



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č. 2/2026 • ročník 25

---



**Přehled a představení kandidátů do výboru a revizní komise  
Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**

# KDYŽ STATINY NESTAČÍ K DOSAŽENÍ LDL-C CÍLOVÉ HLADINY 1,4 mmol/l<sup>3</sup>

 **LEQVIO<sup>®</sup>**  
(inklisiran) 284 mg injekční roztok  
v předplněné injekční stříkačce

Moderní  
hypolipidikum  
s dávkováním  
**2x ročně**  
dostupné u těchto  
specializací: **KAR,**  
**INT, J9, DIA,**  
**NEU, END**<sup>1,2,4\*</sup>

Pro pacienty  
s maximálně  
tolerovanou  
dávkou statinu  
po IM nebo  
CMP s **LDL-C**  
**> 2,0 mmol/l<sup>2</sup>**

Efektivní  
a dlouhodobé  
snížení LDL-C  
**o 50–55 %<sup>1</sup>**

**Příznivý**  
bezpečnostní  
profil<sup>1</sup>



## ZAHAJOVACÍ DÁVKA

3.  
MĚSÍC



## DALŠÍ DÁVKA ZA 3 MĚSÍCE



## POTÉ KAŽDÝCH 6 MĚSÍCŮ

9.  
MĚSÍC

\*Po počáteční dávce je další dávka za 3 měsíce  
a další vždy po 6 měsících.

Pro více informací  
o LEQVIO<sup>®</sup>  
naskenujte QR kód:



**Zkrácená informace** • LEQVIO 284 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce • **Složení:** Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje sodnou sůl inkliširanu odpovídající 284 mg inkliširanu v 1,5 ml roztoku. **Indikace:** Přípravek Leqvio je indikován k léčbě dospělých s primární hypercholesterolemii (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo smíšenou dyslipidemií jako doplněk k dietním opatřením; v kombinaci se statinem nebo statinem v kombinaci s jinými přípravky snižujícími hladinu lipidů u pacientů neschopných dosáhnout cílů pro LDL-C při maximální tolerované dávce statinu, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinými přípravky snižujícími hladinu lipidů u pacientů trpících nesnášenlivostí statinu nebo u nichž je statin kontraindikován. **Dávkování:** Doporučená dávka je 284 mg inkliširanu podávána jako jednorázová subkutánní injekce; počáteční dávka, další po 3 měsících a poté každých 6 měsíců. Pokud je plánovaná dávka opožděna o méně než 3 měsíce, má být inkliširan podán a dávkování má pokračovat podle pacientova původního schématu. Pokud je plánovaná dávka opožděna o více než 3 měsíce, má být zahájen nový dávkovací režim – má být podána počáteční dávka inkliširanu, další po 3 měsících a poté každých 6 měsíců. Inkliširan lze podávat okamžitě po poslední dávce monoklonální protilátky inhibující PCSK9. Pro udržení snížení lipoproteinového cholesterolu s nízkou hustotou (LDL-C) se doporučuje, aby byl inkliširan podán do 2 týdnů po poslední dávce monoklonální protilátky inhibující PCSK9. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Účinek hemodialýzy na farmakokinetiku inkliširanu nebyl studován. Vzhledem k tomu, že inkliširan je vylučován ledvinami, nemá se hemodialýza provádět po dobu nejméně 72 hodin od podání inkliširanu. **Interakce:** Inkliširan není substrátem pro běžné transportéry léčiv, a přestože nebyly provedeny studie in vitro, nepředpokládá se, že bude substrátem pro cytochrom P450. Inkliširan není inhibitorem nebo induktorem enzymů cytochromu P450 nebo běžných transportérů léčiv. Proto se neočekává, že by inkliširan měl klinicky významné interakce s jinými léčivými přípravky. Na základě omezených dostupných údajů nejsou očekávány klinicky významné interakce s atorvastatinem, rosuvastatinem nebo jinými statiny. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání inkliširanu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání inkliširanu v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se inkliširan/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence/děti nelze vyloučit. **Nežádoucí účinky:** Časté: Reakce v místě vpichu. **Podmínky uchovávání:** Chraňte před mrazem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Předplněná injekční stříkačka s ochranným pouzdrem jehly 1,5 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce (sklo třídy I) s pistovou zátkou (brombutyl, fluorotekem potažená pryž) s jehlou, pevným krytem jehly a s ochranným pouzdrem jehly. Velikost balení jedna předplněná injekční stříkačka s ochranným pouzdrem jehly. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/20/1494/002 **Datum registrace:** 9.12.2020 **Datum poslední revize textu SPC:** 30.07.2025 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merriam Road, Dublin 4, Irsko. *Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis, přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.*

**REFERENCE:** 1. SPC Leqvio 284 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. 2. SÚKL, <https://sukl.gov.cz>. 3. Vrablík M et al. Stanovisko výboru ČSAT k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. *AtheroRev* 2019; 4(3): 126-137. 4. Wright R.S., Raal F.J., Koenig W., Landmesser U., Leiter L.A., Vilarunnessa S., et al.: Inclisiran administration potently and durably lowers LDL-C over an extended-term follow-up: the ORION-8 trial. *Cardiovasc Res.* 2024;cvae1109.

LEQVIO a logo LEQVIO jsou registrované ochranné známky společnosti Novartis AG. Licencováno od Aplylam Pharmaceuticals, Inc.

# OBSAH

# PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP  
2/2026, ročník 25

## INFORMACE SVL

- 4 **EDITORIAL**  
*MUDr. Dana Moravčíková*
- 5 **VOLBY SVL ČLS JEP  
PŘEDSTAVENÍ KANDIDÁTŮ DO VÝBORU A REVIZNÍ KOMISE**
- 17 **KAM MŮŽE VYRAZIT ČESKÝ PRAKTIK ZA POZNÁNÍM PO EVROPĚ**

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 20 **KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA S DIABETEM 2. TYPU V ORDINACI PL**  
*MUDr. Monika Nývltová*
- 23 **JAK VYŠETŘIT PAMĚŤ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE? 2. ČÁST  
CO DNES POUŽÍVAT A CO OPUSTIT V KOGNITIVNÍM TESTOVÁNÍ  
U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**  
*prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., MUDr. Magda Michalovová*
- 31 **SOUČASNÉ MOŽNOSTI PREVENCE HIV INFEKCE V ORDINACI PRAK-  
TICKÉHO LÉKAŘE – PREEKPOZIČNÍ A POSTEKPOZIČNÍ PROFYLAXE  
HIV (PREP A PEP)**  
*MUDr. Milan Zlámal*
- 34 **SPIROERGOMETRIE JAKO NÁSTROJ FUNKČNÍ DIAGNOSTIKY –  
STRUČNÝ PŘEHLED**  
*MUDr. Radek Adámek, MUDr. Libor Jelínek, Ph.D.,  
prof. MUDr. Eliška Sovová Ph.D., MBA,  
MUDr. Markéta Sovová Ph.D., MUDr. Pavel Mišove*
- 39 **SICK DAY RULES – MANAGEMENT DOČASNÉHO PŘERUŠENÍ LÉČIV PŘI  
AKUTNÍM ONEMOCNĚNÍ**  
*PharmDr. Kateřina Langmaierová, PharmDr. Andrea Říhová*

## SCREENINGOVÉ PROGRAMY

- 43 **SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA**  
*MUDr. Tomáš Malík, Mgr. Kateřina Hejzmanová*

## ROZHOVOR

- 48 **PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ JE TA NEJKRÁSNEJŠÍ PROFESE ZE VŠECH  
ANEBO OBOR, KTERÝ UČÍ MÍT RÁD LIDI**  
*MUDr. Martin Seifert*

## ZÚČASTNILI JSME SE

- 52 **PŘEDKONFERENCE STÁŽ V ORDINACI PL V TALLINNU**

### 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

#### 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 Brejník, 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 Tábořská

#### 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. 4. 2026 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, 2026

# EDITORIAL



**MUDr. Dana Moravčíková**  
šéfredaktorka časopisu Practicus

Vážené čtenářky, vážení čtenáři našeho/vašeho časopisu PRACTICUS,

den se srovnal s nocí nedávnou rovnodenností. Tento astronomický jev je spojen s příchodem jara, které přináší příjemné pocity spojené s lepší náladou probouzející se přírody. Je to čas, kdy se loučíme se vším, co zima symbolizuje, a kdy za sebou zanecháváme již uplynulé a otevíráme se novému. A tak se děje i v naší profesi praktiků. Letošní rok se nese ve znamení řady změn zaměřených na zásadní reformu ve zdravotnictví pod heslem „prevence“. Ale nejen to, trendem doby je integrace moderních technologií, které se nevyhnou ani nám praktikům, ale které při svých nesporných pozitivních přínášejí i efekty negativní, a to ve schopnosti každého z nás při naší náročné praxi zvládat nové administrativní zátěže.

Jak jsem již zmínila, hlavním trendem pro rok 2026 je ve zdravotnictví zvládnutí nově nastupující reformy, zaměřené na prevenci. Nově zaváděná pravidla kladou důraz na podrobnější laboratorní testy, kontroly tuků a cukrů v krvi, vyšetření ledvin, funkci jater a EKG. Dalším úkolem je cílené zaměření na včasnou diagnostiku diabetu, kardiovaskulárních onemocnění, demence, osteoporózy a onkologických onemocnění. Moderním tématem je rozšíření preventivních screeningů a také větší důraz na proočkovanost.

Transformace v medicíně se bude týkat i takzvané „eHealth digitalizace“, tedy přechodu od papírové dokumentace, při využívání telemedicíny a vzdáleného monitoringu pacientů. Tématem je i využití umělé inteligence pro automatizaci dokumentace, což by do budoucna mělo (snad) snížit administrativní zátěž a čas strávený „papírováním“.

Ministerstvo zdravotnictví připravuje řešení úhradové vyhlášky pro rok 2026 a kapitačních plateb, které by měly lépe zohlednit náročnost péče o pacienty. Letitým problémem je nedostatek personálu, ale i stárnutí populace. Vysoký počet pacientů na jednoho lékaře (průměrně 2000) a nutnost efektivního toku pacientů je zásadním tématem.

Snaha přetransformovat dosavadní práci praktiků z údajných „kancelářských“ poskytovatelů zdravotní péče na technologicky vyspělé manažery zdraví s důrazem na preventivní a personalizovanou péči je bezesporu výzvou, ale čas ukáže, zda nově nastolovaný směr poskytování primární zdravotní péče je cestou správnou. Držme se proto, abychom se díky těm všem digitálním technologiím, umělé inteligenci a bůhvíčemu ještě, sami sobě nestali ošetřujícím lékařem a pacientem. Přejme si, aby všechny tyto plánované vymoženosti nezapomínaly na člověka.

Změny se dotknou nás i vás v souvislosti s blížícími se volbami do výboru SVL. Ty budou nově probíhat elektronicky, což může být některým z nás na překážku, ale na straně druhé i nová zkušenost bude jistě zkušeností dobrou. A tak vám za celou redakci přeji šťastnou ruku při volbě. Volme podle našeho nejlepšího vědomí a svědomí, s patřičnou rozvážností a moudrostí a pečlivě važme posouzení všech navržených kandidátů i proto, aby se do „výboru“ dostali ti nejlepší, kteří budou zárukou obhajoby našich profesních zájmů.

Jaro je tady, den se prodlužuje a příroda se probouzí. A s tím vším se snad zvyšuje i náš optimismus v lepší zítřky. I v naší profesi...

# Volby SVL ČLS JEP

## Představení kandidátů do výboru a revizní komise

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dne 13. 5. 2026 proběhne zahájení elektronické volby do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP,  
které bude ukončeno 31. 5. 2026.

### SEZNAM KANDIDÁTŮ DO VÝBORU SVL ČLS JEP

Pořadí	Jméno	Město
1	Bartoš Jiří, MUDr.	Břeclav
2	Bednář Jáchym, MUDr.	Praha
3	Bezdíčková Ludmila, MUDr.	Praha
4	Býma Svatopluk, doc. MUDr. CSc.	Hradec Králové
5	Dejdarová Lenka, MUDr.	Vysoké Mýto
6	Halata David, MUDr.	Hošťálková
7	Herber Otto, MUDr.	Kralupy nad Vltavou
8	Hlaváček Tomáš, MUDr.	Praha
9	Javorská Kateřina, MUDr.	Nové Město nad Metují
10	Kantorová Michaela, MUDr.	Praha
11	Karen Igor, MUDr.	Benátky nad Jizerou
12	Kolář Jan, MUDr.	Protivín
13	Konštacký Stanislav, MUDr. CSc.	Hradec Králové
14	Král Norbert, MUDr. Ph.D.	Praha
15	Macharáček David, MUDr.	Praha
16	Malík Martin, MUDr. MBA	Libštát
17	Matějková Astrid, MUDr.	Pardubice
18	Mitro Jakub, MUDr. MBA	Plzeň
19	Moravčíková Dana, MUDr.	Olomouc
20	Mucha Cyril, MUDr.	Praha
21	Mucha Vojtěch, MUDr.	Praha
22	Olšr Josef, MUDr.	Kravaře
23	Seifert Bohumil, doc. MUDr. Ph.D.	Praha
24	Skála Bohumil, MUDr. Ph.D. LL.M	Lanškroun
25	Svatošová Marika, MUDr.	Praha
26	Šlosar Ivo, MUDr.	Chomutov
27	Šmatlák Václav, MUDr.	Praha
28	Šonka Petr, MUDr.	Praha
29	Šragová Lucie, MUDr.	Hlučín
30	Štolfa Josef, MUDr.	Praha
31	Švadlenková Zuzana, MUDr.	Praha
32	Táborský Miloš, prof. MUDr. CSc. FESC FACC MBA	Praha
33	Zhoř Dušan, MUDr.	Kyjev

## PŘEDSTAVENÍ KANDIDÁTŮ DO VÝBORU SVL ČLS JEP

**MUDr. Jiří Bartoš***Břeclav*

Praktickým lékařem pro dospělé jsem se stal v roce 2005. V současné době provozuji dvě ordinace na jižní Moravě v Lužicích a Moravské Nové Vsi.

Jako školitel se dlouhodobě věnuji vzdělávání mladých lékařů v našem oboru. Členem SVL jsem více než dvacet let a od roku 2022 působím ve výboru společnosti. Hlavní oblastí mého zájmu je digitalizace zdravotnictví, včetně využití umělé inteligence a telemedicíny v praxi VPL. Jsem členem pracovní skupiny SVL pro IT a také Pracovní skupiny eHealth ČLS JEP. Dále se podílím na řízení týmu v projektu Digipraxe v rámci Národního centra elektronického zdravotnictví při MZ ČR. Cílem tohoto projektu je nastavit bezpečná a ekonomicky udržitelná pravidla elektronizace ordinací a zajistit férové podmínky pro praktické lékaře. V případě znovuzvolení bych rád v této práci nadále pokračoval.

**MUDr. Jáchym Bednář***Praha*

Rád bych vyjádřil svůj zájem kandidovat do Výboru SVL. Pracuji 26 let jako všeobecný praktický lékař, nyní v týmové praxi v Klecanech, od roku

2007 jsem školitelem. Dlouhodobě spolupracuji s Výborem SVL jako zástupce ČR v Radě Euractu WONCA Europe ([www.euract.eu](http://www.euract.eu)), jsem krajským zástupcem SVL pro školení v regionu Praha. Od roku 2019 spolu se SVL a IPVZ pořádáme kurzy pro školitele VPL Leonardo, které systematicky zvyšují kvalitu výuky a podporují profesní rozvoj školitelů. Na katedře VPL IPVZ se věnuji se metodice vzdělávání, podílím se na specializačním vzdělávání lékařů a v Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK učím studenty medicíny. Chci se nadále věnovat výchově mladých lékařů a podpoře školitelů, rozvoji moderních výukových metod v praxi, motivaci lékařů ke kvalitní výuce. Mé zkušenosti z praxe lékaře–školitele a z Rady Euractu mi umožňují přinést do Výboru SVL kombinaci praktického i strategického pohledu na vzdělávání, které považuji za klíčový faktor pro rozvoj oboru VPL v ČR.

**MUDr. Ludmila Bezdíčková***Praha*

Jsem všeobecná praktická lékařka v týmové praxi v Praze 6, od roku 2021 vedoucí katedry VPL na IPVZ a předsedkyně akreditační komise VPL při MZ

ČR, členka výboru SVL ČLS JEP i SPL ČR. Na IPVZ odborně vedu projekt „Podpora vzdělávání v oblasti primární péče zaměřené na všeobecné praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a podpora regionální dostupnosti zdravotní péče“. V programovém výboru konferencí SVL prosazují oddělení sponzorovaného obsahu a důraz na vysokou odbornou úroveň s větším zastoupením prezentací VPL. Z odborných témat se věnuji infekčnímu lékařství, ATB rezistenci, diferenciální diagnostice, očkování, péči orientované na člověka a komunikaci. Za své hlavní priority považuji další kultivaci legislativy specializačního vzdělávání lékařů, zlepšování podmínek školení VPL a podporu školitelů. Ve výboru SVL považuji za klíčovou týmovou spolupráci, posílení aktivní pracovní skupin a upevnění pozice českých VPL v rámci Evropské společnosti WONCA, stejně jako i spolupráci s Mladými praktiky.

**doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.***Hradec Králové*

V nyní končícím funkčním období jsem měl tu čest vykonávat funkci předsedy SVL ČLS JEP. Za úspěch považuji, že se ve spolupráci se

SPL ČR podařilo zrušit preskripční omezení „L“ pro PL, nastartovat týmové praxe a rozšířit kompetence praktických lékařů v ČR. Dále SVL plynule realizovala systém celoživotního vzdělávání PL cestou seminářů, zvláště oblíbených webinářů a klasických Jarních a Výročních konferencí, aby bez problémů PL mohli splnit kritéria pro vydání diplomu celoživotního vzdělávání. SVL podpořila vydání 40 doporučených postupů, časopisu Practicus a čtvrtého vydání učebnice Všeobecné praktické lékařství. Do budoucna je potřebné standardizovat systém nových preventivních prohlídek, prosazovat navýšení dotace a počtu rezidenčních míst, podporovat racionální zavádění elektronizace, věnovat se problematice telemedicíny, využití umělé inteligence v primární péči a dále zvyšovat kvalitu celoživotního vzdělávání PL. Pokládám za nezbytné dále úzce spolupracovat se SPL ČR na zlepšování profesních a ekonomických podmínek práce PL.

**MUDr. Lenka Dejdarová***Vysoké Mýto*

Praktické lékařství vnímám jako dlouhou cestu krajinou lidských příběhů, nemocí i životních situací. Po ní se pohybuji více než dvacet let – od roku

2004 v ambulanci praktického lékaře, s oporou předchozí desetileté praxe na interně.

Roky práce mi daly zkušenost s širokým spektrem obtíží, od běžných diagnóz po komplexní psychosociální problémy, při jejichž řešení využívám i psychoterapeutický výcvik. Profesní cesta mě zavedla i pod rovník na humanitární mise v Africe, které prohloubily můj respekt k jednoduché a smysluplné medicíně.

Odborně se nyní věnuji průniku všeobecné medicíny s internou a endokrinologií. Jsem autorkou doporučeného postupu Osteoporóza 2024. V rámci vzdělávání SVL i SPL přednáším a jako praktický lékař i specialista se snažím předávat odborná témata kolegům v užitečné a srozumitelné podobě. V případech zvolení do výboru SVL se ráda budu aktivně podílet na dalším směřování oboru.



**MUDr. David Halata**  
Hošťálková

Jsem všeobecný praktický lékař ve venkovské praxi v Hošťálkové na Valašsku a dlouhodobě se věnuji rozvoji venkovského lékařství v ČR i Evropě. V organizaci EURIPA zastupuji Českou republiku v Executive Board a v SVL působím jako předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství. Jsem odborným garantem projektu IPVZ „Podpora vzdělávání v oblasti primární péče“ (OPZ+).

V uplynulém období jsme dokončili implementaci ultrazvuku (POCUS) do všeobecné praxe prostřednictvím projektu POCUS iGP. V rámci pracovní skupiny pro ultrazvuk v primární péči vzniklo vzdělávací curriculum, vlastní vzdělávací škola, systém certifikace i vědecké studie publikované v mezinárodních časopisech. Podíleli jsme se na založení European Family Medicine Ultrasound Society (EFMUS), kde působím jako koordinátor kvality. Věnuji se rozvoji AAA screeningu v primární péči.

Mým cílem je rozvoj moderního sebevědomého všeobecného praktického lékařství, podpora týmů primární péče a zavádění inovativních diagnostických přístupů, aby moderní a dostupná péče byla samozřejmou součástí každodenní praxe.



**MUDr. Otto Herber**  
Kralupy nad Vltavou

Jsem praktický lékař s dlouholetou praxí. Prošel jsem obdobím bez počítačů, změnami systémů i očekáváními pacientů. Víím, jak je náročné začínat a zároveň nést plnou odpovědnost za praxi. Rád bych, aby zkušenosti z terénu i nadále vedly k zachování zdravého rozumu pro naši každodenní práci a rád bych řekl

mladým lékařům, že na složitá rozhodnutí nejsou sami, že společně zcela jistě udržíme profesionalitu a prestiž.

V letech 1994–2002 jsem byl předsedou SVL a pak jejím místopředsedou až dosud. Současně reprezentuji praktické lékaře v akademicky zastoupeném předsednictvu ČLS JEP. Podílel jsem se na koncepci a zavedení screeningového programu KRK do primární péče.

Jsem spoluautorem všech Doporučených postupů z lipidologie pro VPL. Zastupuji SVL v pracovní skupině NSC, která řeší program časného zachytu karcinomu prostaty v ČR. V nadcházejícím období se i nadále těmto okruhům chci věnovat. Také bych chtěl přispět ke zjednodušení administrativy v rámci spolupráce s ČSSZ a také nadále reprezentovat praktické lékaře v předsednictvu ČLS JEP.



**MUDr. Tomáš Hlaváček**  
Praha

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v oboru všeobecného praktického lékařství působím od roku 2013. Již 10 let vedu pro členy SVL semináře zaměřené na první pomoc a řešení emergentních stavů v ordinaci praktického lékaře. Spolupodílel jsem se na tvorbě některých doporučených postupů. Současně pracuji jako lékař ZZS HMP.

Působím v ambulanci i v pobytových zařízeních sociálních služeb. Rád bych se zaměřil na racionální posilování kompetencí praktických lékařů, a to nejen v ambulantním sektoru, ale i v péči o geriatrické pacienty a pacienty se zdravotním postižením v prostředí pobytových zařízení. Propojení práce praktického lékaře a lékaře záchranné služby mi umožňuje širší a realistický pohled na primární kontakt s pacientem i návaznost péče.

Nabízím věcný, odpovědný a konstruktivní přístup založený na zkušenosti z terénu i primární péče.



**MUDr. Kateřina Javorská**  
Nové Město nad Metují

Pracuji jako praktická lékařka pro dospělé v Novém Městě nad Metují. Všeobecné praktické lékařství je pro mě nejen profesí, ale i osobním závazkem. V SVL se věnuji tématům, které souvisí s náplní Pracovní skupiny pro preventabilní onemocnění a skupiny pro ženské zdraví. Působím také na Lékařské fakultě v Hradci Králové a jsem školitelkou v oboru VPL. Podílím se na probíhajícím projektu IPVZ na podporu vzdělávání v oblasti regionální primární péče. Dlouhodobě se zasazuji o posílení povědomí o venkovském

lékařství, o posílení role sester v oboru VPL a zvyšování jejich kompetencí jako klíčového předpokladu kvalitní a dostupné péče. V roce 2025 jsem zastupovala Českou republiku na Councilu WONCA a jsem členkou evropské organizace venkovského lékařství EURIPA. Práce se studenty a mladými kolegy je pro mě významnou motivací. Ve výboru SVL se chci dále zaměřit na zahraniční spolupráci, primární prevenci, podporu regionů, rozvoje týmových praxí, kvalitu péče, vědu a výzkum, a systematickou podporu mladých lékařů.



### **MUDr. Michaela Kantorová**

*Praha*

Pracuji jako praktická lékařka v Praze 6. V letech 2019–2025 jsem byla členkou rady spolku Mladí praktici (MP), od roku 2021 také jeho tajemnicí. Ve spolku jsem se věnovala problematice specializačního vzdělávání lékařů, na odborných konferencích jsem na toto téma opakovaně přednášela. Podílela jsem se na obsahové tvorbě průvodce vzděláváním na webu MP. Ve spolupráci se SVL ČLS JEP a IPVZ jsme vytvořili Mapu školitelů, každý rok jsme organizovali Praktickou konferenci pro praktické lékaře v Brně. Problematice postgraduálního vzdělávání a RM bych se chtěla věnovat dále i ve výboru. Důraz bych kladla na redukci administrativy, navýšení finančního ohodnocení školitelů i školenců, ale i na kontrolu a růst kvality školitelů. Ráda bych se podílela na obsahové proměně konferencí SVL ČLS JEP dle hodnocení našich členů. V neposlední řadě bych ráda zvýšila informovanost členů o práci výboru např. formou pravidelných newsletterů a informovanost široké veřejnosti o našem oboru.



### **MUDr. Igor Karen**

*Benátky nad Jizerou*

Už 28 let pracuji jako praktický lékař v Benátkách nad Jizerou. Každodenní kontakt s pacienty je pro mě zásadní a zároveň mě motivuje aktivně se podílet na rozvoji našeho oboru.

V letech 2022–2026 jsem se podílel na aktualizacích doporučených postupů pro hypertenzi, diabetes a komorbiditu i na dokumentu Racionální antibiotická terapie, který vyšel také v kapesní verzi. Letos se věnuji doporučenému postupu Očkování.

Stál jsem u vzniku publikace Ma–Ko (Manuál kódů), kterou s kolegy každoročně aktualizujeme pro potřeby praxe.

Jako předseda Diabetologické a obezitologické sekce SVL usiluji o rozvolnění preskripce perorálních antidi-

betik a pořádáme workshopy i odborné semináře. Sekce má dnes 860 členů.

Působím také jako náměstek ministra zdravotnictví pro primární péči. Rád bych i nadále pracoval ve výboru SVL a jako místopředseda pro profesní záležitosti přispíval k dalšímu rozvoji všeobecného praktického lékařství a hájil zájmy praktických lékařů.



### **MUDr. Jan Kolář**

*Protivín*

Promoce LF UK v Plzni 1998, do 2006 interní odd. Nemocnice Písek, od 1999 ordinace VPL Protivín, od 2001 Zdravotnická záchranná služba Jiho-

českého kraje.

Od 2007 okresní zástupce SPL ČR, od 2016 člen výboru. Od 2018 člen pracovní skupiny pro seznam zdravotních výkonů MZ ČR.

Člen pracovní skupiny implementační plány pro dospělé – paliativa MZ ČR, 2025 doposud.

Zástupce VPL v projektu Programu domácí péče pod MZ ČR od 2024.

Publikační a přednášková činnost pro SPL ČR a SVL ČR, spoluautor doporučených postupů VPL – akutní koronární syndromy (2024).

Mým cílem ve výboru SVL je stále navyšování prestiže a rozšiřování kompetencí oboru VPL, včetně důstojného finančního ohodnocení oboru. Chtěl bych se podílet na tvorbě doporučených postupů a jejich následného přenesení do úhradového systému, a také na rozšíření preskripčních možností v oblasti léčiv i zdravotnických prostředků.



### **MUDr. Stanislav Konštický, CSc.**

*Hradec Králové*

Do výboru Společnosti všeobecného lékařství jsem byl opakovaně zvolen. Doposud jsem odpovídal za koordinaci novelizací doporučených postupů

pro Nespavost, Astma bronchiale a CHOPN. Podílel jsem se na tvorbě DP ve spolupráci s ORL společností. Jsem členem Mezifakultní komise učitelů všeobecného lékařství a učím tento obor na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Podílím se na zkoušení mladých lékařů jako zástupce SVL a IPVZ při atestacích ze všeobecného lékařství. Více jak deset let jsem řídil časopis Practicus, a dále jsem členem redakční rady tohoto časopisu. Pokud bych byl opět zvolen do výboru Společnosti všeobecného lékařství, hodlám se i nadále věnovat těmto činnostem. Podílel jsem se na organizaci konferencí Wonca World 2013 a Wonca Europe 2017. V době před covidem jsem

vystoupil na konferenci ve Francii a Itálii. Mluvím a přednáším v češtině, francouzštině a angličtině. Vzhledem k dlouhodobému onemocnění jsem se činností výboru v posledním roce zúčastňoval online, ale nyní bych se rád aktivně podílel na činnosti výboru Společnosti všeobecného lékařství.



**MUDr. Norbert Král, Ph.D.**  
Praha

Působím jako praktický lékař v Praze a současně vedu Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK. Díky této kombinaci vnímám náš obor v celé jeho šíři: od pregraduální výuky přes vzdělávání rezidentů až po každodenní realitu vedení ordinace. Dlouhodobě se věnuji zapojení vědy a výzkumu do všeobecného lékařství, podílím se na projektech, doporučených postupech, kurzech, studiích i odborných konferencích. Odborně se zaměřuji na screeningové programy, zejména screening kolorektálního karcinomu, který byl tématem mé disertační práce. Do výboru SVL kandiduji s cílem podporovat rozhodování opřená o data a zkušenosti z praxe. Chci přispět k rozvoji našeho oboru tak, aby změny byly smysluplné, udržitelné a respektovaly realitu našich ordinací. Jsem ženatý (s praktickou lékařkou), mám tři děti a volný čas trávím nejraději s rodinou v Jizerských horách.



**MUDr. David Macharáček**  
Praha

Jsem vedoucím lékařem sdružené praxe, školitelem lékařů v předatestační přípravě VPL, lektorem Kabinetu VPL na 3. LF UK a examinátorem kmenových i atestačních zkoušek na IPVZ; pravidelně se účastním zahraničních kurzů EURACT pro školitele. Ve výboru SVL se chci zaměřit na racionalizaci a individualizaci preventivních prohlídek na základě medicíny založené na důkazech (EBM): algoritmy dle rizika, méně plošných vyšetření a více cílené prevence pro konkrétního pacienta. Dále chci podporovat tvorbu a rozšiřování doporučených postupů do praxe – e-learning/webináře se zpětnou vazbou z terénu. Třetí prioritou je rozšíření kompetencí sester v ordinaci PL (edukace, screening, očkování, triáž, řízené programy dispenzární péče). Současně chci posílit podporu školitelů a roli školících praxí v systému. Klíčová je pro mě také motivace studentů LF k aktivitám v oboru a ke vstupu do VPL ve spolupráci s Mladými praktiky.



