

NĚKOLIK POZNÁMEK K PŘÍSPĚVKU PROF. KOTULÁNA K ÚČINNOSTI NAŠICH ZDRAVOTNÍCH PROGRAMŮ

COMMENTS ON THE CONTRIBUTION OF PROF. KOTULÁN ON THE EFFECTIVITY OF CZECH NATIONAL HEALTH PROGRAMMES

FRANTIŠEK KOTĚŠOVEC

SOUHRN

Autor souhlasí s názory profesora Kotulána na rizika chystaného programu Zdraví 2020 publikovanými v Hygieně č. 2/2015 a připomíná další aspekty, zejména skutečnost, že v hygienické službě, která by měla být významným aktérem realizace programu, dnes pracuje jen malý počet lékařů, kteří patří ke starší generaci. Zmínuje hlavní zaměření práce lékařů v hygienické službě. Probírá pak zkušenosti s prevencí kuřáctví a s dalších rizikových faktorů a akcentuje preventivní aktivity vycházející ze specifických lokálních podmínek.

Klíčová slova: Zdraví 2020, hygienická služba, prevence nemocí

SUMMARY

The author agrees with the opinions of Professor Kotulán apropos the pitfalls of the upcoming Health 2020 programme, as published in Hygiene no. 2/2015. He points out further related aspects, in particular the fact that there are very few old-school physicians active in the public health service which as such is to be a major contributor to the realisation of the programme. The commentary mentions the main specializations of doctors in public health, discusses experiences with prevention of smoking and other risk factors and emphasizes the importance of preventive activity based on specific local conditions.

Key words: Health 2020, public health service, disease prevention

S převážnou většinou názorů prof. Kotulána souhlasím. Já sám mohu potvrdit bohaté zkušenosti s dokonalou přípravou nejruznější plánovací dokumentace. Již soubory opatření k plnění závěrů XIV., XV. a dalších sjezdů KSČ měly dokonalou „štábní kulturu“, byly přesně formulovány, vybaveny přesnými termíny plnění, které byly ve stanovených termínech přesně kontrolovány a neplněny, byť jejich plnění bylo vykázáno. I v těchto dokumentech byly deklarovány některé správné záměry i závěry.

Metodika přípravy plánovacích dokumentací se dnes v podstatě nezměnila. Myslím, doufám a věřím, že současní zpracovatelé, na rozdíl od těch předešlých, od samého začátku nepočítají s tím, že dokumentace je zpracovávána pouze pro dokumentaci a se skutečným plněním termínovaných opatření se vlastně od začátku nepočítá. Nicméně na základě těchto dlouholetých zkušeností cítím potřebu se k prof. Kotulánovi připojit s obavou, aby program Zdraví 2020, „v oblasti primární prevence neskončil stejně neslavně jako Program Zdraví 21“.

Prof. Kotulán správně tvrdí, že efektivní primární prevence vyžaduje významnou účast odborníků i z jiných oblastí než zdravotnictví. Já si však dovoluji zdůraznit, že efektivní primární prevence vyžaduje především, nebo alespoň také, významnou účast odborníků z oblasti zdravotnictví. Při plnění programu Zdraví 2020 by to měli být na prvním místě lékaři a jiní zdravotníci odborníci z oblasti hygienické služby a zdravotních ústavů.

Jaká je však skutečná situace? Na Krajských hygienických stanicích a na jejich okresních pobočkách jsou převážně pouze lékaři epidemiologové více či méně obeznámení s epidemiologií infekčních onemocnění. Lékaři orientovaní v epidemiologii neinfekčních onemocnění, v epidemiologii zdravotního stavu, se na hygienických stanicích (HS) ani ve zdravotních ústavech (ZÚ), snad až na výjimky, nevyskytují a není tedy divu, že se v těchto zařízeních epidemiologie neinfekčních onemocnění prakticky nepěstuje. Situace je ovšem ještě horší. Pokud vůbec jsou na HS a v ZÚ lékaři, pak v absolutní většině patří mezi, eufemisticky řečeno, starší generaci. Mladí lékaři na hygienických stanicích patří mezi bílé vrány se zlatou ořízkou. Kolik lékařů po promoci nastoupilo do HS či ZÚ po roce 2000? Rád bych se mýlil, ale myslím, že žádný. Popsaná situace vyžaduje odpověď na základní otázku. Jsou lékaři na HS a ve ZÚ vůbec zapotřebí? Nebudou-li HS a ZÚ integrální součástí systému zdravotnictví tak, aby to umožnilo intenzivní a oboustranně prospěšnou spolupráci, nebudou-li v HS a ZÚ používány medicínské postupy ke zjišťování, sledování a ovlivňování zdravotního stavu jednotlivých populačních skupin a celé populace, nebude-li zde pěstována hygiena jako medicínská disciplína, pak, ač nerad, jsem nucen s kladnou odpovědí váhat. Dozorovou činnost, spočívající v pouhé kontrole předpisů, zvládnou, nezřídka lépe, i odborníci z jiným než lékařským vzděláním. Prostě si myslím, že hygienici by měli být také

něco jako lékaři populace, populačních skupin, tedy ti, jejichž úkolem je:

