

Od padesáti let věku v jednoráčním intervalu a od 55 let ve dvouročním intervalu je součástí prevence screeningu karcinomu tlustého střeva a konečníku. Role praktického lékaře (event. ambulantního gynekologa) zahrnuje získání věkově příslušné osoby pro screening, poskytnutí informace o významu screeningu, o principu testu na okultní krvácení a v informaci o možnosti screeningové kolonoskopie jako alternativy k testu na okultní krvácení. Vlastní test přítomnosti hemoglobinu v doma odebrané stolici se provádí od 1. ledna 2020 výhradně kvantitativním imunochemickým testem, a to buď v ordinaci VPL v POCT režimu na vhodném přístroji nebo v laboratoři. V obou případech musí metoda splňovat požadavky:

- kvantitativní odběr vzorku stolice,
- možnost kvantitativního stanovení hemoglobinu v hodnotách od 15 µg/g stolice,
- zapojení do systému externí kontroly kvality.

Horní věková hranice pro TOKS je v současné době dána biologickým stářím pacienta a jeho schopností absolvovat diagnostický program v případě pozitivitu testu. Praktický lékař interpretuje výsledek testu a v případě jeho pozitivitu zajišťuje kolonoskopii v akreditovaném Centru pro screeningovou kolonoskopii. Zajišťuje přípravu střeva před výkonem. Normální kolonoskopie znamená na 10 let vyřazení ze screeningu. O dalším případném kolonoskopickém sledování rozhoduje endoskopista na základě histologického vyšetření.

U žen je prováděn v tříletém intervalu screening karcinomu děložního hrdla a od 45 let každé dva roky mamografický screening karcinomu prsu. VPL se zajímá o účast na těchto programech v rámci preventivních prohlídek a na mamografii ženy také odesílá.

Od 1. ledna 2022 byl spuštěn program časného záchytu karcinomu plic ve věkové skupině 55–74 let. VPL identifikují kuřáky se zátěží 20 balíčkových a výše, provádějí u nich protikuřáckou intervenci pokud stále kouří, a pokud souhlasí s účastí v projektu, posílají je na ambulantní pneumologii, event. přímo na pracoviště, která jsou akreditována k provádění nálezozátěžového CT plic.

V přípravě je program časného záchytu rakoviny prostaty prostřednictvím testu PSA, který by mohl být spuštěn v roce 2024.

V případech screeningu kolorekta a plic mají VPL k dispozici příslušné kódy a úhradové mechanismy. Je dobré na tomto místě připomenout, že v žádné jiné zemi na světě nehrají praktičtí lékaři takovou roli ve screeningových programech jako v České republice.

Nejlepší příležitosti pro opatření v primární i sekundární prevenci skýtají preventivní prohlídky. Druhy preventivních prohlídek, kdo je provádí, jejich obsah a časové rozmezí udává Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, která byla aktualizovaná Vyhláškou č. 317/2016 Sb. Preventivní prohlídky u VPL jsou prováděny v rozmezí dvou let, zpravidla po uplynutí 23 měsíců pro provedení poslední preventivní prohlídky (14). Moderní ambulantní software lékaře upozorní na termín příští preventivní prohlídky pacienta a může být uzpůsoben tak, aby příslušnou osobu zadaným způsobem (e-mail, SMS) vyzval. Účast na preventivních prohlídkách v poslední době sice narůstá, ale stále se daří pokrýt jen něco přes 30 % populace, což je hranice, za kterou zdravotní pojišťovny přiznávají bonifikaci.

Poctivý rozbor zjištěných skutečností s pacientem, vyhodnocení rizik, poskytnutí informací, popřípadě individuální edukace, identifikace rizikových faktorů a návrh na jejich ovlivnění jsou nejvíce atraktivní součástí preventivní prohlídky pro pacienta a mohou do budoucna zabezpečit dlouhodobou spolupráci. Na zjištění z preventivních prohlídek navazují potřebná opatření, která obvykle vycházejí z příslušných doporučených postupů. Prevenci je třeba efektivně, pokud možno strukturovaně dokumentovat a v určitých intervalech také vyhodnocovat. Poradenství je vhodné podpořit psanými nebo elektronickými laickými informacemi, případně vhodnými odkazy na internetové informační zdroje.

Motivaci praktických lékařů provádět popsaná opatření v rámci primární a sekundární prevence kardiometabolických a nádorových onemocnění podporují bonifikační programy pojišťoven.

Terciární prevence

Terciární prevence zahrnuje opatření po již proběhlé atace choroby (infarkt, cévní

mozková příhoda, komplikace diabetu, nádorové onemocnění) a překrývá se v mnohém se zásadami uvedenými u sekundární prevence a dispenzarizace. Cílem terciární prevence je předejít zhoršování onemocnění a jeho komplikacím. Patří sem doporučení zdravého životního stylu a pohybové aktivity k udržení kondice, sledování a léčba pacientů s chronickým onemocněním, včasná intervence u hrozících komplikací, včasný záchyt recidivy nádoru nebo nádoru duplicitního.

Jedná se o agendu, jejíž význam v populaci i v ordinaci praktického lékaře stále roste. Specializovaná pracoviště nejsou schopna pokrýt narůstající počty chronicky nemocných pacientů, VPL a jeho tým tak hraje klíčovou roli v zajištění nebo sdílení péče o tyto pacienty a může významně ovlivnit kvalitu a prognózu jejich života.

Kvartérní prevence

Kvartérní prevencí rozumíme předvídání a předcházení důsledků progredujícího a nevléčitelného onemocnění, které zkracuje život nebo snižuje jeho kvalitu. Týká se především zajištění dostupnosti algeziologické léčby, provádění derivačních výkonů endoskopickým stentováním, radioterapie metastáz nebo ortopedických intervencí pro zachování mobility. Zahrnuje i výživová opatření, psychologickou a sociální podporu při omezení soběstačnosti.

V současné době je tento termín používán častěji pro označení strategie v primární péči, která zahrnuje identifikaci rizik nadměrné medikalizace pacienta, jeho ochranu proti zbytečným invazivním vyšetřením a naopak doporučení k postupům eticky přijatelným. Naléhavost této strategie zdůrazňuje Evropská větev Světové organizace všeobecných praktických/rodinných lékařů WONCA (15). Moderní medicína zásadně přispívá lidem, ale je také zdrojem vedlejších účinků. Neplatí, že čím více medicíny, tím lépe. Nadměrná diagnostika (overdiagnosis) a nadměrná léčba (overtreatment) jsou na vzestupu; rozvíjí se s představou, že odhalení nemoci v časném stadiu vždy příznivě ovlivní běh nemoci (16). Může ale také spotřebovávat zdroje, prodlužovat čekací doby potřebnějších pacientů, zvýrazňovat nerovnosti v přístupu k péči, zvyšovat riziko iatrogeních poruch a poškodit