**MUDr. Martin Malík, MBA**  
Libštát

Pro Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP jsem v únoru začal pracovat jako krajský koordinátor pro vzdělávání v Libereckém kraji. V této činnosti bych rád pokračoval. Zároveň je mým cílem se zaměřit na prohloubení spolupráce se samosprávami pro stabilizaci primární péče v regionech. Obce a kraje dnes čelí reálnému nedostatku praktických lékařů a bez jejich aktivního zapojení nelze zajistit generační obměnu. Taková spolupráce musí být systémová, transparentní a dlouhodobá, nikoli jednorázová. Pokud chceme udržet dostupnost primární péče mimo velká města, je partnerství mezi SVL, školiteli, školenci a samosprávami naprosto zásadní.



**MUDr. Astrid Matějková**  
Pardubice

Jsem praktická lékařka s atestací z VPL a geriatry. Primární péči beru jako jeden z nejkrásnějších, ale zároveň nejnáročnějších oborů medicíny, kde musíme umět trochu od všeho a někdy hodně od všeho. Baví mě medicína založená na důkazech, ale i ta založená na vztahu, zkušenosti a zdravém rozumu.

Dlouhodobě se věnuji jak lékařské a nelékařské pregraduální výuce, tak postgraduálnímu vzdělávání kolegů. Přednáším zejména o geriatrických pacientech, kognitivních poruchách, polyfarmakoterapii. Jsem spoluautorkou DP v oblasti geriatry, demencí, zapojuji se do odborných pracovních skupin, do pořádání kongresů, redakcí našich časopisů.

Kandiduji do výboru, protože chci, aby hlas praktiků byl slyšet jasně, srozumitelně a sebevědomě. Abychom nebyli „ti, co všechno zvládnou“, ale „ti, bez kterých systém nefunguje“. Aby administrativa nepřerostla medicínu. Aby mladí kolegové vstupovali do primární péče s pocitem, že je to smysluplná a perspektivní volba. Budu ráda, když mi k tomu dáte svou důvěru.



**MUDr. Jakub Mitro, MBA**  
Plzeň

Již před studiem medicíny jsem se zabýval zdravým životním stylem, ve druhém ročníku jsem získal licenci osobního trenéra a také ve své vlastní praxi v Plzni se snažím klást maximální důraz na prevenci a léčbu civilizačních chorob. Mám za sebou desítky přednášek a workshopů na téma obezitologie a kardio-

vaskulárního zdraví na celonárodních i regionálních akcích nejen pro ČLS JEP. S profesorem Martinem Haluzíkem jsem spoluautorem manuálu pro léčbu obezity. Mým přáním je co nejdříve docílit zvrácení křivky nárůstu hmotnosti české populace a nepřestanu šířit povědomí o správném přístupu k léčbě nadváhy a obezity kombinací farmakoterapie a režimových opatření. Hodlám se zasadit o vytvoření kódu pro léčbu obézního pacienta, aby naše péče o pacienty s nadměrnou hmotností byla adekvátně ohodnocena.



**MUDr. Dana Moravčíková**

*Olomouc*

Narodila jsem se v Plzni, ale celý následující život jsem prožila v Olomouci, kde jsem vystudovala na Univerzitě Palackého medicínu a kde také od roku 1985 vykonávám praxi všeobecného praktického lékaře. V roce 2006 jsem byla poprvé zvolena do výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Od roku 2014 jsem pracovala jako zástupkyně šéfredaktora časopisu Practicus, od prosince 2024 jako šéfredaktorka.

Se svými kolegy se rovněž podílím na tvorbě a propagaci „Doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře“ z oblasti diabetologie, metabolického syndromu, hypertenze, obezitologie, tyreopatie, inkontinence u žen, léčby vybraných urologických onemocnění, dyslipidemie, antibiotické terapie v ordinaci všeobecného praktického lékaře, očkování v ordinaci všeobecného praktického lékaře a revmatologie. Vedle uvedené odborné činnosti jsem zakladatelkou Víkendových vzdělávacích seminářů pro všeobecné praktické lékaře a v současnosti garantem odborných víkendových konferencí SVL ČLS JEP.

Pokud budu zvolena do výboru SVL ČLS JEP, ráda bych pokračovala v dosavadních činnostech, a to ve prospěch naší profese – praktického lékařství.



**MUDr. Cyril Mucha**

*Praha*

Dlouhodobě pracuji ve výboru SVL ČLS JEP, věnuji se zejména digitalizaci zdravotnictví, především primární péče. Jsem hlavním autorem několika doporučených postupů, stál jsem u zrodu webinářů SVL, které dosud občas připravuji a moderuji. I ve svém věku si stále možná naivně myslím, že nejen odbornost, ale i přátelskost, vstřícnost, pomoc lidem v nouzi, obrana pravdy a zájem o věci veřejné, patří nejen do výbavy každého (praktického) lékaře, ale i každého občana. V tomto duchu chci pokračovat i nadále.



**MUDr. Vojtěch Mucha**

*Praha*

Výboru SVL nabízím jedinečné propojení zkušeností z vedení Mladých praktiků s chutí ke změnám, které jsou pro další rozvoj našeho oboru nezbytné.

Mám zkušenosti s organizací vzdělávacích akcí i prosazováním zájmů VPL při jednáních s ministerstvy a odbornými partnery. Snažím se posilovat pozitivní mediální obraz oboru, protože silná primární péče je neefektivnějším modelem zdravotního systému, což stále není veřejně přijímáno. Působím jako asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK, věnuji se výzkumu a digitalizaci (např. jako spoluautor DP Telemedicína).

Inspiraci čerpám i ze zahraničních zkušeností (konference EYFDM, WONCA, studijní pobyty např. při WHO ve Španělsku, v Nizozemí, Belgii, Hippokrates v Dánsku), z nichž ty následováníhodné bych chtěl přenášet do české primární péče – kromě digitalizace v oblastech smysluplné organizace práce, snižování administrativní zátěže a delegace kompetencí, ale především kvalitní, individualizované a vědecky podložené péče o naše pacienty.



**MUDr. Josef Olšr**

*Kravaře*

Společnost všeobecného lékařství vnímám dlouhodobě jako klíčovou odborně–profesní platformu, která má skutečný vliv na podobu našeho oboru. Do její činnosti jsem se snažil aktivně zapojovat nejen odborně, ale i organizačně a vyjednáváním ve prospěch všech praktických lékařů.

**Od roku 2017** jsem krajským konzultantem pro Moravskoslezský kraj a členem představenstva okresního sdružení ČLK. Dlouhodobě propojuji práci pro odbornou společnost s potřebami kolegů v regionu.

**V letech 2018–2022** jsem působil jako člen výboru SVL. Tato zkušenost mi umožnila detailně poznat fungování společnosti, proces přípravy doporučených postupů i náročnost jednání s partnery mimo náš obor. **Od roku 2024** organizuji Krajskou konferenci v Ostravě s účastí přes 400 lékařů. Cílem je přiblížit kvalitní vzdělávání do regionu a posílit spolupráci primární péče s klinickými pracovišti. Jsem spoluautorem doporučených postupů (Očkování, Antibiotická terapie 2025) a podílel jsem se také na tvorbě Manuálu kódů (MAKO, 2025).

Kandiduji s cílem dále posilovat odborné i profesní postavení praktických lékařů. Budu si vážit Vaší podpory.



**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

*Praha*

Pokud budu zvolen do budoucího výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, rád navážu na své předchozí působení ve funkcích vědeckého sekretáře a místopředsedy. Jsem přesvědčen, že SVL má zásadní roli v odborném i hodnotovém směřování oboru a významný potenciál dalšího rozvoje.

V nadcházejícím období chci podporovat své nástupce ve funkcích, sdílet zkušenosti a přispívat ke kontinuitě a stabilitě vedení společnosti. Za klíčové považuji systematické posilování odborné úrovně společnosti, důraz na medicínu založenou na důkazech, rozvoj kritického myšlení v primární péči a podporu interdisciplinární spolupráce v rámci ČLS JEP. V kontextu nástupu umělé inteligence je podle mne nezbytné současně pevně ukotvit obor v jeho základních principech a hodnotách, jako medicínský obor nejlépe lidem.

Rád uplatním své akademické zkušenosti a mezinárodní kontakty. Budu podporovat rozvoj mezinárodní spolupráce. V příštím volebním období mohu dovést SVL k novým mezinárodním projektům a k uspořádání další evropské konference WONCA v Praze.



**MUDr. Bohumil Skála, Ph.D. LL.M**

*Lanškroun*

Dosavadní činnost – garance doporučených postupů v oblasti farmakoterapie bolesti, obecné onkologické prevence, následné symptomatické a paliativní péče. Jako člen výboru jsem současně zástupcem SVL v Akreditační komisi pro obor Posudkové lékařství na MZ ČR. Jsem již 40 let v praxi všeobecného praktického lékaře, od roku 1994 jsem členem výboru SVL. Mám představu, že nelze a priori zamítnout vše tradiční, označit postupy za nemoderní, spoléhat na technický pokrok a AI. Jako prioritu vidím koordinaci aktivit obecně v prevenci, která povede ke smysluplné definici všeobecné prevence v ordinaci praktika. Měl jsem možnost a mnohdy i tu čest poznat řadu praktiků, kteří plně presentovali lékařství jako ars medicinae, toto žádná technika, sebevýkonnější čip, nenahradí, proto po návratu ze státních služeb – vězeňské služby, kde jsem byl 12 let, ještě chci – pokud mi to bude umožněno – reprezentovat ty staré zvyky.



**MUDr. Marika Svatošová**

*Praha*

Vystudovala jsem 1. LF UK, atestovala v roce 2021 a nyní pracuji jako praktická lékařka v malé rodinné praxi na Praze 10. Během studií jsem 3 roky vedla celorepublikovou sekci Capacity Building IFMSA (mezinárodní organizace studentů medicíny) pro rozvoj mediků po straně softskills. Skrze IFMSA jsem organizovala národní i mezinárodní konference a podílela se na účasti mediků na WONCA konferenci 2017 v Praze. Od roku 2020 jsem lektorem komunikace s pacientem na Katedře praktického lékařství 3. LF UK. Od roku 2021 jsem členkou Rady Mladých praktiků jako místopředsedkyně a od minulého roku jsem jejich předsedkyně. Během této doby jsem byla i součástí exekutivy EYFDM (evropských mladých praktiků) na pozici pokladníka. Mé působení v MP bude končit na jaře příštího roku. Kandiduji, protože věřím v silný potenciál SVL ČLS JEP jako lídra evidence-based medicíny a péče orientované na pacienta. Chci posílit mezinárodní spolupráci a aktivní zapojení členů do WONCA a jejich podskupin, systematickou podporu aktivních členů a mladých praktiků, rozvoj zájmových skupin a výzkumu v primární péči. Důležitými tématy jsou pro mě také wellbeing lékařů a podpora žen a matek v medicíně.



**MUDr. Ivo Šlosar**

*Chomutov*

Praktickým lékařem jsem od roku 2017, provozuji 2 ordinace VPL, jsem akreditovaným školitelem v oboru VPL. Dále jsem místopředsedou a delegátem OS ČLK Chomutov. Tato kombinace mi umožnila seznámit se s všemožnými úskalími českého zdravotnictví. Proto jsem se rozhodl kandidovat do předsednictva SVL, kde bych se rád angažoval v následujících oblastech:

- 1) Mezioborová spolupráce v rámci ČLS JEP – užší spolupráce mezi lékaři různých odborností povede k rychlejší diagnostice pacienta, terapii a stabilizaci pacientů a v neposlední řadě zefektivnění systému zdravotní péče.
- 2) Edukace veřejnosti – pacienti často neví, kam se mají směřovat se svými obtížemi. Někteří stále chodí k VPL „jen pro žádanku“, někteří své obtíže nechají progredovat celý víkend, jen aby počkali na svého VPL a někteří VPL obcházejí a rovnou si volají RZS.

Věřím, že v těchto oblastech mám dostatek zkušeností a nápadů, které jsem připraven realizovat, aby byla naše práce efektivnější, snazší, příjemnější, odbornější, komplexnější, (do)ceněnější, a hlavně dostupnější a kvalitnější! Protože jsme to my, všeobecní praktičtí lékaři, kteří nejvíce ovlivňují zdraví pacientů a efektivitu systému veřejného zdravotního pojištění v ČR.



**MUDr. Václav Šmatlák**  
Praha

Do výboru SVL ČLS JEP kandiduji, protože chci ještě více prohloubit spolupráci mezi výbory odborné společnosti a profesní organizace (SPL ČR), kterou jsem řadu let vedl a nyní jsem jejím místopředsedou. Odborná a profesní témata se v našem oboru propojují těsněji než v kterémkoliv jiném. Obě organizace musí při prosazování zájmů VPL postupovat koordinovaně a jednotně. To je naprosto zásadní pro úspěšnou budoucnost oboru. Jak to s pozicí VPL vypadá, pokud nejsou jednotní a jejich roztržitěné organizace vzájemně soupeří o vliv, vidíme na Slovensku. Když sleduji názory a způsob jednání některých kolegů, obávám se takového scénáře i u nás. Svoji kandidaturu chci personálně propojit oba výbory a posílit tak vzájemnou komunikaci a přispět k užší spolupráci obou organizací. Za klíčové považuji úplné zrušení preskripčních omezení pro VPL, zvýšení počtu RM a dotací na rezidenta. Za zásadní považuji postavit se rázně snahám lékařů usurpovat si kompetence, které patří praktickým lékařům.



**MUDr. Petr Šonka**  
Přeštice

Odborná a profesní problematika se v našem oboru úzce prolínají a společný postup odborné a profesní společnosti je klíčový pro jeho rozvoj a úspěch. Chci prosadit zrušení preskripčních omezení skupiny E, které z VPL stále dělá lékaře druhé kategorie, a dát jim tak k dispozici moderní léky např. glifloziny. Chci zavést terénní sestru a administrativního pracovníka/koordinátora péče jako součást multidisciplinárního týmu praktického lékaře a zajistit pro VPL jejich úhradu. Budu pracovat na dalším rozvoji týmových praxí a POCT metod v ordinaci VPL vč. POCUS a zvýšení počtu RM i dotace na rezidenta a také na zjednodušení a zpřehlednění specializačního vzdělávání. Postavím se proti snaze lékařů převzít kompetence VPL ve screeningu a prevenci.

#### Dosavadní činnost:

Zavedení Populačního programu časného záchytu osteoporózy  
Prosazení úhrady POCUS  
Pilotní projekt prevence a léčby pacientů s CKD u VPL  
Tvorba řady DP (spoluautor a oponent)  
Účast v orgánech MZ ČR:  
Rada poskytovatelů, místopředseda  
PS pro reformu primární péče  
PS k seznamu zdravotních výkonů  
Akreditační komise VPL  
Rada národního screeningového centra  
Komise pro podporu dg. a léčby rakoviny slinivky



**MUDr. Lucie Šragová**  
Hlučín

Záleží mi na kvalitní a silné primární péči, aby všeobecné praktické lékařství bylo vnímáno jako plnohodnotný, odborně náročný a perspektivní obor.

Jako praktická lékařka pracuji více než 20 let, podílím se na výuce všeobecného lékařství na LF OU, jsem školitelkou v oboru VPL a okresní zástupkyní SPL ČR za Ostravu. V současnosti jsem studentkou doktorského studia na Ústavu epidemiologie a ochrany veřejného zdraví LF OU. Ve výuce se snažím studentům přiblížit reálnou práci praktického lékaře a systematicky propojovat pregraduální vzdělávání s každodenní praxí. Věřím, že osobní zkušenost a kontakt s pacientem mohou zásadně ovlivnit vztah mladých lékařů k primární péči.

Do práce výboru bych ráda přinesla pohled praktického lékaře z Ostravska, zkušenosti z akademického prostředí i z praxe. Chci se věnovat pregraduálnímu vzdělávání, posilování role všeobecného lékařství, podpoře prevence, zvyšování proočkovatelnosti a péči v domácím prostředí.



**MUDr. Josef Štolfa**  
Praha

Maturita gymnázium v Chotěboři 1979, LF UK Hradec Králové 1981–1987. Vojenská služba u stíhací letky 1987/88, atestace z VL 1991. Pracuji jako praktický lékař v Praze 9. 2002–2021 vedoucí Katedry všeobecného lékařství IPVZ, 2004–2021 vedoucí Výukového pracoviště praktického lékařství 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze Motole. Jsem letitým členem SVL ČLS JEP, od r. 2021 členem čestným. Jsem přesvědčen, že spolu s dalšími čelními představiteli SVL mám podíl na udržení samostatnosti našeho oboru. Práci ve výboru SVL mohu obohatit mj. právě o zkušenosti z pregraduální výuky, ale i ze specializačního vzdělávání. Aktivně pracuji na zviditelnění našeho oboru v médiích a na sociálních sítích. Mým krédem je poctivost v práci i osobním životě a věřím, že tímto přístupem pomohu utvářet dobrý obraz našeho oboru.



**MUDr. Zuzana Švadlenková**  
Praha

Pracuji jako VPL v Praze 6, kde vedu praxi s týmem lékařek a sester. Dlouhodobě působím jako školitelka v oboru a podílím se na pre- i postgraduální výuce (1. LF UK). Systematický rozvoj kvalitního vzdělávání a podpora výzkumu jsou dle mého názoru mimo jiné zásadní pro posílení odborné i společenské role praktických lékařů.

Pod hlavičkou SVL ČLS JEP jsem se podílela na organizaci konference WONCA v Praze i na aktivitách mladých praktiků. ČR jsem zastupovala ve společnosti mladých evropských PL (VdGM) jako členka výkonné rady pro vzdělávání a výcvik.

Ve výboru SVL chci využít zkušenosti z vedení praxe v různých životních a profesních etapách praktické lékařky, podpořit mezinárodní spolupráci, implementaci principů EBM, kvalitu a bezpečí péče i s ohledem na narůstající nároky (PP, dostupnost specializované péče), skloubení rodinného života s udržitelností provozu ordinací a v neposlední řadě posílit kvalitu odborných konferencí, zejména větší podporu nesponzorovaných sdělení a WS.



**prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc.  
FESC FACC MBA**

*Praha*

Plán činnosti kandidáta na člena výboru SVL ČLS JEP:

1. Postgraduální vzdělávání – ve spolupráci s Katedrou VPL
2. Mezioborová spolupráce kardiologie – VPL
3. Příprava odborných materiálů k navýšení kompetencí VPL ve vztahu ke kardiologii
4. Argumentace ke zrušení preskripčních limitů klíčových inovativních kardiovaskulárních molekul (SGLT2i, sacubitril–valsartan, karboxymaltóza železa, semaglutid v KV indikaci, inclisiran, PCSK9i, fixní kombinace aj.)
5. Realizace učebnice pro postgraduální vzdělávání: kardiologie pro VPL
6. Příprava a realizace webinářů pro jednotlivé segmenty kardiologie pro VPL
7. Spolupráce na kultivaci digitalizace pro VPL
8. Vědecko–výzkumná činnost v oblasti kardiologie –VPL
9. Grantové projekty zaměřené na mezioborovou spolupráci
10. Kultivace dialogu kardiologie– VPL



**MUDr. Dušan Zhoř**

*Kyjov*

Jsem praktický lékař z Kyjova, kde vedu týmovou praxi s důrazem na rozšířené kompetence sester. Jako předseda PS pro ultrazvuk a člen vedení PS venkovského lékařství SVL prosazují moderní technologie a diagnostiku přímo v terénu. Vedu také Centrum pro screening osteoporózy. Věřím, že praktik má být špičkovým odborníkem „v první linii“.

Moje priority:

- POCUS: Prokázali jsme, že ultrazvuk v rukou VPL je bezpečný a přesný. Budu prosazovat jeho uznání jako standardu moderní diagnostiky.
- Emancipace oboru: Chci sebevědomého praktika, který je rovnocenným partnerem v systému.
- AAA screening: Mou prioritou je zavedení screeningu aneuryzmatu břišní aorty do ambulancí VPL.
- Screening osteoporózy a vybavení: Budu usilovat o lepší podmínky pro materiální vybavení praxí a rozvoj screeningů řízených přímo námi.
- Podpora regionů: Budu hájit specifické potřeby venkovských lékařů.

Mým cílem je obor technologicky vyspělý a odborně suverénní. Děkuji za váš hlas.

## SEZNAM KANDIDÁTŮ DO REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP

Pořadí	Jméno	Město
1	Bilková Lenka, MUDr.	Hnojník
2	Ondrušová Claudia, MUDr. MBA	Hlučín
3	Pokorná Martina, MUDr. Ph.D.	Ludvíkovice
4	Ponížil Miloš, MUDr.	Hrušovany nad Jevišovkou

## PŘEDSTAVENÍ KANDIDÁTŮ DO REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP



**MUDr. Lenka Bilková**  
Hnojník

Od roku 1998 pracuji jako praktická lékařka ve své ordinaci na venkově. Specializuji se na psychosomatikou medicínu, pracuji i jako psychoterapeutka. Členkou SVL ČLS JEP jsem od počátku mého pracovního zařazení. Roku 2018 jsem se stala členkou revizní komise SVL ČLS JEP, od roku 2022 jsem předsedkyní revizní komise SVL ČLS JEP. Ráda budu pokračovat v započaté práci v revizní komisi a zároveň se podílet a vypomáhat v záležitostech, které řeší výbor SVL ČLS JEP, ať už se to týká vzdělávání, nebo aktivní účasti na konferencích atp.



**MUDr. et MUDr. Martina Pokorná, Ph.D.**  
Ludvíkovice

působí jako všeobecná praktická lékařka pro dospělé v Ludvíkovicích na Děčínsku, kde pracuje od roku 2013 po ukončení služby v Armádě ČR. Absolvovala studium stomatologie a všeobecného lékařství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Vojenské lékařské akademii J. E. Purkyně v Hradci Králové, doktorandské studium v oboru sociální lékařství na Masarykově univerzitě v Brně. Je držitelkou atestace ve všeobecném praktickém lékařství pro dospělé a v oboru hygiena a epidemiologie.



**MUDr. Claudia Ondrušová, MBA**  
Hlučín

Vážené kolegyně, vážení kolegové, jako současná členka revizní komise pravidelnou kontrolou účetnictví a finančních zpráv dohlížím na to, aby společnost hospodařila s financemi efektivně a v souladu s předpisy. Mým cílem je hájit zájmy nás praktických lékařů a zajistit, aby společnost fungovala ve prospěch svých členů.

Proč znovu kandiduji do revizní komise?

**Transparentnost a důvěra** – chci nadále přispívat k efektivnímu hospodaření společnosti a vytváření stabilního a důvěryhodného prostředí pro všechny členy a partnery společnosti.

**Profesionalita oboru** – budu pomáhat udržet vysokou úroveň postgraduálního vzdělávání přinášením rezonujících témat a osobní garancí.

**Ochrana zájmů členů** – prací v revizní komisi budu chránit zájmy všech členů SVL.

**Zkušenost a objektivita** – svými zkušenostmi, analytickým myšlením, objektivním pohledem a nestranností přispěji k nastavení efektivních postupů.

Jsem připravena vykonávat práci v revizní komisi odpovědně a s potřebnou časovou kapacitou.

Zahraniční mise ISAF v Afghánistánu, Enduring Freedom v Iráku a mise OSN UNMIL v Libérii ovlivnily její profesní přístup k odpovědnosti, rozhodování a práci podle jasných pravidel. Působila v akademické sféře, podílela se na výuce a klinických studiích. Od roku 2014 je školitelkou v akreditované ordinaci, věnuje se vzdělávání rezidentů, mladých lékařů a mediků a přednáší na odborných akcích v ČR i zahraničí. Od roku 2023 je jmenována krajským zástupcem pro školení SVL ČLS JEP v Ústeckém kraji.

Zkušenosti s revizní činností získala jako členka revizní komise ČLK v okrese Děčín. V revizní komisi SVL ČLS JEP by ráda přispěla k otevřenému a srozumitelnému fungování společnosti, k férovému přístupu ke členům a k posilování vzájemné důvěry, s ohledem na každodenní realitu práce praktických lékařů.



**MUDr. Miloš Ponížil**  
Hrušovany nad Jevišovkou

Smysl své práce v RK vidím mj. v tom, že jako její člen se podílím na kontrolní činnosti výboru SVL ČLS JEP, a naše případné připomínky jsou akceptovány, což má svůj pozitivní vliv na kladné ekonomické výsledky naší společnosti.

## SEZNAM KANDIDÁTŮ DO VÝBORU I REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP

Pořadí	Jméno	Město
1	Fernandová Emmanuela, MUDr. Ph.D.	Brno
2	Koumarová Šárka, MUDr.	Praha
3	Kučera Matěj, MUDr.	Praha
4	Pfeiferová Markéta, MUDr.	Plasy
5	Veselá Kristýna, MUDr.	Praha

## PŘEDSTAVENÍ KANDIDÁTŮ DO VÝBORU I REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP



**MUDr. Emmanuela Fernandová, Ph.D.**  
Brno

Jsem praktickou lékařkou v Brně a absolventkou Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, kde v současnosti působím jako odborná asistentka a garantka oboru všeobecného praktického lékařství. Moje profesní cesta je od počátku spojena s výukou v primární péči a rozvojem naší odbornosti. V minulých letech jsem působila v revizní komisi a radě Mladých praktických lékařů, kde jsem se věnovala koordinaci mezinárodních stáží a reprezentaci v síti EYFDM. V současnosti jsem krajskou konzultantkou pro vzdělávání SVL a členkou akreditační komise Ministerstva zdravotnictví ČR.

Dlouhodobě se aktivně účastním mezinárodních konferencí WONCA a v posledních dvou letech zastupuji Českou republiku v síti EGPRN (European General Practice Research Network). Právě mezinárodní přesah a propojování české praxe s evropskými standardy považuji za nezbytné pro další růst našeho oboru.

Pokud bych byla zvolena, ve výboru bych se chtěla zaměřit především na zkvalitnění vzdělávání a podporu vědy v primární péči. Věřím, že moderní praktické lékařství musí stát na pevných základech medicíny založené na důkazech (EBM) a kvalitní přípravě budoucích kolegů.



**MUDr. Šárka Koumarová**  
Praha

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovoluji si podat svou kandidaturu do výboru SVL ČLS JEP. V oboru všeobecného praktického lékařství působím bezmála čtyři desetiletí. Svou praxi jsem vykonávala jak ve venkovském, tak v městském prostředí, což mi umožnilo získat komplexní pohled na každodenní fungování našeho oboru i na rozdílné podmínky, v nichž je poskytována primární péče.

SVL ČLS JEP dlouhodobě vnímám jako klíčovou odbornou i profesní platformu pro rozvoj primární péče. Již v minulosti jsem měla možnost se na její činnosti aktivně podílet – byla jsem členkou výboru v letech 1998–2006 a podílela jsem se na vzniku webových stránek SVL. Tato zkušenost mi dala cenný vhled do fungování společnosti i do významu systematické práce ve prospěch celého oboru.

Ráda bych se nyní znovu zapojila a zaměřila se zejména na podporu kvalitního vzdělávání lékařů (v současné době jsem členkou atestačních komisí) a na snižování administrativní zátěže, která dnes výrazně omezuje prostor pro odbornou práci a péči o pacienty. Věřím, že mé zkušenosti mohou být pro výbor přínosem.

Děkuji za zvážení mé kandidatury.



**MUDr. Matěj Kučera**  
Praha

MUDr. Matěj Kučera je praktický lékař s výzkumným zázemím v epidemiologii a cost-effectiveness analýzách, aktuálně v Ph.D. programu zaměřeném na prevenci demence.

Ve své klinické i akademické činnosti se dlouhodobě věnuje evidence based medicíně, efektivitě zdravotní péče a implementaci dat do praxe. Působí jako praktický lékař a současně jako výzkumný pracovník v oblasti veřejného duševního zdraví.

V rámci práce ve výboru/revizní komisi chce přispět zejména v těchto oblastech:

- podpora evidence based doporučení v primární péči
- zvyšování efektivity a nákladové efektivity péče
- zapojení mladých praktiků do činnosti SVL
- digitalizace a práce s daty v ordinacích
- důraz na prevenci a populační přístup

Cílem je posilovat moderní, datově řízené a udržitelné praktické lékařství.


**MUDr. Markéta Pfeiferová**
*Plasy*

Jsem lékařka se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství (2017). Působím jako asistentka Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK, kde se věnuji výuce studentů české i anglické paralelky a vědecké činnosti, zejména v oblasti zdravotní gramotnosti a medicíny životního stylu. Jsem spoluautorkou knihy Všeobecné praktické lékařství, zakládající členkou Pracovní skupiny pro preventabilní onemocnění SVL a bývalou předsedkyní spolku Mladí praktici. Působila jsem v pracovní skupině k reformě primární péče MZ ČR, koordinovala studii ALICE University of Oxford a byla členkou organizačního výboru konference WONCA Europe v Praze. Jsem členkou správních rad Ústavu pro zdravotní gramotnost a Purkyňova nadačního fondu ČLS JEP. Ve výboru chci podporovat rozvoj medicíny životního stylu, její integraci do oboru, a zejména větší propojení vědy s praxí, aby všeobecné praktické lékařství získalo zaslouženou prestiž a postavení rovnocenného partnera ostatních medicínských disciplín.


