	-1	9	3	4	5	4	24 (8,74 %)

bylo splněno více kritérií kvality, a to o 24 z 276 měření (46 lékařů krát 6 kritérií), rozdíl tedy činil 8,7 %.

Sekundárním cílem studie bylo zjištění, o kolik procent průměrně došlo ke změně indexu kvality preskripce KZP, viz *Tabulka 3*. I když je zřejmé, že změny nejsou velké, u sledované skupiny lékařů však změny směřovaly většinou žádoucím směrem. Výjimkou jsou AminoPNC a ChAmin. Za tutéž dobu u všech lékařů v ČR došlo většinou ke změnám nepříznivým: V-PNC, AminoPNC, ChAmin, CefalSp a Makro. Pouze u Chino došlo k žádoucímu poklesu spotřeb.

Tabulka 4 uvádí průměrné hodnoty indexu preskripce širokospektrých ATB k ATB s úzkým spektrem⁵ jednak pro vybranou skupinu lékařů před intervencí a po intervenci, jednak všech VPL v ČR. Ve většině evropských zemích převažuje preskripce širokospektrých ATB (výsledek je vyšší než 1), důležité však je, do jaké míry: nejnižší hodnota tohoto indexu byla pro ambulantní sektor zjištěna v Norsku, a to 0,1, a nejvyšší hodnota v Maďarsku, a to 24,7. Průměr evropských zemí činí 4,0, hodnota pro ČR v roce 2022 činila 4,5. Je zřejmé, že u sledované skupiny VPL došlo k výrazné změně žádoucím směrem, kdežto při hodnocení všech VPL v ČR byl zaznamenán nežádoucí vzestup tohoto ukazatele.

Je třeba upozornit, že ve sledované skupině lékařů byly zjištěny značné rozdíly v preskripci ATB nejen před intervencí, ale i po intervenci. Jako ilustrace rozdílů slouží obrázky 2 a 3. V *Obrázku 2* je znázorněn rozbor preskripce lékaře, který využil rozbor preskripce ideálním způsobem, čímž došlo ke zlepšení řady indexů kvality preskripce ATB. Naopak *Obrázek 3* znázorňuje rozbor preskripce lékaře, který rozbor preskripce zřejmě dosud nevyužil a u kterého došlo tak ke zhoršení řady ukazatelů preskripce ATB.

Na otázku, které trendy převažovaly, odpovídá *Tabulka 2*. Lze usoudit, že intervence přinesla pozitivní působení u větší části lékařů, jejichž preskripce byla vyhodnocena.

Diskuse

Naše pilotní studie ukázala, že i u nás lze úspěšně podávat lékařům zpětnou vazbu o jejich preskripci ATB, která je potřebná pro alespoň hrubý náhled na jejich vlastní úspěšnost v dodržování doporučených postupů přes to, že diagnózy nebyly zohledněny. Vzhledem k nemalým „rezervám“ lékařů je tento hrubý náhled dostatečně vypovídající. S vysokou pravděpodobností se nejčastěji jednalo o infekce respirační a dále o uroinfekce a kožní infekce. Nastavení limitů kvality pro jednotlivé skupiny ATB bylo podle našeho názoru natolik benevolentní, že umožnilo zohlednit odlišnosti různých populací pacientů jednotlivých lékařů. Snahou našeho týmu bylo lékaře co nejlépe informovat bez toho, že by byli zatíženi jakoukoli prací ve smyslu sběru dat. Za největší nedostatek v intervenci považujeme fakt, že nemohlo dojít k našemu výjezdu do příslušných okresů, kde bychom na setkání s lékaři mohli osobně problematiku vysvětlit a výsledky prodiskutovat.

Ze zahraničních publikací, které vyhodnocují dopady rozborů preskripce doplněné intervencí, je možno zmínit práci Molero et al., 2018¹⁰, kteří uskutečnili multicentrickou studii zaměřenou na ovlivnění preskripce ATB u respiračních onemocnění ve Španělsku. Po úvodním vyhodnocení preskripce byla provedena mnohostranná intervence včetně rozboru preskripce ATB. Celkem byla uskutečněna tři vyhodnocení u 121 lékařů aktivní skupiny a jedno vyhodnocení u 117 lékařů kontrolní skupiny, kteří intervenci neabsolvovali (v čase třetího vyhodnocení lékařů aktivní skupiny). Výsledky jsou uvedeny na *Obrázku 4*, ze kterého je zřejmé, že taková podpora účelné preskripce ATB může být úspěšná i z dlouhodobého hlediska.

Tabulka 3: Průměrné hodnoty indexů kvality KZP, respektive procent spotřeb vybraných skupin ATB sledované skupiny lékařů, u kterých byla provedena intervence, a relativní změny těchto ukazatelů. Pro porovnání jsou uvedeny hodnoty indexů kvality u všech VPL v ČR, které jsou publikovány na webových stránkách KZP⁸.

Vysvětlivky: světle podbarvené změny jsou žádoucí, tmavě podbarvené změny jsou nežádoucí.

Rok	Lékaři	V-PNC	AminoPNC	ChAmin	CefalSp	Makro	Chino
Žádoucí hodnoty		9 % a více	11 % a více	16 % a méně	15 % a méně	30 % a méně	3 % a méně
2019	Skupina s intervencí	12,00%	14,47%	15,51%	9,74%	20,11%	3,05%
2022		12,23%	14,31%	15,68%	8,98%	17,58%	2,52%
Změna		1,92%	-1,11%	1,10%	-7,80%	-12,58%	-17,38%
2019	Všichni VPL ČR	9,35%	6,20%	19,80%	13,69%	26,05%	4,42%
2022		7,29%	5,94%	20,11%	13,98%	28,61%	4,18%
Změna		-22,03%	-4,19%	1,57%	2,12%	9,83%	-5,43%

Tabulka 4: Indexy spotřeb širokospektrých ATB vůči ATB s úzkým spektrem u VPL v roce 2019 a 2022

	2019	2022	změna
Sledovaná skupina VPL před a po intervenci	1,99	1,69	-15,08%
Všichni VPL v ČR	4,83	5,06	4,76%

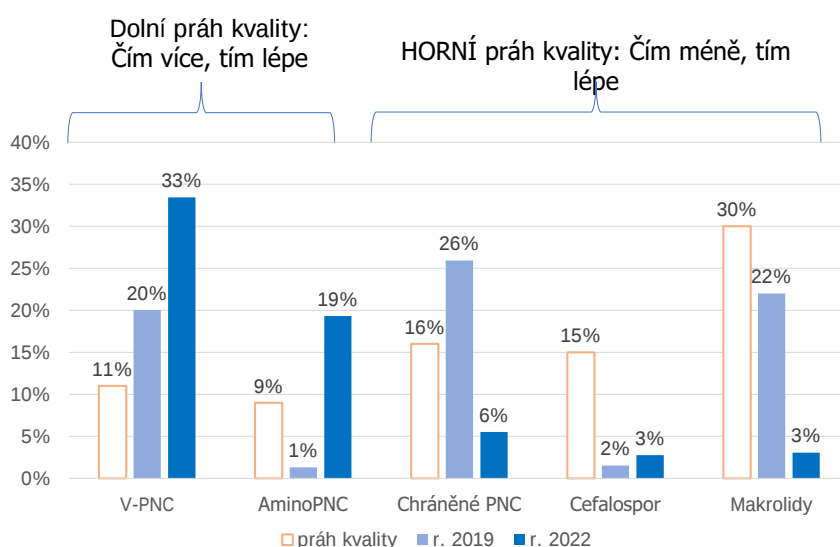
Příčinou většího úspěchu intervence ve studii Molero et al., 2018, byla nejspíše osobní intervence a několikerá školení praktických lékařů, jak správné preskripce ATB v praxi dosáhnout. Naopak v naší české studii semináře s osobní účastí sledovaných lékařů nemohly být provedeny, natož vzájemná diskuze, uskutečněn byl pouze webinář. Podle práce Schwartz et al., 2023⁵ je důležité nejen osobní setkání, ale především následná diskuze, kde jsou zvažována pro a proti jednotlivým doporučením správné preskripce. V Nizozemí se osvědčila praxe, že si lékaři v jednotlivých skupinách účelně

farmakoterapie odhlasují, kdy a jakým tématům správné preskripce se budou věnovat, k jakým závěrům došli a do jaké míry by svou preskripci měli usměrnit. Naopak v této studii byl poskytnut již hotový „balíček“ informací ke konzumaci, která nemusela být respondenty vítaná. Důležité také je, aby se lékaři ve skupinách navzájem znali a neměli zábrany diskutovat nejen se školícími lékaři, ale i mezi sebou.

Překvapivým zjištěním byl nemalý rozdíl preskripce ATB mezi skupinou 46 lékařů odbornosti VPL, kteří se do studie přihlásili, od průměrných hodnot VPL v celém

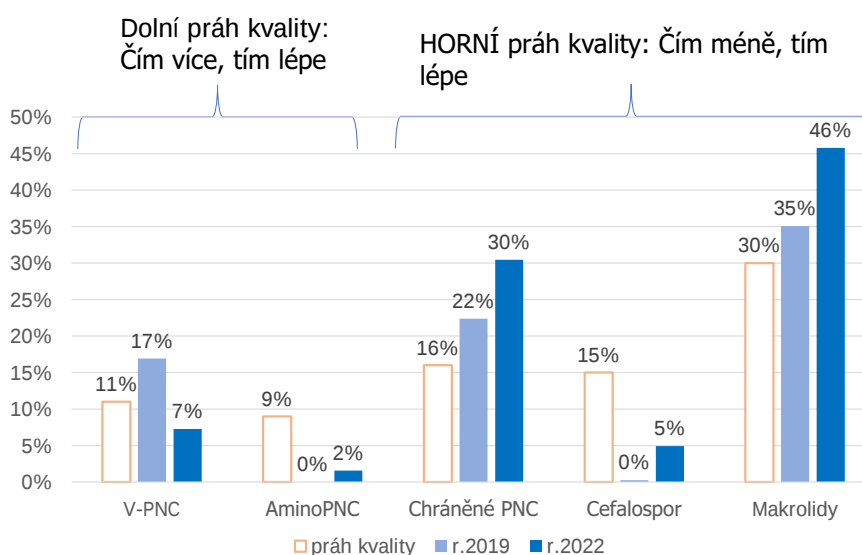
Obrázek 2: Ukázka preskripce určitého VPL, u kterého měla intervence zásadní pozitivní vliv na úpravu preference ATB: podíl V-PNC byl výrazně zvýšen a podíl chráněných PNC i makrolidů výrazně zvýšen.

Praktický lékař 1 ze sledované skupiny: procenta receptů na ATB u jednotlivých skupin ATB



Obrázek 3: Ukázka preskripce jiného VPL, u kterého intervence neměla žádný pozitivní vliv na úpravu preference ATB a trend jejich nepřiměřeného užívání progredoval: podíl V-PNC byl výrazně snížen, spotřeba AminoPNC zůstávala téměř nulová a podíl chráněných PNC i makrolidů byl výrazně zvýšen.

Praktický lékař 2 ze sledované skupiny: procenta receptů na ATB u jednotlivých skupin ATB



Česku již při prvním sběru dat, tedy před intervencí (viz Tabulka 3). Lze totiž předpokládat, že se k rozborům preskripce přihlásili především ti lékaři, kteří cítí důležitost správné ATB terapie, kteří se v této oblasti vzdělávat chtějí a jsou schopni si k tomu vyčlenit čas.

Nakonec je třeba upozornit, že nově je v souladu s celosvětovým trendem v rozbozech preskripce KZP jako ukazatel kvality užíván i AWARe index¹¹, tedy podíl vybraných vhodných ATB vůči celkové spotřebě ATB. Hrubým propočtem bylo zjištěno, že kritériím kvality před intervencí by vyhovělo 11 ze 46 lékařů a po intervenci 12 ze 46 lékařů. Kritériem kvality české varianty AWARe indexu (CZ-AWARe index) pro VPL⁸ je alespoň 50 % zastoupení skupiny vhodných ATB (tzv. skupina „ACCESS“). Většina sledovaných lékařů by tedy kritériím kvality AWARe indexu nevyhověla, zpravidla proto, že předepisovali příliš často chráněné aminope-

niciliny a makrolidy, které samozřejmě nebyly zařazeny do skupiny vhodných ATB.

Závěr

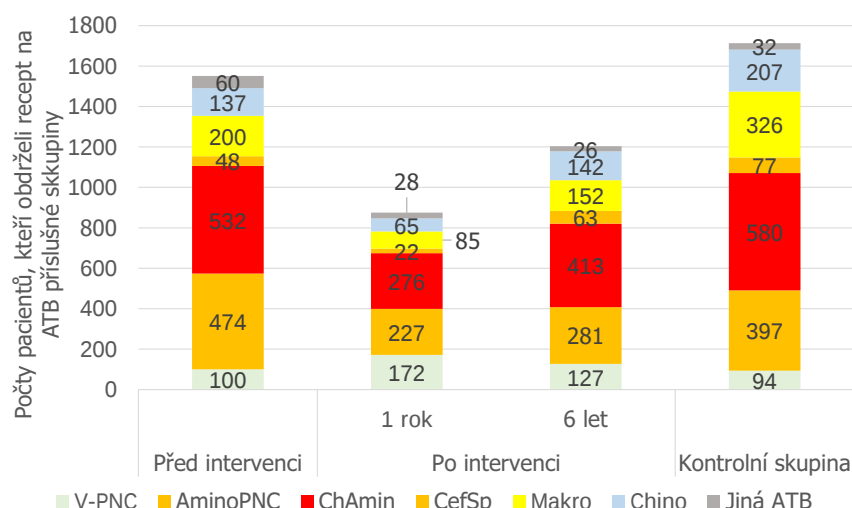
Přes všechny výše uvedené nedostatky je možno usuzovat, že účel studie byl splněn, neboť u větší části lékařů k pozitivní změně ATB preskripce došlo. Při podpoře účelné farmakoterapie ATB však nelze spoléhat pouze na samotné rozборы preskripce lékařů, neboť existují i další determinanty suboptimální preskripce ATB, které by bylo třeba řešit. Například nejistota diagnózy, schopnost lékaře vést s pacientem diskusi o případné ATB preskripci a vysvětlovat nežádoucí dopady takové preskripce, informovanost pacienta, schopnost pacienta s lékařem diskutovat a další, viz studie Sijbom et al., 2023¹². Při nápravě těchto nedostatků však nelze spoléhat pouze na odborné společnosti a KZP, které svůj nemalý díl práce již nyní odvádějí.