- stanovit co nej přesnější diagnózu stavu zdraví populace se zaměřením či zvýšenou pozorností na populační skupiny rizikové, závažně se podílející na úrovni stavu zdraví, zranitelné, motivované či motivovatelné a tím i snadněji ovlivnitelné,
- závažným způsobem se podílet na vypracování návrhu „terapie“ i na jejím provádění,
- sledovat efekt přijatých opatření a podle výsledků je upravovat.

Se zásadní účastí ZÚ při plnění „Programu Zdraví 2020“ při jejich současném stavu, lze, podle mého názoru, počítat jen obtížně. ZÚ jsou v současné době komerční organizace, jejichž hlavním cílem je vydělat si na sebe. Spolupráce s ostatními zdravotními organizacemi ani s HS nepatří mezi jejich absolutní priority.

Prof. Kotulán konstatuje, že se dosud nepodařilo zásadním způsobem ovlivnit prevalenci kuřáctví a uvádí, že v populaci ČR se podíl kuřáků pohybuje mezi 28–32 %. Určitě se na mě nebude zlobit, když připomenu, že průměr je jedním z nejvíce zkreslujících a zavádějících statistických ukazatelů. Mezi územními i populačními skupinami jsou nezdůraznitelné rozdíly, že průměr v ČR není použitelný ani pro orientaci o skutečném stavu, a tím méně je použitelný pro organizaci a provedení konkrétních opatření. Sami jsme např. zjistili, že v okrese Teplice kouřilo 50,8 % otců sledované skupiny novorozenců a 41,1 % jejich matek, kdežto v Prachaticích to bylo 46,5 % otců a 28,5 % matek (1). Při zjišťování zdravotního stavu horníků povrchového hnědouhelného dolu jsme našli téměř 70 % kuřáků a také pouze 10 % s vyhovující úrovní askorbémie (2). Potlačovat či dokonce řešit kuřáctví pouze z centra není možné, podstatná část opatření bude spočívat na místních orgánech včetně orgánů zdravotnických. Přesná znalost skutečného stavu, přesná diagnóza je základním předpokladem úspěšné terapie i v preventivní medicíně, což samozřejmě platí nejen v případě kuřáctví. Totéž co shora, se týká i obezity, incidence onemocnění, pohybové aktivity, úrovně TK atd. Dovoluji si tvrdit, že kvalifikované údaje o výskytu a vývoji těchto ukazatelů u mužů a žen v jednotlivých populačních skupinách v jednotlivých regionech, krajích, okresech, na definovaných částech územních celků nejsou. Nedá mi, abych nezdůraznil, že ani úroveň a průběh úmrtnosti a naděje dožití nejsou v krajích (v okresech) sledovány, vyhodnocovány a pro primární prevenci využívány přesto, že jejich hodnoty se od průměru ČR významně odlišují (3, 4).

Kuřáctví je celosvětový problém a jeho řešení není jednoduché. V našich podmínkách to bude ještě daleko složitější, dokud i naši nejvyšší politici a státní představitelé budou veřejně a docela vážně propagovat svobodu kuřáků ničit zdraví svých nejbližších, zdraví i životy svých dětí i těch ještě nenarozených a dokonce i těch dosud nepočatých. Na druhou stranu mě zaujal názor známého filmového a divadelního režiséra Jiřího Menzela, který v jednom rozhlasovém pořadu prohlásil, že dnes už přece každý ví, že kouření je pitomost, respektive, že jen pitomci to nevědí. S jeho názorem, že máme nechat současné kuřáky na pokoji, protože se s nimi stejně nic neudělá, je třeba důrazně polemizovat, ale s názorem, že největší pitomost je kouření dětí a že je naší povinností věnovat této problematice všechny síly, nelze než bezvýhradně souhlasit.

Je obecně známo, že kouření v těhotenství je jedním z důležitých faktorů, které negativně působí na vývoj plodu i na zdravotní stav jedince po narození. Situace je o to horší, protože počet žen kuřáček stále stoupá. Zároveň je také dostatek poznatků signalizujících, že děti žen, které v těhotenství kouřily, se významně častěji stávají kuřáky než děti žen, které během těhotenství nekouřily.