**MUDr. Kristýna Veselá**
*Praha*

MUDr. Kristýna Veselá absolvovala Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2009. Atestaci v oboru všeobecné praktické lékařství složila v roce 2012 a od té doby se plně věnuje práci praktického lékaře. Je členkou Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů ČR. Působí jako členka komise IPVZ pro praktické zkoušky v oboru VPL a podílela se na výuce studentů medicíny ve spolupráci s 1. a 2. LF UK v Praze. Aktivně se účastní vzdělávacích akcí ČLK a IPVZ. V roce 2017 byla prezidentkou VdGM Preconference a členkou 22nd WONCA Europe Conference v Praze. V minulosti působila jako místopředsedkyně Rady Mladých praktiků a jako zástupkyně České republiky ve VdGM (Vasco da Gama Movement) WONCA. Podílela se na přípravě I. a II. Praktické konference pro praktické lékaře (Brno 2016 a 2017). Absolvovala kurz abdominální sonografie (2014) a dlouhodobě podporuje rozvoj ultrazvuku v primární péči. Ráda by podpořila činnost pracovní skupiny pro ultrazvuk v rámci SVL ČLS JEP. Díky účasti na zahraničních konferencích a výměnných stážích získala řadu mezinárodních zkušeností, které by ráda využila ve prospěch dalšího rozvoje oboru. Nyní se chce aktivně zapojit do práce výboru SVL ČLS JEP, podporovat profesní růst kolegů, posilovat mezinárodní spolupráci a prohlubovat propojení se spolkem Mladí praktici, z. s.

# Kam může vyrazit český praktik za poznáním po Evropě

Být praktickým lékařem v České republice taky znamená příslušnost k profesní skupině, která jen prostřednictvím členských organizací WONCA Europe, jako je naše SVL ČLS JEP, představuje téměř stotisícovou populaci. Přestože kontext zdravotního systému a organizace péče může být v různých zemích různý, principy a zásadní hodnoty naší práce jsou stejné. Proto jsou mezinárodní setkávání a diskuze tak atraktivní, přínosná a obohacující. Pokud k takové potřebě v nějaké fázi profesionálního růstu lékaře dospěje, nabízí se mu mnoho možností, jak se mezinárodně zapojit. Ať už pasivně, účastí na některé z konferencí nebo setkání, nebo aktivním zapojením do práce některé z evropských tematických sítí nebo pracovních skupin. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP takové aktivity podporuje.

Následující článek přináší přehled mezinárodních akcí pro praktické lékaře v letošním roce. Všechny se konají v bezpečných destinacích, což je významná informace, vzhledem k okolnostem.



Vrcholnou odbornou akcí roku praktického/rodinného lékařství (PL/FM) je **30. evropská konference WONCA**, která se letos koná od 30. 6. do 3. 7. v Paříži. Tradičně ji předchází prekonference mladých praktických lékařů (EYFDM – *European Young Family Doctors Movement*). Konference WONCA (*World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners and Family Physicians*) profesně nabíjí a inspiruje. Je nejlepší příležitostí ochutnat to nejlepší z odborné nabídky evropského PL/FM; slyšet motivující přednášky klíčových řečníků na témata současnosti, seznámit se s výstupy výzkumu v primární péči, zúčastnit se workshopů, odborně zaměřených sekcí a potkat se s kolegy z celé Evropy.

Francouzi si v aninci konference hrají s motem francouzské revoluce; svoboda–rovnost–bratrství. Chtějí zdůrazňovat svobodu naší práce, rovnost přístupu pacientů k lékařům, prevenci a léčbě, bratrství v interdisciplinární spolupráci, solidaritě a diverzitě praxí.

Do programu byl letos přijat rekordní počet českých sdělení a lze počítat se silnou českou účastí. Budeme tam mít i svoji „country session“, kde chceme představit to, s čím se můžeme na mezinárodní úrovni pochlubit. Paříž je krásná a taková večere, servírovaná na lodi na Seině, je prostě nezapomenutelná.

Tematicky zaměřené sítě a pracovní skupiny WONCA, které se významně podílejí na přípravě odborného programu konference, pak vlastními událostmi doplňují **kalendář odborných akcí praktického lékařství v Evropě**. Ze své zkušenosti i zkušeností kolegů, aktuálně v sítích působících, mohu tyto komornější akce velmi doporučit.



**Evropské fórum pro prevenci v primární péči**, pořádané sítí EUROPREV v Madridu koncem března, už asi nestihnete. Je škoda, že právě česká primární péče, s takovou expertizou v prevenci a screeningu, nemá v této skupině svého zástupce. Je to výzva pro čtenáře i pro naši odbornou společnost. Kontakty bude možná navázat na konferenci WONCA v Paříži, kde bude mít EUROPREV určitě svůj stánek a svoji sekci. Madrid ale určitě za návštěvu stojí tak jako tak.



**EURACT, Evropská akademie učitelů v primární péči** je mimořádně aktivní vzdělávací síť v rámci WONCA. Jejím cílem je podporovat vysokou kvalitu výuky všeobecného praktického lékařství napříč Evropou, sdílet

zkušenosti mezi učiteli a rozvíjet moderní pedagogické přístupy. Zároveň poskytuje metodickou podporu pro rozvoj vzdělávání v oboru na všech stupních vzdělávání (pregraduální, specializační, kontinuální).

Členství v EURACTu má v současnosti 19 českých praktických lékařů. Významným představitelem této mezinárodní sítě je Jáchym Bednář, který spolu s vedoucí katedry všeobecného praktického lékařství na IPVZ Ludmilou Bezdíčkovou promítá získané poznatky do pregraduálního i specializačního kurikula a také do vzdělávání školitelů.

Jáchym Bednář přivedl do Česka kurzy Leonardo, které jsou jedním z klíčových vzdělávacích programů EURACTu zaměřených na rozvoj pedagogických dovedností učitelů a školitelů v oboru. Těchto kurzů se již zúčastnily desítky českých učitelů a školitelů.

Od svého založení organizace EURACT pravidelně pořádá mezinárodní workshopy a vzdělávací kurzy, které propojují akademiky, školitele i praktické lékaře se zájmem o medicínské vzdělávání. Od roku 2016 organizuje také výukové konference, které se v minulých letech konaly v různých evropských městech a staly se významným fórem pro diskusi o budoucnosti vzdělávání v primární péči, sdílení dobré praxe a prezentaci výzkumu v oblasti medicínské pedagogiky.

Námětem 4. konference EURACT, která se letos koná 23.–25. dubna 2026 v rumunském Jasy, je podpora takové výuky, která pomůže lékařům udržet principy a hodnoty všeobecného praktického lékařství / rodinné medicíny (PL/FM) v digitální éře. Na konferenci bylo do programu přijato několik českých příspěvků.

Možná jste nevěděli, že Jasy (Iasi) je třetí největší město v Rumunsku a bývalé hlavní město Moldavského knížectví. Leží nedaleko hranic s Moldavskem a patří mezi významná univerzitní a kulturní centra země.



**EQuiP (European Working Party on Quality and Safety)** patří mezi nejstarší sítě WONCA a její konferenci jsme pořádali naposledy v Praze v roce 2016. Na programu konference, která proběhne 21.–23. května v krásném historickém Krakově, je tentokrát vztah naší odolnosti a pohody k zajišťování co nejvyšší kvality a bezpečí péče. Atmosféra v EQuiP byla a je mimořádně přátelská a inspirující. Potřebovali bychom více čerpat z této oblasti a zájemci o práci v této síti jsou vítáni.



Tzv. **Bled kurs**, který v současnosti nese jméno Janko Kersnika, vynikajícího slovinského praktika a učitele z Kranjské Gory, mimo jiné laureáta ocenění SVL, je dnes již legendární akcí. Pořádá ho EURACT společně se Slovinci. Po Libuši Válkové a Václavovi Benešovi jsem byl třetím, který ho od nás absolvoval, a dodnes z něj čerpám. Kursem od té doby prošlo určitě více jak 10 dalších českých praktiků. Téma kritického myšlení v PL/FM, zvláště v době nastupující umělé inteligence, je téma, které je v českém prostředí velmi aktuální a potřebné. V krásném prostředí slovinské přírody prožijete 4 intenzivní dny s nejlepšími evropskými učiteli v oboru, získáte nové přátele, odnesete si plno poznatků a hlavně motivaci pro svou další práci pedagogickou i tu ordinární.



**EGPRN (European General Practice Research Network)** je síť zaměřená na výzkum v primární péči. Pořádá obvykle dvě konference ročně. Konferenci EGPRN jsme hostili v Praze na podzim 2023. Tentokrát proběhne 14.–17. května v italské Veroně. Kdo by nechtěl jet do krásné historické a romantické Verony, a ještě k tomu v květnu!

Konference EGPRN jsou přínosné zejména pro doktory, ale zaujmou a metodicky podpoří i lékaře, kteří přemýšlí o místním nebo regionálním výzkumu. V minulosti na konferencích opakovaně prezentovali čeští zástupci.



Kdo chce zažít konferenci trochu jinak, měl by vyrazit na nordický kongres. Po světové konferenci WONCA v Praze jsem měl tu čest být v roce 2015 zvaným řečníkem na kongresu, který se tehdy konal v Trondheimu. Nordický kongres pořádají společně odborné společnosti Dánska, Finska, Islandu, Norska a Švédska. Tyto společnosti na konferenci ze zásady nepřipouští přítomnost farmaceutických firem a tomu odpovídá i konferenční poplatek. Naši kolegové ze severu si ho ale mohou dovolit. Na konferencích jsou mezi zvanými řečníky i specialisté, ale většinu odborného programu tvoří příspěvky praktických lékařů, které projdou přísným sítím recenzentů. Podobné konference pořádá třeba DEGAM, obdoba naší SVL, v sousedním Německu. Navštivte koncem května Jönköping, město na břehu jezera Vättern na jihu Švédska. Vlastně to díky Öresundskému podmořskému tunelu mezi Dánskem a Švédskem není tak daleko.



Hned z kraje října vás zve na Fórum venkovské péče do Cartageny člen jeho výboru, David Halata. Cartagena je starověké přístavní město na jihu Španělska, v regionu Murcia (Costa Cálida) s téměř 2 500 lety historie, která zahrnuje období Kartáginců, Římanů, Arabů i křes-

ťanské rekonstrukce. Je tu také římské divadlo (Teatro Romano de Cartagena) z 1. století př. n. l., nalezené až v roce 1988 a dnes jedna z nejdůležitějších archeologických památek ve Španělsku. V okolí je Costa Cálida, pobřeží s krásnými plážemi a možností koupání a relaxace během volných chvil, dále přírodní parky jako Calblanque, Monte de las Cenizas a Peña del Águila. Za návštěvu stojí i blízká vinařství.

EURIPA (Rural Health Forum) je síť sdružující lékaře pracující v podmínkách venkovské / rurální péče. Fórum se zaměřuje na výzvy a inovace v oblasti venkovského zdraví, sdílení know-how mezi praktiky, výzkumníky a politiky a rozvoj primární zdravotní péče.

Obvykle zahrnuje workshopy, plenární sekce, diskusní panely a příležitosti k mezinárodní spolupráci.



Druhou konferenci v roce 2026 pořádá EGPRN v polovině října v další španělské atraktivní lokalitě – v poutním městě Santiago de Compostela. Poutnickou plaketu sice tímto způsobem nezískáte, ale město a případně i jeho okolí si určitě užijete. Místní strava plná mořských specialit vám prodlouží život. Navíc přijedete obohaceni o nové přátele, poznatky a inspiraci.

Pokud se vám letos už do programu nabízené mezinárodní odborné akce nevejdou, přemýšlejte o nich pro příští rok. Všechny se objeví na [woncaeurope.org/events](http://woncaeurope.org/events).

MUDr. Martin Seifert

MUDr. David Halata

MUDr. Jáchym Bednář

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph. D.

# Komplexní péče o pacienta s diabetem 2. typu v ordinaci PL



**MUDr. Monika Nývtová**

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Diabetes mellitus 2. typu představuje jednu z nejčastějších chronických chorob v populaci a jeho management v ordinaci praktického lékaře je klíčový pro prevenci kardiovaskulárních a renálních komplikací. Moderní doporučení zdůrazňují komplexní přístup zahrnující nejen kontrolu glykémie, ale také důslednou léčbu hypertenze, dyslipidémie, obezity a dalších komorbidit. Praktický lékař tak stojí v první linii prevence závažných komplikací, které zásadně ovlivňují prognózu pacienta.

## 1. Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze je přítomna u většiny pacientů s diabetem. Současná doporučení stanovují cílové hodnoty krevního tlaku na **120–129/70–79 mmHg**, pokud je léčba dobře tolerována a probíhá za pečlivého monitorování klinického stavu. Intenzivní léčba hypertenze u diabetiků 2. typu byla hodnocena v několika recentních systematických přehledech a metaanalýzách, které ukazují, že takovéto snížení systolického TK vede k významnému poklesu velkých kardiovaskulárních příhod a některých mikrovaskulárních komplikací oproti standardnímu cílení na hodnoty pod 140 mmHg<sup>1</sup> (např. hypertenzní retinopatie, cévní mozková příhoda, předčasný rozvoj demence, srdeční selhání, ischemická choroba srdeční, fibrilace síní, renální selhání či erektilní dysfunkce). V praxi však těchto hodnot nedosahují zdaleka všichni sledovaní pacienti. Mezi hlavní příčiny patří nedostatečná titrace léčby, nízká adherence k preskribované medikaci, krátká doba účinku některých antihypertenziv, časté změny medikace a nevyužívání fixních kombinací.

Základem terapie je kombinace **RAAS blokády + blokátoru kalciových kanálů nebo thiazid like diuretika**, v dalším kroku pak trojkombinace všech uvedených. ACE inhibitory a sartany poskytují 24hodinovou kontrolu TK a působí kardio- a renoprotektivně<sup>2</sup>. Indapamid je preferován pro svůj příznivý metabolický profil a nižší riziko hypokalémie<sup>3</sup>. Je však třeba opatrnosti při podávání u starších pacientů pro možný výskyt i klinicky významné hyponatrémie. U starších křehkých

pacientů nad 80 let je vhodné upravit individuálně cíl léčby na systolický TK 140–150 mmHg s pomalejší titrací. U nemocných s neúspěšně kontrolovanou hypertenzí na trojkombinaci léčiv, včetně diuretika, je potřeba, dle anamnézy, klinického obrazu a fyzikálního vyšetření zhodnotit, zda se nemůže jednat o sekundární hypertenzi a odeslat ke specializovanému vyšetření (endokrinolog, nefrolog apod.)

Pravidelné kontroly by měly probíhat každých **3–6 měsíců** a měly by zahrnovat kromě měření TK v ordinaci VPL i fyzikální vyšetření s palpací periferních tepen DKK či oscilometrií se stanovením kotníkového indexu ABI, laboratorní odběry (KO, biochemii, UACR) a natočení EKG. Dispenzarizace je podpořena řadou výkonů, které lze vykázat, včetně ambulantní monitorace TK – AMTK, kód 17129 – 2x ročně.

## 2. Dyslipidémie

Dyslipidémie je klíčový faktor kardiovaskulárního rizika – zvyšuje výskyt KVS příhod více než trojnásobně. U diabetiků je proto nutné agresivní snižování LDL cholesterolu, přičemž cílové hodnoty se liší následovně.

**U nekomplikovaného diabetika 2. typu by měl být LDL pod 2,6 mmol/l.** Vzhledem k tomu, že by musel mít takovýto nemocný diabetes méně než 10 let a nesměl by mít:

- orgánové poškození (CKD, mikroalbuminurii, retinopatii, neuropatii, hypertrofii LKS či aterosklerotické pláty karotid),
- další komorbidity (ICHS, CMP/TIA, ICHDK, SS) ani
- více než jeden z rizikových faktorů – arteriální hypertenze, dyslipidémie, obezita, kouření, metabolický syndrom nebo pozitivní RA,

**je tato kategorie mezi diabetiky raritní.**

U DM2T s **vysokým rizikem**, který je charakterizován délkou trvání diabetu nad 10 let, přítomností orgánového poškození, přítomností více jak jednoho rizikového faktoru nebo SCORE2–diabetes s rizikem fatálních KVS komplikací 10–20 %, **je cílová hladina LDL pod 1,8 mmol/l.**

**Velmi vysoké KVS riziko** má pacient, pokud je přítomno:

- těžké orgánové poškození s CKD 4–5, proteinurií, pokročilou retinopatií nebo neuropatií či
- významné karotické pláty nebo
- SCORE2 Diabetes nad 20 % nebo
- délka trvání diabetu nad 10 let a k tomu 3 a více rizikové faktory (HT, dyslipidémie, obezita, kouření, metabolický syndrom, pozitivní RA) nebo

- již prodělané KVS onemocnění a pacient je tedy v sekundární prevenci.

#### Cílová hladina je LDL je pak pod 1,4 mmol/l.

Současně je u všech skupin doporučeno snížení LDL o více než 50 % oproti výchozí hodnotě.

Základem léčby jsou statiny, zejména atorvastatin a rosuvastatin<sup>4</sup>. Při nedostatečném efektu maximálních tolerovaných dávek se přidává do kombinace ezetimib, který může snížit LDL o dalších cca 15 %<sup>5</sup>. U velmi vysokého rizika lze ve specializovaných centrech indikovat léčbu PCSK9 inhibitory (evolocumab – Repatha, alirocumab – Praluent), pokud není dosaženo cílových hodnot LDL cholesterolu při léčbě statinem a ezetimibem. Při prokázané statinové intoleranci lze od roku 2023 v ČR použít i kyselinu bempedoovou. V sekundární prevenci lze indikovat i inclisiran (Leqvio) s potenciální redukcí LDL cholesterolu až o 50 %. U hypertriglyceridémie mají své místo stále i fibráty, zejména při přítomnosti mikrovaskulárních komplikací.

### 3. Diabetes mellitus

Diagnóza diabetu je stanovena při záchytu lačné glykémie nad 7,0 mmol/l (ověřit 2×), náhodné glykémie nad 11,1 mmol/l s klinickými příznaky hyperglykémie nebo glykémie nad 11,1 mmol/l ve 120. minutě oGTT. Pravidelné sledování, základní edukace a režimová opatření jsou vhodné ale již u nemocných s prediabetem (lačná glykémie nad 5,6 mmol/l nebo ve 120. minutě oGTT nad 7,8 mmol/l).

Každá **dispensární kontrola u VPL** (kód 01201 možno vykázat až 4× ročně s epizodou péče kód 01543) by měla zahrnovat změření TK, TF, zvážení se stanovením BMI a změření obvodu pasu, inspekci nohou (vyšetření rizika syndromu diabetické nohy lze vykázat kódem 13024 1x ročně, pokud má VPL sjednaný kód se zdravotní pojišťovnou na základě absolvovaného kurzu), laboratorně stanovení glykémie nalačno či postprandiálně (kód 01441), glykovaný hemoglobin (kód 01445 HbA1c) každé 3 měsíce do kompenzace, poté á 6 měsíců, 1× ročně pak vyšetření očního pozadí a kompletní biochemie, eGFR, UACR (kód 81327; u pacientů s eGFR kolem 60 ml/min 2× ročně), vyšetření močového sedimentu, natočení EKG (kód 09127) a změření ABI (kód 12024 ve spec. indikacích).

Základem **nefarmakologické léčby** je **redukce hmotnosti** o 5–10 % při nadváze nebo obezitě (doporučený energetický deficit 500–750 kcal denně), **pravidelná fyzická aktivita** 3–5× týdně 30–40 minut a **diabetická dieta**. Stravovací doporučení se modernizovala, musí být individualizovaná, dlouhodobě udržitelná a respektovat zdravotní stav, komorbidity i osobní preference pacienta<sup>6</sup>. Příjem sacharidů by měl být založen na potravinách s nízkým glykemickým indexem a minimálním stupněm zpracování. Preferují se celozrnné obiloviny, luštěniny, zelenina a ovoce, zatímco rafinované sacharidy, sladkosti a slazené nápoje je vhodné výrazně omezit. Tuková složka stravy by měla být tvořena převážně nenasycenými mastnými kyselinami (rostlinné oleje, ořechy, semena, pravidelná konzumace ryb) a s omeze-

ním smažených jídel. Bílkoviny mají být zastoupeny v množství přibližně 1,0–1,3 g/kg/den, přičemž se preferují libové zdroje živočišných bílkovin a rostlinné alternativy. U pacientů s chronickým onemocněním ledvin je nutná individualizace podle nefrologických doporučení. Významnou roli hraje dostatečný příjem vlákniny, ideálně 25–35 g denně, která zlepšuje glykémii, podporuje sytost a příznivě ovlivňuje lipidový profil. Zdrojem by měla být především zelenina, ovoce, luštěniny a celozrnné obiloviny. Pitný režim má být založen na vodě, neslazeném čaji a minerálních vodách. Alkohol je doporučeno omezit, zejména u pacientů s nadváhou, hypertenzí nebo hypertriglyceridemií. Z náhradních sladidel jsou vhodná nekalorická jako sacharin, aspartam nebo stévie.

**Základem farmakoterapie je stále metformin**, který je vhodné titrovat do maximálních tolerovaných dávek 3000 mg (resp. 2000 mg u retardovaných forem) za respektování kontraindikací. Pokud tato léčba nestačí k optimální kompenzaci diabetu, výběr dalšího léku do kombinace se volí s ohledem na přítomné komorbidity. Pokud je přítomné **aterosklerotické onemocnění**, jsou doporučeny GLP–1 agonisté nebo SGLT2 inhibitory. U nemocných se **srdečním selháním nebo CKD** jsou preferovány SGLT2 inhibitory. Tyto **pacienty VPL odesílá co nejdříve k zahájení této léčby ke specialistovi (diabetolog, kardiolog, nefrolog nebo internista)**!

Pokud tyto zásadní komorbidity nejsou přítomné, je možné volit z dalších léků inhibitory DPP–4 (sitagliptin, vildagliptin nebo linagliptin) nebo pioglitazon. Je samozřejmě možné také zvážit nasazení GLP–1 RA nebo gliflozinů na úhradu pacientem. Od používání derivátů sulfonylurey se ustupuje pro riziko výskytu hypoglykémie (zejména při akutních onemocněních, kdy se sníží perorální příjem), nárůst tělesné hmotnosti a absenci KVS benefitů. V praxi se s těmito účinně hypoglykemizujícími léky ještě někdy setkáváme a důvodem může být konzervativní přístup některých lékařů, vyčerpání jiných terapeutických možností před nasazením inzulínu a někdy i přání pacienta, který je na lék dlouhodobě zvyklý.

### 4. Obezita

Obezita je spojena s širokým spektrem komorbidit – diabetem, hypertenzí, dyslipidemií, ICHS, CMP, syndromem spánkové apnoe, osteoartrózou, depresí či některými nádory. **Redukce hmotnosti má výrazný terapeutický efekt** – po redukci do 5 % tělesné hmotnosti se zlepší glykémie a arteriální hypertenze, při 5–10 % lipidový profil, MASLD a PCOS, po úbytku 10–15 % váhy se výrazně sníží KVS rizika,lepší se syndrom spánkové apnoe, GER, MASH a kloubní potíže. Při poklesu váhy o více než 15 % může dojít až k remisi DM2T, snížení KVS mortality a zlepšení chronického srdečního selhávání.<sup>7</sup> **S rostoucím BMI klesá pravděpodobná délka dožití** – od BMI 40–45 kg/m<sup>2</sup> se medián přežití zkracuje o 8–10 let, respektive mají tyto nemocní jen 50% šanci, že se dožijí svých sedmdesátých narozenin!

Moderní farmakoterapie (**GLP 1 agonisté, tirzepatid**) umožňuje redukci hmotnosti o 10–25 %, výtečnou

kompenzaci diabetu (až 92 % nemocných dosáhlo HbA1c pod 53 mmol/l při léčbě tirzepatidem ve studii Surpass), zlepšuje lipidogram a snižuje krevní tlak. K dispozici jsou data pro KVS benefity pro semaglutid a liraglutid u diabetiků, a pro semaglutid (Wegovy) u nediabetické obézní populace. Kardiovaskulárně zaměřené studie s tirzepatidem probíhají. V těch již dokončených nebylo pozorováno zvýšení KVS rizik. Z nežádoucích účinků jsou nejčastější gastrointestinální potíže (nauzea, zvracení, průjem nebo zácpa), které je často možno redukovat úpravou režimových opatření a složením jídelníčku. Také je třeba dbát na prevenci rozvoje sarkopenie při rychlém úbytku hmotnosti.

## 5. Srdeční selhání

Prevalence srdečního selhání narůstá zejména u starších pacientů s diabetem, hypertenzí a fibrilací síní. **Praktický lékař by měl myslet na jeho diagnostiku** při přítomnosti dušnosti, otoků DKK, únavy či EKG změn. Hranice pozitivita je u ambulantních pacientů mladších 50 let nad 125 pg/ml, ve věku 50–74 let nad 250 pg/ml a u seniorů nad 75 let nad 500 pg/ml. Je potřeba mít na paměti, že obezita vede k falešně nižším hodnotám,

a naopak při chronické renální insuficienci se hodnoty zvyšují. Nemocného se srdečním selháním odesíláme ke kardiologovi k dalšímu dovyšetření a nastavení chronické medikace, do které již patří SGLT2 inhibitory, protože mají prokázaný benefit napříč všemi fenotypy srdečního selhání. V blízké budoucnosti bude mít i VPL možnost stanovení **NT proBNP** u diabetiků 2. typu.

## Závěr

**Komplexní léčba diabetu začíná u praktického lékaře, který dispensarizuje nekomplikované diabetiky 2. typu, pravidelně monitoruje kompenzaci onemocnění a léčí všechny komorbidity.** Tento přístup je zásadní pro snížení rizika rozvoje KVS komplikací. Velmi důležitou úlohou PL je **včasné odeslání ke specialistům**, pokud se nedaří optimálně zkompenzovat hypertenzi nebo dyslipidémii či pokud se u diabetika zjistí aterosklerotické komplikace, známky srdečního selhávání nebo progresu CKD, aby se časné dostal k prognosticky významné léčbě glifloziny nebo GLP–1 RA ve specializovaných ambulancích. **Teprve propojením těchto kroků vzniká péče, která je skutečně účinná.**

### Zdroje:

1. Asma Mousavi et al.: Intensive Blood Pressure Control in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cardiovascular and Microvascular Outcomes, *American Journal of Hypertension*, Volume 39, Issue 1, January 2026, 48–62.
2. Jun Cheng: Effect of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers on All-Cause Mortality, Cardiovascular Deaths, and Cardiovascular Events in Patients With Diabetes Mellitus. A Meta-analysis, *JAMA Intern Med*, May 2014;174(5):773–785.
3. Olde Engberink RH et al.: Thiazide-like diuretics are superior to thiazide-type diuretics in reducing cardiovascular events: a meta-analysis. *Hypertension*. 2015;65:1033–1039.
4. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes, *Diabetes Care* 2026;49 (Supplement\_1):S216–S245.
5. Buendia et al.: Effects of atorvastatin and ezetimibe therapy on LDL Cholesterol. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials" *Endocrine Abstracts*, 2018.
6. Výživová doporučení pro osoby s diabetem České diabetologické společnosti ČLS JEP.
7. Lean ME et al.: Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial, *Lancet* 2018; 391:541–51.

## UPOZORNĚNÍ SÚKL

### Chybné dávkování methotrexátu

<https://www.svl.cz/odborny-obsah/aktualni-oznameni/upozorneni-sukl-chybne-davkovani-methotrexatu-100168>

# Jak vyšetřit paměť v ordinaci praktického lékaře? 2. část Co dnes používat a co opustit v kognitivním testování u praktického lékaře



**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

Se stárnutím populace roste potřeba včasného zachytu kognitivních poruch. Rozhovor často nestačí, a proto je k jejich odhalení nutné použít krátký test paměti. V prvním článku jsme představili velmi krátké testy Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV), které jsou metodiky certifikované Ministerstvem zdravotnictví ČR pro časný záchyt počínajících poruch paměti, jejich použití je zdarma a jsou ke stažení z internetových stránek [www.abadeco.cz](http://www.abadeco.cz). V tomto druhém navazujícím sdělení uvádíme několik dalších testů a taktiku při jejich používání. Zvláštní pozornost je věnována testu pětičárové obrazcové produkce (ČAPR) a testu Mini-Cog a připomínáme také test kreslení hodin. Další rutinní používání Mini-Mental State Examination (MMSE) v ČR je problematické nejen kvůli licenčnímu omezení, ale i pro jeho slabší psychometrické vlastnosti a nižší citlivost k časným poruchám. Článek přináší kritický rozbor současné praxe a navrhuje změny. Do každodenní praxe praktických lékařů doporučujeme zařadit modernější a citlivější krátké testy ALBA a POBAV, které jsou nově uvedeny v náplni kódu 01210 – Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře. Mohou být doplněny

dalšími jednoduchými metodami: testem pětičárové obrazcové produkce (ČAPR) a testem slovní produkce zvířat. Tento základní soubor nástrojů umožní odhalit kognitivní poruchu dříve, rychleji a spolehlivěji než dosud. Pro úplnost jsou uvedeny české verze zahraničních testů: Addenbrookského (ACE-III) a Montrealského (MoCA) kognitivního testu, které nejsou určeny pro praktického lékaře, ale využívají je specialisté různých profesí. Závěrem shrnujeme problémy současné praxe a nabízíme konkrétní návrhy na její zlepšení. Poselství článku by mělo vyznít, že některé zvyky se vyplatí změnit, zejména nahradit zastaralé postupy modernějšími testy, které skutečně pomohou odhalit časně kognitivní poruchy v každodenní praxi praktického lékaře, zahájit adekvátní léčbu a zlepšit prognózu pacientů.

*Motto:*

*„Některé staré zvyky se vyplatí změnit. MMSE nestačí. Testy ALBA, POBAV a ČAPR odhalí kognitivní deficity výrazně dříve. Vyzkoušejte je a přesvědčte se sami.“*

## Úvod

Se stárnutím populace roste potřeba včasného zachytu kognitivních poruch. Od 1. 1. 2026 dochází k zásadní změně v kognitivním testování v primární péči zavedením **výkonu 01210, který rozšiřuje spektrum standardizovaných testů** použitelných v ordinaci praktického lékaře. Tento článek reaguje na tuto změnu a představuje další možnosti vyšetření paměti.