Literatura:

1. Subkomise pro antibiotickou politiku České lékařské společnosti J.E.Purkyně: Nová klinická doporučení pro antibiotickou terapii v ambulantní praxi. <https://www.antibiotickarezistence.cz/taxonomy/doporučení/>
2. Karen I, Jakubec P, Matoušková M, et al.: Antibiotická terapie respiračních, močových a kožních infekcí v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2025, <https://www.svl.cz/doporučene-postupy/antibioticka-terapie-respiracnich-mocovych-a-koznich-infekci-100067>
3. Prokeš M, Kalousek K, Zemličková H, Marešová V, Urbášková P.: Kvalita spotřeby antibiotik v České republice v letech 2008-2017. Practicus 2018; 17(4): 18-24
4. Státní ústav pro kontrolu léčiv: Dodávky léčivých přípravků, <https://opendata.sukl.cz/?q=katalog/dodavky-lecivych-pripravku>
5. Schwartz KL, Xu AX, Alderson S, et al: Best practice guidance for antibiotic audit and feedback interventions in primary care: a modified Delphi study from the Joint Programming Initiative on Antimicrobial resistance: Primary Care Antibiotic Audit and Feedback Network (JPIAMR-PAAN). Antimicrob Resist Infect Control. 2023; 12(1): 72
6. Prokeš M, Zemličková H, Wagner L, Prokeš J: Preskripce antibiotik u všeobecných praktických lékařů: stále je co zlepšovat. Practicus, 2023; 22(1): 5-10
7. ZD-PDP2-001- Prevence antibiotické rezistence. Projekt prevence antibiotické rezistence (ZD-PDP2-001) byl podpořen grantem z Fondů EHP 2014–2021 z programu Zdraví, www.eeagrants.cz
8. Kancelář zdravotního pojištění/portál ukazatelů kvality/ukazatelé kvality ambulantní zdravotní péče/ukazatelé pro všeobecné praktické lékaře, <https://puk.kancelarzp.cz/ukazatele-pro-prakticke-vseobecne-lekare/>
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) -Annual Epidemiological Report 2022. Stockholm: ECDC; 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-antimicrobial-consumption.pdf>
10. Molero JM, Gómez M, Guerra G, et al: Utilisation of first-line antibiotics six years after a multifaceted intervention. Rev Esp Quimioter 2018;31(6): 520-527
11. WHO: <https://aware.essentialmeds.org/groups>, vstup 1.8.2025
12. Sijbom M, Büchner FL, Saadah NH, et al: Determinants of inappropriate antibiotic prescription in primary care in developed countries with general practitioners as gatekeepers: a systematic review and construction of a framework. BMJ Open 2023 May 17;13(5):e065006.

Obrázek 4: Změna preskripce ATB včetně změny struktury jednotlivých skupin ATB po mnohostranné intervenci ve studii Molero et al., 2018; sběr dat u kontrolní skupiny byl uskutečněn ve stejném čase jako u aktivní skupiny lékařů 6 let po intervenci.

Změna preskripce ATB včetně změny struktury jednotlivých skupin ATB po mnohostranné intervenci ve studii Molero et al, 2018



Zvýšený krevní tlak a hypertenze: jedno číslo nestačí



MUDr. Jan Olšr

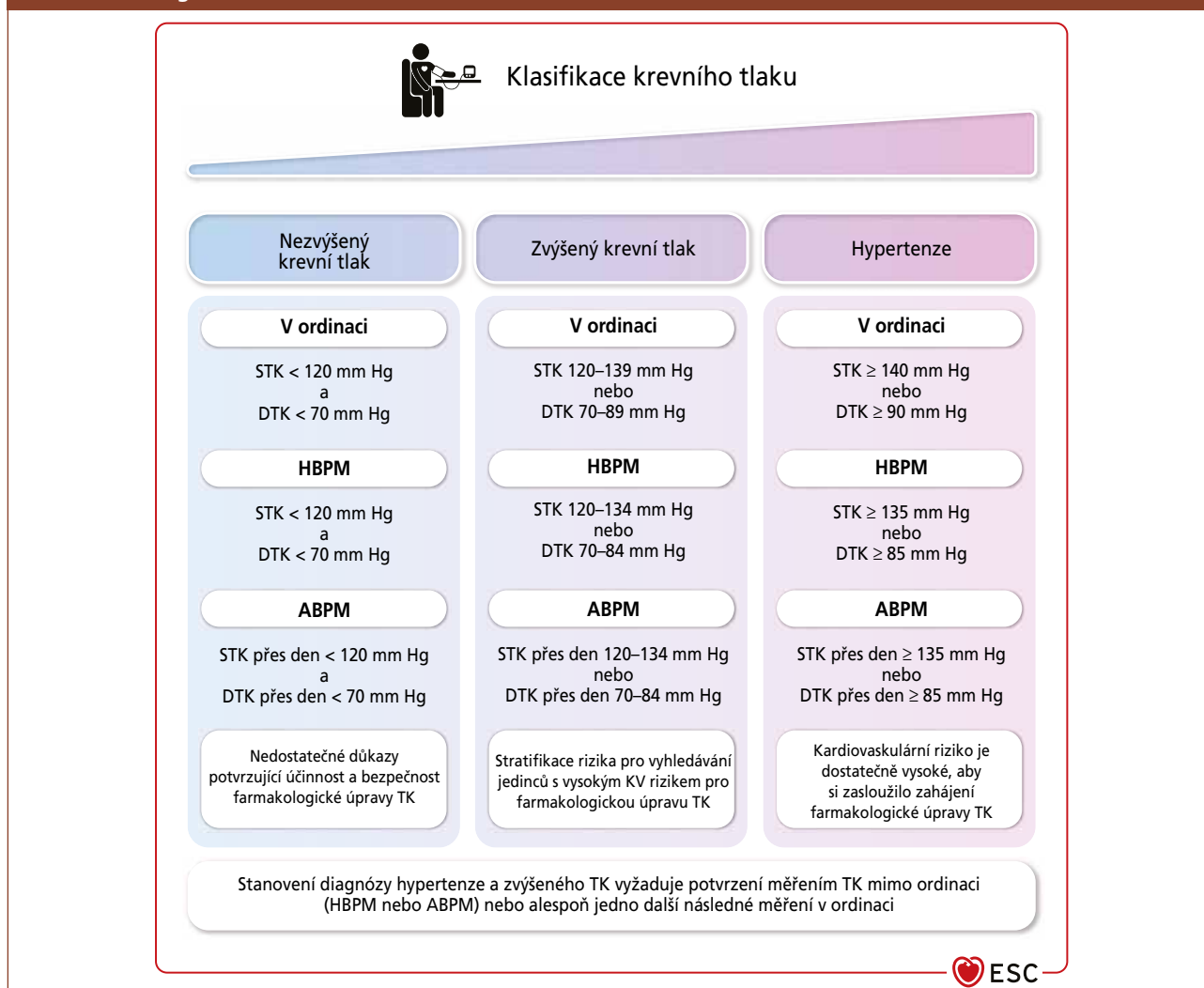
I. interní klinika – kardiologická,
Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod

Arteriální hypertenze představuje nejčastější kardiovaskulární onemocnění (KVO) a zároveň je stále jednou z nejčastějších preventabilních příčin úmrtí.¹ To zejména

díky postavení hypertenze jakožto významného rizikového faktoru pro rozvoj dalších kardiovaskulárních komplikací. Zde řadíme především KVO s aterosklerózou asociované (ASKVO), jako je koronární nemoc (ICHs) nebo nemoc cerebrovaskulární (CMP), ale také fibrilaci síní nebo chronické onemocnění ledvin (CKD). I přes recentní publikace nových guidelines jak Evropské společnosti pro hypertenzi (ESH) z roku 2023, tak Evropské kardiologické společnosti (ESC) z roku 2024, zůstala hodnota krevního tlaku v ordinaci definující arteriální hypertenzi na rozdíl od amerických doporučení stejná, tedy jako hodnota větší než 140/90 mm Hg naměřená alespoň při dvou návštěvách.^{2,3} Co však v posledních doporučeních ESC přibýlo, je nová klasifikace vytvářející nezvyklou kategorii „zvýšeného krevního tlaku“ (Obrázek 1), což na jednu stranu může být matoucí jak pro lékaře tak pro pacienty, na stranu druhou zdůraz-

Obrázek 1: Kategorie krevního tlaku dle ESC 2024.¹³



ňuje možnou situaci, kdy benefit intervence může být u některých pacientů i pod onou magickou hranicí hypertenze.

Počet hypertoniků dále roste

Statistické predikce se bohužel dále vyplňují a v České republice jsme tak dle dat Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHVS) již v roce 2023 léčili něco málo přes 2 200 000 hypertoniků, z toho kolem 40 % hypertoniků bylo v nejproduktivnějším dospělém věku 20–64 let. Věková struktura našeho obyvatelstva se z tohoto pohledu taktéž nejvíce příznivě, zejména skrz ve zdravotnictví již citelný nárůst osob staršího věku, je i dále očekáván nárůst pacientů s hypertenzí o 10 % za 10 let.⁴ Podle této predikce by počet hypertoniků v roce 2035 dosáhl 2,5 milionu, což vzhledem k souběžnému propadu počtu obyvatel mladší generace společně s odkládáním mateřství a poklesem porodnosti nabízí zamyšlení, kdo se o tyto pacienty bude nejen v našich ambulancích či nemocnicích starat.

Správné měření je základ

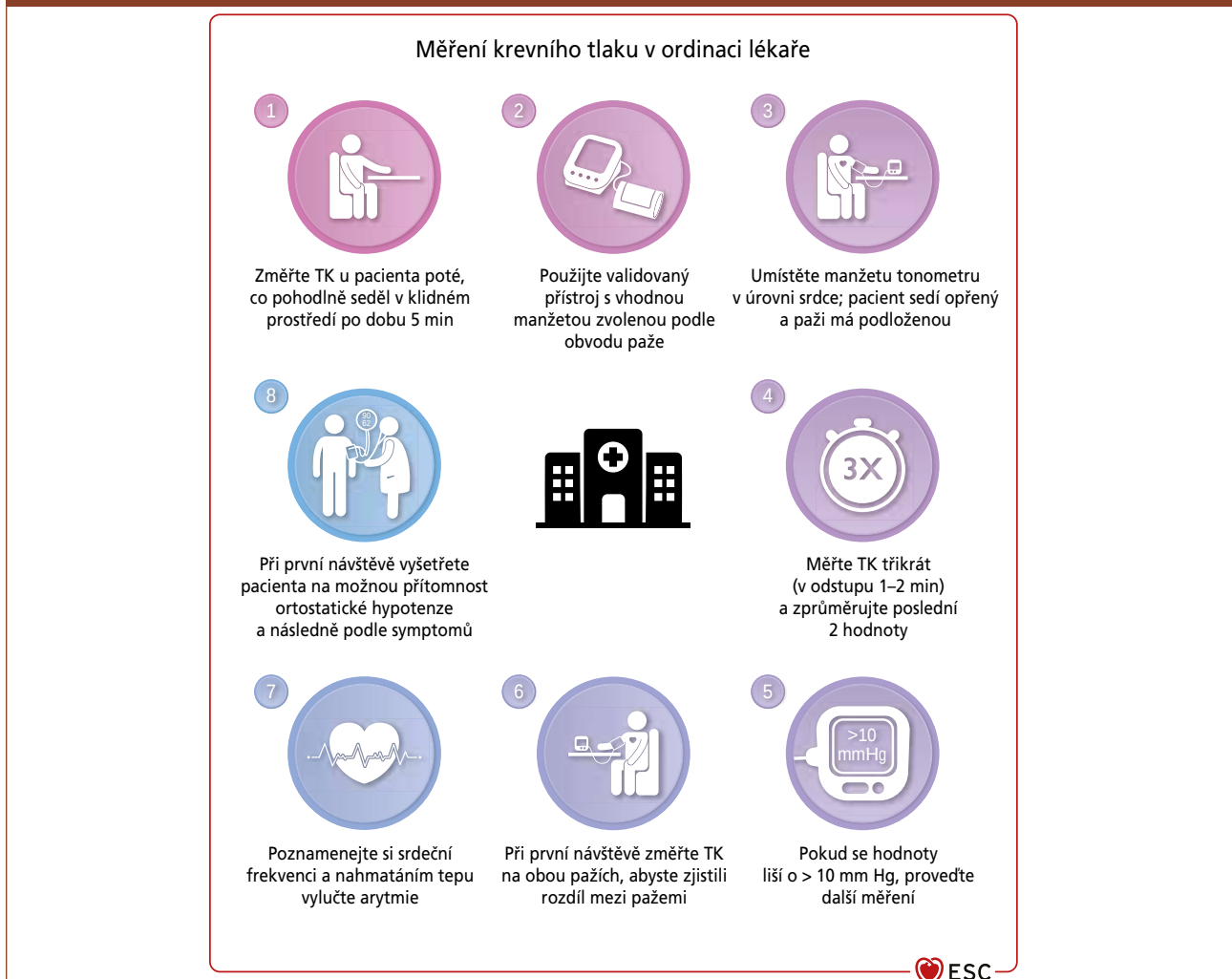
Přes všeobecné povědomí je třeba zdůraznit, že pouze správná metodika měření může vést k úspěšné diagnostice (Obrázek 2). Pro úspěšné vedení terapie hypertenze bychom pak měli využívat, pokud možno, všechny typy

