

MOŽNOSTI PRIMÁRNÍ PREVENCE V ARMÁDĚ ČESKÉ REPUBLIKY

OPTIONS OF PRIMARY PREVENTION IN THE ARMY OF THE CZECH REPUBLIC

VLADIMÍR PAVLÍK¹, VÁCLAV ŠAFKA¹, PETR LAŠÁK¹, MIROSLAV URBAN¹,
LUCIE PRAVDOVÁ¹, JANA FAJFROVÁ²

¹*Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové, Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Hradec Králové, Česká republika*

²*Ministerstvo obrany, Odbor vojenského zdravotnictví, hlavní hygienik AČR, Česká republika*

SOUHRN

Autor popisuje možnosti monitorování výskytu neinfekčních onemocnění hromadného výskytu a realizaci preventivních intervenčních programů formou preventivních lékařských prohlídek, řízené fyzické aktivity a dispenzarizace nemocných osob ve zdravotnických, lázeňských a rehabilitačních zařízeních. Vyzdvihuje výhody provádění primárně preventivních opatření v Armádě České republiky.

Klíčová slova: vojáci, primární prevence, preventivní prohlídky, pohybová aktivita

SUMMARY

The author describes monitoring of the occurrence of non-infectious diseases of mass incidence and the implementation of preventive intervention programs through preventive medical examinations, controlled physical activity and continuous monitoring of diseased individuals in healthcare, spa and rehabilitation facilities. Emphasized are advantages of carrying out primary preventive measures in the Army of the Czech Republic.

Key words: soldiers, primary prevention, preventive medical examinations, physical activity

<https://doi.org/10.21101/hygiena.a1715>

Úvod

Úvodem je nutné konstatovat, že nejlepší a zároveň výrazně nejlevnější variantou zdravotnické péče je nemocem předcházet. Tedy primárně preventivními opatřeními předejít vzniku a rozvoji chronických onemocnění.

Hlavní příčinou mortality a morbidit v rozvinutých zemích včetně České republiky jsou kardiovaskulární onemocnění aterosklerotické etiologie, zejména ischemická choroba srdeční, ischemické cévní mozkové příhody, ischemická choroba dolních končetin a jejich komplikace. Systém preventivní péče o obyvatelstvo je uzákoněn jako jeden z hlavních bodů zdravotní péče v České republice (1). Mezinárodní konsenzus (např. program WHO Prevention of noncommunicable diseases) považuje preventivní péči za nedílnou a nenahraditelnou součást péče o zdraví populace. Cost-benefit studie prokázaly také příznivý ekonomický dopad, např. u preventivních programů, jako pravidelné očkování, screening arteriální hypertenze a dyslipoproteinémie, poradenství v odvykání kouření, screening kolorektálního karcinomu, či karcinomu děložního čípku (2).

Primární prevence jako hlavní nástroj snižování nákladů na zdravotní péči při současném zlepšení kvality života je tak citována mnohými autory a jasně deklarována i cestou Světové zdravotnické organizace (3, 4).

Od roku 2014 existuje Program zdraví 2020 ve formě Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, schválený usnesením vlády ČR ze dne 8. 1. 2014. Lze si jen přát, aby bylo garantováno prioritní postavení primární prevence v tomto programu a neopakovala se tak chyba Programu Zdraví 21, který v oblasti primární prevence nebyl úspěšný (5).

Praktický lékař je klíčovou osobou v zahájení, koordinaci a provádění dlouhodobé prevence kardiovaskulárních, metabolických, ale i onkologických onemocnění. Lékař s touto specializací má možnost komplexního posouzení ovlivnitelných rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku chronických onemocnění. Může také významně ovlivňovat způsob života svých pacientů a intervenovat v oblasti primární prevence. Prevence v primární péči zahrnuje systematickou preventivní činnost, realizovanou pravidelnými preventivními prohlídkami, dále dispenzarizací pacientů s vybranými chorobami a očkování proti přenosným chorobám.