Při diagnostice kognitivních poruch by praktický lékař měl ideálně provést nejdříve **kognitivní testování**. Pokud je zjištěn deficit, je třeba **doplnit laboratorní vyšetření a CT mozku**. Současně je třeba zhodnotit soběstačnost, revizi medikace a minimalizovat anticholinergní zátěž. Je vhodné provést také **diferenciální diagnostiku a zajištění intervence u ovlivnitelných příčin** (např. deficit B12, hypotyreóza, subdurální hematom). Praktičtí lékaři by po stanovení diagnózy měli mít kompetence dále dispenzarizovat a léčit většinu pacientů s demencí. Současný systém jim dosud nenabízel optimálně nastavené podmínky ani odpovídající úhradové mechanismy. Nyní však došlo ke zlepšení úhradových podmínek pro praktické lékaře formou **kódu 01210**, jehož náplň je v *Tabulce 1*. Je to první krok k systematictějšímu řešení tohoto tématu.

Pacient by měl být odeslán k ambulantnímu neurologovi při přítomnosti ložiskových či jiných neurologických příznaků nebo potřebě diferenciální diagnostiky. Do kognitivního centra praktický lékař směřuje pacienty s podezřením na atypické formy nebo demence s časným začátkem před 65. rokem věku, s rychlou progresí kognitivní poruchy či složitých a nejasných

typech demence.

Krátké kognitivní testy stojí tedy na počátku celého procesu. Měly by být nedílnou součástí preventivních prohlídek seniorů. Praktičtí lékaři hrají klíčovou roli ve screeningu kognitivních poruch, zejména u pacientů ve vyšším věku nebo s rizikovými faktory pro jejich vznik a progresi.

**Časný záchyt demence** byl zařazen do kompetencí praktických lékařů od 1. 1. 2020 a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Jde o zásadní krok správným směrem, nicméně označení tohoto programu může být zavádějící. Skutečný časný záchyt by měl cílit na ještě dřívější stadium – tzv. mírnou kognitivní poruchu (MKP). V této fázi má pacient sice poruchy paměti nebo jiných kognitivních funkcí, ale stále zvládá každodenní život samostatně, bez závislosti na péči druhých.

Vyšetření by tedy nemělo směřovat pouze k rozpoznání manifestní demence, ale zejména **k odhalení počínajících poruch**, kdy je možné ještě účinně zasáhnout. Včasná diagnostika umožňuje zahájení vhodné léčby, včetně nové biologické terapie monoklonálními protilátkami u Alzheimerovy nemoci.

**Cévní rizikové faktory** zvyšují riziko vzniku a progresi demence, a proto by praktičtí lékaři při zjištění i mírné kognitivní poruchy měli věnovat zvýšenou pozornost těmto faktorům. Takové intervence mohou zpomalit průběh onemocnění a významně zlepšit kvalitu života pacientů i jejich pečujících osob.

Podle doporučených postupů z roku 2024 mají praktičtí lékaři provádět **rutinní screening kognitivních funkcí v rámci preventivní prohlídky jedenkrát za dva roky u osob ve věku 65–80 let**. Přestože je screening omezen na tuto věkovou skupinu, je nutné věnovat zvýšenou pozornost i starším pacientům, u nichž je prevalence demence nejvyšší. U osob starších 80 let je doporučeno aktivní vyhledávání kognitivního deficitu formou cíleného klinického vyšetření doplněného o objektivizovanou anamnézu od pečující osoby či rodinného příslušníka. Dalším důvodem vyšetření kognitivních funkcí u praktického lékaře je stížnost samotného pacienta nebo jeho příbuzných na poruchy paměti. Statistiky za rok 2023 ukazují rostoucí využívání

screeningu časného záchytu demence v České republice průměrně u 15 % osob ve věku 65–80 let. V různých regionech se ho zúčastnilo méně než 20 % pacientů dané věkové kategorie a na některých místech v republice byl dokonce pod 10% hranicí. Ke zlepšení situace by proto mělo přispět i toto sdělení.

Tento článek navazuje na první část, jak vyšetřit paměť v ordinaci praktického lékaře, která vyšla v posledním *Practicusu 6* v roce 2025. V ní jsme představili velmi krátké testy Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV), což jsou metodiky certifikované Ministerstvem zdravotnictví ČR pro časný záchyt počínajících poruch paměti. Nyní se zaměříme na další velmi krátké zkoušky a představíme také delší testy, které mohou praktičtí lékaři používat ve výkonu 01210. 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. Přehled současných testovacích možností porovnává *Tabulka 2*. Testy jsme rozdělili podle délky trvání na velmi krátké testy do 5 minut a delší metody. Na přehled metod navazuje pojednání o taktice, který test zvolit se zdůvodněním.

### 1) Velmi krátké testy do 5 minut

K velmi krátkému vyšetření se mohou využívat testy **ALBA a POBAV**, jejichž provedení je hrazeno zdravotními pojišťovnami podle nového kódu. Doporučujeme k nim přidat velmi výtěžný a unikátní **test pětičárové obrazkové produkce**. Tyto tři testy dohromady by měly tvořit pilíř při vyšetřování kognitivních funkcí. Pomocí této trojice se zachytí velká většina časných kognitivních deficitů za krátký čas. Jsou vhodné u pacientů s nově zachycenými příznaky poruchy mentálních funkcí nebo u dispenzarizovaných pacientů ke zhodnocení vývoje kognitivních funkcí a ověření efektu léčby. Při rozpacích je možné je ještě doplnit testem slovní produkce zvířat, testem kreslení hodin (TKH) nebo Mini-Cog. Při screeningu není možné je použít samostatně, ale až v návaznosti na testování Mini-Cog (*Tabulka 1*). Jejich vlastnosti porovnává *Tabulka 2*.

**Tabulka 1: Kognitivní testy pro praktického lékaře a náplň výkonu 01210 – Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře**

Obsah výkonu:	Standardní test kognitivních funkcí normovaný pro českou populaci:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montrealský kognitivní test (MoCA test)</li> <li>• Mini-Mental State Examination (MMSE) doplněný testem hodin</li> <li>• Addenbrookský kognitivní test (ACE-III)</li> <li>• test Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)</li> <li>• test Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)</li> </ul>	
		Frekvenční omezení:
<b>Výkon se vykazuje:</b>	<b>a) SCREENING:</b> u bezpříznakových pacientů v rámci časného záchytu demence v případě pozitivního výsledku testu MiniCog – frekvenční omezení 1× za 2 roky	1× za 2 roky, návaznost na 01026
	<b>b) SUSPEKCE:</b> u pacientů s nově zachycenými příznaky poruchy mentálních funkcí	1× za 1 rok
	<b>c) DISPENZARIZACE:</b> u dispenzarizovaných pacientů s demencí v ordinaci praktického lékaře ke zhodnocení vývoje kognitivních funkcí a ověření efektu léčby; testování se ukončuje při progresi do terminální demence	4× za 1 rok

**Tabulka 2: Přehled kognitivních testů hrazených podle nového kódu výkonu 01210 (Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře) a další vyšetřovací možnosti pro praktického lékaře**

Test a jeho dostupnost	Počet položek k zapamatování	Trvání / paměťová efektivita	Hlavní charakteristika testu
Test Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) – zdarma na www.abadeco.cz	12 slov věty a gest s volným vybavením	2 min. / 6	Hrazen zdravotní pojišťovnou, certifikovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR, velmi krátké trvání, z paměti bez pomůcek, efektivní vyšetření krátkodobé paměti a řeči, i u pacientů s parézou dominantní končetiny, slabozrakých nebo nevidomých
Test Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV) – zdarma na www.abadeco.cz	20 obrázků s volným vybavením	4 min. / 5	Hrazen zdravotní pojišťovnou, certifikovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR, velmi krátké trvání, vyšetření řeči, sémantické a krátkodobé paměti, grafie, vysoce náročný test k detekci úplně prvních kognitivních deficitů, trvalý záznam k ukázce příbuzným nebo pro srovnání s následným testováním
Test pětičárové obrazcové produkce (ČAPR) – zdarma na www.abadeco.cz	0, ale ke správnému provedení si musí pamatovat komplexní instrukci a podmínky provedení	2–3 min. / 0	Výjimečný test k rychlému zjištění mírných a jiných kognitivních funkcí než paměťových (exekutivních, zrakově–prostorových, kreativních, grafomotorických a psychomotorického tempa), důležitý zejména při hraničních nebo normálních výsledcích testů ALBA a POBAV
Test slovní produkce zvířat – zdarma na www.abadeco.cz	0, neopakovat stejné zvíře	2 min. / 0	Rychlý a jednoduše proveditelný test, ale nezachytí poruchy paměti
Addenbrookský kognitivní test (ACE–3) – zdarma	3 slova a 7 položek adresy, vybavení s nápovědou	20–40 min. / 0,4	Hrazen zdravotní pojišťovnou, podrobné vyšetření mnoha kognitivních funkcí, kromě celkového skóru i kognitivní profil k diferenciální diagnostice, dlouhý, nevhodný pro běžnou ambulanci
Montrealský kognitivní test (MoCA) – povinné školení online, zdarma pro některé uživatele na www.abadeco.cz	5 slov s volným vybavením	13–20 min. / 0,4	Hrazen zdravotní pojišťovnou, baterie více různorodých testů, senzitivní k detekci mírné kognitivní poruchy, certifikace online nutná
Test kreslení hodin se skórováním BaJa– zdarma na www.abadeco.cz	0	2 min. / 0	Všeobecně známý, jednoduché zadání, vyšetřovaný provádí samostatně, krátké trvání, nezachytí MKP, snadné skórování BaJa
Mini–Cog – zdarma	3 slova s volným vybavením	3 min. / 1	Hrazen zdravotní pojišťovnou, lepší než test kreslení hodin pro zkoušku paměti 3 slov, málo senzitivní pro MKP
MMSE (Mini–Mental State Examination) – placený (cca 2 USD/test)	3 slova s volným vybavením	10 min. / 0,3	Hrazen zdravotní pojišťovnou, všeobecně známý, více kognitivních funkcí, nízká senzitivita pro MKP, zpoplatněný, nelze používat zdarma

MKP – mírná kognitivní porucha

U testů je uvedena nová vlastnost, tzv. paměťová efektivita. Je vypočítána jako počet položek k zapamatování dělený délkou provedení testu. Testy ALBA a POBAV dosahovaly paměťové efektivity přibližně 5–6 položek/min, zatímco MMSE, MoCA a ACE–R pouze 0,3–0,4 položky/min.

### a) Test pětičárové obrazcové produkce (ČAPR)

V Testu pětičárové obrazcové produkce (ČAPR) má pacient za úkol nakreslit během jedné minuty co nejvíce různých obrázků, přičemž každý musí být tvořen právě pěti rovnými čarami. Komplexní test ČAPR umožňuje **rychle posoudit více kognitivních domén** – zejména funkce exekutivní, ale také zrakově–prostorové a paměťové. Je **velmi krátký (2–3 minuty) a má jednoduchý princip**, ale zároveň klade vysoké nároky. Vyšetřovaná osoba musí současně dodržet více podmínek pod časovým tlakem. Výhodou jsou minimální nároky na pomůcky: papír, pero a stopky. Příklady od pacientů s různými výkony ČAPR jsou zobrazeny na *Obrázek 1*.

Ve skupině 1221 osob běžné populace ve věku 45–90 let (průměr i medián 66 let, průměrná délka vzdělání 16 let) byl zjištěn průměrný výkon 5,6 obrazce za 1 minutu (medián = 5), tedy obvykle mezi 5–6 obrazci. **Hraniční výkon odpovídající 18. percentilu představuje 3 obrazce. Výsledek 0–2 obrazce je považován za abnormální.**

### Test pětičárové obrazcové produkce (ČAPR)

Test je vhodným doplňkem k testům ALBA, POBAV a Mini–Cog, protože hodnotí jiné schopnosti. Spolehlivě odhaluje perseverace (opakování týchž obrázků), rigiditu myšlení a sníženou originalitu, typické pro poruchu čelního laloku. U zdravých osob bývá zachována flexibilita – střídají a obměňují tvary obrázků v dostatečném počtu. Nedodržení pravidla „právě 5 čar“ pak může ukazovat na zrakově–prostorové nebo paměťové obtíže. Test ČAPR se vyplatí použít buď **rutinně u všech pacientů**, nebo **cíleně** u těch, u nichž zvažujeme **subkortikální formy demencí** (zejména frontotemporální či vaskulární). Je zvláště **cenný** u nemocí, které nemívají výrazné poruchy paměti ani podle testů ALBA a POBAV a kde bývá Mini–Mental State Examination normální nebo téměř normální (26–30 bodů).

Pětičárový test obrazcové produkce je představen na

kanálu YouTube <https://youtu.be/Dbhbn6TNK2o> a ukázka vyšetření s delším intervalem tvoření je na <https://youtu.be/HoFooJPaRW8>.

Vzorové instrukce a obrázky k testu ČAPR je možné stáhnout z internetových stránek [www.abadeco.cz](http://www.abadeco.cz).

### b) Test slovní produkce zvířat

Test slovní produkce zvířat je komplexní a rychlý screeningový nástroj zaměřený na hodnocení sémantické slovní produkce a zachycení MKP. Pacienti mají za úkol **vyjmenovat co nejvíce zvířat za nejběžnější časový interval jedné minuty**. Tento test je výtěžný k záchytu počátečních deficitů a špatně se interpretuje, protože umožňuje posoudit více kognitivních funkcí zahrnující psychomotorické tempo, řečové a exekutivní

schopnosti, paměť, pozornost a slovní zásobu. Test má jednoduché zadání, rychlé provedení a relativně velkou náročnost pro posuzovanou osobu (musí dodržovat pravidlo, generovat slova na čas, nesmí je opakovat). Proto je vhodný pro praktické lékaře jako **doplňkový, když předchozí testy nevedou k jednoznačným závěrům**. Nevypovídá tolik o krátkodobé paměti. Poruchu signalizuje **počet vyjmenovaných zvířat nižší než 15 za jednu minutu a 12 a méně za půl minuty**. Zhoršení je typické pro MKP, pro Alzheimerovu nemoc a některé formy frontotemporálních demencí. Nemá ochranu autorských práv a dá se udělat z paměti bez záznamového formuláře.

Obrázek 1: Autentické ukázky Testu pětičárové obrazcové produkce (ČAPR)

### Test pětičárové obrazcové PRodukce (ČAPR)

- právě z 5 čar „sirek“ (ne 4 či 6)
- co nejvíce obrazců
- co nejrůznějších obrazců
- bez opakování či pootočení
- časové omezení 1 minutou

posuzujeme podle

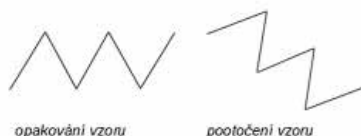
- počtu správných obrazců
- počtu obrazců mimo podmínky
- počtu opakujících se obrazců



#### Příklady SPRÁVNÝCH obrazců



#### Příklady NESPRÁVNÝCH obrazců



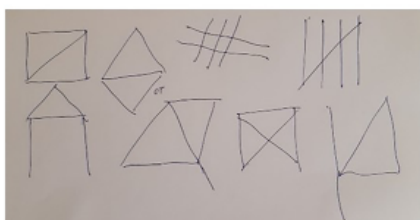
Efektivní postup hodnocení:

- nejdříve odečíst obrazce s odchylným počtem čar, většinou 4 nebo 6
- pak odečíst opakující se nebo jen pootočené obrazce

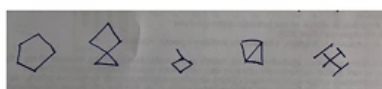
test ČAPR: celkový počet obrázků – mimo podmínky – opakující se = počet správně vytvořených obrazců

normální výsledky testu:

test ČAPR 8-0-1=7

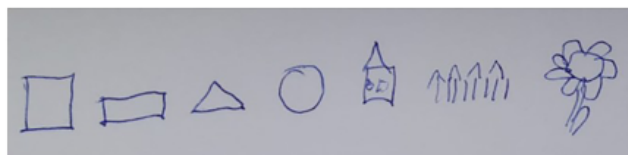


test ČAPR 5-0-0=5

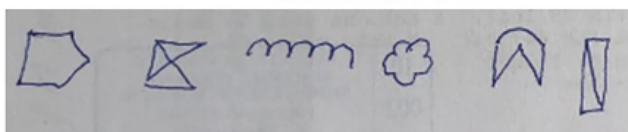


chybné obrazce:

test ČAPR 7-7-0=0



test ČAPR 6-3-0=3

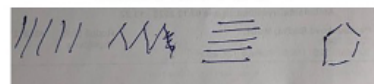


test ČAPR 6-0-4=2

opakující se obrazce:



test ČAPR 4-0-3=1



### c) Test kreslení hodin

Test kreslení hodin je rychlý screeningový nástroj pro vyšetření pacientů s demencí, ale **není vhodný pro detekci MKP**, protože se jím nevyšetřuje krátkodobá paměť. Hodnotí **dlouhodobou paměť, zrakově–prostorové schopnosti, kalkulií a exekutivní funkce**. Je součástí mnoha komplexních krátkých testů. Pacient má nakreslit ciferník se všemi čísly a na něm správně umístit hodinové ručičky na určitý čas, obvykle 11:10 nebo náročnější 23:20. Jeden z možných skórovacích systémů je např. BaJa, který dává větší bodovou váhu správnému umístění ručiček než jednoduchému ciferníku. **Skórování BaJa** se dá stáhnout z internetových stránek [www.abadeco.cz](http://www.abadeco.cz). Test s vyhodnocením BaJa trvá maximálně 2 minuty.

### d) Test Mini–Cog

V testu Mini–Cog je zkombinován **test kreslení hodin s paměťovou úlohou**. Pacient si nejdříve zapamatuje **tři slova** z šesti dostupných verzí pro opakované testování. Ve druhém kroku pacient **nakreslí hodiny** s umístěním ručiček do pozice 10 minut po jedenácté hodině. Poté si má pacient vybavit co nejvíce ze tří slov. Dobrá zpráva je, že zdravotní pojišťovny platí preventivní prohlídku s názvem Časný záchyt demence v ordinaci praktického lékaře s kódem 01026 lidem ve věku 65 až 80 let od roku 2020. Je skvělé, že tento kód existuje. Na druhou stranu budí několik rozpaků. Sousloví „časný záchyt demence“ je zvláštní, protože demence se dá poznat i z prostého rozhovoru o nesoběstačnosti s příbuznými. Zřejmě by správně měl výkon znít „Časný záchyt kognitivní poruchy“, protože cílíme na detekci mírné kognitivní poruchy, která se bez testování nedá zjistit. Hlavní náplní výkonu je provedení testu Mini–Cog. Toto je překvapivé, protože zatím nebyl u nás paradoxně validizován. Dále **nelze očekávat** od takto koncipovaného testu **skutečně časný záchyt kognitivní poruchy**, protože 3 slova k zapamatování jsou snadný úkol a test kreslení hodin se nehodí pro detekci počínajících kognitivních poruch. Není jasné omezení výkonu horní věkovou hranicí, přestože populace nad 80 let narůstá a v ní je výskyt kognitivních poruch zdaleka nejvyšší. Navrhujeme toto omezení zrušit. Pokud je výsledek testu Mini–Cog negativní nebo hraniční, nevylučuje to přítomnost kognitivní poruchy. V tomto případě je možné provést ještě senzitivnější certifikované testy ALBA a POBAV (*Tabulka 1*). Další informace o výkonu jsou uvedeny v článku MUDr. Matějkové a kol. v časopise *Practicus 2025*, číslo 3.

Podle oficiálních internetových stránek testu je test vhodný jako screeningový nástroj pro demenci, ale v současnosti je důležitější detekce MKP. Na základě metaanalýzy z roku 2021 nebyla prokázána přesnost Mini–Cog pro detekci demence v prostředí primární péče, jelikož neexistuje dostatek studií pro formulaci doporučení. Kopie lze pořizovat se souhlasem autora výhradně pro klinické a výukové účely. Nesmí být upraveno nebo používáno pro marketingové, reklamní nebo výzkumné účely bez předchozího písemného svolení autora.

Provedení a vyhodnocení testu trvá dvě až tři minuty.

Test je příliš jednoduchý a hodnocení sporné. Tři položky k zapamatování je málo na kvalitní prověření paměťových schopností, protože kapacita krátkodobé paměti je 7±2 položek. Má problematické skórování, např. na délce ručiček nezáleží, tři a více ručiček se počítají jako normální. Je nejisté, zda jsou praktičtí lékaři vyškoleni ve správném provádění a vyhodnocování testu. Setkali jsme se se zadáváním jiného času nebo chybným přidělením jednoho bodu za výkon testu kreslení hodin, který neexistuje. Proto zde opakujeme hodnocení podle autorů. Normálně nakreslené hodiny = 2 body. Normální hodiny mají všechna čísla ve správném pořadí a v přibližně správné pozici (12, 3, 6, 9 jsou správně). Žádné číslo nesmí chybět nebo být uvedeno vícekrát. Ručičky ukazují na čísla 11 a 10 (11:10). Délka ručiček se nehodnotí. Neschopnost test provést nebo jeho odmítnutí = 0 bodů. Na rozdíl od skórování BaJa klade hlavní důraz na ciferník, zatímco nedostatečně popisuje správné nastavení ručiček. Podle autorů tohoto článku přeci na počtu a rozdílné délce ručiček záleží.

## 2) Kognitivní testy delší než 10 minut

Mezi testy mentálních funkcí hrazené v ordinaci praktického lékaře podle výkonu 01210 patří i zahraniční metody, a to Montrealský kognitivní test (MoCA), Mini–Mental State Examination (MMSE) doplněný testem hodin a Addenbrookský kognitivní test (ACE–III) (*Tabulka 1,2*). Jejich správné provedení a vyhodnocování je však relativně zdlouhavé, náročné na testovací zkušenosti a většinou nad časové možnosti v běžné praxi praktických lékařů.

### a) Addenbrookský kognitivní test (ACE–III)

Česká verze Addenbrookského kognitivního testu ACE–III je dostupná od roku 2023. Test hodnotí pět oblastí kognice (pozornost, paměť, exekutivní funkce, zrakově–prostorové schopnosti a řeč). Maximální skóre je 100 bodů, normální výkon odpovídá přibližně 90–100 bodům podle předešlé revidované verze. České normy pro ACE–III chybí. Může přispívat v odlišování Alzheimerovy nemoci od frontotemporální demence. Administrace trvá 15–30 minut. Pro svou délku není vhodný k použití v ordinaci praktického lékaře, ale může být užitečný v rukou specialistů (neurolog, psychiatr, klinický psycholog), zejména pro diferenciální diagnostiku.

### b) Montrealský kognitivní test (MoCA)

Montrealský kognitivní test (MoCA) je krátký test (10–15 minut, maximum 30 bodů) určený k záchytu mírné kognitivní poruchy a časných stádií Alzheimerovy nemoci. V české populaci se za hraniční výkon považuje 23–24 bodů. Je citlivější než MMSE, ale méně vhodný u pokročilejší demence. Administrace vyžaduje oficiální školení a certifikaci, jinak hrozí chyby ve vyhodnocení. V běžné praxi praktického lékaře není test obvykle využíván, protože trvá delší dobu a vyžaduje již určité testovací zkušenosti. Využívá se především u specialistů.

### c) Test Mini–Mental State Examination (MMSE)

V České republice je nejznámějším kognitivním testem

Mini-Mental State Examination (MMSE), a to zejména proto, že až do roku 2024 byl podmínkou pro předepisování kognitiv. Od roku 2025 již tato vazba neplatí a **pro hodnocení kognitivních funkcí je možné využít jakýkoli vhodný test.**

MMSE je od roku 2001 **chráněn autorskými právy a jeho použití je zpoplatněno.** K legálnímu využití je nutné získat souhlas držitele práv prostřednictvím portálu [PAR, Inc.](<https://www.parinc.com/Products/Pkey/237>). Cena za jedno použití činí přibližně 2 USD. Bez zakoupení licence u této americké soukromé společnosti není další používání testu v ČR legální. Přesto zdravotní pojišťovny nadále proplácují výkon 01210, jehož náplní je právě provedení MMSE.

Další slabinou MMSE je jeho **nízká citlivost k odhalením raných forem kognitivního postižení, zejména mírné kognitivní poruchy.** Test zahrnuje velmi jednoduché úkoly, které často nezachytí potíže u běžné české populace s vyšším vzděláním.

Pacienti s **frontotemporální demencí mají normální nebo téměř normální výsledek 26–30 bodů,** protože MMSE neměří exekutivní a frontální funkce. Právě proto je tento typ demence poddiagnostikováván. Protože uniká časné diagnostice, bude častější, než je v současnosti.

Vzhledem k absenci oficiálně zakoupených verzí navíc v praxi koluje řada **neautorizovaných mutací** a administrace i vyhodnocování testu často probíhá bez jednotného metodického rámce.

Pomocí testu MMSE je možné vyšetřit více různých kognitivních funkcí s kvantifikací od 0–30 bodů. Podle české studie za **hraniční skóre je považován 27 bodů,** tedy normální rozmezí je 28–30 bodů a hranice pro demenci je 23 bodů. Provedení a vyhodnocení trvá 5–10 minut, ale podle oficiálních stránek držitele práv 10–15 minut plus 5 minut na vyhodnocení.

### Návrh kognitivních testů pro předpis kognitiv u praktického lékaře

**Praktický lékař může předepsat kognitiva,** protože byla zrušena vazba na specializace. Jsou určena pro **demence způsobené Alzheimerovou nemocí.** Od roku 2025 již není předpis kognitiv navázán na hodnotu MMSE. Hlavním důvodem byla autorská ochrana testu s jeho zpoplatněním. Dalším problémem testu MMSE je jeho jednoduchost, zejména pro vzdělanou českou populaci. Proto hodnocení kognitivního stavu podle něj zkresluje. Je třeba si uvědomit, že i **malé deficity v testu MMSE mohou už znamenat poměrně pokročilou kognitivní poruchu.** Pokud ho budeme i nadále používat, zachováme podhodnocování kognitivních deficitů u pacientů. Proto jeho další užívání nedoporučujeme. Rozumíme ale, že má historickou hodnotu, výsledek je srozumitelný mezi lékaři a dalšími odborníky a jsou na něj navázána některá rozhodnutí.

Při předpisu kognitiv je nyní nutné prokázat kognitivní deficit **libovolným vhodným testem,** který je uveden v *Tabulce 1.* To umožňuje lékařům využít širší škálu nástrojů. Vzhledem k časovým nárokům ambulancí se doporučuje začít testy, které jsou krátké a náročné,

jako jsou **ALBA a POBAV.** Oba tyto testy mají trvání 6–8 minut a jsou vhodné jak k zachytu počínajících poruch, tak k monitorování průběhu onemocnění. Podle kombinace výsledků lze odhadnout míru pravděpodobnosti přítomnosti kognitivní poruchy. Pokud se **oběma testy zjistí abnormální výsledky, pak je kognitivní porucha vysoce pravděpodobná.** Naopak pokud v obou testech jsou **normální skóre, je kognitivní porucha vysoce nepravděpodobná** až na výjimky. Velmi žádoucí je doplnit je testem **ČAPR,** i když není v doporučených postupech ani v kódu výkonu, protože je novou možností. U nejednoznačných nebo nejasných nálezů nebo v určitých situacích je vhodné vyšetření rozšířit o **další testy** nebo **je opakovat znovu po 3–6 měsících.**

V minulém článku bylo zveřejněno indikační schéma předpisu kognitiv podle testů ALBA a POBAV v souvislosti se stadii MKP a lehké, středně těžké až těžké demence. Při **dispenzarizaci** pacientů se syndromem **demence** je možné využít jakýkoliv z testů uvedených v *Tabulce 1,* případně zvolit některý z nehranzených, pokud by byl pro daného pacienta vhodnější. Obecně je vhodné testy individualizovat podle aktuálního stavu pacienta a hloubky jeho kognitivní poruchy. Dobrou volbou by mohl být test **POBAV,** který je **rychlý, stále něco měří** i ve stadiu **demence** a může **monitorovat** kognitivní **progresi** ze všech testů asi nejlépe. Velmi krátké testy (např. ALBA, ČAPR) už většinou dosahují nulových skóreů. Komplexní testy MoCA a ACE-III nejsou vhodné pro velkou zátěž pacienta a dlouhé trvání.

Spíše než kognitivní testování je čas v ordinaci lépe využít na **sociální poradenství, paliativní péči a plánování opatření k zajištění kvalitního života pacienta** s demencí i jeho závěr života.

### Digitální telemedicínské vyšetření paměti

V ČR byl vyvinut unikátní a první český test ALBAV k **elektronickému samovyšetření paměti,** který je validizován k elektronické detekci mírné poruchy kognitivních funkcí. Je dostupný na internetové stránce [www.albav.cz](http://www.albav.cz).

### Praktická doporučení k využívání kognitivních testů

Nepoznaná kognitivní porucha může mít závažné zdravotní, sociální i pracovní důsledky. V běžném rozhovoru, zejména v časných stadiích, ji často nelze odhalit, proto je v klinické praxi nezbytné použití krátkého kognitivního testu.

**Prvním úkonem** praktického lékaře by mělo být **zhodnocení soběstačnosti** pacienta rozhovorem s pečující osobou či blízkým příbuzným, který zaměřujeme na aktivity náročnější na kognitivní funkce, mezi které patří samostatně užívat léky, samostatně cestovat, zacházet s financemi, ovládat telefon a další elektronické spotřebiče. Vhodné otázky ke zhodnocení soběstačnosti jsou v *Tabulce 3.* Další možností je použití standardizovaných dotazníků aktivit běžného života, např. Dotazník funkčního stavu nebo další dotazníky volně ke stažení na internetové stránce [www.abadeco.cz](http://www.abadeco.cz).

**Tabulka 3: Vhodné otázky ke zhodnocení soběstačnosti**

- Připravujete si a berete si léky sám a správně?
- Dokážete dojet sám k lékaři ve správný den a na správnou hodinu?
- Dokázal/a byste cestovat samostatně na neznámé místo, např. dojet odtud do Soběslavi?
- Dokážete zacházet s financemi? Platit včas poplatky, v obchodě hotově, zkontrolovat si vrácenou částku?
- Dokážete ovládat běžné spotřebiče? Používat správně telefon, ovládat mikrovlnnou troubu, televizní ovladač, pračku aj.