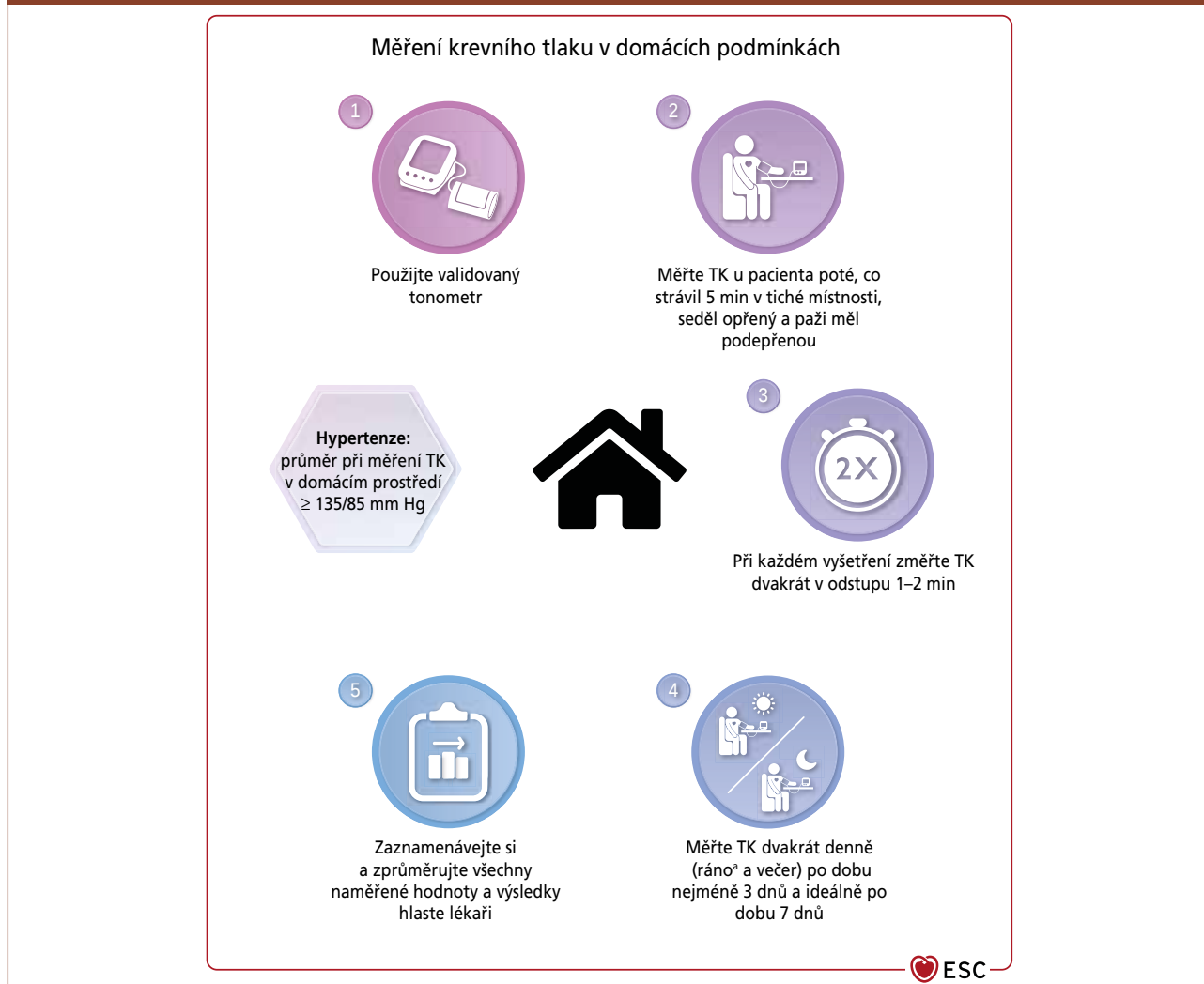
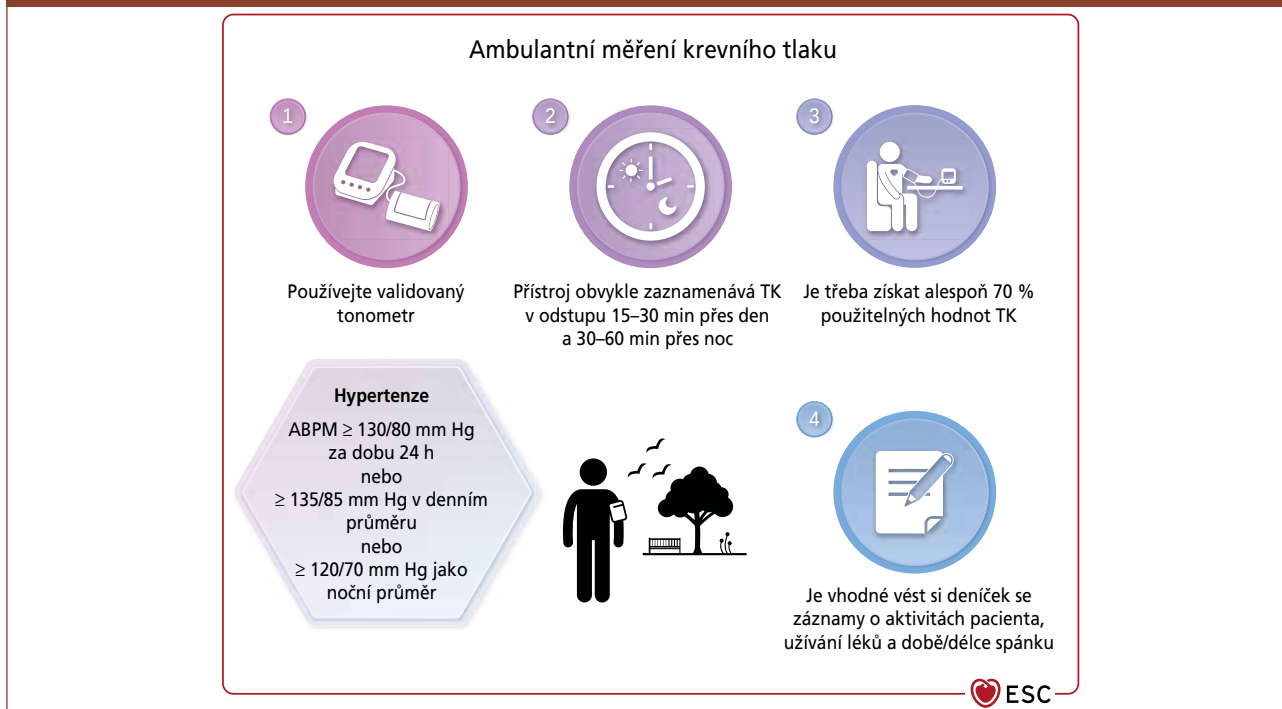
monitorace krevního tlaku (Obrázek 3 a 4). Například metodami platí, že bychom měli mít k danému měření určené validované tonometry (aktuální seznam možno nalézt například na <https://www.stridebp.org/>) s adekvátní velikostí manžety a respektovat doporučené počty a intervaly mezi měřeními, jak uvádějí doporučené postupy.³

Postačuje jedno číslo?

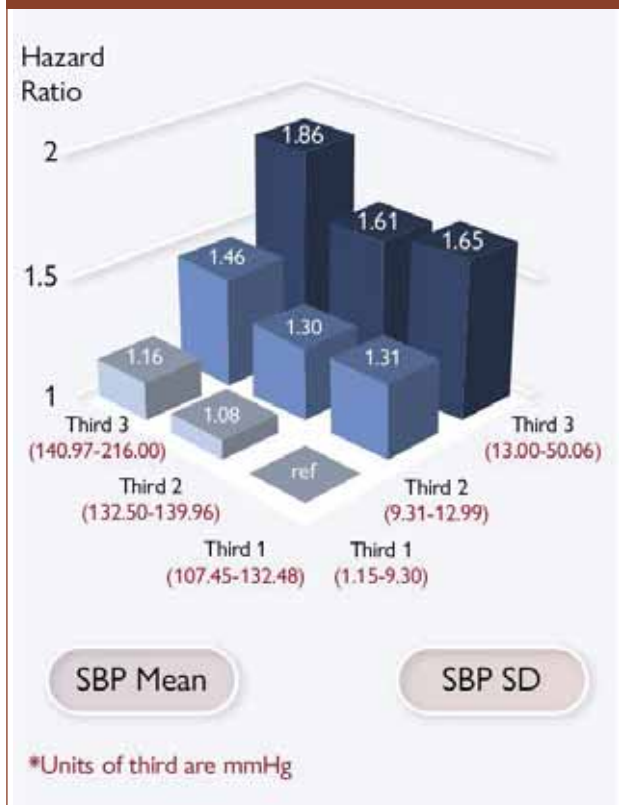
Již z předchozího odstavce se nabízí odpověď, že nikoliv. Poslední guidelines z dílny ESC, však přišla mimo jiné s doporučením, kdy ke komplexnímu zhodnocení kardiovaskulárního rizika můžeme využít tzv. variabilitu krevního tlaku (VTK). Tu můžeme definovat z různých časových hledisek – od krátkodobé variability mezi jednotlivými srdečními cykly, přes kolísání krevního tlaku v rámci jednoho dne (například při ambulantní monitoraci TK), až po rozdíly mezi jednotlivými návštěvami v ambulanci (tzv. visit-to-visit). Tyto výkyvy mezi hodnotami lze samozřejmě statisticky analyzovat, například vypočítáním směrodatné odchylky či variačního koeficientu. Dostupné klinické studie naznačují, že VTK představuje nezávislý prediktor kardiovaskulárních příhod, jako jsou infarkty myokardu (IM) či cévní mozkové příhody (CMP), a to zejména u mladších pacientů.⁵ U koronárních příhod může být prediktivní hodnota VTK dokonce významnější než samotné absolutní hodnoty

Obrázek 2: Měření krevního tlaku v ordinaci dle ESC 2024.¹³



Obrázek 3: Domácí monitorace krevního tlaku dle ESC 2024.¹³Obrázek 4: Ambulantní monitorace krevního tlaku dle ESC 2024.¹³

Obrázek 5: Srovnání vlivu průměrného (sloupce vlevo) a variability (sloupce vpravo) STK na riziko KV příhod dle ASCOT.⁶



systolického TK⁶ (Obrázek 5). Konkrétní aplikace VTK do klinické praxe ovšem zůstává otevřená, jelikož chybí standardizace metodologie včetně stanovení referenčních mezí a další otázkou může být omezená reproducibilita. Přesto bychom dostupnou evidenci již mohli zohledňovat při volbě antihypertenzní terapie, jelikož ne všechny molekuly mají na VTK stejný efekt. Nejsilněji ji potlačují dihydropiridinové blokátory kalciových kanálů, naopak největší zvýšení VTK vykazují betablokátory.⁷

Řešení již existuje

Algoritmus antihypertenzní farmakoterapie v nových doporučeních nedoznal zásadních změn, a tak platí

navržené schéma, nově se objevila možnost časnější eskalace na trojkombinační léčbu (Obrázek 6). Je ale potřeba zdůraznit, že k zahájení farmakoterapie se u většiny pacientů doporučuje dvojkombinace antihypertenziv. Přestože dle studie post-MONICA je monoterapie nejčastější formou farmakoterapie u našich pacientů⁸, podle posledních doporučení ESC bychom monoterapii měli zvažovat pouze u pacientů starších 85 let, pacientů se střední až závažnou křečností či se symptomatickou ortostatickou hypotenzí nebo u již zmíněné nové kategorie zvýšeného krevního tlaku. I dle českých doporučení (ČSH, SVL) tak zůstává nejuniverzálnější dvojkombinací inhibitory systému RAS (RASi) s blokátory kalciových kanálů (CCB), která se zároveň jeví jako efektivní i ke snížení tížené VTK a to více než v kombinaci RASi s diuretikem.⁹ Zároveň platí, že preferovanou dvojkombinací by dle ČSH na základě velkých klinických studií (ASCOT, ACCOMPLISH) měla být kombinace inhibitoru angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi) s CCB¹⁰, zejména vzhledem k dostupnosti více dat o schopnosti ACEi snížit riziko rozvoje orgánových komplikací hypertenze. Cílových hodnot, které zůstaly rovněž nezměněny (tedy TK v ordinaci 120–129/70–79 mm Hg)³, dosáhneme rychleji na kombinaci fixní, která zároveň dle evidence zlepšuje dlouhodobou adherenci k léčbě.^{11,12} I proto by kombinace v jedné tabletě měly být upřednostňovány.

Závěr

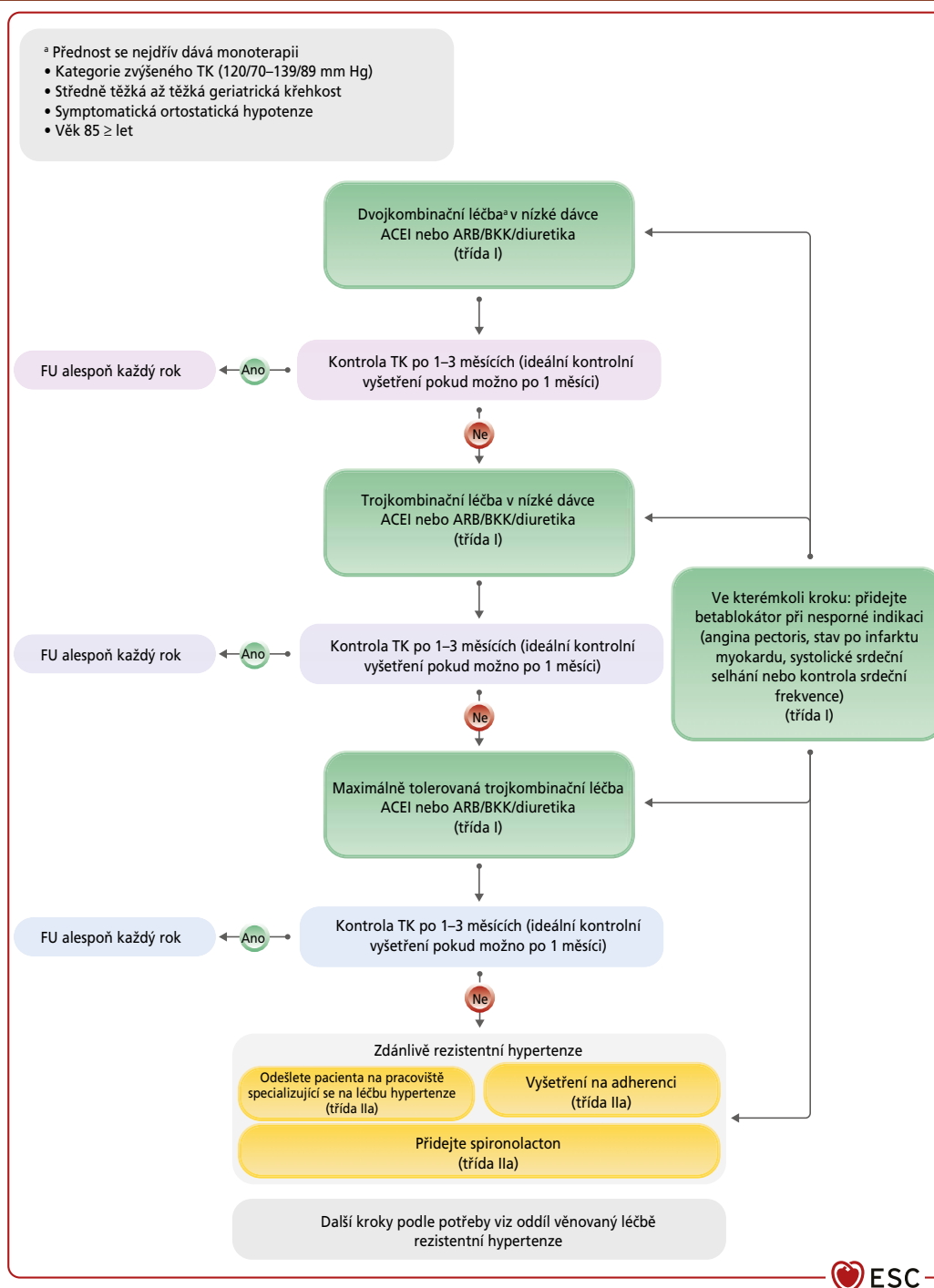
Arteriální hypertenze stále zůstává významným onemocněním, jak celosvětově, tak v České republice, kde očekáváme pokračování trendu vzrůstajícího počtu hypertoniků. To odráží i frekventní nové doporučené postupy, kde však definice arteriální hypertenze zůstala nepozměněna. Nově se ale dle recentních studií ukazuje jako nezávislý rizikový faktor variabilita krevního tlaku. Naší snahou by tedy nemělo být pouze snížení absolutních hodnot, ale taktéž redukce nežádoucích výkyvů krevního tlaku. Zásadní ovšem zůstává správná diagnostika a časně zahájení farmakoterapie, a to preferenčně fixní dvojkombinací u většiny pacientů s arteriální hypertenzí.