Máme skoro dvacetileté zkušenosti s provozem poraden výživy a životního stylu pro těhotné. Nejen, že se u podstatné části těhotných podařilo upravit nevhodné stravovací návyky, snížit nadměrný příjem živočišných tuků, zvýšit příjem vápníku a vitamínu C, ale zároveň se podařilo snížit počet těhotenských kuřáček, nebo alespoň podstatně snížit počet vykouřených cigaret u těch, které ani během těhotenství nebyly schopné přestat kouřit. Navíc máme zkušenosti, že těhotné samy aktivně působily na své kuřácké partnery a snažily se snížit expozici cigaretovému kouři i z této strany.

Stejně jako jiní odborníci, posílali jsme svoje nálezy lékařům v poradnách pro těhotné a přispívali tak ke zvyšování jejich úrovně v otázkách výživy těhotných.

Prakticky stejné zkušenosti mají všichni, kteří v poradnách tohoto typu pracovali v ostatních okresech ČR. Poradny se tedy osvědčily, a je proto nanejvýš potřebné, aby se jejich činnost obnovila, samozřejmě formou a způsobem odpovídajícím současnému stavu vědeckého poznání, současným požadavkům a možnostem. Hygienická služba by při přípravě náplně, při organizaci i vedení takových poraden mohla najít část svého potřebného, zajímavého i smysluplného uplatnění.

Proti vzniku kuřáckého návyku je ovšem možné, a podle našeho názoru dokonce nutné, zasáhnout ještě dříve. V literatuře lze najít dostatek důkazů o tom, že kouření závažně poškozuje jak oocyty, tak spermie a také o tom, že děti zplozené kuřáky se častěji stávají kuřáky (5–7).

V současné době u nás vzniká až 10 % těhotenství umělým oplodněním v systému asistované reprodukce. Páry zařazované do tohoto systému jsou většinou úspěšnější, dostatečně inteligentní a motivované. Za těchto okolností by mělo být relativně snadné přispět k pozitivnímu ovlivnění fertility, vývoje plodu, výsledku těhotenství a zdravotního stavu jedince po narození. Zcela zásadní požadavek by měla být absolutní a prokazatelná abstinence kouření obou partnerů, alespoň 4 týdny (8 týdnů?) před zařazením do tohoto systému, v každém případě ještě před odběrem vajíček a spermií. Prosadit a kontrolovat tuto abstinenci po úspěšném oplodnění u těhotné po celou dobu těhotenství a kojení je další, zcela oprávněný požadavek. Současná situace, kdy kuřáctví ani u partnerky ani u jejího partnera není kontraindikací pro fertilizaci *in vitro* už je, zdá se, za hranicemi lékařské etiky. Ve stejné době by měl být, alespoň u partnerky, zjištěn a podle potřeby upraven výživový stav a způsob stravování v souladu s požadavky vědy o výživě. Kontrola a pozitivní ovlivňování stravování během těhotenství a laktace by měla být samozřejmostí. Měla by se zde uplatňovat úzká spolupráce zdravotnických pracovníků středisek asistované reprodukce, gynekologicko-porodnických pracovišť a kvalifikovaných výživářů. Samozřejmě vyvstává otázka, zda takoví odborníci v HS či ZÚ jsou, či zda je možné je v krátké době vychovat?

Verba movent, exempla trahunt. Jedním z takových příkladů, který vybízí k následování, jsou rodiče. Poch-

mannová např. zjistila u skupiny školních dětí z Bíliny, že z nekuřáckých rodin pochází pouze 10 % dětských kuřáků (8). Účast obou rodičů v poradnách pro těhotné, se kterou také máme pozitivní zkušenosti, by mohla být prospěšná i v tomto směru.

Dalšími příklady jsou učitelé, lékaři a zdravotničtí pracovníci. Má-li být dosaženo významného pokroku v omezování kuřáctví, pak pracovníci těchto oborů jednoduše nesmí kouřit, zatím alespoň před svými žáky či pacienty. Nemohu potlačit vzpomínku na prof. Jandu, který kdysi prohlásil, že při přijímacích pohovorech, ve snaze omezit feminizaci oboru, dává 10 bodů za varlata. Nemělo by být podobným způsobem oceňováno nekuřáctví, neměli by být kuřáci, studenti zdravotních škol a lékařských fakult, motivováni k účasti v protikuřáckých poradnách? Už vidím zvednutá obočí, slyším projevy nesouhlasu a cítím, že osobní svoboda je zase pocitována jako nejzávažnější protiargument.