Druhou možností je využít strukturovaný Dotazník funkčního stavu se zkratkou FAQ nebo jiné dotazníky na soběstačnosti se zkratkami DAD či BADLS. Jsou volně ke stažení na stránkách [www.abadeco.cz](http://www.abadeco.cz).

**A) Testy při zachované soběstačnosti u syndromu mírné kognitivní poruchy**

Pokud praktický lékař zjistí, že je pacient soběstačný, může se jednat o stadium MKP, a proto je vhodné zvolit náročnější testy. Může vybírat mezi několika velmi krátkými testy, ideálně **ALBA, POBAV a ČAPR. Jejich vysoká senzitivita** k zachytu mírných deficitů je dána **pamětíovou náročností**. Test ALBA má paměťový rozsah 0–12 bodů (maximálně šest slov a šest gest) a u testu POBAV dokonce 0–20 správně vybavených obrázků. Při delších časových možnostech a erudici lze zvolit komplexní testy **MoCA a ACE-III**, které jsou ale vhodnější spíše pro specialisty.

**B) Testy při zhoršené soběstačnosti u syndromu demence**

U jasné demence je méně vhodné provádět kognitivní testování, které je však vyžadováno pojišťovnou pro preskripci kognitiv. Jsou využitelné všechny testy určené pro MKP. Jejich problém někdy bývá ten, že už jsou pro tyto pacienty s demencí tak náročné, že dosahují nulových skóreů nebo trvají dlouho. Testování je tak náročné jak pro samotného pacienta, tak i testující osobu. Ve stadiu demence jsou dostatečné i jednodušší testy jako například **test kreslení hodin (TKH) nebo Mini-Cog či Mini-Mental State Examination (MMSE)**, ale deficit je možné snadno vidět i v testu POBAV díky tzv. houpačkovému fenoménu v testu **POBAV**, který byl popsán v předchozím článku jako kvantitativní zkříženou proměnu v protichůdném zhoršování pojmenování a vybavení názvů obrázků.

Podotýkáme, že **tradiční MMSE není dostatečným testem** v mnoha situacích a může přinášet klamavé normální (27–30 bodů) nebo skoro normální výsledky, přestože je přítomná jasná porucha kognitivních funkcí. Jinými slovy normální výsledek MMSE nevyklučuje kognitivní poruchu. V případě uchované soběstačnosti nebo u některých typů demencí (frontotemporální, vaskulární) je potřeba použít moderní krátké testy ALBA, POBAV a ČAPR nebo delší testy MoCA či ACE-III (*Tabulka 1, 2*). Umožňují odhalit deficity výrazně dříve, a proto je vhodné je zařadit do každodenní praxe praktického lékaře.

Bez objektivního testování nelze kognitivní deficit spolehlivě odhalit ani monitorovat. Praktický lékař má klíčovou roli v časném zachytu a dlouhodobém sledování kognitivního stavu, což má přímý dopad na další léčbu a soběstačnost pacienta.

**Závěrečné shrnutí**

**1. Význam kognitivního testování v ordinaci praktického lékaře**

- Se stárnutím populace narůstá výskyt mírné kognitivní poruchy (MKP) a demence.
- Praktický lékař má klíčovou roli v **časném zachytu MKP**, ideálně před rozvojem demence.
- Od 1. 1. 2020 je **screening kognitivních funkcí hrazen** pojišťovnou (kód 01026).
- Cílem není jen zjištění demence, ale především **časný zachyt MKP**, kdy mohou být intervence nejúčinnější (ovlivňování cévních rizikových faktorů, použití biologické léčby AN).

**2. Testy vhodné pro zachycení mírné kognitivní poruchy (MKP)**

- **ALBA a POBAV** – české certifikované, krátké (6–8 min), citlivé testy vhodné i pro rutinní praxi (ke stažení na [www.abadeco.cz](http://www.abadeco.cz), kde je informační podpora).
- **Pětičárový test obrazcové produkce a test slovní produkce zvířat** – rychlé, ale nehodnotí paměť; spíše exekutivní funkce, zrakově prostorové funkce a řeč.
- **MoCA a ACE-III** – komplexní, citlivé testy, ale **časově náročné (10–30 min)**, a proto vhodné pro specialisty.

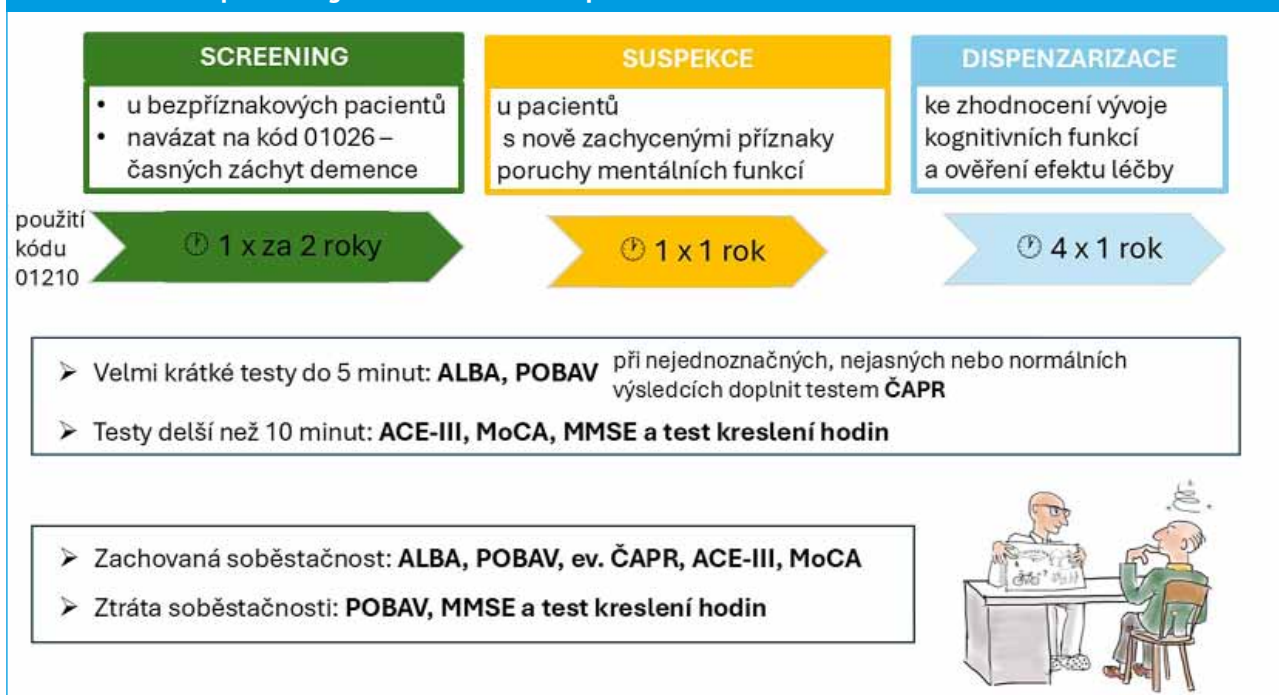
**3. Testy vhodné pro pacienty s demencí a sníženou soběstačností**

- **Mini-Cog** – jednoduchý (2–3 min), kombinuje kreslení hodin a paměť 3 slov; má nízkou senzitivitu pro MKP, problematické hodnocení a skórování
- **TKH (test kreslení hodin)** – rychlý, nehodí se k detekci MKP, ale dobře zachytí rozvinutou demenci
- **MMSE** – nejnámější, dříve požadovaný pro předpis kognitiv, ale:
  - › **zpoplatněný a chráněný autorskými právy**
  - › má **nízkou citlivost** pro detekci MKP, zejména u vzdělanějších osob
  - › pro chybění exekutivní zkoušky nezachytí frontotemporální a další subkortikální demence, protože skóre jsou dlouho normální nebo skoro normální bez větší progresivní dynamiky

**4. Doporučený postup pro použití testů v praxi (Tabulka 1, Obrázek 2)**

- **Při zachované soběstačnosti a podezření na MKP:** ALBA, POBAV, ev. ČAPR, zejména, když první dva testy nedetekují přesvědčivé deficity
- **Screening ve věkové kategorii 65–80 let Mini Cog, při pozitivním screeningu (Mini Cog +):** ALBA, POBAV, **při podezření na kognitivní poruchu i přes negativní screening:** ALBA, POBAV, ev. ČAPR, zejmé-

Obrázek 2: Přehled použití kognitivní testů v ordinaci praktického lékaře



na, když první dva testy nedetekují přesvědčivé deficity.

- **Pacient s podezřením na demenci** – libovolný vhodný test (*Tabulka 1*).
- **Pacient dispenzarizovaný, léčený pro demenci** – libovolný vhodný test (*Tabulka 1*).

### 5. Problémy praxe a návrhy řešení

- Rozšíření kompetencí praktických lékařů k diagnostice a léčbě demencí → pro účinnou dispenzarizaci a léčbu demence v ordinaci PL je nezbytné nastavit vhodnější úhradové mechanismy a organizační podmínky.
- **Nízká účast pacientů** ve screeningu (v roce 2023 průměrně jen 15 % ve věku 65–80 let) → nutná větší osvěta.
- **Nepřesný název a definice** výkonu 01026 („časný záchyt demence“) → navrhuje se změna na „časný záchyt kognitivní poruchy“, posun věkových hranic (65 let – bez omezení) a povolení použití validovaných a certifikovaných testů ALBA a POBAV i jako screeningových testů.
- **Časové omezení** PL při rostoucím počtu seniorů → využít digitální nástroje (např. online test [www.albav.cz](http://www.albav.cz)).

### 6. Rozšíření kognitivního testování v primární péči – výkon 01210

- Výkon „**Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře**“ (kód 01210) je nově vázán na použití **standardizovaných kognitivních testů normovaných pro českou populaci**.
- Praktičtí lékaři mohou využívat tyto testy: **Mini-Cog, MoCA, MMSE, ACE-III, ALBA a POBAV** (*Tabulka 1*).

- Praktičtí lékaři se nemusí naučit všechny tyto testy, ale je přínosnější, když budou **umět dobře provádět a spolehlivě vyhodnotit** např. dva z nich a rutinně je používat.
- Oproti dosavadní převaze **MMSE** dochází k **výraznému rozšíření spektra kognitivního testování** v primární péči.
- Časová náročnost delších testů (**MoCA 10–15 min, ACE-III 15–30 min**) může limitovat jejich rutinní použití v praxi.
- Pro **rychlý screening časných kognitivních poruch** jsou zvláště vhodné krátké testy **ALBA (2–3 min) a POBAV (4–6 min)**.
- Nová úprava výkonu **posiluje roli praktických lékařů** v cíleném screeningu kognitivních poruch i v **dispenzarizaci pacientů s demencí**.

### 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 Telemedičinské samovyšetření řeči a paměti pro rychlou detekci kognitivních poruch pomocí strojového učení].

### Poděkování

Autoři děkují MUDr. Astrid Matějkové za cenné názory, úpravy a opravy článku.

Literatura dostupná u autora.

# Současné možnosti prevence HIV infekce v ordinaci praktického lékaře – preexpoziční a postexpoziční profylaxe HIV (PrEP a PEP)



**MUDr. Milan Zlámal**

HIV centrum, Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN Praha  
Ústřední Vojenská nemocnice  
Vojenská fakultní nemocnice Praha

## Anotace

Článek se věnuje současným možnostem prevence infekce virem HIV se zaměřením na preexpoziční a postexpoziční profylaxi (PrEP a PEP) v kontextu klinické praxe praktického lékaře. Shrnuje aktuální epidemiologickou situaci HIV infekce, vývoj antiretrovirové terapie a význam konceptu léčby jako prevence (N = N). Podrobně popisuje indikace, účinnost a praktické aspekty PEP a PrEP včetně jejich dostupnosti v České republice. Pozornost je věnována také nově diskutované postexpoziční profylaxi bakteriálních sexuálně přenosných infekcí pomocí doxycyklinu (doxy-PEP). Text zdůrazňuje klíčovou roli praktického lékaře v oblasti časně identifikace rizikových osob, destigmatizace rozhovoru o sexuálním zdraví a aktivní nabídky moderních preventivních strategií.

## Klíčová slova

HIV infekce; prevence HIV; preexpoziční profylaxe PrEP; postexpoziční profylaxe PEP; antiretrovirová terapie; N = N; sexuálně přenosné infekce; praktický lékař

Infekce virem HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) patří již více než čtyři desetiletí mezi nejzávažnější infekční onemocnění s globálním dopadem. Přestože byl v době svého objevení HIV prakticky synonymem pro fatální onemocnění, znamenal vývoj antiretrovirové terapie zásadní zlom. Dnes je HIV infekce v zemích s dostupnou zdravotní péčí považována za **chronické, dlouhodobě kontrolovatelné onemocnění**, přičemž kvalita i délka života léčených pacientů se blíží běžné populaci.

Z epidemiologického pohledu zůstává HIV infekce významným veřejnozdravotním problémem. Celosvětově žijí s HIV desítky milionů osob a každoročně jsou diagnostikovány statisíce nových případů. Epidemie má **koncentrovaný charakter**, kdy se nové infekce soustřeďují zejména do definovaných populačních skupin se

zvýšeným rizikem. Tyto tzv. klíčové populace jsou dlouhodobě vymezeny Světovou zdravotnickou organizací a Evropským centrem pro kontrolu a prevenci nemocí a zahrnují především muže mající sex s muži (MSM), transgender osoby, sexuální pracovníky, osoby užívající injekčně drogy a migranty z oblastí s vysokou prevalencí HIV.

Situace v České republice odpovídala tomuto trendu. Dominantní cestou přenosu zůstává sexuální přenos, ohroženou skupinou jsou MSM, avšak nelze opomíjet ani heterosexuální přenos. Významným problémem zůstává **pozdní diagnostika**, kdy je HIV infekce zachycena až ve fázi pokročilé imunodeficiency, často při manifestaci oportunních infekcí. Tento fakt má zásadní dopad nejen na prognózu pacienta, ale i na další šíření infekce v populaci.

Zásadní proměnou v přístupu k HIV infekci je rozšíření konceptu **léčby jako prevence**. Kombinovaná anti-retrovirová terapie (ART) je dnes indikována u všech osob s HIV infekcí, dlouhodobě a zpravidla doživotně. Moderní léčebné režimy jsou vysoce účinné, dobře tolerované a jednoduché z hlediska dávkování. Pacienti, u nichž je dosaženo opakovaně a dlouhodobě nedetekovatelné virové nálože, nepředstavují z hlediska sexuálního přenosu infekce riziko pro své partnery. Tento fakt je shrnut v mezinárodně uznávaném principu **N = N (nedetekovatelný = neinfekční)**, který má významný dopad nejen na epidemiologii HIV, ale i na psychosociální aspekty života HIV pozitivních osob.

Antiretrovirová léčba však nachází uplatnění i mimo rámec terapie HIV pozitivních pacientů. V posledních letech se stala klíčovým nástrojem **primární prevence HIV infekce**. V klinické praxi se uplatňují dva základní přístupy – postexpoziční a preexpoziční profylaxe.

Postexpoziční profylaxe HIV (PEP) je indikována po jednorázové či náhodné rizikové expozici, typicky při nechráněném pohlavním styku s osobou neznámého HIV statusu nebo při poranění kontaminovaným biologickým materiálem. Klíčovým faktorem účinnosti PEP je čas. Profylaxe musí být zahájena co nejdříve, nejpozději do 72 hodin od expozice. Při včasném zahájení může významně snížit riziko přenosu HIV. Doporučována je trojkombinační antiretrovirová terapie podávaná po dobu 28 dnů. Součástí PEP je vstupní vyšetření na HIV a další sexuálně přenosné infekce a následné kontrolní testování. Praktický lékař zde hraje klíčovou roli v rychlé identifikaci rizikové expozice a v zajištění neodkladného odeslání pacienta do specializovaného HIV centra.

Zatímco PEP řeší akutní situace, **preexpoziční profylaxe (PrEP)** představuje dlouhodobou strategii prevence HIV infekce u osob, které jsou vystaveny opakovanému vysokému riziku nákazy. PrEP spočívá v preventivním

užívání antiretrovirových léků před možnou expozicí viru (Tabulka 1). Účinnost PrEP byla prokázána v řadě klinických studií, zejména u mužů majících sex s muži, u nichž dochází k výraznému snížení rizika nákazy HIV.

V České republice je PrEP dostupná od roku 2017 ve formě perorální dvoukombinace emtricitabinu s tenofoviem. Doporučován je denní režim užívání, avšak u vybraných pacientů lze využít i režim „on demand“ (tab. 2). Délka užívání PrEP je individuální a závisí na trvání rizikových aktivit. PrEP je považována za doplňkovou metodu prevence a neměla by nahrazovat používání bariérové ochrany. Kondom zůstává zásadním nástrojem prevence ostatních sexuálně přenosných infekcí, jejichž incidence v populaci v posledních letech narůstá.

Navzdory své vysoké účinnosti a prokázané nákladové efektivitě není PrEP v České republice v současné době hrazena zdravotními pojišťovnami. Od roku 2025 je však k dispozici grant Ministerstva zdravotnictví ČR, který snižuje finanční bariéru pro osoby mladší 26 let. Dostupnost PrEP a její úhrada patří mezi hlavní diskutovaná témata Národního plánu HIV/AIDS v ČR.

S nárůstem využívání PrEP se do popředí dostává také problematika dalších sexuálně přenosných infekcí. V tomto kontextu je v posledních letech diskutována tzv. **doxy-PEP**, tedy postexpoziční profylaxe vybraných bakteriálních STI pomocí doxycyklinu. Podání jednorázové dávky doxycyklinu do 24–72 hodin po rizikovém sexuálním styku vedlo ve studiích ke snížení incidence syfilis a chlamydiových infekcí. Však není v naší zemi účinná proti kapavce a její použití je spojeno s obavami z rozvoje antibiotické rezistence. V současné době je proto doporučována pouze u vysoce rizikových osob a její indikace by měla být pečlivě zvážena.

Z pohledu praktického lékaře představuje moderní prevence HIV zásadní příležitost, jak aktivně ovlivnit epidemiologickou situaci. Praktický lékař má díky dlou-

hodobému vztahu s pacientem jedinečnou možnost otevřít téma sexuálního zdraví, destigmatizovat rozhovor o rizikovém chování a nabídnout testování na HIV a další sexuálně přenosné infekce. Právě informovanost o možnostech PrEP, PEP a dalších preventivních strategiích může vést k včasnému zachycení rizikových osob a snížení počtu nových infekcí.

## Závěr a shrnutí

Infekce virem HIV prošla v posledních desetiletích zásadní proměnou – z onemocnění s fatální prognózou se stala chronická choroba, kterou lze při včasné diagnostice a správně vedené terapii dlouhodobě kontrolovat. Současně se však mění i epidemiologická situace, kdy nové případy HIV infekce zůstávají koncentrovány do určitých populačních skupin a významným problémem přetrvává pozdní záchyt infekce. Tyto skutečnosti kladou stále větší důraz na **aktivní a cílenou prevenci**. Antiretrovirová terapie dnes neplní pouze roli léčby HIV pozitivních osob, ale stala se také klíčovým nástrojem prevence. Koncept N = N zásadně změnil pohled na přenos HIV a významně přispívá ke snížení stigmatizace pacientů. Na tento princip navazují moderní preventivní strategie v podobě postexpoziční a preexpoziční profylaxe. Zatímco PEP představuje účinný zásah po akutní rizikové expozici, PrEP nabízí dlouhodobou ochranu osobám vystaveným opakovanému riziku nákazy.

Preexpoziční profylaxe HIV se v posledních letech stala jedním z neúčinnějších nástrojů primární prevence HIV infekce. Její efektivita, bezpečnost a nákladová výhodnost jsou podloženy řadou studií. Přesto její dostupnost zůstává v České republice omezená, zejména z důvodu absence úhrady zdravotními pojišťovnami. Aktuální kroky směřující ke snížení finančních bariér, včetně podpory mladších osob, mohou představovat důležitý impuls ke zvýšení jejího využívání.

Tabulka 1: Srovnání PrEP a PEP

Charakteristika	PEP	PrEP
Typ prevence	postexpoziční	preexpoziční
Zahájení	do 72 hodin po expozici	před možnou expozicí
Délka užívání	28 dní	individuální (dny–měsíce–roky)
Lékový režim	trojkombinační ART	dvojkombinační ART
Cílová skupina	jednorázová riziková expozice	opakované vysoké riziko
Úhrada v ČR	ano (pracovní expozice) / ne (sex)	ne (výjimka grant <26 let)
Role praktického lékaře	rychlá identifikace a odeslání	identifikace a edukace vhodných kandidátů

Tabulka 2: Indikace k nabídce PrEP v klinické praxi

Situace / charakteristika pacienta	Komentář pro klinickou praxi
HIV pozitivní partner bez známé virové suprese	zahrnuje i plánované rodičovství u sérodiskordantních párů
Příslušnost ke klíčové populaci	MSM, transgender osoby, sexuální pracovníci, uživatelé injekčních drog
Rizikové sexuální chování	anální nebo vaginální styk bez kondomu, více partnerů
Prodělaná sexuálně přenosná infekce	syfilis, kapavka, chlamydiová infekce
Indikace PEP v anamnéze	signál ohrožení
Užívání drog při sexu (chemsex)	zvýšené riziko HIV i dalších STI
Aktivní zájem pacienta o PrEP	vždy vhodné téma k odborné diskusi

Současně s rozšiřováním PrEP se do popředí dostává problematika dalších sexuálně přenosných infekcí. Diskuse o doxy-PEP ilustruje posun v uvažování o prevenci směrem ke komplexnějším strategiím, které reflektují reálné chování rizikových skupin. Tyto přístupy však zároveň kladou nové nároky na racionální preskripci a odpovědné zvažování rizika antimikrobiální rezistence.

Praktický lékař má v této oblasti nezastupitelnou roli. Díky dlouhodobému vztahu s pacientem je často prvním zdravotníkem, který může identifikovat rizikové chování, otevřít téma sexuálního zdraví a nabídnout testování na HIV i další sexuálně přenosné infekce. Normalizace rozhovoru o sexu, aktivní informování o možnostech moderní prevence a včasné nasměrování pacientů do specializované péče mohou významně přispět ke snížení počtu nových infekcí.

Moderní prevence HIV není otázkou úzké specializace,

ale stává se nedílnou součástí každodenní klinické praxe. Otevřenost, informovanost a spolupráce mezi praktickými lékaři a specializovanými centry představují klíčové předpoklady pro další zlepšení epidemiologické situace HIV v České republice.

Odkaz na HIV centra:

<https://infektologie.cz/oddeleni4.htm>

Odkaz na PrEP pointy:

<https://www.chciprep.cz>

<https://www.prevencehiv.cz/prep/>

## HLEDÁM LÉKAŘE / LÉKAŘKU DO SVÉ VENKOVSKÉ ORDINACE

Jsme **moderní venkovská ordinace praktického lékařství v Hrochově Týnci**.

Klademe důraz na smyslupnou práci, kvalitní organizaci a pro efektivnější práci a úlevu od zbytečné administrativy používáme distanční nástroje.

Roste nám počet pacientů i projektů – proto hledám novou posilu do týmu.

### Kdo jsme?

- sdružená rodinná praxe, stabilní tým: **4 lékaři, 5 sester a 1 administrativní podpora**
- plně vybavená ordinace: **POCT, UZ, RHB věž, EKG, AMTK a další**
- **akreditované pracoviště** (interní i VPL kmen), kde již několik kolegů úspěšně odatestovalo
- přátelský, respektující tým, který dobře spolupracuje
- klademe důraz na **efektivitu, smyslupnou práci a prevenci** vyhoření všech zúčastněných
- pro efektivní komunikaci s pacienty používáme **Medevio**
- jsme pyšní na ocenění Lékař roku 2018 (MUDr. Kánský)

### Koho hledám?

- lékařku / lékaře zařazeného do oboru VPL (atestaci zvládneme společně)
- někoho, koho medicína baví a je otevřený moderním formám péče
- parťáka, který je komunikativní, empatický a spolehlivý
- ŘP skupiny B + trestní bezúhonnost

### Co nabízím:

- flexibilní úvazek: 0,1 – dle domluvy, možnost částečně pracovat z domova
- mzdu podle úvazku a délky praxe – domluvíme se
- stabilní a dobře organizované pracoviště
- možnost růstu v klasické i distanční péči, podpora vzdělávání
- příjemné prostředí a tým, který drží při sobě

### Láká vás to?

Napište mi, ráda se s vámi spojím a ukážu vám, jak to u nás funguje.

Petra

MUDr. Petra Bomberová Kánská,  
bomberova.kanska@doktor-kansky.cz  
www.doktor-kansky.cz

# Spiroergometrie jako nástroj funkční diagnostiky – stručný přehled



MUDr. Radek Adámek<sup>1</sup>, MUDr. Libor Jelínek, Ph.D.<sup>1</sup>  
 prof. MUDr. Eliška Sovová Ph.D., MBA,<sup>1</sup>  
 MUDr. Markéta Sovová Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Pavel Mišovec<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc

## Úvod

Námahová dušnost, únava a snížená tolerance fyzické zátěže patří mezi časté důvody návštěvy praktického lékaře. Tyto obtíže jsou však vysoce nespecifické a mohou být projevem, mimo jiné, kardiální, plicní, metabolické či periferně svalové patologie. Klidová vyšetření, jako je klidové EKG, spirometrie či echokardiografie, mají své limity, zejména pokud se symptomy manifestují výhradně při fyzické zátěži.

Spiroergometrie představuje metodu, která umožňuje hodnotit odpověď organismu na postupně narůstající zátěž komplexně – tedy současně sledovat ventilaci, výměnu plynů, srdeční frekvenci, změny na zátěžovém EKG, krevní tlak, metabolické ukazatele. Důležité je však spiroergometrii správně indikovat a interpretovat. Samotná interpretace vyšetření je náročná, vyžaduje zkušeného odborníka, který se spiroergometrii dlou-

hodobě věnuje. Spiroergometrie je vyšetřovací metoda vysoce citlivá na technické podmínky, jejíž validní interpretace je podmíněna správnou funkcí a pravidelnou kalibrací použité přístrojové techniky. Spiroergometrie se zaměřuje na aerobní metabolismus a transport kyslíku. Nehodnotí maximální svalovou sílu, rychlost ani čistě anaerobní výkon. Cílem tohoto článku je jen představit nebo připomenout toto vyšetření, které má mít své místo v učících případech diferenciální diagnostiky.

## Princip spiroergometrického vyšetření

Spiroergometrie (CPET) je dynamický zátěžový test, který se provádí nejčastěji na bicyklovém ergometru nebo běžícím pásu. V klinické praxi je častěji preferován bicyklový ergometr, neboť umožňuje stabilnější polohu vyšetřovaného, přesnější měření krevního tlaku a kvalitnější záznam EKG bez množství pohybových artefaktů.

Zátěž je při spiroergometrickém vyšetření zvyšována postupně podle předem zvoleného protokolu, nejčastěji rampového nebo stupňovaného, a to až do dosažení symptomů limitovaného nebo subjektivního maxima. Během celého vyšetření probíhá kontinuální monitorace EKG, měření krevního tlaku, saturace a také analýza vydechovaných plynů.

Zásadním přínosem spiroergometrie oproti běžné ergometrii je možnost hodnotit nejen mechanický výkon, ale především transport a využití kyslíku a oxidu uhličitého v organismu.<sup>1</sup>

Tím poskytuje komplexní pohled na funkční rezervy kardiovaskulárního, respiračního a metabolického systému při fyzické zátěži a umožňuje přesnější interpretaci příčin zátěžové intolerance.

Obrázek 1: Znázornění průběhu CPET na ergometru a běžícím pásu (open access zdroj)



Tabulka 1: Základní přehled indikací spiroergometrie <sup>2</sup>		
Indikační oblast	Konkrétní indikace	Co CPET může přinést
Námahové obtíže	Nevysvětlená námahová dušnost	Diferenciace kardiální, plicní, periferní nebo funkční příčiny
	Snížená tolerance fyzické zátěže	Objektivní posouzení skutečné výkonnosti
Diferenciální diagnostika	Etiologie dušnosti při normálních klidových vyšetřeních	Možnost určení limitujícího faktoru zátěže
	Rozlišení kardiální x plicní příčiny obtíží	Funkční rozlišení role srdce a plic
Hodnocení funkční kapacity	Stanovení aerobní kapacity (VO <sub>2</sub> peak)	Objektivní měřítko tělesné zdatnosti a prognózy
Chronická onemocnění	Srdeční selhání, ICHS	Prognóza, hodnocení efektu léčby
	CHOPN, intersticiální plicní procesy	Posouzení stupně funkčního postižení
Rehabilitace/pohybová léčba	Preskripce pohybové aktivity	Individuální nastavení intenzity zátěže
	Hodnocení efektu rehabilitace	Objektivní sledování změn v čase
Posudková činnost	Posouzení pracovní schopnosti	Objektivizace funkčního omezení
	Invalidita, dlouhodobá PN	Podklad pro posudkový závěr
Předoperační vyšetření	Plicní resekce, rozsáhlé operace	Odhad perioperačního rizika
Specifické indikace	Astma indukované zátěží	Provokace obtíží při zátěži
	Transplantace srdce a plic	Stanovení funkční rezervy

### Indikace CPET v běžné praxi

Jak je patrné z přehledné *Tabulky 1*, spiroergometrie má své pevné místo zejména v situacích, kdy obtíže pacienta souvisejí s fyzickou zátěží a běžná klidová vyšetření neposkytují jednoznačnou odpověď. Zásadní výhodou spiroergometrie je schopnost komplexně hodnotit odpověď organismu na zátěž a objektivně určit limitující faktor výkonu. Správná indikace spiroergometrie významně zvyšuje její diagnostickou i klinickou hodnotu a usnadňuje další diferenciativně diagnostické rozhodování.