Literatura:

- Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1223–1249. doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023;41(12):1874–2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480
- McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912–4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178
- Dušek L. O co přicházíme když neléčíme důsledně, Výroční sjezd ČKS 2024, ČKS online. Presented at:
- Sheikh AB, Sobotka PA, Garg I, et al. Blood Pressure Variability in Clinical Practice: Past, Present and the Future. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(9):e029297. doi:10.1161/JAHA.122.029297
- Gupta A, Whiteley WN, Godet T, et al. Legacy benefits of blood pressure treatment on cardiovascular events are primarily mediated by improved blood pressure variability: the ASCOT trial. *Eur Heart J*. 2024;45(13):1159–1169. doi:10.1093/eurheartj/ehad814
- Webb AJ, Fischer U, Mehta Z, Rothwell PM. Effects of antihypertensive-

- drug class on interindividual variation in blood pressure and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9718):906–915. doi:10.1016/S0140-6736(10)60235-8
- Cífková R, Bruthans J, Adámková V, et al. The prevalence of major cardiovascular risk factors in the Czech population in 2006–2009. *The Czech post-MONICA study*. *Cor Vasa*. 2011;53(4–5):220–229. doi:10.33677/cor.2011.050
- Sato N, Saijo Y, Sasagawa Y, et al. Visit-to-visit variability and seasonal variation in blood pressure: Combination of Antihypertensive Therapy in the Elderly, Multicenter Investigation (CAMUI) Trial subanalysis. *Clin Exp Hypertens*. 2015;37(5):411–419. doi:10.3109/10641963.2014.995802
- Widimský J et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze, ČSH 2022. *Hypertenze Kardiovaskulární Prevence*. 12(2):1–27.
- Gradman AH, Parisé H, Lefebvre P, Falvey H, Lafeuille MH, Duh MS. Initial Combination Therapy Reduces the Risk of Cardiovascular Events in Hypertensive Patients: A Matched Cohort Study. *Hypertension*. 2013;61(2):309–318. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.201566
- Rea F, Corrao G, Merlino L, Mancia G. Early cardiovascular protection by initial two-drug fixed-dose combination treatment vs. monotherapy in hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(40):3654–3661. doi:10.1093/eurheartj/ehy420
- Táborský M, Linhart A, Kociánová E, McEvoy J, McCarthy C, Bruno R, et al. (2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension)

Obrázek 6: Algoritmus farmakoterapie dle ESC 2024.



Pilotní program časného zachytu karcinomu plic



MUDr. Norbert Král, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství, 1. lékařská fakulta, UK

MUDr. Vojtěch Černý¹, Mgr. Petr Dvořák, Ph.D.²,
Mgr. Renata Chloupková^{2,3}, PhDr. Karel Hejduk^{2,3},
MUDr. Eva Kočová, Ph.D.⁵, prof. MUDr. Hynek
Mírka, Ph.D.⁶, RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.^{2,3},
MUDr. Petr Šubrt⁴, MUDr. Ivana Čierná Peterová⁷,
doc. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.⁸,
prof. MUDr. Martina Kozíar Vašáková, Ph.D.⁹,
prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.¹⁰,
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.¹

¹ Ústav všeobecného lékařství, 1. lékařská fakulta, UK

² Národní screeningové centrum, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha

³ Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

⁴ Sdružení praktických lékařů ČR, Praha

⁵ Radiologická klinika, Lékařská fakulta v Hradci Králové, UK

⁶ Klinika zobrazovacích metod FN Plzeň, Lékařská fakulta v Plzni, UK

⁷ Plicní ambulance MUDr. I. Čierná Peterová s.r.o., Brandýs n/L

⁸ Plicní klinika Lékařské fakulty v Hradci Králové, UK

⁹ Pneumologická klinika 1. LF UK a FTN

¹⁰ Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky
1. LF UK a VFN Praha, Ústav hygieny a epidemiologie
1. LF UK a VFN Praha

Úvod

Karcinom plic představuje nejčastější příčinu úmrtí na zhoubné nádory v České republice i v Evropě (GLOBOCAN 2022, IARC). Přestože incidence v posledních letech mírně klesá, zejména u mužů, mortalita zůstává velmi vysoká – kopíruje s několikaletým zpožděním trend prevalence kouření. Hlavním důvodem je pozdní zachyt, většina pacientů je diagnostikována až v pokročilých stádiích, kdy jsou možnosti léčby omezené. Včasná detekce onemocnění proto představuje zásadní příležitost ke zlepšení prognózy pacientů.

Významné důkazy o účinnosti časného zachytu pomo-

cí LDCT přinesly velké randomizované studie. Americká studie **NLST** prokázala přibližně 20% snížení mortality na karcinom plic u vysoce rizikové populace oproti tradičnímu rentgenovému vyšetření hrudníku.¹ Evropská studie **NELSON** následně tyto výsledky potvrdila a zároveň ukázala, že screening může vést k detekci nádoru ve výrazně časnějších stádiích, kdy je léčba kurativní.² Tyto práce se staly základem pro doporučení mezinárodních odborných společností³ a v posledních letech i pro vznik národních screeningových programů. V České republice (ČR) byl od roku 2022 zahájen pilotní program časného zachytu karcinomu plic založený na spolupráci praktických lékařů (PL), pneumologů (PNE) a radiologů (RA). Program je cílen na vysoce rizikovou skupinu – kuřáky a exkuřáky ve věku 55 až 74 let s alespoň 20 balíčkoroky*.⁴ V současné době běží v národním formátu program kromě ČR ještě v Polsku a Chorvatsku.

Kritéria a proces screeningu v ČR (Obrázek 1)

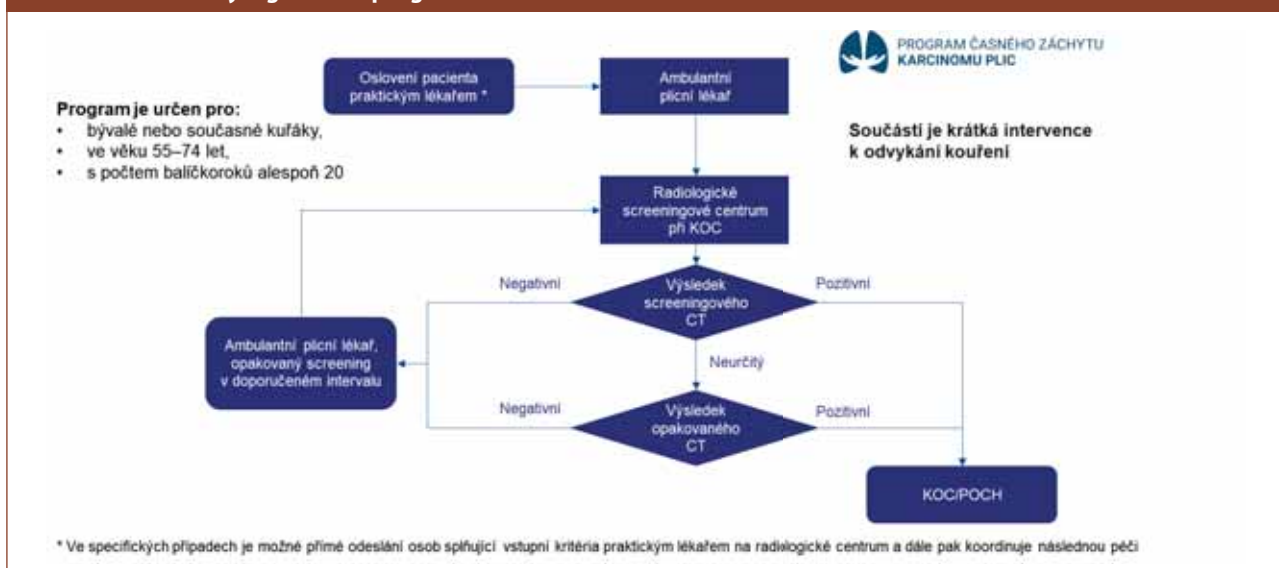
- **Věk 55–74 let**
- Kuřáci nebo bývalí kuřáci s anamnézou alespoň **20 balíčkoroků**
- Screening praktickým lékařem a odeslání k pneumologovi (v případě aktuální nedostupnosti pneumologa přímo na akreditované radiologické pracoviště, s naplánováním kontroly pneumologa v nejbližším možném termínu po LDCT)
- Screeningový test: **nízkodávkové CT hrudníku (LDCT)** na akreditovaném radiologickém pracovišti (viz aktuální seznam)
- Opakování: Při negativním výsledku zajišťuje **vždy** další sledování pneumolog, kontrolní vyšetření se provádí po 1 roce a následně ve dvouletých intervalech. V případě pozitivního výsledku je další diagnostika i dispenzarizace rovněž v kompetenci pneumologa, který odesílá pacienta k další diagnostice a léčbě do Pneumoonkochirurgického centra (viz aktuální seznam).

Role jednotlivých odborností v programu Praktický lékař (PL)

Praktičtí lékaři stojí v úvodu algoritmu pilotního programu časného zachytu karcinomu plic. Díky své dlouhodobé znalosti pacientů jsou schopni identifikovat osoby, které splňují inkluzní kritéria, a aktivně je oslovit. Jejich úlohou je nejen samotné doporučení k vyšetření, ale také edukace pacientů o přínosech a možných rizicích programu. Součástí konzultace je i výpočet balíčkoroků a posouzení dalších rizikových faktorů. Praktičtí lékaři mají navíc jedinečnou příležitost

* Jeden balíčkorok znamená, že člověk kouřil jeden rok jednu krabičku cigaret denně (nebo 2 krabičky půl roku, nebo půl krabičky 2 roky apod.)

Obrázek 1: Navržený algoritmus programu.



motivovat kuřáky k odvykání kouření a nabízet jim léčbu závislosti na tabáku, což je stále nejúčinnější prevence karcinomu plic. Screening by tak měl být vnímán nejen jako nástroj časného zachytu, ale i jako příležitost pro tuto intervenci.

Praktický lékař je hlavní vstupní branou do programu.

Jeho úkoly zahrnují:

1. **Aktivní vyhledávání rizikových osob** – vyhledávání vhodných kandidátů.
2. **Vyhodnocení kritérií a první pohovor** – posouzení věku, balíčkoroků, ochoty ke screeningu, vysvětlení přínosů a rizik screeningu.
3. **Léčba závislosti na tabáku** je nedílnou součástí programu časného zachytu karcinomu plic. Screening je pro praktického lékaře nejen diagnostickým nástrojem, ale i příležitostí k intervenci u hlavního rizikového faktoru. Na webu screeningu jsou ke stažení dva letáky pro pacienty: jak pro současného kuřáka (informace o léčbě závislosti na tabáku), tak pro exkuřáka (prevence relapsu). Je tam rovněž ke zhlédnutí krátký e-learning o této léčbě pro personál screeningu (lékaře i sestry). Kontakty na další podporu odvykání jsou na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.slzt.cz (40 Center pro závislé na tabáku, kolem 250 vyškolených ambulantních lékařů, téměř 200 lékáren poskytujících poradenství, bezplatné mobilní aplikace, bezplatná telefonní linka, poradna lékaře a další letáky pro pacienty ke stažení).
4. **Správné vykazování výkonů:**
 - › **01196 – MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC – ZAŘAZENÍ DO PROGRAMU** (1× za život, 272 bodů)
 - › **01197 – MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC – BEZ NÁSLEDNÉHO SLEDOVÁNÍ** (1× ročně, 272 bodů)
 - › **25504 – Rozšířená krátká intervence do 10 min:** lze vykazovat **jen spolu s 01196/01197**. Nelze vykazovat s výkony č. 25501 a 25503.
 - › Pokud má lékař kurz „**Léčba závislosti na tabáku**“

(ČLK/SLZT), může vykazovat i **25501 (vstupní intervence: 60 min, 1× ročně)** a **25503 (kontrolní intervence 30 min, 8× ročně)**. Na rozdíl od krátké intervence 25504 vyžadují tyto výkony splnění všech kritérií, tedy vedení podrobné kuřácké anamnézy, strukturovaný rozhovor, posouzení závislosti, nastavení léčebného plánu, psycho-behaviorální podporu a následnou dispenzarizaci. Jsou proto určeny pro **systematickou léčbu závislosti na tabáku**, nikoliv pro krátké doporučení během screeningu a s výkony screeningu je nelze vykazovat.

5. **Koordinace následné péče** – odeslání pacienta k pneumologovi před a nebo dle dostupnosti po prvním LDCT.
6. **Pokračování v péči** – **vždy v ordinaci PNE**, včetně plánování dalších kol LDCT, opakování intervence proti kouření.