Další, podle mého názoru zcela nevyužívanou možností, je působení přímo v „ohnisku“ vzniku onemocnění. Velké zkušenosti epidemiologů infekčních onemocnění přímo vybízejí k jejich napodobení a využití. Každý epidemiolog infekčních onemocnění zná pojem depistáže, při které v ohnisku nákazy zjišťuje, nebo by zjišťovat měl, nejen osoby ohrožené nákazou, ale i skutečnosti, které vznik onemocnění podporují. Zároveň zajišťuje provedení opatření na ochranu ohrožených a rozhoduje o jejich zařazení mezi osoby s nutností zvýšeného zdravotního dozoru.

Dovedu si představit obdobné šetření v ohnisku, v rodině, ve které vzniklo onemocnění, které se rozhodující měrou podílí na úmrtnosti obyvatel. Například v rodině s výskytem či úmrtím na karcinom plic lze odhalit kuřáctví u příslušníků rodiny i u vzdálenějších příbuzných, lze poodhalit vliv dalších, negativně spolupůsobících rodinných a případně i genetických faktorů, nedostatků ve výživě, v životním stylu, posoudit a kvantifikovat úroveň rizika a tomu přizpůsobit i úroveň zdravotního dozoru. Nutná, všemi dostupnými prostředky podporovaná snaha o odstranění nejen kouření jako rozhodujícího faktoru, ale i snaha o opatření ve výživě a životním stylu, by v takových, motivovaných případech měla větší naději na úspěch. Námitka o zbytečném strašení neobstojí. Lidé ohrožení tyfem také věděli, že jim tyfus hrozí a také se museli vzdát konzumace vody z infikovaného zdroje.

Shodně by takový systém „depistáže“ mohl být uplatněn i při výskytu či úmrtí na ICHS, diabetes, chronická onemocnění dýchacího systému. Docházelo by tak nejen k sekundárně preventivním opatřením, k aktivnímu vyhledávání časných fází onemocnění, ale i odhalení rizikových či ohrožených jedinců a také především k aplikaci opatření primárně preventivních.

Možná bychom došli k závěru, že opatření primárně i sekundárně preventivní lze v řadě případů přijímat současně a že to pro oba přístupy může být výhodné.

Na samý závěr dovoluji citaci z osobní komunikace s prof. Kotulánem: „Na druhé straně lze připustit, že pesimistické pohledy mohou být i výrazem úpadku vlastní stařecké mysli, známého už od starého Říma, kdy starci nadávali na mládež a na poměry a ptali se, kam to povede? A ono to stále někam vedlo, vesměs cestou mírného pokroku“.

LITERATURA

1. Dostál M, Milcová A, Binková B, Kotěšovec F, Nožička J, Topinka J, et al. Environmental tobacco smoke exposure in children in two districts of the Czech Republic. *Int J Hyg Environ Health*. 2008 Jul;211(3-4):318-25.
2. Nováková A, Míšková I, Rožničková I, Kotěšovec F, Šípek F. Program Teplice: hygienické podmínky a zdravotní stav horníků pracujících na povrchovém dole okresu Teplice. Praha: Český ekologický ústav; 1996.
3. Kotěšovec F, Skorkovský J. Porovnání úmrtnosti v severozápadních Čechách ve dvou obdobích vysokého a nižšího znečištění ovzduší. *Ochr Ovzduší*. 2007;(5-6):19-23.
4. Clancy L, Goodman P, Sinclair H, Dockery DW. Effect of air pollution on death rates in Dublin, Ireland: a intervention study. *Lancet*. 2002 Oct 19;360(9341):1210-4.
5. Rubes J, Lowe X, Moore D 2nd, Perreault S, Slott V, Evenson D, et al. Risk Smoking is associated with increase sperm disomy in teenage men. *Fertil Steril*. 1998 Oct;70(4):715-23.
6. Perreault SD, Rubes J, Robbins WA, Evenson DP, Selevan S. Evaluation of aneuploidy and DNA damage in human spermatozoa: applications in field studies. *Andrologia*. 2000 Sep;32(4-5):247-54.
7. Rossner P Jr, Tabashidze N, Dostal M, Novakova Z, Chvatalova I, Spatova M, et al. Genetic, biochemical, and environmental factors associated with pregnancy outcomes in newborns from the Czech Republic. *Environ Health Perspect*. 2011 Feb;119(2):265-71.
8. Pochmannová P. Kouření a kuřácké návyky u dětí základních škol [bakalářská práce]. Praha: Karlova Univerzita v Praze; 2010.

Došlo do redakce: 17. 8. 2015

Přijato k tisku: 20. 8. 2015

MUDr. František Kotěšovec

Břežanská 386/4

418 01 Bílina

E-mail: frantisek.kotesovec@volny.cz