Vyšetření může indikovat jakýkoliv lékař. Mezi nejčastější odbornosti předepisujících lékařů patří kardiologové, pneumologové, tělovýchovní lékaři, internisté, anesteziologové, hrudní chirurgové. Před odesláním pacienta na spiroergometrii by měl každý lékař zhodnotit, zda jsou obtíže vázány na fyzickou zátěž, zda byla provedena klidová vyšetření (EKG, spirometrie, ECHO), zda výsledek CPET může ovlivnit další diagnostický či terapeutický postup. Dále je nutné posoudit, zda je pacient schopen spolupráce a maximálního úsilí a zda nejsou přítomny absolutní kontraindikace. Část zájemců o toto vyšetření tvoří samoplátci. Ty představují většinou asymptomatické, zdravé a motivované klienty, kteří chtějí například znát svou výkonnost nebo stanovit přesněji tréninkové zóny atp.

### Určení limitujícího faktoru zátěže

Spiroergometrie s sebou přináší schopnost objektivně určit, který orgánový systém představuje limitaci. Na základě kombinace parametrů lze rozlišit několik typických vzorců.

Kardiální limitace je charakterizována neschopností kardiovaskulárního systému adekvátně zvýšit dodávku kyslíku při zátěži. Typické znaky v tomto případě představují nízký tepový kyslík (VO<sub>2</sub>/SF), časné dosažení anaerobního prahu, omezený vzestup VO<sub>2</sub> (spotřeby kyslíku) při rostoucím výkonu, často chronotropní insuficience nebo abnormální tlaková odpověď. Další limitace bývá ventilační a je dána vyčerpáním kapacity respiračního systému. Mezi typické znaky řadíme vyčerpání dechové rezervy (rozdíl mezi vypočítanou maximální minutovou ventilací a tou skutečně dosaženou by se měl pohybovat <15–20 %), vysoké ventilační ekvivalenty VE/VO<sub>2</sub> (popisuje ventilační náklady na příjem O<sub>2</sub>) a VE/VCO<sub>2</sub> (souvisí s ventilací potřebnou k odstranění CO<sub>2</sub>), časný vzestup dechové frekvence a pokles saturace kyslíkem při zátěži. Periferně svalová a metabolická limitace vzniká při zachované dodávce kyslíku, avšak snížené schopnosti svalů kyslík efektivně využít. Projevuje se časným dosažením anaerobního prahu, relativně normální kardiální a ventilační odpovědí a výraznou svalovou únavou.<sup>3</sup> Mezi poslední základní limitaci můžeme řadit běžnou de kondici, která představuje častou příčinu obtíží u jinak zdravých pacientů. Takoví pa-

Tabulka 2: Základní typy limitace CPET	
Typ limitace	Hlavní znaky při CPET
Kardiální	↓ VO <sub>2</sub> /SF, časný anaerobní práh, omezený vzestup VO <sub>2</sub> , zachovaná dechová rezerva
Ventilační	↓ dechová rezerva (<15–20 %), ↑ VE/VO <sub>2</sub> , ↑ VE/VCO <sub>2</sub> , desaturace
Periferně–svalová/metabolická	Časný anaerobní práh, zachovaná kardiální i ventilační odpověď, svalová únava
Dekondice	↓ VO <sub>2</sub> peak, normální kardiální i ventilační odpověď, časná únava

Tabulka 3: Základní parametry u spiroergometrie <sup>4</sup>		
Parametr	Co vyjadřuje	Praktický význam
<b>VO<sub>2</sub>peak (max)</b>	Dosažená spotřeba kyslíku při zátěži	Základní ukazatel aerobní kapacity a celkové zdatnosti; prognostický ukazatel u kardiálních i plicních onemocnění
<b>Wmax/kg</b>	Nejvyšší dosažený mechanický výkon (watty/kilogram)	Ukazatel výkonnosti, prognózy a pracovní tolerance
<b>Anaerobní práh (VAT)</b>	Přechod na převážně anaerobní získání energie	Parametr pro preskripci pohybové aktivity a rehabilitace
<b>VE (minutová ventilace)</b>	Množství ventilovaného vzduchu za minutu	Hodnocení ventilační odpovědi na zátěž
<b>VE/VO<sub>2</sub></b>	Ventilační ekvivalent pro O <sub>2</sub>	Ukazatel ekonomiky dýchání; zvýšení při plicních a kardiálních onemocněních
<b>VE/VCO<sub>2</sub></b>	Ventilační ekvivalent pro CO <sub>2</sub>	Zvýšení typické pro srdeční selhání a plicní hypertenzi – nepoměr mezi ventilací a vylučováním CO <sub>2</sub>
<b>Tepový kyslík (VO<sub>2</sub>/SF)</b>	Množství O <sub>2</sub> přenesené jedním srdečním stahem	Nepřímý ukazatel srdečního výdeje; nízké hodnoty při kardiální limitaci (není však indexace na BSA)
<b>RER (VCO<sub>2</sub>/VO<sub>2</sub>)</b>	Míra metabolického vyčerpání	Hodnocení, zda pacient dosáhl maximálního úsilí

\*BSA – Body Surface Area

cienti se projevují sníženým VO<sub>2</sub>peakem (nejvyšší dosažená spotřeba kyslíku během CPET), normální kardiální a ventilační odpovědí a časnou subjektivní únavou.

### Přehled hlavních parametrů spiroergometrie

Spiroergometrie poskytuje široké spektrum měřených a odvozených parametrů, jejichž správná interpretace je důležitá pro pochopení příčiny zátěžové intolerance a celkové funkční kapacity pacienta. Následující přehledná tabulka shrnuje pouze ty nejdůležitější, se kterými se lékař v klinické praxi setkává. U jednotlivých ukazatelů je uveden jejich základní fyziologický význam a praktická klinická interpretace, která může napomoci rychlé orientaci v nálezů a usnadnit rozhodování v běžné ambulanci i posudkové praxi. Přidáváme také typický záznam spiroergometrie, který představuje devět standardizovaných Wassermannových grafů.

### Spiroergometrie v posudkové činnosti

Spiroergometrie patří k neobjektivnějším metodám hodnocení funkční kapacity pacienta, neboť poskytuje kvantifikovatelné a málo ovlivnitelné údaje o toleranci fyzické zátěže. Z hlediska posudkové činnosti je předpokladem validního vyšetření dosažení objektivního maxima zátěže. Za nejdůležitější kritérium dosažení maximálního úsilí je považován respirační výměnný poměr (RER – respiratory exchange ratio), definovaný jako poměr produkce oxidu uhličitého k spotřebě kyslíku

(VCO<sub>2</sub>/VO<sub>2</sub>). RER ≥ 1,10 podporuje předpoklad dosaženého vysokého úsilí, RER > 1,15 je již častěji spojeno se skutečným maximem.<sup>4</sup> Zvýšení RER nad hodnotu 1,0 odráží zapojení anaerobního metabolismu a hyperventilační odpověď organismu na maximální zátěž. Při stanovení objektivního maxima se bere v úvahu i dosažení maximální tepové frekvence a plateau v křivce pro VO<sub>2</sub>. Obecně platí, že nelze žádný z parametrů hodnotit samostatně. Pokud není objektivního maxima dosaženo, má spiroergometrické vyšetření omezenou výpovědní hodnotu a jeho využití v posudkové praxi je problematické. Při splnění kritéria maximální zátěže umožňuje spiroergometrie odlišit skutečné funkční omezení od deondice nebo nedostatečného úsilí, objektivizovat pracovní schopnost pacienta na základě měřitelných fyziologických parametrů, podpořit posudkový závěr reprodukovatelnými a kvantitativními daty, která jsou nezávislá na subjektivním hodnocení pacienta.

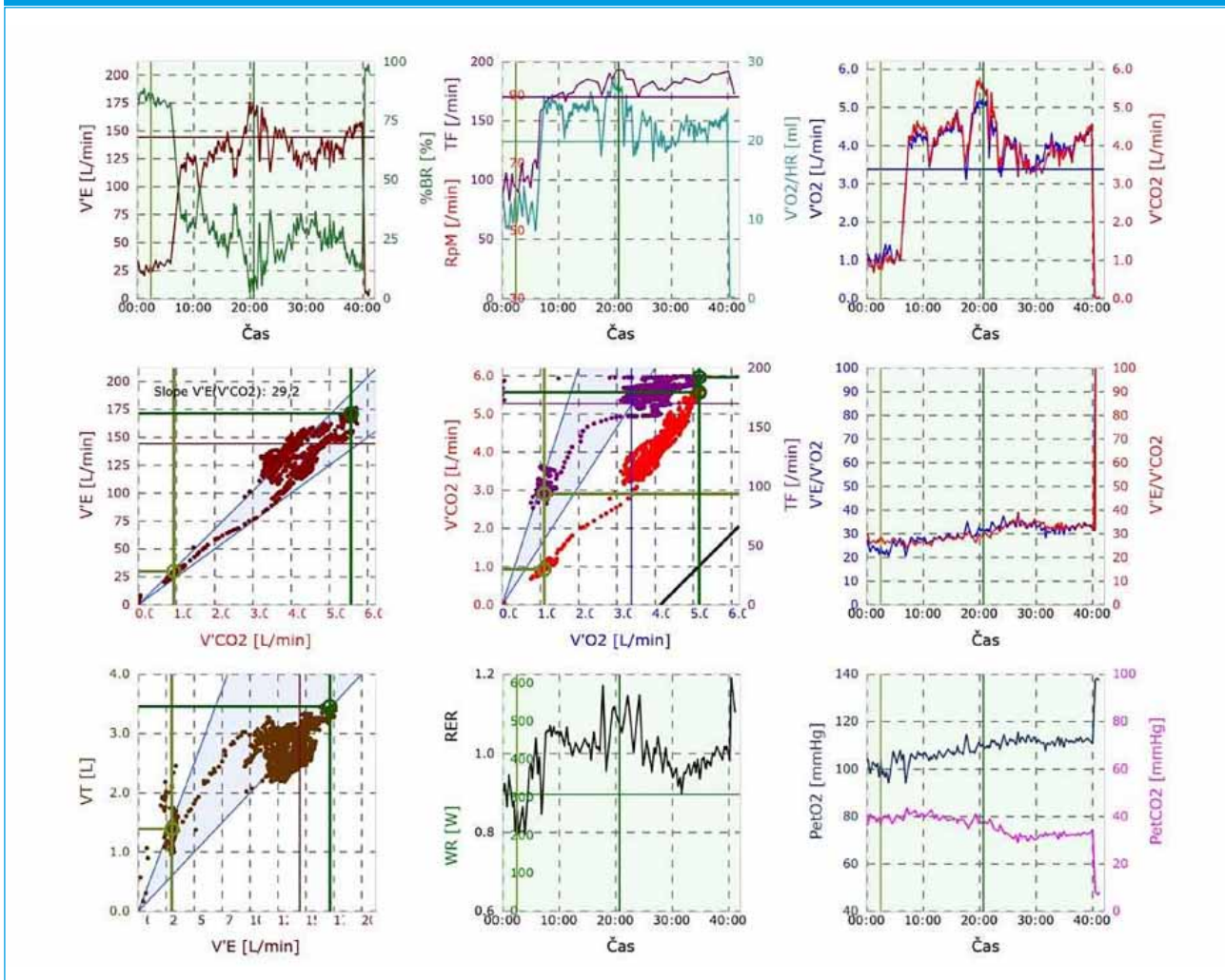
### Kontraindikace ke spiroergometrii

Spiroergometrie je obecně považována za bezpečné neinvazivní vyšetření, avšak vzhledem k tomu, že pacient je vystaven postupně narůstající fyzické zátěži až do symptomů limitovaného maxima, vyžaduje její indikace pečlivé zvážení aktuálního klinického stavu. Spiroergometrie není určena k vyšetřování pacientů v akutním nebo nestabilním stavu. Patří sem všechny stavy, které náležejí urgentnímu příjmu. Zmínit

Tabulka 4: Maximální spotřeba kyslíku (VO<sub>2</sub>peak) představuje objektivní a reprodukovatelný ukazatel funkční kapacity, který má oproti subjektivní klasifikaci NYHA vyšší prognostickou hodnotu. Zatímco NYHA třída odráží vnímání symptomů pacientem, VO<sub>2</sub>peak kvantifikuje skutečnou aerobní kapacitu organismu.<sup>5</sup>

NYHA třída	VO <sub>2</sub> peak (ml/kg/min)	Funkční kapacita (CPET)	Klinický / prognostický význam
I	> 20	Normální	Dobrá prognóza, zachovaná tolerance zátěže
II	16–20	Mírně snížená	Střední funkční omezení, počínající symptomatická limitace
III	10–16	Výrazně snížená	Významná limitace zátěže
IV	< 10	Kriticky snížená	Velmi špatná prognóza

**Obrázek 2: Ukázka Wassermannových grafů u CPET přístrojem CORTEX Metamax (archiv autora)**



můžeme např. dekompenzované srdeční selhání, probíhající ischemie myokardu, těžká symptomatická aortální stenóza, suspektní disekce aorty apod. V těchto případech je nejen nevyhovující, ale může představovat i bezpečnostní riziko. U stabilních onemocnění lze obvykle za lékařského dozoru spiroergometrii provést, pokud je nutná. V úvahu je potřeba vzít i využití masky, která představuje jisté omezení ve „svobodě dýchání“ a někteří pacienti ji nemusí, ani po krátkou dobu, tolerovat<sup>3</sup>.

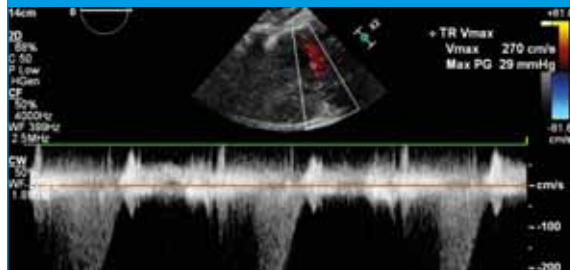
**Kazuistika:** Pacientka, 60 let, odeslána k zátěžovému vyšetření v rámci periodické preventivní prohlídky pracovnělékařským pracovištěm. Subjektivně byla pacientka zcela bez obtíží. V osobní anamnéze arteriální hypertenze, astma bronchiale s dlouhodobě stabilním průběhem a obezita I. stupně. V rodinné anamnéze ischemická choroba srdeční u přímých příbuzných. Při vstupním vyšetření byl krevní tlak v klidu opakovaně okolo 150/100, klidová srdeční frekvence 95/min. Auskultační nález na srdci a plicích byl bez zjevné patologie. Klidové EKG bez průkazu patologie. Provedena zátěžová ergometrie na bicyklovém ergometru dle modifikovaného Bruceova protokolu do subjektivního maxima. Vyšetření bylo ukončeno pro výrazný výskyt polymorfních komo-

rových extrasystol, místy v kupletech. Ischemické změny ST-T nebyly přítomny. Ve fázi restituce ojedinělé supraventrikulární extrasystoly. Saturace kyslíkem zůstala po celou dobu zátěže normální. Dosažená maximální zátěž odpovídala přibližně 60 % normy pro věk a pohlaví. Zátěžové vyšetření tedy hodnoceno jako graficky pozitivní a klinicky negativní. V navazujícím diagnostickém procesu doplněn 24hodinový EKG Holter, který v klidu prokázal pouze ojedinělé komorové extrasystoly bez závažné arytmie. Na ECHO zjištěna dilatace pravé komory. CT koronarografie vyloučila významné koronární postižení, avšak odhalila parciální anomální návrat plicních žil s objemovým přetížením pravostranných srdečních oddílů. Byla doplněna pravostranná srdeční katetrizace, která vyloučila plicní hypertenzi a prokázala supranormální pravostranný srdeční výdej při normální plicní vaskulární rezistenci. Pacientka odeslána k vyšetření do specializované poradny pro vrozené srdeční vady dospělých, kde byla indikována k operační korekci parciálního anomálního návratu plicních žil. Nutno podotknout, že k zahájení došetření zde stačila běžná ergometrie. (Od 1. 1. 2026 se mění dle Vyhlášky č. 79/2013 Sb. náplň vyšetření u osob nad 50 let věku pracujících v riziku celkové fyzické zátěže (2R, 3, 4). U těchto osob již nebude zátěžové EKG požadováno).

Obrázek 3: Snímek z pravostrané srdeční katetrizace k upřesnění příčiny dilatace pravé komory (archiv autora)



Obr. 4: Dopplerovský záznam regurgitačního jetu přes trikuspidální chlopu nesvědčí pro významnou plicní hypertenzi (archiv autora)



Obr. 5: RTG snímek hrudníku se sternálními cerklážemi po kardiokirurgickém výkonu (archiv autora)



### Dostupnost spiroergometrie v ČR

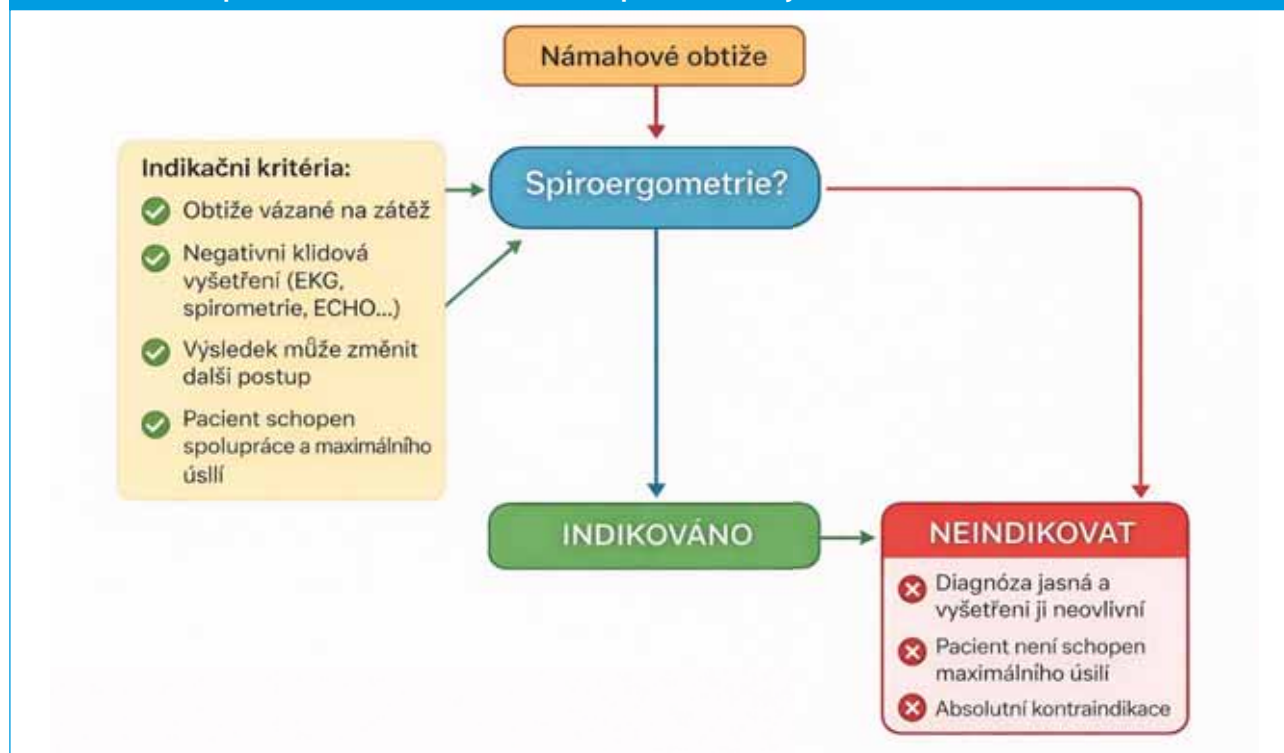
Ke spiroergometrickému vyšetření lze v České republice využít desítky pracovišť. Typicky se jedná o centra sportovní kardiologie, některé kardiologické ambulance, ambulance tělovýchovného lékařství nebo fakultní nemocnice. Pro hledání toho nejbližšího lze využít např. interaktivní mapu dostupnou na následujícím odkazu:

<http://www.cstl.cz/mapa-pracoviste/>

### Shrnutí pro praxi

Spiroergometrie je metoda, která má své pevné místo i v běžné ambulantní praxi. Správně indikované a interpretované vyšetření umožňuje objektivně posoudit příčinu námahových obtíží, stanovit funkční kapacitu pacienta a cíleně vést další diagnostický i terapeutický postup. Výsledek CPET je nutné vždy interpretovat v kontextu klinického obrazu a doplňujících vyšetření. Při nedostatečné spolupráci, nízké motivaci nebo předčasném ukončení testu nelze spolehlivě hodnotit aerobní kapacitu ani limitující faktor zátěže. Stanovení  $VO_{2max}$  patří společně se svalovou silou mezi nejpřesnější prognostické parametry.

Obrázek 6: Stručné přehledové indikační schéma CPET (open access zdroj)



#### Reference:

1. Dafoe W. Principles of Exercise Testing and Interpretation. Can J Cardiol. 2007 Mar 15;23(4):274.
2. Kolek V. Doporučené postupy v pneumologii. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf; 2019.
3. ATS/ACCP Statement on Cardiopulmonary Exercise Testing | American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine [Internet]. [cited 2025 Dec 31]. Available from: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.167.2.211>
4. Landsteiner I, Masri A, Saberi S, Maron MS, McGinnis SL, Griskowitz C, et al. Cardiopulmonary Exercise Testing for Characterization of Hypertrophic Cardiomyopathy: A Meta-Analysis. J Am Heart Assoc. 2025 Sept 2;14(17):e039551.
5. Weber KT, Janicki JS. Cardiopulmonary exercise testing for evaluation of chronic cardiac failure. Am J Cardiol. 1985 Jan 11;55(2):22A-31A.

# Sick Day Rules – management dočasného přerušení léčiv při akutním onemocnění



**PharmDr. Kateřina Langmaierová**

Oddělení klinické farmacie, KZ a.s.  
pracoviště Ústí nad Labem, Teplice

**PharmDr. Andrea Říhová**

Oddělení klinické farmacie, KZ a.s.  
pracoviště Chomutov

## Souhrn

Sick Day Rules představují praktický nástroj pro bezpečné řízení farmakoterapie během akutních onemocnění spojených s rizikem dehydratace. Článek seznamuje praktické lékaře s českým mnemotechnickým algoritmem SAMI DOMA, který identifikuje lékové skupiny vyžadující dočasné vysazení při stavech jako je zvracení, průjem nebo horečka. Cílem je prevence závažných komplikací, zejména akutního poškození ledvin.

## Úvod

Akutní onemocnění, která vedou ke ztrátám tekutin nebo sníženému příjmu potravy, mohou zásadně ovlivnit farmakokinetiku i farmakodynamiku řady léčiv. U rizikových pacientů – zejména seniorů a diabetiků – mohou běžně užívané léky během těchto stavů způsobit závažné komplikace, včetně akutního poškození ledvin (AKI), hypotenze, laktátové acidózy nebo ketoacidózy.

Koncept **Sick Day Rules** vznikl jako praktický nástroj, který zdravotníkům pomáhá rozhodnout,  **které léky dočasně vysadit, jak sledovat zdravotní stav a kdy léčbu znovu nasadit**. V českém prostředí je tento přístup systematizován v rámci iniciativy Choosing Wisely CZ a doporučení České odborné společnosti klinické farmacie (ČOSKF), která pro spolupráci touto kampaní vytvořila český mnemotechnický algoritmus SAMI DOMA.

**Cílem článku** je poskytnout všeobecným lékařům přehledné, praktické a klinicky použitelné shrnutí Sick Day Rules s důrazem na český algoritmus SAMI DOMA.

## Metodika

Článek je přehledového charakteru. Byla provedena rešerše odborné literatury v databázích PubMed a Google Scholar v období 2015–2025 se zaměřením na

klíčová slova: Sick Day Rules, acute kidney injury, medication safety, dehydration, Choosing Wisely. Prioritu měly systematické přehledy, konsenzuální doporučení a klinické studie. Celkem bylo identifikováno 45 relevantních zdrojů, z nichž bylo vybráno 10 klíčových publikací podle kritérií: relevance pro primární péči, úroveň důkazů a aktuálnost informací.

## Kdy uplatnit Sick Day Rules

Podle Rozsivalové et al.<sup>2</sup> je vhodné uplatnit Sick Day Rules při stavech spojených s rizikem dehydratace nebo metabolické dysbalance:

- opakované zvracení
- průjem se ztrátou tekutin
- výrazně snížený perorální příjem
- horečka s pocením
- ortostatické potíže
- jakýkoli stav s podezřením na dehydrataci

**Pacient má být svým ošetřujícím lékařem poučen**, že Sick Day Rules se týkají pouze krátkodobých akutních stavů.

## Lékové skupiny doporučené k dočasnému vysazení

### SAMI DOMA – český mnemotechnický algoritmus

ČOSKF vytvořila pro české prostředí mnemotechnický algoritmus SAMI DOMA, který adaptuje mezinárodní doporučení do snadno zapamatovatelné podoby. Algoritmus identifikuje osm hlavních lékových skupin vyžadujících dočasné vysazení:

*Obrázek 1: Algoritmus SAMI DOMA pro management léčiv při akutním onemocnění*

- **S** – Sartany (telmisartan, valsartan, kandesartan)
- **A** – ACEi („prily“: perindopril, ramipril, enalapril)
- **M** – Metformin
- **I** – NSAID (ibuprofen, diklofenak, naproxen, nimesulid, „koxiby“)
- **D** – Diuretika (furosemid, hydrochlorothiazid, indapamid)
- **O** – Glifloziny (dapagliflozin, empagliflozin, kanagliflozin)
- **M** – Deriváty Sulfonyl–Močoviny (glimepirid, gliklazid, glibenklamid)
- **A** – Analoga GLP–1 (liraglutid, semaglutid)

Tyto skupiny představují nejvyšší riziko během akutního onemocnění, zejména z důvodu hypotenze, snížené perfuze ledvin, rizika laktátové acidózy nebo euglykemické ketoacidózy.

Obrázek 1: Algoritmus SAMI DOMA pro management léčiv při akutním onemocnění

**„SAMI DOMA – management dočasného přerušení léčiv při akutním onemocnění:“ doporučení Pracovní skupiny klinických farmaceutů při ČOSKF pro spolupráci s kampaní Choosing Wisely Czech**



Chraň své pacienty během akutního onemocnění.

SAMI DOMA: manuál pro dočasné přerušování užívání vybraných léčiv pro zdravotní pracovníky (lékaře, ...).

**KDY DOČASNĚ PŘERUŠIT léčiva? Především ve stavech, kdy hrozí dehydratace a akutní zhoršení renálních funkcí: zvracení, průjem, horečka, oligurie, infekce močových cest, pneumonie.**

**KDY NAVRÁTIT léčiva? Pokud je pacient schopný jíst a pít po dobu 24–48 hodin a ústupu hypotenze u ACEi, sartanů a diuretik.**

	Skupina	Příklady	Co by se mohlo stát?	Poznámka
<b>S</b>	Sartany	telmisartan, valsartan, kandesartan	zvýšené riziko AKI, hyperkalemie, hypotenze	
<b>A</b>	ACEi	„prily“, perindopril, ramipril, enalapril	zvýšené riziko AKI, hyperkalemie, hypotenze	
<b>M</b>	Metformin	metformin	zvýšené riziko laktátové acidózy	
<b>I</b>	NSAID	ibuprofen, diklofenak, naproxen, nimesulid, „koxiby“	zvýšené riziko AKI	s nízkodávkovou ASA lze pokračovat
<b>D</b>	Diuretika	furosemid, hydrochlorothiazid, indapamid	zvýšené riziko AKI, minerálová dysbalance	při srdečním selhání a retenci tekutin úprava jen na doporučení lékaře
<b>O</b>	Glifloziny	dapagliflozin, empagliflozin, kanagliflozin	zvýšené riziko euglykemické ketoacidózy	
<b>M</b>	Deriváty Sulfonyl-Močoviny)	glimepirid, gliklazid, glibenklamid	hypoglykémie	
<b>A</b>	Analoga GLP-1	liraglutid, semaglutid	celkové vyčerpání	

## Znovunasazení léčby

Léčba se obvykle obnovuje **24–48 hodin po ústupu příznaků**, kdy pacient opět toleruje tekutiny a stravu a je stabilizován. Důležité je postupné obnovení medikace ideálně s monitorováním renálních funkcí a elektrolytů u rizikových pacientů.

## Diskuse

Sick Day Rules představují jednoduchý, ale účinný nástroj prevence polékových komplikací. Mezinárodní doporučení (PAUSE, RxFiles, Choosing Wisely) se shodují na tom, že **edukace pacientů** a **jasné instrukce** jsou klíčové pro úspěšnou implementaci.

Článek Rozsivalové et al.<sup>2</sup> ukazuje, že Sick Day Rules jsou dobře přenositelné do české praxe a mohou významně snížit riziko AKI a dalších komplikací, pokud jsou doprovázeny mezioborovou spoluprací a dostupnými edukačními materiály. Algoritmus SAMI DOMA byl vytvořen ČOSKF speciálně pro české prostředí tak, aby byl snadno zapamatovatelný a reflektoval léčiva běžně používaná v ČR.

Limitem současných důkazů benefitu tohoto postupu je nedostatek randomizovaných studií, nicméně observační data i klinická zkušenost podporují jeho přínos. Pro praxi je zásadní, aby doporučení byla pacientům předávána srozumitelně a konzistentně, ideálně formou písemných instrukcí z rukou ošetřujícího lékaře.

V ordinaci všeobecného lékaře je doporučeno mít k dispozici jednoduchou pamětní kartu s algoritmem SAMI DOMA, kterou lze pacientům předat jako součást

edukace o jejich chronické medikaci. Vhodné je také proaktivní projednání Sick Day Rules při zavádění nové medikace ze skupiny SAMI DOMA.

## Kazuistika

### Základní údaje a anamnéza

Pacientka Edita (\*1965), v invalidním důchodu, původně pracovala jako zahradnice.

Z osobní anamnézy je známa především diagnóza diabetes mellitus 2. typu, hyperlipidemie a chronické algické obtíže muskuloskeletálního a vertebrogenního původu, pro jejich akutní zhoršení vyhledala lékařské ošetření.

### Dlouhodobá farmakoterapie

Z farmakologické anamnézy vyplývá následující dlouhodobě užívaná medikace:<sup>1</sup>

- gabapentin 300 mg 0–0–1
- metformin (retardovaná forma) 1000 mg 0–0–1
- pioglitazon 30 mg ½–0–0
- glimepirid 3 mg 1–0–0
- atorvastatin 10 mg 0–0–1

Pacientka tedy dlouhodobě užívá kombinaci tří perorálních antidiabetik, statinu a gabapentin v léčbě bolesti.