Pneumolog (PNE)

Pneumolog přebírá pacienta na doporučení praktického lékaře, pokud splňuje inkluzní kritéria programu. Jeho úlohou je provést komplexní vstupní pneumologické vyšetření, které zahrnuje podrobnou anamnézu, fyzikální vyšetření, funkční vyšetření plic a skiagram hrudníku. Na základě tohoto vyšetření odesílá pacienta k **LDCT vyšetření na akreditované radiologické pracoviště v komplexním onkologickém centru (KOC)** nebo na akreditované radiologické pracoviště, které s KOC spolupracuje. Aktuální seznam těchto pracovišť je k dispozici na webových stránkách programu: <https://www.preventceproplce.cz/centra/#mapa>. Tento postup má několik výhod – kromě potvrzení kritérií screeningu umožňuje také včasný záchyt dalších častých chorob spojených s kouřením, zejména CHOPN. Současně jde o další vhodný moment k edukaci a podpoře pacienta v odvykání kouření. Pneumolog pak koordinuje další sledování dle výsledků LDCT, zajišťuje dispenzarizaci pacientů s negativními či dalšími nálezy (např. CHOPN, plicní fibróza) a v případě pozitivního výsledku navazuje na multidisciplinární spolupráci s onkologem a hrudním chirurgem.

Radiolog (RA)

Radiolog je klíčovým článkem celého screeningu, neboť zodpovídá za kvalitu a správnou interpretaci LDCT vyšetření. Standardizované hodnocení plicních nodulů podle systémů jako je Lung-RADS je zásadní pro snížení počtu falešně pozitivních nálezů a zajištění jednotného postupu při sledování pacientů². Radiolog rovněž identifikuje významné vedlejší plicní a mimoplicní nálezy a zprostředkovává jejich řešení ve spolupráci s příslušnými odborníky. Toto specializované pracoviště musí splňovat akreditační standardy pro centra zařazená do programu.

Multidisciplinární spolupráce

Úspěch programu časného zachytu karcinomu plic je podmiňován efektivní spoluprací všech zúčastněných odborností. Praktický lékař je prvním kontaktem pacienta, zajišťuje screening a intervence, následně přebírá péči pneumolog, který řídí navazující diagnostiku a léčbu. Radiolog pak poskytuje klíčovou diagnostickou informaci. Jen propojením těchto kompetencí lze zajistit, že screening bude efektivní, bezpečný a přinese pacientům skutečný benefit. Významná je role pneumologa, který v případě pozitivního nálezu suspektního nodulu odesílá pacienta do Pneumoonkochirurgického centra a v případě negativního nálezu posílá pacienta do dalších kol screeningu. Praktik zůstává klíčovým partnerem, na kterém závisí pozvání rizikových jedinců do programu, intervence proti kouření a někdy i vyslání do prvního kola LDCT, praktik navíc pomáhá zvládat komorbiditu a poskytuje také zásadní psychickou podporu.

Metodika

V rámci analýz jsou využívána data z Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Konkrétně se využívají data od zdravotních pojišťoven z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHVS) a data Národního onkologického registru (NOR). Pro základní výstupy sledujeme vykazování konkrétních výkonů u praktických lékařů, pneumologů a radiologů.

U praktických lékařů se zaměřujeme na výkony vztažené ke vstupu do screeningového programu a to 01196 (pacient souhlasí s odesláním k pneumologovi) a 01197 (pacient odmítá účast).

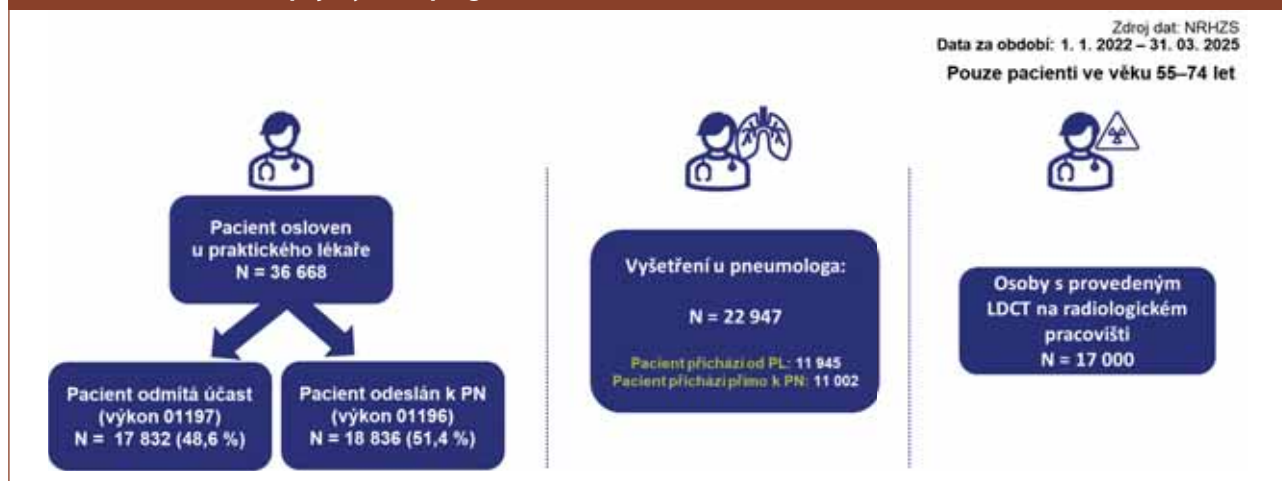
U pneumologů uvažujeme jeden screeningový výkon (25507) a tři nescreeingové (25021, 25022, 25023), které jsou napojeny na vykazování výkonů u praktika, potažmo radiologa. Osoby vyšetřené u pneumologa jsou tak rozděleny na dvě skupiny a to: a) pacient přichází od PL – jednomu ze čtyř výkonů u pneumologa předchází jeden ze dvou výkonů u PL; b) pacient přichází přímo k PN – osobě je vykázan screeningový výkon (25507), potažmo jeden ze tří nescreeingových výkonů, na který následně navazuje jeden ze tří výkonů u radiologa. U radiologa jsou sledovány výkony vztahující se k výsledku LDCT, a to negativní (89663), neurčitý (89664) a pozitivní (89665) nález.

Výsledky

Od 1. ledna 2022 do 31. března 2025 bylo v programu časného zachytu karcinomu plic osloveno 47 670 osob ve věku 55–74 let, které splňovaly výše popsaná inkluzní kritéria. Praktičtí lékaři oslovili 36 668 (76,9 %) osob, z nichž po prvotním oslovení souhlasilo s účastí v programu 51,4 % osob (N = 18 836 osob). Bez předchozí návštěvy u praktického lékaře vyšetřili pneumologové 11 002 (23,1 %) osob. LDCT na radiologickém pracovišti absolvovalo 17 000 osob (Obrázek 2).

Počet zapojených praktických lékařů (definovaných jako unikátní IČZ) postupem času stoupá, přičemž ke konci března 2025 se zapojilo 2 150 IČZ (49 %). Nejvyšší počet zapojených IČZ praktických lékařů do programu (Obrázek 3) byl v okrese Karlovy Vary (72 %). Naopak nejméně zapojených praktických lékařů bylo v okrese Domažlice (19 %). Většina zapojených PL do programu však nedosahovala pokrytí oslovených osob cílové hodnoty 15 %, která vychází z metodických rozvah publikovaných před zahájením pilotního programu*. Celkový podíl oslovených osob u praktického lékaře v rámci první

Obrázek 2: Počet osob zapojených do programu.



* Průměrný počet osob v kapitaci praktického lékaře dosahuje 1 500 osob. Z tohoto počtu by dle demografie ČR mělo být na 24 % osob ve věku 55–74 let, což představuje 360 osob. Z daného počtu odhadujeme, že 30 % osob budou současní či bývalí kuřáci, což daný počet sníží na 108 osob. Do programu by se mohlo zapojit až polovina z nich, což v konečné rovině představuje 54 osob. Z celkového počtu 360 osob ve věku 55–74 let by tak mělo být osloveno 54 osob, což představuje ideální 15% pokrytí v rámci kapitace praktického lékaře.

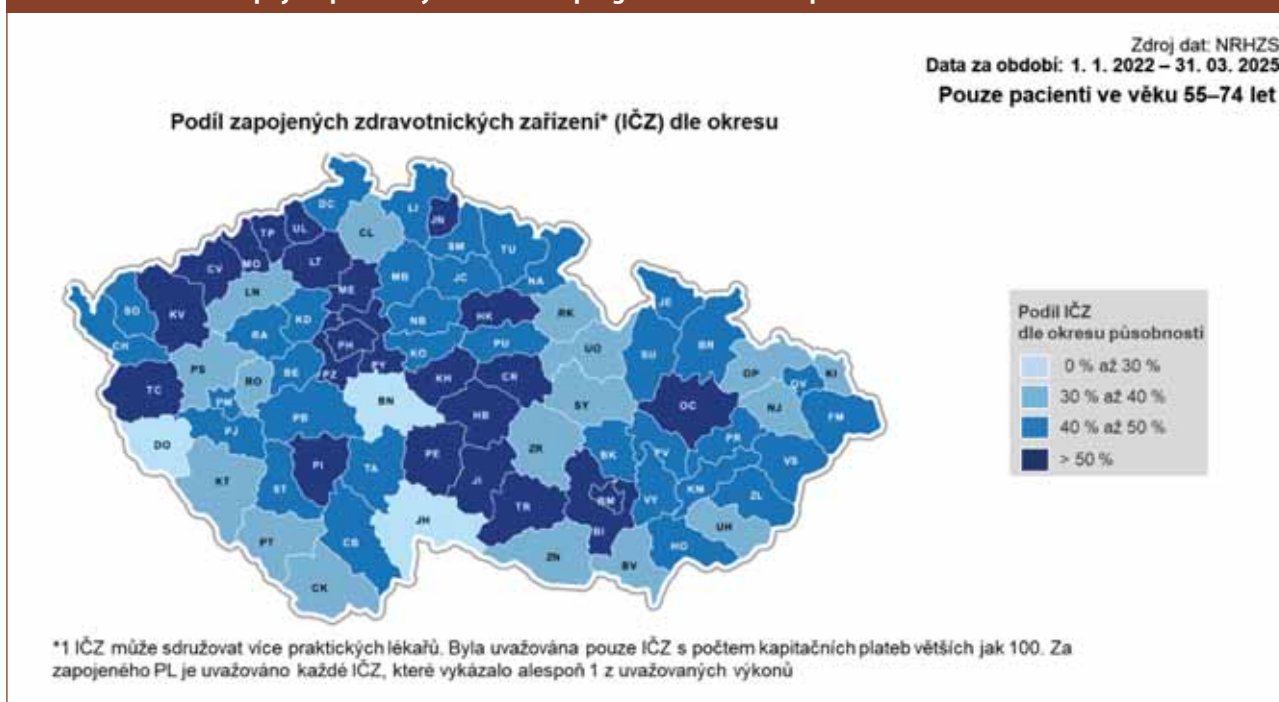
screeningové epizody v ČR v období od 1. ledna 2022 až do 31. března 2025 činil přibližně 1,4 % (tedy 13,6 p. b. pod požadovanou hodnotou 15 %). Podíl osob oslovených praktickým lékařem byl nejvyšší v Ústeckém kraji (2,0 %), nejnižší ve Zlínském kraji (0,7 %).

Interval mezi vyšetřeními u PL a PNE v rámci ČR se každým rokem zvyšuje (Obrázek 4). Tento průměrný interval dosahoval v roce 2024 126 dnů (medián 63 dnů). Nejnižší medián intervalu mezi vyšetřeními v roce 2024 (41 dnů) byl zaznamenán v Olomouckém kraji (s počtem 200 vyšetřených osob) a nejvyšší medián intervalu (77 dnů) byl zaznamenán ve Středočeském kraji (s počtem 531 vyšetřených osob).

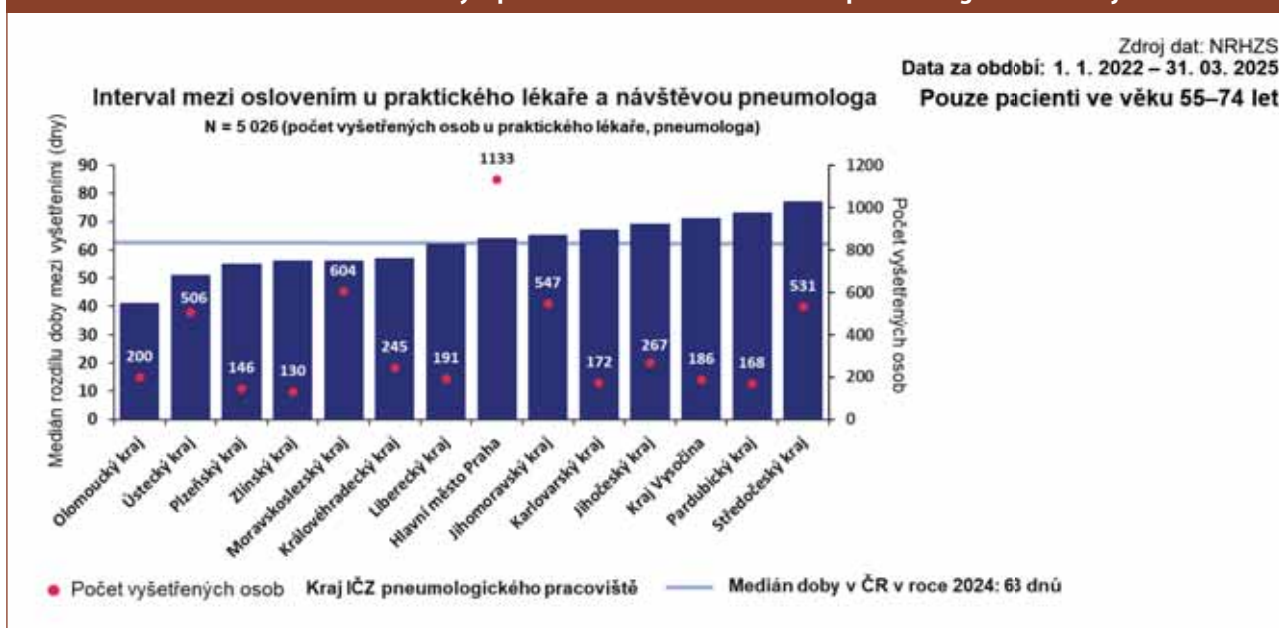
Také interval mezi vyšetřeními u pneumologa a radiologa (LDCT) v rámci ČR se každým rokem zvyšuje (Obrázek 5). Tento průměrný interval dosahoval v roce 2024 85 dnů (medián 58 dnů). Nejnižší medián intervalu mezi vyšetřeními v roce 2024 (38 dnů) byl zaznamenán v Kraji Vysočina (s počtem 168 vyšetřených osob) a nejvyšší medián intervalu (207 dnů) byl zaznamenán v Pardubickém kraji (s počtem 73 vyšetřených osob).