Na rozdíl od civilního sektoru je každý příslušník Armády České republiky (AČR) každoročně vyšetřen praktickým lékařem. Tato skutečnost, i vzhledem ke zvyšování počtu příslušníků AČR, klade vysoké nároky na materiální a zejména personální zabezpečení vojenské zdravotnické služby. Populace vojenských profesionálů je výběrová, reprezentovaná většinou mladými, fyzicky zdatnými jedinci bez závažnějších zdravotních potíží. Díky jedinečnému Programu rozšířených preventivních prohlídek máme možnost zachytit včas jedince v riziku rozvoje jednotlivých neinfekčních onemocnění hromadného výskytu a zahájit cílenou intervenci. Provádění preventivních a rozšířených preventivních prohlídek v AČR může sloužit jako vzor pro běžnou populaci, protože je naplněn hlavní cíl preventivní péče, a to zachycení rizikových faktorů onemocnění u asymptomatického jedince.

Program preventivní péče v Armádě České republiky

Centrálně řízený program preventivní péče v Armádě České republiky byl zaveden v roce 1999. Stejně jako v civilním sektoru spadají preventivní vyšetření do gesce praktických lékařů pro dospělé, a to v rámci Center zdravotních služeb a jejich spádově dislokovaných pracovišť. Absolvování preventivního programu je povinné, proto se účast vojáků v rámci preventivních lékařských prohlídek blíží 100 %. Kromě přesně stanoveného rozsahu vyšetření hraje systém preventivních prohlídek roli také v možnosti komunikace s pacientem, jeho edukaci ke zdravému životnímu stylu a zanechání kouření, poučení o dostatečné pohybové aktivitě, a tím k ovlivnění rizikových faktorů chronických onemocnění.

Příslušníci armády mají, na rozdíl od civilní populace, preventivní lékařskou prohlídku každý rok. Navíc při dosažení určité věkové hranice absolvují rozšířené preventivní prohlídky (6–8). Obsahem standardní preventivní roční lékařské prohlídky (RLP) vojáka z povolání je doplnění anamnézy s důrazem na zjištění změn v pracovní anamnéze a posouzení vlivu rizikových faktorů příslušného služebního zařazení na jeho zdraví. Nedílnou součástí je fyzikální vyšetření, včetně zjištění hodnot krevního tlaku a základního antropometrického šetření. Z antropometrických ukazatelů se měří tělesná hmotnost v kilogramech, tělesná výška v centimetrech. Výpočet indexu tělesné hmotnosti (BMI) ze zadaných hodnot je automaticky přednastaven v programu PC Doctor. Vzhledem ke skutečnosti, že BMI plnohodnotně nevystihuje typ postavy a je nadhodnocen u muskulatorních jedinců, bylo měření obvodu pasu zařazeno mezi standardní antropometrické metodiky. Měření obvodu pasu páskovou mírou je ukotveno i v nové vyhlášce o zdravotní způsobilosti k výkonu vojenské činné služby (6).

V letech, kdy vojáci dosahují věku 25, 30, 35, 38, 40 a více jsou prohlídky kromě výše zmíněného rozšířeny o odběr krve (RRLP – rozšířená roční lékařská prohlídka). Rozšířené preventivní prohlídky jsou v AČR nastaveny tak, aby zachytily zejména osoby ve vyšším riziku kardiovaskulárních a metabolických komplikací, které se manifestují ve středním a starším věku. Jsou zjišťovány parametry sacharidového a lipidového metabolismu, jaterní enzymy, funkce ledvin, kyselina močová a u mužů

nad 40 let každoročně hladina prostatického antigenu (PSA). U civilní populace vyšetření PSA není zahrnuto mezi povinné ukazatele. Je provedeno také vyšetření krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem a sedimentace krve. Moč je chemicky vyšetřena vždy u všech preventivních prohlídek. Vedle biochemického šetření je součástí rozšířené prohlídky klidový záznam EKG (6).

Kromě PSA jsou v rámci onkologické prevence vojáci po dosažení 40 let věku testováni na okultní krvácení každé dva roky metodou testu na okultní krvácení (TOKS), vyšetření lze u vojáka z povolání staršího 55 let věku nahradit provedením screeningového kolonoskopického vyšetření stejně jako v civilním sektoru, ale s četností jednou za 5 let. Ženy jsou po dosažení 35 let věku screeningově sledovány ultrazvukovým vyšetřením prsní žlázy každoročně a u starších 40 let (tedy dříve než v civilním sektoru) je kontrola prováděna rtg mamografem každé dva roky (v roce, kdy není provedeno mamografické vyšetření, jsou ženy opět vyšetřeny ultrazvukem). Dalším nadstandardem, který však bývá špatně interpretován, je ultrazvukové vyšetření dolní poloviny břicha u žen nad 35 let věku ve dvouletých intervalech. Jedná se o vyšetření k odhalení onkologických onemocnění gynekologického původu, nicméně ultrazvuková pracoviště v České republice se většinou vyjadřují k popisu celého břicha (játra, žlučník, močové cesty).