Pacientce byly nasazeny na počátku tyto infuzní směsi:

- Úvodní infuze:  
Fyziologický roztok 100 ml + 1 ampule Natrium salicylicum 1 g/10 ml + Guajacuran 500 mg/10 ml +

Vstupní laboratorní hodnoty:		
Parametr	Hodnota	Poznámka
Renální funkce	v normě	–
Biochemie	v normě	–
C_eGF CKD–EPI	1,549 ml/s/1,73 m <sup>2</sup>	normální renální funkce
S_kreatinin	63 μmol/l	–
S_urea	4,5 mmol/l	–
S_Na	141 mmol/l	–
S_K	4,1 mmol/l	–
S_Cl	105 mmol/l	–
Osmolalita	287 mmol/kg	–
Osmolalita výpočtová	295 mmol/kg	–
Močový nález	bez proteinurie a hematurie	mírná leukocyturie, bakterie, hlen

Dexamed 16 mg/4 ml, infuze byla podána rychlostí 100 ml/h.

- Od následujícího dne:  
Ráno: Fyziologický roztok 250 ml + 1 ampule Ketonal 100 mg/2 ml (ketoprofen) + 1 ampule Novalgin 2500 mg/5 ml (metamizol) + Guajacuran 500 mg/10 ml + Dexamed 16 mg/4 ml (Dexamed pouze tento a následující den), rychlost 160 ml/h.
- Večer: Paracetamol 1000 mg/100 ml i.v. v samostatné infuzi.

Jedná se tedy o kombinaci i.v. paracetamolu, metamizolu, NSAID (ketoprofen) a systémového kortikoidu (dexamethason) v krátkém časovém úseku. Text se nezaobývá stabilitou podávaných infuzních směsí.

### Perorální léčba

Současně byla podávána chronická perorální medikace a kromě infuzí byla podána souběžně **Skudexa 75/25 mg 1 tbl v 5–13–21 h** (kombinace dexketoprofenu a tramadolu). Dexketoprofen jako složka Skudexy představuje další NSAID.

### Injekční analgetika

Z injekčních analgetik byla v podmíněné ordinaci zařazena:

- Morphin 10 mg/ml s.c. při VAS ≥ 5, max. 3× denně.
- **Almiral 75 mg/3 ml i.m. při VAS ≥ 3, max. 2× denně** (diclofenac – další NSAID).

V souhrnu tedy pacientka dostává perorální NSAID (dexketoprofen), parenterální NSAID (ketoprofen, diclofenac – podmíněná ordinace), k tomu kortikoid (dexamethason), opioidy (tramadol, morfin – podmíněná ordinace), paracetamol a metamizol.

### Klinický problém

Hlavním problémem je **kombinace několika nesteroidních antirevmatik současně (Skudexa, Ketonal, Almiral) v kombinaci se systémovým kortikoidem u pacientky s diabetem a potenciálním rizikem renálního a gastrointestinálního poškození.**

Neselektivní NSAIDs snižují prokrvení žaludeční sliznice, tvorbu hlenu a posporují aciditu žaludečního obsahu, což vede ke gastroduodenálním vředům, zároveň způsobují retenci sodíku a vody, zhoršení renálních funkcí a při dlouhodobém nekontrolovaném užívání zvyšují riziko prezentace nefropatie.

### Polypragmzie a terapeutická kaskáda

Podle principů „Choosing Wisely“ je polypragmzie často důsledkem terapeutické kaskády, setrvačnosti v medikaci a snahy „ještě něco přidat“ při nedostatečném efektu. V tomto případě je zřejmé postupné vrstvení analgetik (NSAID, opioidy, metamizol, paracetamol, gabapentin) bez paralelní depreskopce méně vhodných či rizikových látek.

### Kombinace NSAIDs a kortikoidů

Současná aplikace dvou až tří NSAID a systémového kortikoidu významně zvyšuje riziko GIT komplikací (vředy, krvácení, perforace), zejména u pacientů ve věku nad 60 let a s komorbiditami. Pokud vnímáme rozdílné farmakokinetické vlastnosti NSAID, pak čím delší je biologický poločas NSAID, tím vyšší je riziko poškození sliznice. Kortikoid má ve smyslu rizika poškození žaludeční sliznice aditivní efekt k NSAID.

### Riziko renálního poškození

U pacientů s DM2, a to i při normálních vstupních hodnotách kreatininu, je přítomno zvýšené riziko renálního postižení, které mohou NSAIDs precipitovat, zejména při dehydrataci či současném podávání dalších nefrotoxických léků. Přestože renální parametry byly v tomto případě v normě, kombinace více NSAIDs u diabetičky představuje zbytečně vysoké riziko.

Praktické aspekty pro primární péči

Kazuistika zdůrazňuje několik praktických bodů:

- Nepodávat paralelně více NSAID; vždy preferovat jedno NSAID v přiměřené účinné dávce a na co nejkratší dobu.
- Kombinaci NSAID a systémového kortikoidu používat jen výjimečně a krátkodobě, s jasným zhodnocením přínosu a rizika.

### 3 klíčové informace pro VPL

- Sick Day Rules pomáhají předcházet AKI a dalším polékovým komplikacím během akutního onemocnění.

- Nejrizikovější jsou léky ze skupiny SAMI DOMA, které mají být dočasně vysazeny.
- Edukace pacientů a jasné instrukce pro znovunasazení léčby jsou zásadní pro bezpečnou implementaci.

#### Literatura:

1. Watson KE, Simard LF, Henderson R, et al. Consensus Recommendations for Sick Day Medication Guidance for People With Chronic Kidney Disease Across the Primary Care Setting: A Modified Delphi Study. *Am J Kidney Dis.* 2023;81(4):443–453. doi: 10.1053/j.ajkd.2022.09.017
2. Rozsivalová P, Kubičková A, Šrámková D. Choosing Wisely v praxi: jak Sick Day Rules pomáhají předejít polékovým komplikacím. *Čes. slov. farm.* 2025;74(4):244–251.
3. Lea-Henry TN, Carland JE, Stocker SL, Sevastos J, Roberts DM. Clinical Pharmacokinetics in Kidney Disease: Fundamental Principles and Practical Considerations. *Aust Prescr.* 2017;40(5):188–192. doi:10.18773/austprescr.2017.063
4. RxFiles. Sick Day Management Tool. Saskatchewan: RxFiles Academic Detailing Program; 2024. Dostupné z: <https://www.rxfiles.ca>
5. Duong H, Tadros R, Roberts DM. Sick day management in patients with chronic kidney disease. *J Nephrol.* 2023;36(5):1219–1226. doi:10.1007/s40620-023-01598-3
6. Fink JC, Brown J, Hsu VD, Seliger SL, Walker L, Zhan M. CKD as an Underrecognized Threat to Patient Safety. *Am J Kidney Dis.* 2022;79(6):829–837. doi: 10.1053/j.ajkd.2021.09.014
7. Morris RL, Ashcroft DM, Phipps D, Bower P, O'Donoghue D. Preventing acute kidney injury: a qualitative study exploring 'sick day rules' implementation in primary care. *BMC Fam Pract.* 2016; 17:91. doi:10.1186/s12875-016-0490-3
8. Martindale AM, Elvey R, Howard SJ, McCorkindale S, Sinha S, Blakeman T. Understanding the implementation of 'sick day guidance' to prevent acute kidney injury across a primary care setting in England: a qualitative evaluation. *BMJ Open.* 2017;7(11):e017241. doi:10.1136/bmjopen-2017-017241
9. Choosing Wisely Canada. Eleven Tests and Treatments to Question in Primary Care. Toronto: Choosing Wisely Canada; 2024. Dostupné z: <https://choosingwiselycanada.org>
10. Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. Sick Day Rules – SAMI DOMA: Doporučení pro praxi v rámci iniciativy Choosing Wisely Czech. Praha: ČOSKF; 2025.

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

# Screening karcinomu děložního hrdla



**MUDr. Tomáš Malík**

Gyneko spol. s r.o., Vsetín, Zlín  
vědecký sekretář CSCPC



**Mgr. Kateřina Hejčmanová**

Národní screeningové centrum,  
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha

## Úvod

Karcinom děložního hrdla představuje preventabilní maligní onemocnění s dobře definovanou etiologií a dlouhou prekancerózní fází, která umožňuje jeho efektivní prevenci prostřednictvím organizovaného screeningového programu. Každoročně je v České republice diagnostikováno přibližně 750 nových případů tohoto onemocnění a přibližně 300 žen na jeho následky umírá. Přestože incidence i mortalita v posledních desetiletích postupně klesají, zůstává karcinom děložního hrdla významným zdravotním problémem.

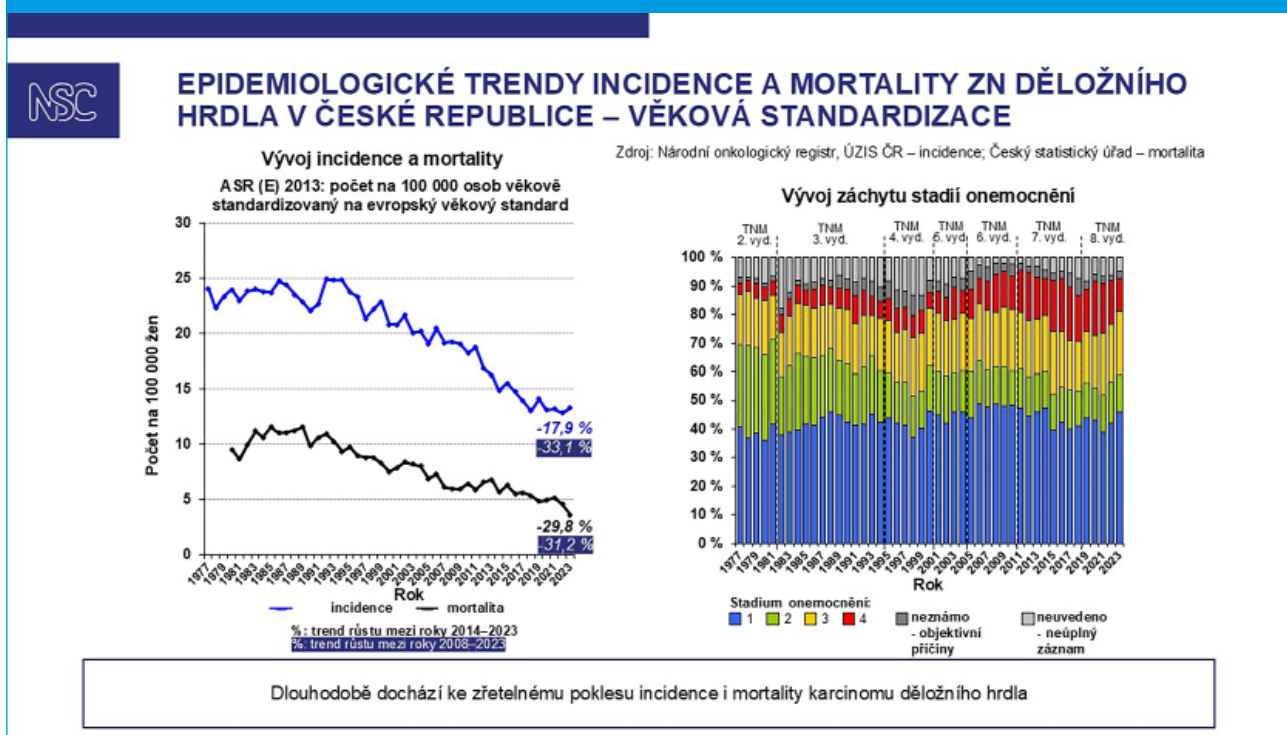
## Etiologie a přirozený průběh onemocnění

Etiologickým agens karcinomu děložního hrdla je ve většině případů perzistentní infekce vysoce rizikovými typy lidského papilomaviru (HPV). V současnosti je definováno 14 vysoce rizikových genotypů HPV (HPV HR), které jsou kauzálně spojeny se vznikem tohoto onemocnění: HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 a 68. Typy HPV 16 a 18 jsou odpovědné přibližně za 70 % případů karcinomu děložního hrdla.

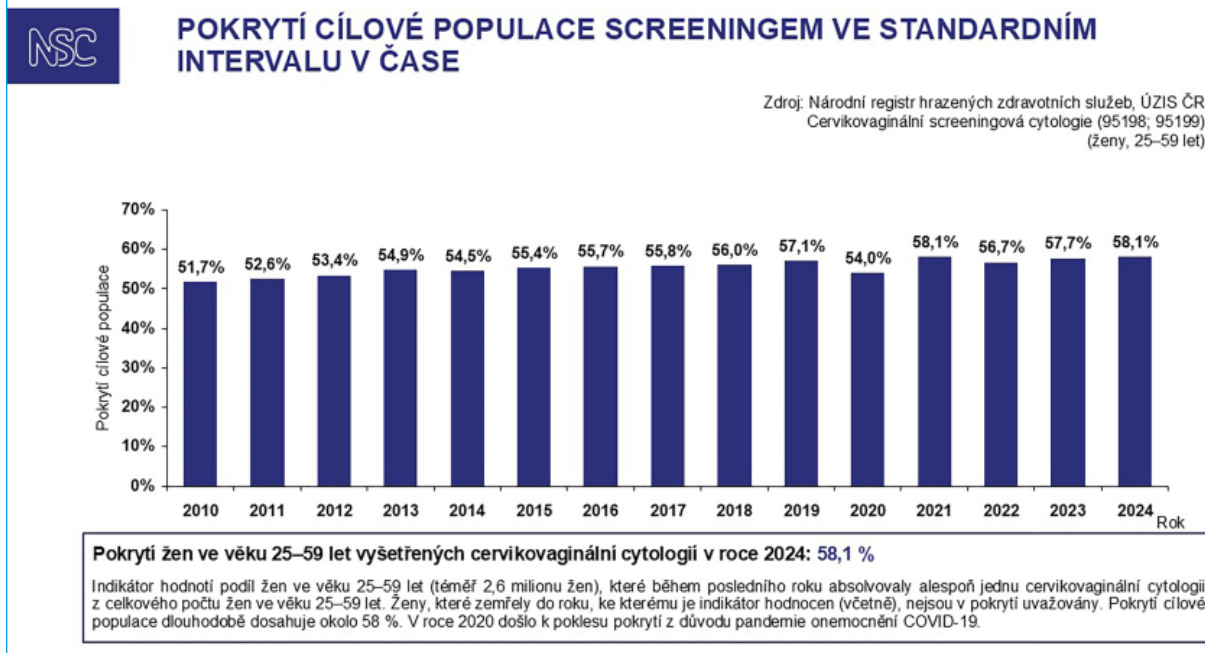
Pouze malé procento karcinomů děložního hrdla vzniká nezávisle na HPV infekci. Jedná se především o vzácné histologické typy, jejichž patogenese je odlišná.

## Aktuální stav organizovaného programu v České republice a význam pro praktického lékaře

Obrázek 1



Obrázek 2



HPV infekce je velmi častá a většina infekcí má tranzitní charakter. U převážné většiny žen dochází ke spontánní clearance infekce během několika měsíců až dvou let prostřednictvím imunitní odpovědi hostitele, aniž by došlo k rozvoji prekancerózních změn. Z hlediska karcinogeneze má zásadní význam až perzistentní infekce vysoce rizikovými typy HPV, která může vést k rozvoji cervikální intraepiteliální neoplazie a následně invazivního karcinomu.

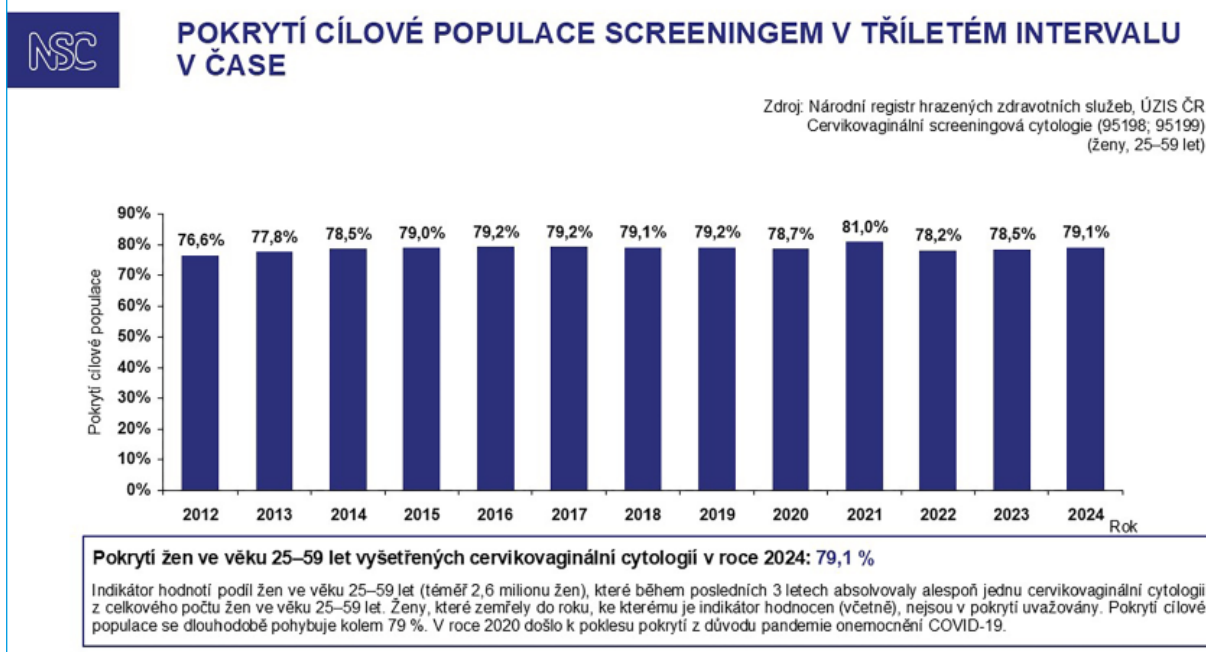
Přirozený průběh onemocnění je charakterizován dlouhou latencí, obvykle 10–20 let, což umožňuje efektivní sekundární prevenci prostřednictvím organi-

zovaného screeningového programu. Primární prevencí infekce HPV je vakcinace a absolutní sexuální abstinence.

### Organizovaný screeningový program v České republice

Screening karcinomu děložního hrdla je v České republice organizovaným populačním programem založeným na pravidelném cytologickém vyšetření cervikovaginálního stěru. Preventivní gynekologická prohlídka je dostupná ženám od 15 let věku bez horní věkové hranice. (Obrázek 1)

Obrázek 3



Do roku 2008 probíhal v České republice tzv. oportunní screening, který nebyl systematicky auditován a jeho kvalita nebyla centrálně monitorována. Od roku 2008 je screening realizován jako organizovaný auditovaný program, který umožňuje systematické monitorování kvality, pokrytí cílové populace a efektivity programu. Auditace screeningových laboratoří vedla k jejich postupné centralizaci a redukci z přibližně 100 pracovišť na současných 19 akreditovaných laboratoří splňujících přísná kritéria kvality. (Obrázek 2)

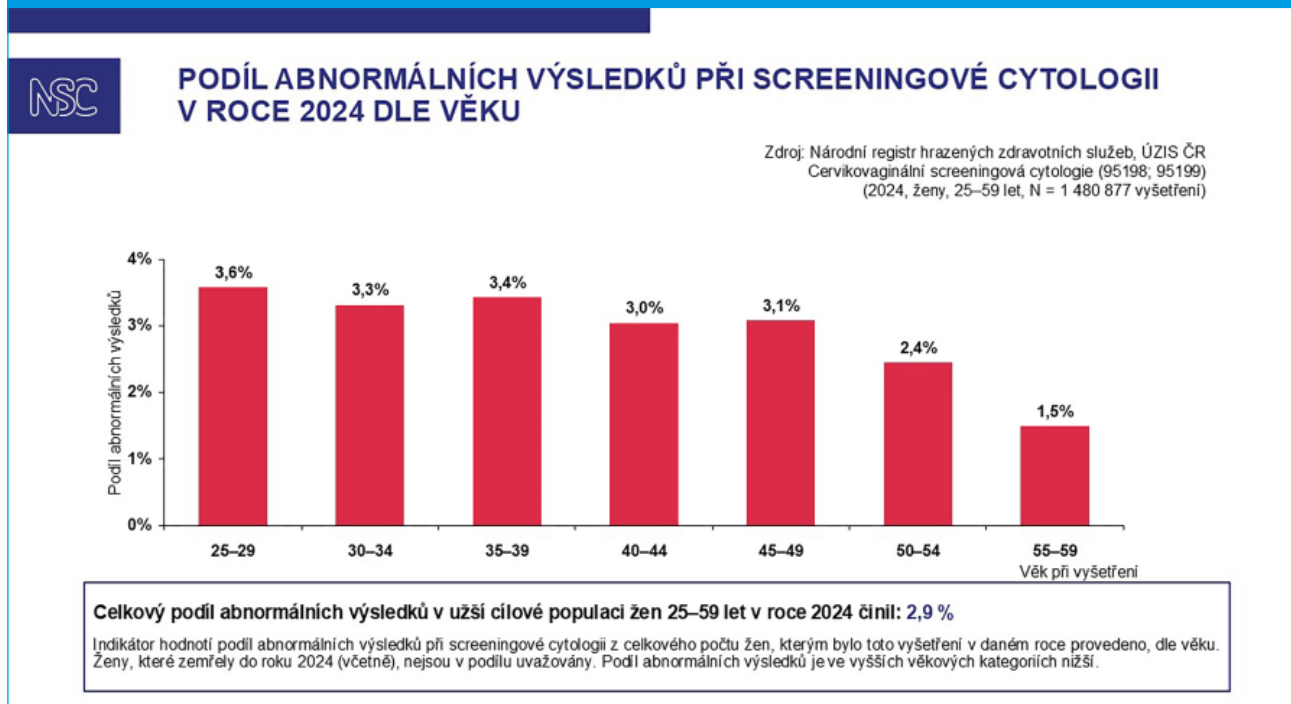
Používána je jak konvenční cytologie (Pap test), tak

cytologie v tekutém médiu (LBC), která umožňuje standardizovanější zpracování vzorku a případné doplnění HPV testace ze stejného odběru. Na některých pracovištích je využívána počítačem asistovaná analýza preparátů včetně systémů využívajících prvky umělé inteligence, které zvyšují senzitivitu detekce patologických změn. (Obrázek 3, 4)

### Výsledky screeningového programu

Podíl abnormálních cytologických nálezů činí přibližně 2,9 % vyšetřených žen. Tyto nálezy představují převáž-

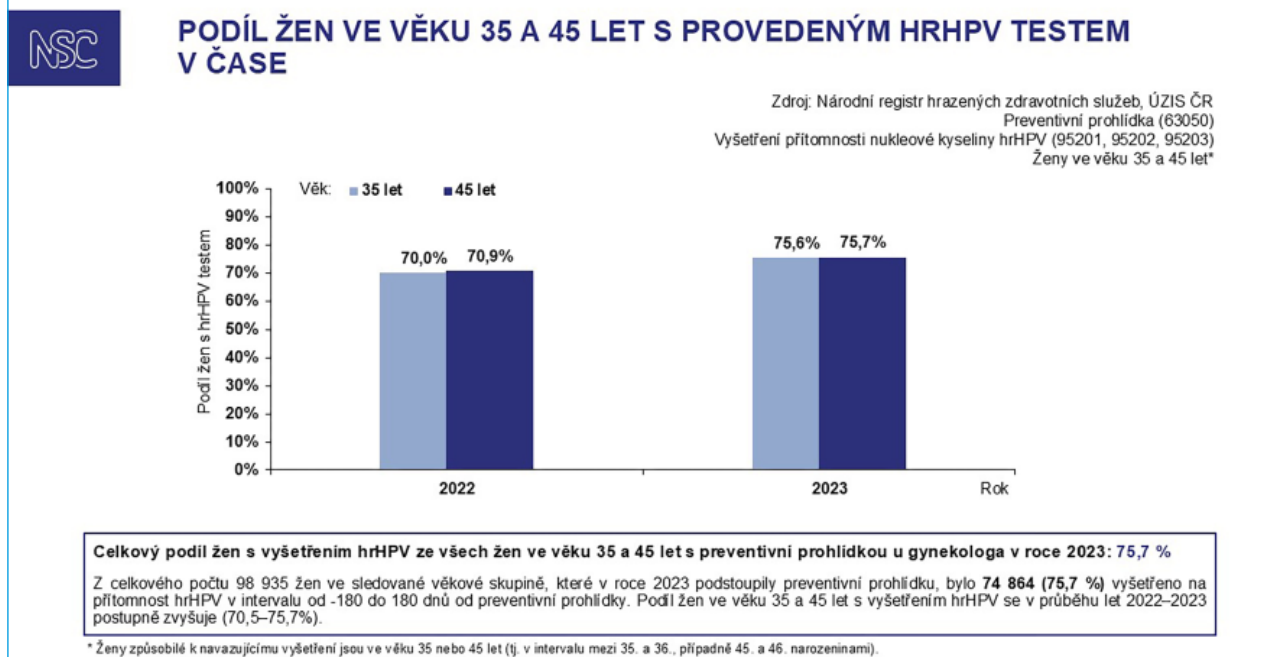
Obrázek 4



Obrázek 5



Obrázek 6



ně prekancerózní změny, jejichž včasná diagnostika a léčba zabraňuje rozvoji invazivního karcinomu děložního hrdla a představuje hlavní přínos screeningového programu. (Obrázek 5)

### HPV testování v rámci screeningového programu

HPV testování je postupně integrováno do organizovaného screeningového programu v České republice jako doplňková metoda k cytologickému vyšetření. V současnosti je hrazeno ženám ve věku 35, 45 a nově také ve věku 55 let v rámci preventivní gynekologické prohlídky. (Obrázek 6)

HPV testace umožňuje identifikaci žen s perzistentní infekcí vysoce rizikovými typy HPV, které mají zvýšené riziko rozvoje cervikální intraepiteliální neoplazie a invazivního karcinomu. Negativní HPV test je spojen s velmi nízkým krátkodobým i střednědobým rizikem vzniku závažné prekancerózy.

### Management patologického screeningového nálezu

V případě patologického cytologického nálezu je pacientka odeslána na pracoviště expertní kolposkopie, jejichž činnost je podmíněna odbornou certifikací. V blízké době se plánuje zavedení systematického auditu těchto pracovišť obdobně jako u cytologických laboratoří.

Na těchto pracovištích je provedena expertní kolposkopie a podle charakteru nálezu doplněna další vyšetření, zejména rozšířená kolposkopie, HPV testace v rámci triage, cílená biopsie suspektních oblastí a případně endocervikální kyretáž. Součástí doplňující diagnostiky může být rovněž ultrazvukové vyšetření malé pánve,

případně hysteroskopie, zejména u nejasných adenolézí.

Na základě komplexního zhodnocení nálezu a histologické verifikace je stanoven další postup, který se odvíjí od typu a rozsahu prekancerózní léze. V případě nízkostupňových lézí je často indikováno dispenzární sledování, zatímco u vysokostupňových lézí je standardem chirurgická léčba, nejčastěji excize transformační zóny pomocí kličky (LLETZ/LEEP).

Diagnostika a léčba invazivního karcinomu děložního hrdla již přesahuje rámec tohoto sdělení.

### Vakcinace proti HPV

Vakcinace proti HPV představuje zásadní nástroj primární prevence HPV asociovaných onemocnění. V současnosti je v České republice používána hlavně nonavalentní vakcína, která poskytuje ochranu proti devíti typům HPV – onkogenním typům 16, 18, 31, 33, 45, 52 a 58 a dále typům 6 a 11, které způsobují *condylomata acuminata*. Tyto typy jsou odpovědné přibližně za 90 % karcinomů děložního hrdla.

Zásadní význam má rovněž vakcinace chlapců, neboť se jedná o vakcinaci proti HPV infekci jako takové, nikoli pouze proti karcinomu děložního hrdla. Vakcinace chlapců přispívá ke snížení cirkulace viru v populaci a současně představuje účinnou prevenci dalších HPV asociovaných malignit, zejména karcinomu anu, orofaryngu a penisu, pro které na rozdíl od karcinomu děložního hrdla neexistují organizované screeningové programy. Je velmi důležité si uvědomit a zdůraznit, že vakcinace není určena skutečně jenom pro naivní populaci! Nejvyšší účinnost sice má vakcinace před zahájením sexuálního života, nicméně má přínos i u starších osob. Je možno očkovat v každém věku, nicméně kolem 45. roku se pomalu imunitní odpověď očkovací a přirozená

vyrovnává. Součástí odborného doporučení je rovněž vakcinace v souvislosti s provedením konizace pro high-grade lézi (HSIL).

Vakcinace je v České republice plně hrazena při zahájení očkování dívkám i chlapcům ve věku od dovršení 11. do dovršení 15. roku věku. Horní věková hranice vakcinace není stanovena, avšak po 15. roce věku již není vakcinace hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Vakcinace nenahrazuje screening.

### Význam screeningu pro praktického lékaře

Praktický lékař hraje klíčovou roli v prevenci karcinomu děložního hrdla. Měl by aktivně ověřovat účast pacientek na preventivních gynekologických prohlídkách. U žen od 15 let věku, bez horní věkové hranice, je vhodné se cíleně dotázat, zda absolvovaly preventivní gynekologickou prohlídku alespoň jednou v posledních dvou letech.

Stejně tak by měl praktický lékař tuto informaci systematicky ověřit při každém předoperačním vyšetření.

Aktivní přístup praktického lékaře může významně přispět ke zvýšení účasti na screeningovém programu a včasnému záchytu prekancerózních změn. Praktický lékař představuje často jediný kontakt pacientky se zdravotním systémem, a jeho aktivní role je proto klíčová pro efektivitu screeningového programu.

#### Literatura:

1. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer.
2. International Agency for Research on Cancer. Human papillomaviruses.
3. Arbyn M, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer worldwide. *Lancet Global Health*.