V období od 1. ledna 2022 až do 31. prosince 2024 byla na základě první screeningové epizody (první LDCT vyšetření, resp. posledního vyšetření LDCT do 6 měsíců po neurčitě výsledku v rámci prvního LDCT) většina pacientů (90 %) negativních (Obrázek 6). Přibližně 7 % (N = 1 047) osob mělo neurčitý výsledek a okolo 3 % (N = 507)

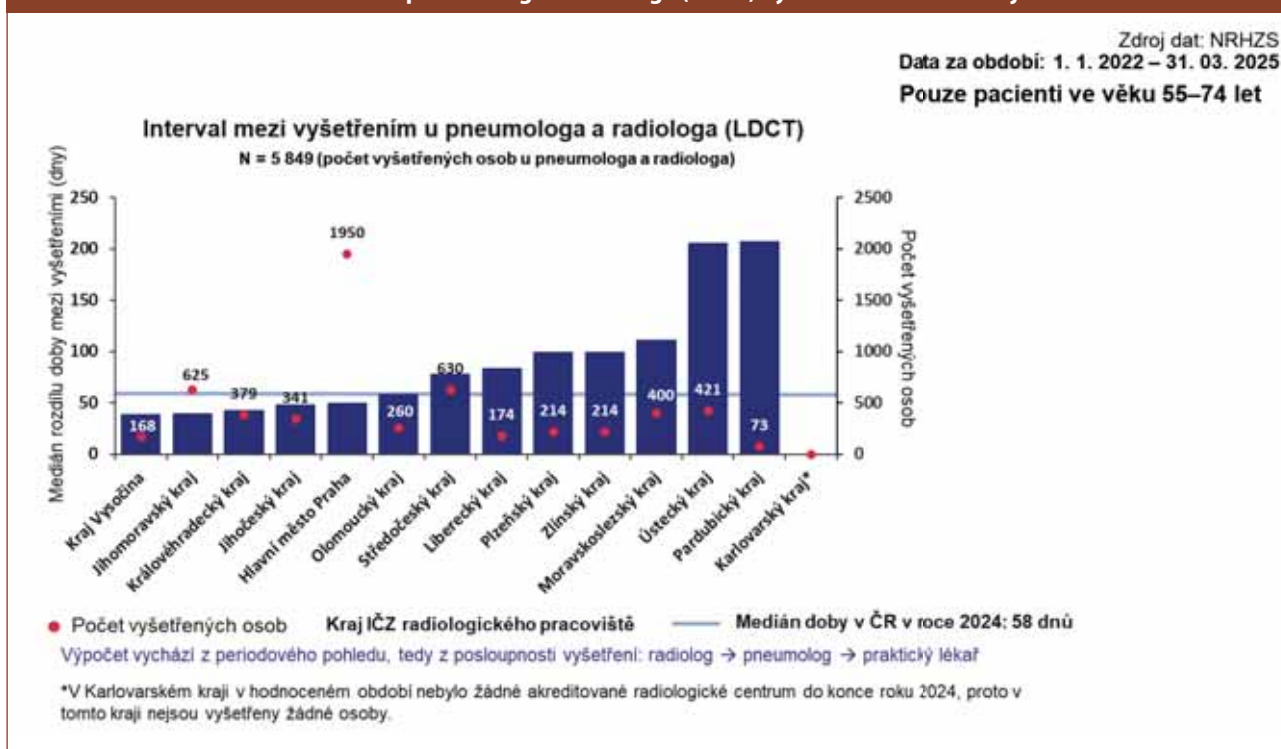
Obrázek 3: Celkové zapojení praktických lékařů do programu dle okresu působnosti zdravotnického zařízení.



Obrázek 4: Interval mezi oslovením osoby u praktického lékaře a návštěvou pneumologa v rámci kraje.



Obrázek 5: Interval mezi návštěvou pneumologa a radiologa (LDCT) vyšetřením v rámci kraje.



osob mělo výsledek pozitivní. Pacienti s pozitivním výsledkem LDCT jsou dále zasláni do specializovaných pneumoonkochirurgických center či KOC. Z celkového počtu 507 pozitivních pacientů na základě LDCT mělo 139 (27 %) pacientů záznam v NOR, tj. nalezený karcinom⁵. Celkem 48 % (N = 66) osob mělo onemocnění diagnostikováno v časném stadiu 1 a přibližně 37 % (N = 52) osob v pokročilých stadiích 3 a 4.

Diskuse

Český pilotní program je postaven na relativně jednoduchých výběrových kritériích: věk a balíčkoroky. Tento přístup je praktický a snadno aplikovatelný, ale nemusí být zcela optimální. **Prediktivní modely, například PLCom2012⁶**, zahrnují širší spektrum rizikových faktorů (anamnéza, komorbidita, socioekonomické ukazatele) a umožňují cílenější výběr pacientů. Do budoucna může jejich implementace zlepšit efektivitu screeningu a snížit počet osob, které absolvují vyšetření bez výrazného přínosu.

Další výzvou je samotné zapojení praktických lékařů a pneumologů. Přestože jejich role je klíčová, účast zejména u praktických lékařů není plošná. Možným vysvětlením je vysoká pracovní zátěž ordinací a skutečnost, že Česká republika má celosvětově jeden z největších počtů organizovaných screeningových programů; praktici i specialisté tak mohou čelit tzv. „**screeningové únavě**“.⁷ Svou roli může hrát také fakt, že ne všichni praktičtí lékaři mají dostupné či dlouhodobě spolupracující pracoviště, kam by mohli pacienty s podezřením vhodně směřovat. Je proto důležité hledat způsoby, jak zapojení ordinací dále usnadnit a zdravotníky motivovat.

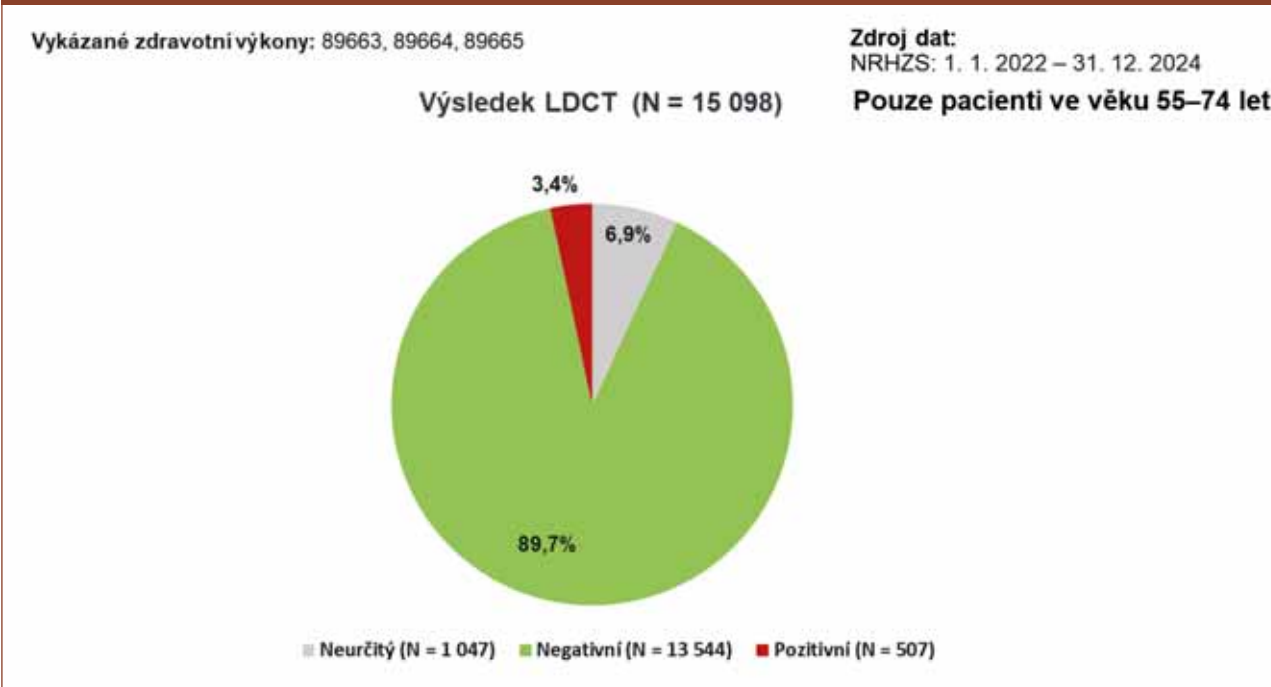
Jedním z nejsilnějších nástrojů k motivaci PL je prezentace dosavadních výsledků: data jasně ukazují, že screening umožňuje **zachytit většinu karcinomů plic ve stadiu I a II**, zatímco v běžné praxi jsou nádory diagnostikovány převážně až ve stadiu III a IV. Tento rozdíl v prognóze je zásadní a může praktickým lékařům i pacientům názorně ukázat skutečný přínos programu. Vedlejším, avšak velmi cenným efektem, je i **vysoký záchyt chronické obstrukční plicní nemoci** (CHOPN a časných fází plicních fibróz a i jiných závažných mimoplicních morbidit).

Z pohledu pacientů je důležité transparentně komunikovat výhody i omezení programu. Hlavní přínos spočívá v možnosti časného záchytu karcinomu plic, a tím i ve zvýšení šance na kurativní léčbu. Na druhé straně je nutné pacienty informovat, že screening plic není jednorázové vyšetření – na rozdíl od mamografického či cervikálního screeningu probíhá ve více krocích (praktický lékař → pneumolog → nízkodávkovaná CT). Tento vícestupňový proces může být pro část populace bariérou, pokud nejsou dostatečně motivováni a informováni. Proto je zásadní, aby praktický lékař pacientovi srozumitelně vysvětlil všechny fáze programu, možné výsledky i následný postup. **Součástí edukace by mělo být i zdůraznění nutnosti návratu do screeningu po negativním nálezu, neboť dlouhodobé sledování je klíčové pro udržení efektivitu programu. Důležité je i upozornění, že negativní výsledek neznamena doporučení pokračovat v kouření.**

Výzvou zůstává také **compliance pacientů, zejména kuřáků**, kteří jsou obecně obtížněji motivovatelní, mají obavy z patologického nálezu a vykazují nižší adhe-

* V NOR se (dle předpokladů ze studie NELSON) očekává cca 35 % osob s pozitivním LDCT

Obrázek 6: Celkové výsledky LDCT v rámci 1. screeningové epizody.



renci k doporučením. Vysvětlení přínosů programu, opakovaná krátká intervence léčby závislosti na tabáku a využívání motivačních rozhovorů mohou přispět k vyšší účasti rizikové populace.

Další oblastí, která si zaslouží pozornost, je zajištění rovnoměrného regionálního pokrytí radiologickými pracovišti a komplexními onkologickými centry (KOC). V některých regionech zůstává dostupnost pneumologické péče či vyšetření LDCT dosud omezená, což může ovlivňovat rovnost přístupu občanů k programu. Pilotní projekt by proto měl poskytnout nejen přehled o zapojení jednotlivých pracovišť, ale také cenová data o regionálních rozdílech a potřebách systému. Cílem je, aby měl každý občan možnost využít screening bez ohledu na místo svého bydliště.

Specifickou otázkou je i **návrat pacientů na opakovanou LDCT vyšetření.** Dosavadní data naznačují, že část účastníků na kontrolní vyšetření nepřichází. Důvody mohou být různé – obavy, logistické bariéry či nízká motivace. Analýza těchto příčin je klíčová, protože pravidelné sledování je podmínkou skutečné účinnosti screeningů.⁸

Celkově lze říci, že pilotní projekt je významným krokem vpřed. Zkušenosti z něj ale musí být využity k posílení infrastruktury včetně nabídky primárního důvodu tohoto screeningů, totiž léčby závislosti na tabá-

ku, motivace lékařů, zajištění dostatečné informovanosti pacientů a rovného regionálního pokrytí. V roce 2025 skončí pilotní období a program bude podroben kritické analýze, nicméně na základě dosavadních průběžných hodnocení lze předpokládat jeho pokračování.

Závěr

Od zahájení pilotního programu časného zachytu karcinomu plic uplynula zatím poměrně krátká doba, přesto již dostupná data ukazují zásadní posun v charakteru nově diagnostikovaných onemocnění. V rámci screeningů je totiž většina nádorů zachycena v časném stadiu I a II, kdy je možná kurativní léčba s výrazně lepší prognózou. To představuje zásadní rozdíl oproti běžné klinické praxi, kde jsou nádory plic stále nejčastěji diagnostikovány až ve stadiu III a IV. Pilotní program časného zachytu karcinomu plic tak nabízí reálnou šanci změnit dosavadní nepříznivý průběh této diagnózy a zlepšit výsledky léčby u celé rizikové populace.

Podobně jako v programu screeningů kolorektálního karcinomu obdrží praktičtí lékaři – a pravděpodobně i pneumologové – ještě do konce roku strukturovanou zpětnou vazbu o zapojení svých ordinací. Návrh formátu tohoto reportu již byl posouzen a odpovídá uspořádání používanému v programu screeningů kolorektálního karcinomu.

Literatura:

1. National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011;365(5):395-409. doi:10.1056/NEJMoa1102873.
2. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al. Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial (NELSON). *N Engl J Med*. 2020;382(6):503-513. doi:10.1056/NEJMoa1911793.
3. European Commission. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new approach on cancer screening. Official Journal of the European Union. 2022;C 243:44-55.
4. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Program časného zachytu karcinomu plic – metodika pilotního projektu. 2022. Dostupné z: <https://prevenceproplce.cz>.
5. Zhao YR, Xie X, de Koning HJ, et al. NELSON lung cancer screening study. *Cancer Imaging*. 2011;11(Spec No A):S79-S84.
6. Tammemägi MC, Church TR, Hocking WG, et al. Evaluation of the lung cancer risks at which to screen ever- and never-smokers: screening rules applied to the PLCO and NLST cohorts (PLCOm2012 model). *PLoS Med*. 2014;11(12):e1001764. doi:10.1371/journal.pmed.1001764.
7. Taglione, M.S., Brown, J.B, et al. Primary care engagement in health system change: a scoping review of common barriers and effective strategies. *BMC Prim. Care* 24, 157 (2023).
8. Manolios E, Sibeoni J, Teixeira M, et al. When primary care providers and smokers meet: a systematic review and metasynthesis. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2021 Jun 1;31(1):31.