Primární prevence v armádní praxi

Z širšího pohledu možností primární prevence v AČR je velkou výhodou pravidelné každoroční provádění lékařských preventivních prohlídek, které byly zmíněny v předchozí kapitole. V případě prvotního záchytu onemocnění je pak samozřejmostí dispenzarizace pacienta, a to buď ve spádovém zdravotnickém zařízení, anebo se, v případě hospitalizace a léčby, nabízí možnost tří vojenských nemocnic na území České republiky. Na pomyslném vrcholu poskytované zdravotní péče v AČR stojí Vojenská fakultní nemocnice – Ústřední vojenská nemocnice v Praze, která má nejvyšší standard poskytované péče na území České republiky.

Vysoký podíl pacientů s rizikem vzniku neinfekčních onemocnění hromadného výskytu znamená nutnost komplexní terapie v rámci preventivních programů i v každodenní lékařské praxi u vojsk. Základem primárně preventivních opatření je elementární dodržování dietních a režimových opatření. Tato základní pravidla nejsou obecně přijímána laickou veřejností jako dostatečně účinná. Vychází ze současného zdravotního stavu a chování české a potažmo i vojenské populace, kde převažuje sedavý způsob života a naprosto nedostatečná pohybová aktivita. To spolu s dietními chybami vede k nárůstu tělesné hmotnosti, zmnožení celkového tělesného tuku a vzniku kardiometabolických komorbidit.

Na poli dietologie má AČR omezené možnosti. Důvodem je fakt, že s ukončením povinné základní vojenské služby v roce 2005 je armáda plně profesionální a vojáci tráví v práci přiměřenou část dne, nikoliv 24 hodin, jak tomu bylo u mladých jedinců v minulosti. Stravování (pro většinu vojáků jedno denní jídlo – oběd) je v současnosti zabezpečováno převážně velkými stravovacími firmami. Tito poskytovatelé v duchu zásad racionální výživy nabízí výběr minimálně ze čtyř jídel. Každě

dý strážník si tak může vybrat stravu s antisklerotickým charakterem s dostatkem vlákniny, vitaminů a minerálních látek. Dostatečná pestrost stravy s každodenním zařazením ovoce, zeleniny, celozrnných výrobků, brambor nebo luštěnin je tak zabezpečena.

Výraznou možností, jak pečovat o svůj zdravotní stav je možnost fyzických aktivit v AČR. Pohybová aktivita je společně s racionální dietou základním opatřením v prevenci kardiovaskulárních, metabolických, onkologických ale i muskuloskeletálních onemocnění (9, 10). Během pracovní doby mají vojáci vyhrazený prostor na služební tělesnou přípravu, kdy nabízené spektrum sportovních činností je velmi široké. Výhodou provádění pohybové aktivity v armádě je skutečnost, že jsou tato opatření nařízena velitelsky a jsou metodicky vedena tělovýchovnými pracovníky, kteří jsou absolventy vojenského oboru Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. Součástí tělesné přípravy je i kontrolní činnost v podobě výročního a profesního přezkoušení fyzické zdatnosti. Každý voják z povolání má možnost účastnit se služební tělesné přípravy v rozsahu minimálně 4 hodin týdně. U vojenských útvarů jsou k dispozici vlastní nebo pronajímaná sportoviště (tělocvična, posilovna, sportovní stadion, tenisové či volejbalové kurty, plavecký bazén). Na každém větším vojenském útvaru je k dispozici tělovýchovný pracovník, který je schopen kvalifikovaně poradit ohledně tělesné přípravy nebo zvolení vhodné fyzické aktivity (11).