V současnosti je rovněž diskutováno zavedení self-sampling HPV testování jako doplňkového nástroje ke zvýšení účasti žen, především těch, které se screeningu dlouhodobě neúčastní. Přestože tato metoda může mít přínos u specifických skupin žen, její vliv na celkovou účast ve screeningu v podmínkách České republiky bude pravděpodobně omezený.

### Shrnutí pro praxi

Praktický lékař by měl:

- aktivně ověřovat účast pacientky ve screeningovém programu
- doporučit preventivní gynekologickou prohlídku ženám, které se screeningu neúčastní
- ověřit účast ve screeningu při každém předoperačním vyšetření
- aktivně doporučit HPV vakcinaci ve věku 11–15 let
- aktivně doporučovat HPV vakcinaci i v pozdějším věku, zde je jediný problém, že si ji pacientka sama hradí
- informovat pacientky, že vakcinace nenahrazuje screening
- motivovat pacientky k dlouhodobé účasti ve screeningovém programu.

Prohlášení autora:

Autor prohlašuje, že není ve střetu zájmů.

4. Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP. Doporučené postupy.
5. Národní screeningové centrum ČR. Cervikální screening.
6. ÚZIS ČR. Epidemiologie karcinomu děložního hrdla.
7. CSCPC. Doporučení pro management cervikálních lézí.
8. Garland SM, et al. Impact and effectiveness of HPV vaccination.

# Praktické lékařství je ta nejkrásnější profese ze všech aneb obor, který učí mít rád lidi



**MUDr. Martin Seifert**

Kabinet praktického lékařství  
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

**Rozhovor s profesorkou Zalikou Klemenc Ketiš** vás seznámí s taji praktického lékařství (*general practice/family medicine*) jako akademické disciplíny, životního poslání a hluboce lidské specializace.



**Profesorka Zalika Klemenc Ketiš pochází ze Slovinska, kde je vedoucí Katedry všeobecného lékařství neboli rodinného lékařství v Mariboru. Učí také na Katedře všeobecného lékařství v Lublani, kde se rovněž věnuje vědě – je vedoucí Institutu pro výzkum a vývoj. Zároveň stále pracuje jako**

**praktická lékařka v největším centru primární péče ve Slovinsku. Bývala členkou výkonné rady WONCA Europe a prezidentkou EQUIP, jedné ze sítí WONCA Europe zaměřené na kvalitu a bezpečnost v primární péči. Rozhovor vedl MUDr. Martin Seifert, praktický lékař a vedoucí Kabinetu praktického lékařství na 3. LF UK.**

*Co vás vlastně dovedlo k rodinnému lékařství?*

Jako dítě jsem žila ve velmi malé vesnici na severu Slovinska a moje teta tam působila jako rodinná lékařka. Byla prototypem pravé komunitní venkovské lékařky, která se starala o každého od narození až do jeho smrti. Často jsem ji doprovázela na návštěvy do domácností a také jsem s ní trávila čas v ordinaci. Tehdy jsem se rozhodla, že i já chci být rodinnou lékařkou, protože jsem viděla, co rodinný lékař znamená pro komunitu a také jak rodinný lékař dokáže ovlivnit nejen zdraví

pacientů, ale i jejich vztahy a životy.

*Jaké klíčové momenty formovaly vaši cestu praktické lékařky akademičky?*

Ráda bych zmínila zesnulého profesora Janka Kersnika, který mě podnítil k tomu, abych si udělala Ph.D. a začala učit na katedře v Mariboru. Byl pro mě vždy vzorem a velmi ovlivnil mé rozhodnutí vstoupit do akademického výzkumu a kariérně překročit hranice Slovinska.

*V té době již byl zkušeným praktickým lékařem?*  
Tehdy mu bylo asi 40 let.

*Takže poměrně mladý praktický lékař, který dokázal lidi kolem sebe takto motivovat...*

Ano, působil jako vedoucí katedry v Mariboru. Poté co zemřel, jsem celou katedru převzala já.

*Byl také prvním profesorem rodinného lékařství ve Slovinsku?*

První byl profesor Igor Švab, dlouholetý vedoucí lublaňské katedry.

*Co jste se od profesora Janka Kersnika naučila?*

Že je opravdu důležité, aby byl praktický lékař vzorem nejen pro své pacienty, ale i pro mladé lékaře. Uměl motivovat mladé lidi, aby se stali praktickými lékaři a zapojili se do výzkumu a akademické činnosti. Vždycky říkal, že i praktičtí lékaři a rodinné lékařství potřebují mít svou akademickou část, aby mohli disponovat vědeckými důkazy a budili úctu a uznání mezi ostatními profesionály – v té době totiž bylo všeobecné lékařství ve Slovinsku stále vnímáno jako nejhorší specializace, kterou si vybírali jen ti nejhorší studenti.

*To je aktuálním tématem i v České republice. I naši praktičtí lékaři by mohli věnovat svůj čas také výzkumu. Jaké procento praktických lékařů by to podle vás mělo být? Nebo jaký typ praktických lékařů?*

Spoustu praktických lékařů plně uspokojuje jejich práce v ordinaci. Ale někteří z nás se s tím nespokojí a chtějí věnovat část svého profesního života výzkumu a zdokonalování a vylepšování oboru, protože pouze výzkumem můžeme vyvíjet nové metody, implementovat je do praxe, a tím praxi posouvat na vyšší úroveň. Když se podívám na skupinu stážistů a zeptám se jich, zda se zajímají o výzkum, kladně odpoví možná 10 %. Ne každého výzkum láká, protože je často velmi obtížné skloubit jej s praxí. Navíc satisfakce nepřichází tak záhy jako v praxi, kdy uspokojení nastává poměrně rychle.

Také existují jisté formální problémy, tedy alespoň ve Slovinsku, kde nemůžete být zároveň mladý výzkumník

i stážista. Musíte si vybrat jedno, nebo druhé, takže si samozřejmě všichni vyberou stáž a mnozí z nich dělají výzkum ve svém volném čase.

*Jak byste vysvětlila studentům, kteří vidí hlavně nemocnici, co je na všeobecném nebo rodinném lékařství tak zvláštního a krásného?*

Nejkrásnější je kontinuita práce a dlouhodobý vztah s pacienty. My říkáme, že stárneme se svými pacienty – procházíme s nimi různými fázemi života. Líbí se mi úroveň důvěry mezi lékařem a pacientem, který lékař říká různé věci ze svého života, někdy i velmi osobní. A to nám opravdu pomáhá pacienta pochopit, vidět ho jako osobnost.

*Dokážete si představit, že spousta studentů nechce poslouchat dlouhé příběhy pacientů a slyšet o problémech jejich života. Znamená to, že by se neměli stát praktickými lékaři? Myslíte si, že by se měli zamyslet, zda v té práci najdou nějaké uspokojení. Pokud nechtějí poslouchat, jak pacienta bolí záda, pak si myslím, že tato specializace není pro ně. Pokud chcete být praktický lékař, musíte milovat lidi, musíte mít radost z interakce s nimi.*

*Myslíte si, že tento postoj lze nějakým způsobem změnit vzděláním a výcvikem?*

Ano, je to stejný problém jako s komunikací, které se lze také naučit. Někdy mi studenti říkají: „Ach, já jsem introvert a nechci s nikým komunikovat.“ Ale ve skutečnosti

se to mohou naučit, pokud chtějí. Myslím, že se dá naučit mít rád lidi.

*Máte nějakou speciální techniku nebo tip, jak naučit studenty nebo mladé lékaře mít rádi lidi a probudit v sobě empatii?*

Jeden velmi silný nástroj je vzdělávání pomocí filmu (cinema education). Můžete používat filmy, klidně i hollywoodské nebo jiné, abyste studentům ukázali důležitost mezilidských vztahů, humanity a profesionality. Když studentům ukážete příběh pacienta, který přijde třeba s kašlem, ale za tím jsou úplně jiné problémy, a přitom velmi závažné, mohou si rodinnou praxi oblíbit.

*Využívání filmů ve výuce byl váš nápad, nebo jste se někde inspirovala?*

Existují knihy o vzdělávání pomocí filmů, ale já se ve svém volném čase opravdu ráda dívám na filmy, a tak jsem si na jedné konferenci na toto téma uvědomila, že mám doma opravdu hodně snímků a některé z nich bych mohla využít.

*Máte tip na nějaký konkrétní?*

Velmi dobrý film, který ráda používám, je Vtip (Wit). Je to americký film speciálně natočený pro výuku – je zaměřený na vztah s pacienty, komunikaci, empatii a tak dále. Hlavní hrdinkou je profesorka anglické literatury středního věku s rakovinou vaječníků ve čtvrtém stádiu a film začíná sdělováním špatných zpráv.

*Studenti jsou dnes velmi vizuální a digitální. Využíváte kromě filmů ještě nějaké další inovativní metody?*

Ráda používám simulace, které jsou dobrým nástrojem a výukovou metodou, především pro rozpoznání a zvládnutí vzácných klinických situací jako například anafylaktický šok. Také se jejich pomocí můžete učit komunikaci například v paliativní péči nebo týmové práci, která se ukazuje stále důležitější – právě lékař bývá hlavou týmu a potřebujete svůj tým koordinovat. Ve zdravotnickém centru v Lublani máme simulační centrum, kde se učíme zvládat mnoho typů situací. Používáme simulátory s vysokou realističností (high fidelity simulators), dále používáme virtuální realitu, ale také simulované pacienty. Využíváme rovněž herních prvků (gamification), protože předávání informací pomocí hry je mnohem zábavnější než pomocí přednášky.

*Můžete nám to víc přiblížit?*

Pro „gamifikaci“ nepotřebujete sofistikované nástroje – my jsme například vyvinuli deskovou hru, která je podobná Člověče, nezlob se, ale každé políčko představuje například nějaký úkol nebo nese nějakou informaci. Díky tomu získáte spoustu znalostí, a ještě se pobavíte.

*Jak si myslíte, že digitální nástroje a AI změní práci praktických lékařů? Jak bychom na to měli připravit dnešní studenty?*

Výzvou je už nyní ChatGPT a další nástroje, protože jsem si uvědomila, že nemá smysl studentům zadávat seminární práce, protože k jejich napsání použijí AI. Musíme



změnit náš způsob výuky, abychom je více zapojili do diskusí, aby hráli určité role. Zároveň je musíme naučit, jak nástroje AI používat, aby jim pomáhaly, ale aby sami úplně nezlenivěli.

*Můžeme je to naučit, když sami ještě nevíme, jak je používat?*

Nejprve se samozřejmě musíme naučit sami je používat, abychom viděli jejich nevýhody a výhody. Nesouhlasím s tím, že by se mělo zakázat používání AI na univerzitě, ale měli bychom vyvinout nové metody, které AI implementují. To je jedna z oblastí, na kterou je třeba se zaměřit a věnovat se jí vědecky. Měli bychom se zapojovat do vývoje nových AI nástrojů.

*Dokáží si představit, že si mnoho lékařů usnadní práci a zapomenou například hlouběji prozkoumat psychosociální kontext pacienta.*

Nástroje AI jsou užitečné pro snížení administrativní zátěže lékaře, ale hrozí nebezpečí, že se na ně budeme příliš spoléhat.

*Jaké klíčové kompetence by měl každý student medicíny získat z rotace na praktickém lékařství?*

První je orientace na komunitu – to je kompetence, kterou mohou získat pouze u praktického lékaře. Druhou je kontinuita – potřebují pochopit skutečnou sílu kontinuity, protože studie ukázaly, že kontinuita přímo ovlivňuje nejen kvalitu péče, ale také lepší efektivitu naší péče a délku života pacientů. Pak komplexní péče – je velmi důležité, aby rodinný lékař dělal nejen klinickou práci, ale také prevenci a edukaci.

Velmi důležitá je i komunikace – lékaři musejí být schopni komunikovat, aby se mohli o pacienty starat. Mohou mít spoustu znalostí, ale pokud nedokážou komunikovat s pacientem, péče nebude úspěšná.

V rodinném lékařství mohou všichni studenti vidět, jaká je skutečná role lékařů, když léčí pacienta. Mohou vidět, že pacienti jsou skuteční lidé, nejen plíce nebo srdce. Mohou vidět, že je třeba brát v úvahu historii pacientů a jejich sociální zázemí. Existuje mnoho psychosomatických problémů, které nejsou zřejmé na první pohled, takže rodinní lékaři musí být velmi zkušení v komunikaci. Potřebují, aby jim jejich pacienti důvěřovali, aby jim řekli, že mají tento problém.

*Jaká by měla být role praktického lékaře u psychosomatických pacientů nebo pacientů s přetrvávajícími somatickými příznaky, které nejsou plně vysvětleny?*

Největším nebezpečím je, že takového pacienta pošlete na příliš mnoho testů a k příliš mnoha klinickým specialistům, a vrátí se s normálními výsledky a problém přetrvává. Vidím rodinného lékaře jako jakéhosi koordinátora péče – je opravdu důležité vybrat co nejméně vyšetření a konzultací se specialisty. Pokud pošlete pacienta jen pro jistotu na CT nebo MR, bude si myslet, že je s ním opravdu něco špatně. Tématem se zabývá i jeden film – pacient cítí brnění v uších a doktor řekne: „Myslím, že s vámi nic není, ale jen pro jistotu, jděte tam a tam,“ a v dalším záběru pacient volá své ženě a říká:

„Ach, poslali mě tam a tam, je se mnou něco hrozně špatně.“

Je dobré vědět, jak s takovými pacienty komunikovat, protože je to velmi obtížné. Obvykle přijdou se seznamem toho, co pro ně musíte udělat, a vy je musíte nějak přesvědčit, že to není nutné. Pro komunikaci s tímto pacientem potřebujete speciální komunikační kurz a nějaké základní informace z psychosomatiky.

*Co můžeme udělat pro to, aby mělo rodinné lékařství silnější pozici v akademickém světě?*

Je velmi důležité, aby existovali praktičtí lékaři, kteří mají Ph.D., protože to v očích ostatních profesionálů stále hodně znamená. Ukazuje to, že i v rámci této disciplíny lze dělat vědu, jak vždy říkal Janko Kersnik. Když se vám pak podaří získat habilitaci, dokážete přilákat k oboru ty nejlepší studenty a zároveň můžete požadovat lepší podmínky pro vědecké bádání, více peněz a podobně. Prostřednictvím výzkumu a akademické práce budujete sílu této disciplíny.

*V České republice je většina kateder praktického lékařství poměrně slabá a nemáme kapacity pro vedení nových Ph.D. studentů. Co bychom měli dělat?*

Nejprve potřebujete angažované učitele. Já vždy, když někde přijdu, když potkávám praktické lékaře, studenty a stážisty, ptám se jich na výzkum. Vždy se je snažím motivovat a ukázat jim, proč je důležité zabývat se výzkumem. A pak začnou oni sami chodit za mnou a ptát se mě, jestli jim mohu být vedoucí pro Ph.D. Je to časově náročné a obtížné, ale jak jinak budovat tuto profesi? Nás je už ve Slovinsku docela dost, kteří jsme schopni vést Ph.D. studenty, ale nebyla to snadná cesta.

*Pro mnoho typů výzkumů potřebujete praktické lékaře z praxe, a ti nám často říkají, že na to nemají čas. Jak je můžeme realisticky zapojit do výzkumu, aniž bychom je přetížili?*

To je i u nás neustálý boj. Snažili jsme se vytvořit nějakou formu výzkumných sítí, ale nebyla úspěšná, protože lékaři zkrátka nechtějí sbírat data. Ale štěstí se na nás usmálo ve Zdravotnickém centru v Lublani – je to velké centrum s téměř 100 ordinacemi rodinného lékařství a nějak chápou, že se musejí podílet na alespoň nějakém druhu výzkumu. Snažíme se je odměňovat nějakou platbou navíc, a pak je to mnohem snazší.

*Myslíte si, že by praktičtí lékaři měli očekávat finanční odměnu za zapojení do výzkumu?*

My jim počítáme hodiny navíc jako přesčasovou práci, ale není to moc.

*A z vašich zkušeností ve WONCA a EquiP: jak může mezinárodní spolupráce podpořit místní akademický rozvoj v rodinném lékařství?*

Když jsem se připojila k EquiP, bylo to pro mě opravdu velmi užitečné – mluvit s kolegy z různých zemí, vidět, jak jsou organizováni a co dělají. Pak jsem to mohla porovnat s našimi zkušenostmi a podmínkami a navrhnout nějaká zlepšení. Mezinárodní organizace jsou velmi

bohatým zdrojem nápadů, ale i nástrojů – například používáme průzkum EUROPEP, který slouží k zjišťování spokojenosti pacientů, nástroj pro hodnocení přímo na pracovišti (workplace-based assessment tool), nebo nástroj pro měření zkušeností a výsledků uváděných pacienty (patient-reported experiences and outcomes).

*Myslíte si, že pro běžného praktického lékaře, kterého jen zajímá, co se děje ve světě, má smysl jet na konferenci WONCA či se nějakým způsobem zapojit do aktivit WONCA nebo jejích sítí?*

Na konferencích WONCA samozřejmě získáte spoustu znalostí, ale co je nejdůležitější, potkáte přátele a kolegy a můžete s nimi mluvit, což rozšiřuje vaše obzory. Když zůstáváte po celou dobu ve své praxi a ve své zemi, po čase vidíte jen problémy a myslíte si, že systém zdravotní péče není dobrý. Když ale pak jedete ven, můžete vidět, že jiné země se potýkají s ještě většími problémy než vaše země, a naopak některé věci máte opravdu dobře organizované – pak můžete sdílet své zkušenosti a jistě se stanete nadšenějšími praktickými lékaři.

*Jak vy osobně udržujete rovnováhu mezi klinickou prací, výukou, výzkumem a vaším soukromým životem?*

To je pro každého výzva. Mnoho let jsem pracovala na plný úvazek jako praktická lékařka, ale pak jsem si uvědomila, že se budu muset rozhodnout, jestli chci být praktickou lékařkou na plný úvazek, nebo se více zapojit do výzkumu a akademické práce. Rozhodla jsem se pro výzkum a akademickou sféru, takže už nepracuji na plný úvazek jako praktik. Když jsem byla mladší, mohla jsem dělat výzkum večer, ale to už je nad mé síly.

Když cestujete na konference a mezinárodní odborná setkání, berete s sebou členy rodiny?

Dřív jsem to tak dělala, ale děti vyrostly a už nechtějí jezdit.

*Máte na závěr nějaké poselství pro studenty medicíny? Co byste jim vzkázala, pokud zvažují kariéru v rodinném lékařství?*

Pokud mají rádi lidi, jsou připraveni získat široké znalosti medicíny a chtějí se angažovat také v prevenci, je to obor pro ně. Je třeba se ale naučit dobře komunikovat s pacienty. Rodinné lékařství je ta nejkrásnější profese ze všech.

*A poselství pro praktické lékaře z celé Evropy?*

Musíme se setkávat a vyměňovat si osvědčené postupy, povídat si o našich problémech a pak se snažit najít nějaká společná řešení.

Mám jedno poselství také pro učitele a mentory: Opravdu není dobré, pokud student přijde do vaší praxe, stěžovat si na problémy, protože pak si tu profesi pravděpodobně nevybere. Musíte studentům ukázat ty krásné stránky profese.

# Předkonferenční stáž v ordinaci PL v Tallinnu

V lednu tohoto roku se 14 mladých praktiků z České republiky vypravilo na evropskou konferenci mladých rodinných lékařů – EYEDM Forum 2026 – do estonského Tallinnu. Čtyři z nás se zúčastnili také předkonferenční stáže v ordinaci místních praktických lékařů. Měli jsme tak skvělou příležitost na pár dní nahlédnout, jak funguje primární péče v Estonsku.

## Struktura a organizace primární péče v Estonsku

Estonská primární péče stojí na **rodinném lékaři**, který je prvním kontaktem pacienta se systémem. V roce 2022 bylo v zemi zhruba **749 registrovaných praktiků** s průměrně 1 728 pacienty na registračním seznamu. Rodinní lékaři mohou pracovat samostatně nebo ve skupinových praxích v centrech primární péče. Ve své péči mají dospělé i děti. Ve venkovských oblastech a v menších městech mívají zdravotní služby v centrech primární péče multidisciplinární charakter.

Centrum primární péče sdružuje obvykle 3–6 lékařů s dalšími pracovníky. Standardní tým může zahrnovat praktické lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychologa, podologa, porodní asistentky a administrativní pracovníky. Sestry mají velké kompetence, mohou např. obnovovat chronickou medikaci, očkovat a poskytovat ošetření bez bezprostředního dohledu lékaře. Konzultace pacientů u praktického lékaře bývají obvykle plánovány na 30 minut, což umožňuje komplexní přístup.

## Financování a motivace

Primární péče je financována centrálně přes Estonský fond zdravotního pojištění (EHIF). Úhrada péče je kombinovaná – kapitačně výkonnostní, dále se uplatňují bonusy za kvalitu poskytované péče. Od roku 2026 došlo k transformaci kapitačního modelu tak, že výše kapitační platby nově zohledňuje diagnostický profil pacienta – čím je pacient klinicky složitější a zatíženější komorbiditami, tím vyšší je odpovídající kapitační úhrada. Tento přístup má lépe reflektovat skutečnou klinickou náročnost péče, současně však vyvolává obavy z potenciálního rizika overdiagnosis.

Ekonomické pobídky jsou cíleny také na podporu vzniku multidisciplinárních center primární péče, čímž se posiluje role týmů s rozšířenou odborností.

## Kompetence sester a týmová péče

V Estonsku jsou zdravotní sestry zapojeny významněji než v České republice. Po absolvování specializovaného vzdělávání mohou samostatně obnovovat léčbu

chronických pacientů, očkovat či poskytovat preventivní služby. To ulevuje lékařům a umožňuje efektivnější využití lidských zdrojů. Sestry také často organizují **péči o chronicky nemocné**, včetně ročního sledování stabilních pacientů bez nutné konzultace s lékařem.

Sestry samostatně vyřeší také mnoho pacientů přicházejících s akutními infekčními obtížemi. K lékaři se tak dostanou pouze nemocní s vážnějšími problémy. Také po nasazení antibiotické léčby často kontroluje sestra pacienta samostatně a v případě problému se obrátí na lékaře. Některé sestry mají specializace, např. nutriční sestry, sestry zaměřující se na duševní zdraví, porodní asistentky. Mají vlastní konzultace s pacienty a úzce spolupracují s praktiky a psychology. Sestry v Estonsku mají vysoký stupeň erudice, systém se tímto směrem rozvíjí posledních dvacet let. Na sestry je také delegována velká část administrativní zátěže.

Technické vybavení center zahrnuje základní diagnostiku (EKG, POCT), laboratorní služby a rehabilitační prostory pro fyzioterapeuta.

## Digitalizace

Estonsko je země známá vysokým stupněm digitalizace a ve zdravotnictví tomu není jinak. Veškerá dokumenta-





Český systém vykazuje vysokou úroveň spokojenosti pacientů s primární péčí (96 % spokojených respondentů v projektu PaRIS OECD) a dobré výsledky v oblasti individuální péče a koordinace, nicméně **nerovnosti v dostupnosti** péče mezi regiony i relativně nízký podíl praktických lékařů na 100 000 obyvatel jsou dlouhodobými výzvami.

Estonský model klade důraz na **multidisciplinární týmovou spolupráci a rozšířené kompetence nelékařů**, což je cesta, která by mohla být inspirativní i pro český systém, především s ohledem na vysokou zátěž chronickými nemocemi a potřebu efektivní koordinace péče.

ce mezi všemi zdravotnickými zařízeními je sdílená. Do většiny dokumentace má přístup i pacient. Konzultace se specialisty funguje na bázi elektronických konzultací. Praktik popíše problém pacienta, specialista buď na dálku doporučí další postup, anebo si pacienta pozve na vyšetření.

### Srovnání s Českou republikou

V ČR je primární péče **rozdělena** mezi praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost a specializace (např. gynekologie), které jsou často oddělené funkčně i fyzicky. Data WHO uvádějí, že většina českých praktických lékařů pracuje v modelu jeden doktor, jedna sestra, která má i administrativní role, a ne jako formalizované multidisciplinární týmy. Navíc v ČR neexistuje **gatekeepingový model** ve smyslu povinné koordinace přes praktického lékaře, pacienti mohou přímo navštěvovat specialisty, což oslabuje koordinaci péče a zvyšuje nároky na sekundární sektor.

Za možnost vyjet do Estonska bychom rády poděkovaly Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Za inspiraci získávat zahraniční zkušenosti děkujeme našim školitelkám MUDr. Kateřině Javorské a MUDr. Ludmile Bezdíčkové.

MUDr. Natálie Kerhartová  
Praktický lékař Javorský s.r.o., Nové Město nad Metují  
Email: kerhartova98@gmail.com

MUDr. Karolína Jančarová  
Ordinace Pokorná a Bezdíčková s.r.o., Praha  
Email: karolina.jey@gmail.com

## ČTENÁŘSKÝ DOTAZNÍK ČASOPISU PRACTICUS

Vážení čtenáři,  
vaše zpětná vazba je pro nás velmi důležitá. Pomůže nám lépe tvořit obsah časopisu tak, aby byl pro vás co nejužitečnější. Prosíme o krátké vyplnění následujícího dotazníku.

Děkujeme,  
redakce časopisu



QR kód dotazníku

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. 6. 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 1/2026:** 1a, 2b, 3a, 4c, 5b, 6b, 7b, 8a, 9b, 10a, 11c, 12b, 13b, 14ab, 15ac

## ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

### 1. Které lékové skupiny jsou nejčastěji doporučeny k dočasnému vysazení během akutního onemocnění?

- a) SAMI DOMA – ACEI, sartany, metformin a další
- b) pouze antibiotika
- c) pouze antihypertenziva

### 2. Jaké klinické situace nejčastěji vyžadují aplikaci Sick Day Rules?

- a) akutní dehydratace, zvracení, průjem
- b) stabilizovaný diabetes
- c) běžné nachlazení bez horečky

### 3. Kdy je doporučeno znovu nasadit léčbu po aplikaci Sick Day Rules?

- a) ihned po odeznění horečky
- b) 24–48 hodin po ústupu příznaků a obnovení příjmu tekutin
- c) až po laboratorní kontrole

### 4. Mezi typické limitace spiroergometrického vyšetření patří:

- a) kardiální
- b) ventilační
- c) finanční

### 5. Mezi důležité prognostické ukazatele u spiroergometrie patří:

- a)  $VO_2$  peak
- b)  $W_{max}/kg$
- c) RER

### 6. Mezi kontraindikace ke spiroergometrickému vyšetření patří:

- a) dušnost po námaze
- b) chronický únavový syndrom
- c) těžká symptomatická aortální stenóza

### 7. Jaká je doporučená dvojkombinace antihypertenziv v úvodu léčby arteriální hypertenze u diabetiků?

- a) betablokátory a indapamid
- b) inh. RAAS a blokátory Ca kanálů
- c) inh. RAAS a kličková diuretika

### 8. Jaké jsou cílové hodnoty LDL cholesterolu u DM2T s velmi vysokým KVS rizikem?

- a) pod 2,6 mmol/l
- b) pod 1,8 mmol/l
- c) pod 1,4 mmol/l

### 9. Které diabetiky odesíláme ke specialistovi?

- a) pokud mají ATS komplikace, SS nebo CKD
- b) pokud mají při kontrole více než tři různé subjektivní potíže
- c) pokud mají při léčbě metforminem 2x500 mg denně stále HbA1c nad 56 mmol/mol

### 10. Kterému pacientovi byste doporučili zvážit užívání PrEP?

- a) dvacetiletému muži, který byl před měsícem léčen pro kapavku
- b) třicetileté ženě, která užívá hormonální antikoncepci a mívá časté vulvovaginitidy po sexu s kamarády
- c) šedesátiletému muži, který se k Vám přišel očkovat před cestou do ciziny, kde plánuje návštěvu nočního klubu

### 11. K PEP byste pacienta, muže, odeslali když:

- a) Vám sdělí, že měl včera večer anální sex s neznámým mužem v aktivní pozici, s kondomem, k ejakulaci nedošlo, ale na konci aktu zjistil, že kondom zřejmě v průběhu sklouzl.
- b) Vám sdělí, že měl dnes ráno anální sex s neznámým mužem v pasivní pozici a asi po 4 minutách praskl kondom, k ejakulaci nedošlo
- c) Vám sdělí, že měl před týdnem nechráněný vaginální styk se ženou, kterou poznal večer v baru a byl, „hodně opilý“

### 12. DoxyPEP snižuje riziko nákazy:

- a) chlamydiemi
- b) syfilis
- c) kapavky

### 13. V jaké věku provádíme pacientce screeningový HPV test?

- a) 35 let
- b) 35 a 45 let
- c) 35, 45 a 55 let

### 14. Existuje horní věková hranice pro očkování proti HPV infekci?

- a) není stanovena
- b) 25 let
- c) jedná se o očkování jen pro naivní populaci (pro panny)

### 15. Jak často by měla být žena na preventivní gynekologické prohlídce?

- a) 1x ročně, nejdříve 305 dní od minulé prohlídky, nejpozději do 2 let
- b) 1x za 2 roky
- c) 1x za 5 let

**Správné mohou být 1–3 možnosti.**  
Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese **www.svl.cz**.

## ODPOVĚDI – TEST Č. 2/2026

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

# JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SVL

20. VÝROČÍ



Konference se koná pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR,  
kterou převzal Mgr. Adam Vojtěch, MHA.

## Na co se můžete těšit:

- více než 20 praktických workshopů
- AI a moderní technologie v ordinaci
- Obezita, diabetologie a prevence
- Očkování a aktuální doporučení
- Geriatrie, paliativní péče, dermatologie
- Kazuistiky v ordinaci VPL
- Rizikové chování pacienta a závislost
- Právní a ekonomické aspekty praxe
- Zdravotní způsobilost k řízení vozidel
- Program pro sestry



## Registrace a program:

[www.jik-svl.cz](http://www.jik-svl.cz) • e-mail: [sekretariat@target-md.com](mailto:sekretariat@target-md.com)

E-mail: [sekretariat@target-md.com](mailto:sekretariat@target-md.com)

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

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)