Všeobecné sestry v primární péči: První kurz IPVZ potvrdil potřebu dalšího vzdělávání



MUDr. Kateřina Javorská

členka výboru SVL ČLS JEP, odborná garantka KA3 (Vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu v ordinacích) v projektu IPVZ „Podpora vzdělávání v oblasti primární péče zaměřené na všeobecné praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a podpora regionální dostupnosti zdravotní péče“

Dne 11. října 2025 se v pražském hotelu ILF uskutečnil odborný kurz pro sestry ve všeobecném praktickém lékařství (VPL), pořádaný Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Kurz určený sestrám působícím v ambulantní sféře, především v ordinacích všeobecných praktických lékařů, byl realizován v rámci projektu „Podpora vzdělávání v oblasti primární péče zaměřené na všeobecné praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a podpora regionální dostupnosti zdravotní péče“ (reg. č. CZ.03. 02. 02/00/24_060/0005126, doba realizace 1. 1. 2025 – 30. 6. 2028), spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus a státního rozpočtu. Zájem o akci předčil očekávání – účastnilo se 84 sester z celé České republiky, což dokládá rostoucí zájem o vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v primární péči.

Cíl a záměr kurzu

Cílem kurzu bylo navázat kontakt se skupinou sester působících v ordinacích VPL, zmapovat potřebu jejich dalšího vzdělávání, podpořit profesní rozvoj a vytvořit prostor pro sdílení zkušeností v oblasti týmové spolupráce, organizace péče a mezioborové komunikace. Úvodního slova se ujala MUDr. Kateřina Javorská, praktická lékařka z Nového

Města nad Metují, která kurz odborně garantovala a organizačně zajišťovala. Zdravici účastníkům zaslala Mgr. Libuše Martináková, MBA, náměstkyně ředitelky IPVZ pro nelékařské obory a vedoucí katedry nelékařských povolání IPVZ, která zdůraznila výjimečnou roli sestry v ordinaci praktického lékaře a připomněla potřebu jasně definovaného systému kompetencí a odpovědnosti nelékařských pracovníků.

Primární péče jako týmová práce

V první části programu se MUDr. Javorská věnovala tématu „Možnosti poskytování primární péče v ordinaci VPL – týmová a mezioborová spolupráce, sociální aspekty péče a role sestry“. Přednáška byla koncipována interaktivně a vedla účastníky k aktivní diskusi. Lektorka připomněla, že všeobecní praktičtí lékaři a jejich sestry představují první kontaktní místo pacienta se zdravotní péčí a sehrávají klíčovou úlohu při včasné diagnostice, prevenci a dlouhodobém sledování chronických onemocnění. Zdůrazněna byla nutnost efektivní týmové spolupráce mezi lékařem a sestrou, stejně jako komunikace s dalšími poskytovateli – domácí péčí, paliativními službami a sociálními pracovníky.

Každodenní práce sestry ve VPL

Na první část programu navázala Monika Horáková, DiS., sestra s dlouholetou praxí ve všeobecném praktickém lékařství. Její interaktivní blok nesl název „Organizace péče v ordinaci VPL pohledem sestry. Je





potřeba další vzdělávání a zvýšení kompetencí sester?“ Přednáška byla vedena velmi prakticky, s důrazem na každodenní realitu provozu ordinace. Diskutovala se organizace práce sestry – od administrativy a komunikace s pacienty až po koordinaci preventivních prohlídek, dispenzarizaci chronických pacientů a edukaci o zdravém životním stylu. Účastníci sdíleli své zkušenosti s elektronickými systémy objednávání, vedením dokumentace a plánováním očkování.

Skupinová práce a identifikace vzdělávacích potřeb

Ve třetí části programu probíhala práce v malých skupinách pod vedením MUDr. Bezdíčkové, MUDr. Javorské a MUDr. Šefrhansové. Účastníci byli rozděleni do tří týmů, které se zaměřily na konkrétní vzdělávací potřeby sester, bariéry v jejich dalším vzdělávání a možnosti podpory ze strany lékařů či vzdělávacích institucí. Opakovaně zaznívala témata potřebná stran vzdělávání jako komunikace s pacientem, edukace, očkování, triáž, sociálně-zdravotní problematika, administrativa, hygienické požadavky na provoz a základy farmakoterapie včetně nežádoucích účinků léků. Závěrečné prezentace jednotlivých skupin ukázaly, že sestry mají o profesní rozvoj velký zájem a uvítaly by větší nabídku cílených vzdělávacích programů.

Závěr a další plány

Kurz byl zakončen otevřenou diskusí a shrnutím klíčových poznatků. MUDr. Javorská poděkovala účastníkům za aktivní přístup a oznámila přípravu dalšího setkání sester VPL, které se uskuteční na jaře 2026 v Brně. Účastníci hodnotili kurz velmi pozitivně – oceňovali jeho praktické zaměření, možnost sdílení zkušeností a inspiraci pro každodenní praxi. Závěrem se shodli, že budoucnost primární péče spočívá v posílení role sester, v jejich další specializaci, profesní autonomii a efektivní týmové spolupráci s lékaři.

Kurz potvrdil, že sestry ve všeobecném praktickém lékařství představují páteř primární péče a jejich odborná příprava i podpora jsou nezbytné pro fungování moderního zdravotnického systému. Odborné vzdělávání v této oblasti přispívá nejen ke zvýšení kvality péče, ale i k posílení profesní identity a motivace sester, které tvoří nepostradatelnou součást týmu primární péče.

Fotografie – zdroj: archiv IPVZ



Wonca Lisbon 2025

WONCA je místo nekonečného poznání i přátelských setkání. Nikde jinde není možné se ráno cestou z autobusu zapovídat s příjemnou paní doktorkou, ze které se vyklube profesorka z Austrálie, na jejíž přednášku jdu. Nad obědem rozebírat náročné sladování rodinného a soukromého života s kolegyněmi z Anglie a Turecka. Odpoledne vyrazit na procházku po městě, projít přes vyhlídku, jít na večeri a potkat tam další bandu mladých praktiků, kteří vás vytáhnou tancovat do střechního baru, a to vše v prostředí nádherného středověkého Lisabonu.

Odborný i společenský program prostě stál za to: **WONCA's got talent**

Parádní workshop SIG Emergency medicine. Na základě krátkého testu a život zachraňující medikaci byli vybráni lékaři na 2 modelové situace: 1) Kolaps v nemocnici se vším vybavením (ak. IM): kolega z Finska předvedl skvělý záchranářský výkon. 2) Autonehoda v terénu: se stetoskopem (1.PNO 2. SDH), ale jinak prázdnýma rukama kolega zahrál nejistotu při čekání na příjezd RZP. Připomenula jsem si, že je dobré, když jednu osobu sleduje stále tentýž lékař, protože u subdurálního krvácení bezvědomí může předcházet excitovaný stav a dá se to snadno přehlédnout.

Budoucnost zdraví a wellbeingu napíší praktičtí lékaři – Evropský ředitel WHO Hans Henri P. Kluge

P. Kluge připomenul, že VPL jsou srdcem zdravotnictví a udávají jeho rytmus, protože společně ročně poskytujeme po celém světě přes 45 miliard konzultací. Nesmíme zapomínat, že někteří lidé nemají přístup k péči vůbec a min. 2 miliardy se potýkají s finančními obtížemi. Různě po světě je mnoho zemí, které trpí kritickým nedostatkem VPL.

VPL totiž nejsou jen poskytovateli zdravotní péče, ale mají stát v čele komunit a být důvěrníky rodin. Jsme to právě my, kdo na jedné straně odhalí největší život ohrožující průřevy a na druhé důstojně doprovází stárnoucí pacienty na sklonku života až k smrti.

Našimi superschopnostmi jsou:

1. Preciznost: v terénu sledovat potřeby sociální reality, budeme mostem mezi AI a pacienty s nadhledem, laskavostí i nákladově efektivně.
2. Profesionalita: je potřeba udržet kvalifikovaný personál, aby neutíkal mimo obor, případně úplně mimo medicínu, a k tomu potřebujeme systematické zajištění finančních zdrojů pro primární péči, abychom si mohli vychovávat nástupce, plánovat a inovovat.
3. Provázení (Pathways): dokážeme najít cestu pacienta systémem podle jeho hodnot.
4. Participace: je potřeba využívat naši přirozenou auto-

ritu v komunitě v boji za lepší zdraví celé populace včetně osobní politické angažovanosti.

5. Postřeh: někdy můžeme být jediným zastáním. Nezapomínejme, že $\frac{1}{3}$ žen zažije nějakou formu násilí a my můžeme být tím jediným, kdo dokáže změnit nepříznivou trajektorii.

Social prescribing – léčba společnosti

- 80 % zdraví ovlivňuje prostředí a životní podmínky pacienta
- pouze 20 % ovlivňuje medicína
- spojuje medicínu a soc. péči
- díky tomu je péče individualizovaná, integrovaná a personalizovaná
- je s výhodou zohledňovat jedinečnou osobnost i sociální zázemí s respektem k menšinám

Každý stát má vlastní strategii:

Velká Británie: příklad dobré praxe
social prescriber (zahajuje VPL) + care coordinator (následně zdravotní + sociální pracovník)

Francie:

inclusion healthcare professional – tým pro znevýhodněné pac., původně pro pac. bez domova
plánuje a doprovází pac. na lék. konzultace
health mediation – vyhledává ohrožené/vyloučené pacienty, pomáhá jim s jazykovou bariérou, mapuje jejich potřeby s respektem ke zvykům a mapuje podporu komunity, kde žijí

Španělsko:

population health management (tým VPL, sestra, soc. pracovník)

- usnadňuje společný přístup do electronic medical record, kde každý zapisuje medicínské i společenské intervence a doporučení
- plán péče a kontrol, pravidelné zhodnocení á 3 měs.
- cílem je udržet seniory co nejdéle samostatné
- včetně podpory ment. zdraví celé populace

Portugalsko:

VPL informuje sociálního pracovníka

Jak se k tomu postavíme v ČR?

NCD Academy

- není v niších silách sledovat up-to-date medicínský vývoj
- aplikace od americké kardiologické společnosti zdarma plná evidence-based stručných vzdělávacích kursů na civilizační choroby v mobilu
- ke stažení zdarma na Google play/ Apple store

Je libo šálek čaje?

Aneb jak je důležitá pohoda lékaře, a tím i pacienta. Workshop, který připomínal, jak důležité dobře hospodařit s vlastními silami. Umíme vůbec odpovědět na otázky:

Jak se cítím?

Jak mě ovlivňuje okolí?

Co na tom můžu změnit/zpříjemnit si?

Má můj život smysl?

Chová se ke mě okolí s úctou?

Workshop: Umíme vytvořit bezpečné prostředí pro přeživší domácí násilí (DN)?

DN je časté, podle zprávy WHO z r. 2018 jej v nějaké podobě zažije $\frac{1}{2}$ žen. Ve větší skupině je vysoká pravděpodobnost, že tu nějakí přeživší (v ČR se častěji používá termín oběti) DN budou. Jako zdravotníci můžeme být jedním, na koho se mohou obrátit. Proto potřebujeme vědět, jak funguje trauma a poznat příznaky. Základní je důvěra mezi lékařem a pacientkou, bezpečí, postupné zesilování (angl. empowerment), protože sama žena se cítí neschopná a má pocit, že je v pasti a nevidí žádné možnosti řešení.

Měli jsme kazuistiku libanonské pacientky s bolestmi zad, které nereagují na běžná analgetika. Teprve na cílený dotaz byla schopná odpovědět, že manžel a tchýně ji psychicky trápí a žádá si narazila, když manžel ji před 14 dny shodil na zem. Každopádně odeslat do centra pro domácí násilí nechtěla a trvala na ortopedii. Tam bylo provedeno CT, které nic nenašlo, v mezidobě volal manžel ortopedovi, že je jeho paní hysterická a bere léky na psychiku. Ortoped pak do zápisu napsal, že ženiny potíže jsou v hlavě. Takže nakonec je paní ještě pod větší tlakem, a navíc se zkušeností, že jí zdravotníci nepomohli (statistika říká, že dalších 7 let bude sbírat odvahu, než to zkusí znovu).

Popravdě jsme si přiznali, že kdybychom byli pod časovým tlakem, tak nás možnost domácího násilí ani nenapadne.

Identifikace může být složitá: potíže mohou imponovat „divně“ a psychosomaticky. Stojí za to, se zeptat, proč si dotyčná myslí, že má tyto potíže a co se děje doma. Dbát na svou intuici.

Důležité je vytvořit bezpečný prostor. Vyslovit např. větu: Vše, co řeknete, může zůstat zde. Připomenout, že DN je časté, ale rozhodně není normální. Bylo by vhodné mít letáky v čekárně, případně QR s kontaktem na podpůrnou organizaci na WC.

Např. v Portugalsku mají institut soukromé zprávy pouze pro oči lékařů.

Znevýhodnění lékařek

- po celé Evropě
- snižování odbornosti mladých lékařek proti stejné starým kolegům pacienty, časté oslovení „sestřičky“...
- dle ILO (International labour organisation) 67 % žen nehlásí epizody napadení
- systematická péče o bezpečné pracovní prostředí

(pravidla pro hlášení): i po nahlášení trvá dlouho, než se něco stane, např. osahávání pacientem (v ČR se neřeší vůbec)

- chybí platformy pro report
- v Portugalsku mají krizové tlačítko
- ve vedoucích pozicích většinou muži
- časté dotazy na těhotenství a rodinu při pracovních pohovorech, podobně se chovají i některé ženy ve vedoucích pozicích
- nebezpečí fatálních následků: (drželi jsme 30 s ticha za brazilskou kolegyni, která byla napadena pacientem, a když to reportovala na policii, dostala infarkt, kterému na místě podlehla)

Skryté přetížení

Ve Velké Británii probíhal výzkum praktických lékařů o jejich vlastní práci.

Zjistil, že všeobecná populace má pocit, že VPL pracují málo. Realita je samozřejmě jiná a nepotkává se s doporučením max. 25 pacientů za den, 15 min. na kontrolu. Pauzy jsou obvykle to první, co mizí. Za pracovní nálož podobně jako u nás může přebujelá administrativa a neobjednaní pacienti. Řešení se zatím žádné nerysuje, ale kolegové věří, že díky pojmenování problému se časem najde.

Vědou potvrzené doplňky a režimová opatření

Sedavý životní styl přináší obrovská zdravotní rizika, přesto je $\frac{1}{3}$ dospělé populace neaktivní.

Cvičení by mělo být blízko, dostupné a zábavné.

Co z pohybu tedy prospívá?

Trénink mobility – nemusí být extrémní, ale za den bychom si měli protáhnout všechny klouby.

Arginin – syntéza NO, kreatinu, zlepšení imunity a KV zdraví.

Beta alanin – zlepšuje svalovou sílu, ale může dělat parestzie, které přejdou po vysazení.

Kreatin – zlepšuje regeneraci a náladu; loading 20–25 mg 5–7 dní, ale pozor, 30 % lidí na něj nereaguje.

Dovednosti VPL 21. století

Jsme jako Sherlock Holmes, dost často musíme usuzovat z nepřímých informací.

Někdy nejvíc léčíme svou přítomností a doprovázením.

5 C workshop

Charakter – profesionálnost, opora, empatie

Collaboration (spolupráce) – sdílet zásadní rozhodnutí s rodinou, zdravotnickým týmem, specialisty, domácí péči...

U starých pacientů je velkou výhodou společně s rodinou písemně sepsat plán péče.

Creativity (kreativita) – hlavně v řešení problémů s ohledem na zázemí a mentální zdatnost pacienta. Třeba „hry na zapamatování léků“. Při rozhádaných rodinách pomáhá etické zdůvodňování a hledání, co mají společného.

Critical thinking (kritické myšlení) – žijeme v období rychlých technických změn, které ne všichni oceňují:

zejména ve vztahu k AI pro nás vyplývá čím dál větší nutnost dovysvětlovat nepřesné informace pacientům, stejně jako nutnost kvalitních zdrojů informací.

Compassion (soucit) – posilování odolnosti nás i pacientů, péče o vlastní integritu a resilienci. Připustit si, že stres je normální, ale nesmíme se nechat přehltnout. Vhodné je věnovat se mindfulness a sebepéči. Docela pomáhá i psát deník.

Inspirace stručně

E-konzultace v Kanadě

- „mailem“, zabezpečený systém, specialisté jsou zaplacení za konzultaci. Běžná doba čekání na specialistu (např. endokrinologa) je 9 měsíců. Jen tak, abyste věděli, až si vám bude zase někdo stěžovat, že nemůže sehnat specialistu.

Sekundární oběti

- zdravotníci, kteří nechtěně svou prací pacientovi ublížili nebo byli přítomni při medicínské chybě
Nezapomínejme, že medicínské chyby se stávají a je potřeba opečovat i chybující zdravotníky, jinak hrozí vyhoření a celkové zhoršení péče.

Stres a dopady na zdraví

- sponzorovaná přednáška společnosti Heel, „homeopatický“ přípravek neurexan (extrakty: kávovník, mučenka, oves, kozlík)
Stres je normální, ale musíme se pak uklidnit (dopřát si na to čas a prostor).
Stresování lidé přehlížíjí příjemné události a fixují se na ty negativní. S časem roste pravděpodobnost deprese. Zajímavá kazuistika německého kardiologa.

Jak číst kvalitativní výzkum

- kvalitativní výzkum je dobrý na popis a definici problematiky. Je třeba zkontrolovat, jaký byl vzorek účastníků, jak byli vybíráni, jak se vyhodnotilo a zda se dá přenést i na jiné prostředí.

Souvislost mezi mentálním zdravím a efektivitou mitochondrií

- ketogenní dieta snižuje intenzitu depresivních příznaků u studentů
(<https://www.metabolicmind.org/>)

Metformin může mít pozitivní efekt na léčbu psychických nemocí, nové studie naznačují, že může mít dobrý efekt na depresi, bipolární afekt. poruchu a schizofrenii) (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924977X22008458>)

Z Lisabonu si odvážím účast ve 3 pracovních whatsappových skupinách, spoustu inspirace a nezapomenutelných zážitků.

MUDr. Jana Krzyžánková
pracovní skupina pro preventabilní choroby
podskupina pro ženské zdraví

Zpráva z účasti na WONCA World Conference 2025 v Lisabonu

Prekonference EYFDM (Young Doctors' Movement)

Před samotnou konferencí proběhla tradiční prekonference mladých lékařů s mottem *Futureproofing family medicine*. Atmosféra byla velmi inspirativní – kromě sdílení zkušeností z různých koutů světa se probírala témata, která jsou aktuální i u nás. Zajímala mě zejména problematika péče o migranty, nové přístupy k obezitologii. Velký důraz se kladl také na otázky leadershipu – jak obstát v obtížných situacích a vést tým v náročných podmínkách.

Silně rezonovalo i téma rovného přístupu ve zdravotnictví (*health justice*), které připomnělo, že role praktického lékaře přesahuje samotnou medicínu.

Hlavní konference WONCA World 2025

Hlavní konference se nesla v duchu motta *New Vision for Primary Health Care and Sustainable Development*. Program byl velmi pestrý a pokrýval široké spektrum témat:

- sociální determinanty zdraví a role komunity,
- ekologické dopady zdravotnictví,
- well-being a prevence vyhoření u lékařů,
- etické a empatické aspekty medicíny v éře umělé inteligence.

Nejvíce jsem se zajímal o témata využití umělé inteligence v primární péči – od analýzy dat až po praktické využití v každodenní ordinaci. Největším přínosem byly přednášky o možnostech využití AI při komunikaci s pacienty s jazykovou bariérou, při indivi-

duálním plánování péče a v diagnostice prostřednictvím kazuistik. Přesto bylo zdůrazňováno, že technologie může být cenným pomocníkem, ale nikdy nenahradí lidskou empatii, intuici ani schopnost nahlížet širší kontext.

V průběhu konference jsem se zaměřil také na workshopy věnované well-beingu lékařů a sdílení strategií, jak předcházet syndromu vyhoření. Velmi přínosné byly i praktické ukázky a tipy pro každodenní chod ordinace praktického lékaře, které si lze snadno přenést do českého prostředí.

Závěr a přínos

Účast na prekonferenci i hlavní konferenci byla velmi přínosná jak odborně, tak osobně. Odnáším si nové poznatky o využití AI, inspiraci z kazuistik a workshopů zaměřených na migraci a obezitologii, ale také cenné tipy pro každodenní praxi a péči o vlastní well-being.

Velkou hodnotu mělo i setkávání s kolegy z celého světa – díky networkingu bylo možné porovnat zkušenosti, sdílet radosti i obtíže mladých lékařů, od otázky work-life balance po cestu k atestaci v různých zemích.

MUDr. Kherlen Baigal
praktický lékař

Zpráva z 1. Františkolázeňských diabetologicko-obezitologických dnů pro VPL 2025

Měly jsme příležitost zúčastnit se 1. ročníku Františkolázeňských diabetologicko-obezitologických dnů pro všeobecné praktické lékaře (VPL), který se konal v roce 2025 ve Františkových Lázních, akce byla pořádána a garantována Sekcí pro DM a obezitu SVL ČLS JEP a byla kreditována ČLK 10 body.

Odborným garantem akce byl MUDr. Igor Karen, který zároveň vystoupil s vlastními přednáškami. Program nabídl pestrou škálu odborných prezentací zaměřených na aktuální témata v oblasti diabetologie a obezitologie, ale i balneoterapie. Mezi přednášejícími byli přední odborníci v oboru, mimo jiné prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., MUDr. Jakub Mitro, MUDr. Monika Nývtová, MUDr. Petra Polívková či MUDr. Petra Novotná. Velmi přínosné a praktické byly i přednášky ze strany kmenových lázeňských lékařů, včetně pana primáře MUDr. Roberta Michalice a MUDr. Anny Godočkové, Ing. Mgr. Edity Šimáčkové i dietologických pracovnic.

Program byl velmi zajímavý a byl smysluplně nakombinován jak s tematikou diabetologie, obezitologie, balneoterapie, tak i režimových opatření, která jsou nedílnou součástí léčby všech pacientů s obezitou i diabetem, ale samozřejmě i u dalších pacientů, kteří se léčí ve zdejších lázních.

Proč byly vybrány zrovna Františkovy Lázně? Víme, že FL mají od minulého roku rozšířenou indikaci pro pacienty s diabetem a bylo nám nabídnuto i garantováno, že pacientům, kteří se budou léčit ve zdejších lázních nejen pro diabetes, ale například i po výměně kyčelního či kolenního kloubu, či s gynekologickou nebo urologickou indikací a budou mít současně i další komorbiditu diabetes či obezitu, bude věnována zvláštní péče stran diabetu a dalších režimových opatření nejen dietních. My jako praktičtí lékaři toto vítáme, protože víme, že edukace pacientů s DM a nastavení režimových i dietních opatření mají svůj smysl a upřímně, není na to v běžné ambulanci specialistů či VPL tolik času.

Součástí programu byl i dopolední blok věnovaný poznávání Františkových Lázní, v jehož rámci se účastníci mohli zapojit do výuky nordic walkingu spojené s komentovanou procházkou, zaměřenou na historii a zajímavosti tohoto lázeňského města. Škoda jen, že ze zdravotních důvodů nemohl přijet domluvený profesor MUDr. Jiří Suchý, Ph.D. Zúčastnil se v listopadovém termínu a skvěle odprezentoval jak teoreticky, tak i prakticky metodiku správné chůze.

Zajímavým bodem odborného programu byla také prezentace společnosti Novatin, která představila nové přístroje pro POCT diagnostiku. Tyto přístroje umožňují provádět vyšetření CRP, troponinu T (TnT), NT-proBNP a D-dimerů, HbA1c a celou další škálu laboratorních veličin z kapilární krve, což přináší významné zjednodušení laboratorní diagnostiky v ordinaci praktického lékaře, neboť odpadá nutnost žilního odběru.

Celou akci doprovázelo velmi kvalitní ubytování a výborné občerstvení, které přispěly k příjemné atmosféře celého setkání. Zvláštní dík patří asistenci z diabetologicko-obezitologické sekce SVL ČLS JEP paní Andree Vrbové a pracovnícím FL Bc. Radce Čopákové a Ing. Mgr. Editě Šimáčkové, které vše zkoordinovaly, aby vše klaplo na jedničku.

Věříme, že se tato odborná akce stane tradicí, a těšíme se na její další ročníky.

MUDr. Michaela Gloserová

MUDr. Klára Zapletalová

MUDr. Kamila Šiftarová



PhDr. Miroslav Liška, zakládající člen Lázeňského fondu

MUDr. Igor Karen, předseda Sekce pro DM a obezitu při SVL ČLS JEP, místopředseda pro profesní záležitosti, odborný garant Františkolázeňských diabetologicko-obezitologických dnů

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách www.svl.cz, a to **nejpozději do 5. 2. 2026**.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP.

Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 5/2025: 1abc, 2ab, 3c, 4c, 5b, 6c, 7a, 8abc, 9b, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Co platí pro certifikovaný test Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)?

- a) pořadí úkolů v testu ALBA je následující: opakování a učení nové věty, předvádění 6 gest, vybavení věty, vybavení gest
- b) celkové paměťové skóre ALBA je v rozsahu 0-6 bodů
- c) paměťové skóre ALBA vzniká jako součet počtu správně vybavených slov věty a počtu správně vybavených gest

2. Které tvrzení je správné o testu Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)?

- a) hraniční počet správně vybavených názvů obrázků je přibližně 6
- b) provedení a vyhodnocení trvá asi 10 minut
- c) test hodnotí současně pojmenování, sémantickou paměť i krátkodobou paměť

3. Kolik % hypertoniků je ve věku 20-64 let?

- a) kolem 20 %
- b) kolem 30 %
- c) kolem 40 %

4. Co platí o variabilitě krevního tlaku?

- a) můžeme ji využít ke komplexnímu zhodnocení KV rizika
- b) variabilita TK je nezávislý prediktor KV příhod
- c) nejsilněji ji potlačují dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů

5. Do kdy potrvá projekt IPVZ „Podpora vzdělávání v oblasti primární péče zaměřený na všeobecné praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a podpora regionální dostupnosti zdravotní péče“?

- a) 30. 6. 2026
- b) 30. 6. 2027
- c) 30. 6. 2028

6. Co znamená koncept „social prescribing“ neboli sociální preskripce?

- a) preskripce inkontinenčních pomůcek
- b) preskripce nemedicinských aktivit jako je např.

nordic walking, které mohou v komunitním prostředí pacienta zlepšit a zlepšují jeho psychické a/nebo fyzické zdraví

- c) preskripce pobytu v domově důchodců

7. Který screeningový test je v rámci programu používán pro časný záchyt karcinomu plic?

- a) rentgen hrudníku
- b) nízkodávkové CT hrudníku (LDCT)
- c) MRI hrudníku

8. Která z následujících kombinací správně popisuje celý soubor inkluzních kritérií pro zařazení do pilotního programu časného záchytu karcinomu plic v ČR?

- a) věk 50–80 let, aktivní kuřáci ≥10 balíčkoroků, bez ohledu na rok ukončení kouření
- b) věk 55–74 let, kuřáci nebo exkuřáci s anamnézou ≥20 balíčkoroků
- c) věk 60–75 let, exkuřáci s abstinencí kratší než 10 let

9. Co je v ČR největším problémem v oblasti účelného předepisování ATB?

- a) ČR patří mezi země s nejvyššími spotřebami ATB v Evropě
- b) spotřeba penicilinů s úzkým spektrem (např. V-PNC) je v ČR neodůvodnitelně vysoká
- c) předepisující lékaři zpravidla upřednostňují ATB druhé a další volby před léky, které naše guidelines uvádějí jako ATB první volby

10. Podíl širokospektrých ATB v letech 2019–2022:

- a) se nezměnil ani u účastníků studie, ani u všech VPL v ČR
- b) byl snížen u účastníků studie, ale narostl u všech VPL v ČR
- c) byl zvýšen u účastníků studie, ale poklesl u všech VPL v ČR

Správné mohou být 1–3 možnosti.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

ODPOVĚDI – TEST Č. 6/2025

Nyní je možné zadání odpovědí pouze elektronickou formou na stránkách www.svl.cz

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