Programy preventivní rehabilitace (PR) nabízí vojákům dvoutýdenní pobyty se sportovní náplní po celý rok ve vybraných vojenských rekreačních a rehabilitačních zařízeních. Nárok na preventivní rehabilitaci v délce 14 dní za rok mají všichni vojáci z povolání, pokud jsou ve služebním poměru déle jak 10 let nebo po dosažení 35 let věku. Program PR se liší v závislosti na zaměření rehabilitace, mezi nejčastější druhy patří standardní či nadstandardní program, tělovýchovný program letní nebo zimní. Specialitou je kardiovaskulární program a všeobecně rekondiční program (pouze na lékařský návrh). V případě nutnosti rehabilitace nebo lázeňských procedur se nabízí řada vojenských lázeňských zařízení. Mezi nejlépe vybavená zařízení sportovního typu patří vojenské zotavovny Bedřichov ve Špindlerově Mlýně a Měřín na břehu Slapské přehrad. Další vojenská lázeňská a rehabilitační zařízení jsou také v Karlových Varech, Teplicích nebo v Jeseníku (11).

Diskuse

Z výše uvedeného vyplývá, že všichni vojáci v činné službě se povinně a každoročně účastní preventivních prohlídek. Podle údajů Agentury vojenského zdravotnictví se v roce 2017 skutečně dostavilo na plánovanou preventivní prohlídku ke svému spádovému vojenskému lékaři více jak 92 % profesionálních vojáků (osobní zjištění).

Je vhodné popsat rozdíly v preventivních lékařských prohlídkách v podmínkách AČR ve srovnání s civilní dospělou populací v České republice. Rozsah provádění preventivních prohlídek v AČR byl popsán v samostatné kapitole výše.

Systematická preventivní činnost pro většinovou civilní populaci je prováděna praktickým lékařem v sou-

ladu s platným zněním vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, která stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (7). Podle této vyhlášky se preventivní prohlídka provádí od 18 let věku vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem takové preventivní prohlídky je vedle doplnění anamnézy nově vzniklých rizikových faktorů a kontroly očkování proti tetanu i kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru včetně orientačního vyšetření smyslů, změření krevního tlaku a tělesné hmotnosti. Povinnou součástí prohlídky je onkologická prevence, prováděná fyzikálním vyšetřením (vyšetření per rectum, palpační vyšetření prsů a varlat, které se provádí jen při přítomnosti rizik). Elektrokardiografické vyšetření (EKG) se provádí u osob starších 40 let jednou za čtyři roky. Orientační chemické vyšetření moči se provádí při každé prohlídce, vyšetření sérové hladiny lipidů jednou za deset let. Vyšetření glykémie se od 30 let provádí také při každé prohlídce, tedy jednou za dva roky. Od 50 let věku pak začíná pravidelná onkologická prevence ve smyslu stanovení okultního krvácení ve stolici, která se dá nahradit od 55 let kolonoskopií 1krát za 10 let při normálním nález. U žen se od 45 let provádí ve dvouletých intervalech mamografický screening.

Podle údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) chodí pravidelně na preventivní lékařské prohlídky pouze zhruba třetina dospělé populace (12). Malá účast civilní populace na pravidelných lékařských prohlídkách je citována za rok 2009. Česká tisková kancelář uvedla v roce 2010 data zveřejněná Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Podle tohoto sdělení absolvovalo v roce 2009 preventivní prohlídku u praktického lékaře téměř milion lidí (z 6 279 296 dospělých pojištěnců u VZP), což je 37 % pojištěnců (13). Z posledních let existují i další práce, které se vedle sledování účasti vybraných skupin dospělé populace na pravidelných lékařských prohlídkách věnují rozdílnému přístupu populace k prevenci v závislosti na věku nebo pohlaví (14, 15). Z osobního sdělení ředitele odboru zdravotní politiky VZP vyplynulo, že procentuální účast dospělých pojištěnců VZP na preventivních prohlídkách dosahuje mezi roky 2010–2012 pouze stavu 36–39 % (16). V civilní dospělé populaci se dostavilo v letech 2015 a 2016 na preventivní prohlídku přibližně 28 % pacientů (17). I přesto, že je nutno kalkulovat s dvouletými intervaly návštěv, je docházka pacientů na preventivní lékařské prohlídky výrazně nižší než ve vojenském sektoru.

Autor sdělení pracuje mimo jiné jako závodní praktický lékař ve Vazební věznici v Hradci Králové. Pro srovnání uvádíme rozsah a frekvenci preventivních prohlídek bezpečnostních sborů. Systematická preventivní činnost pro příslušníky bezpečnostních sborů (příslušníci Vězeňské služby, příslušníci Policie České republiky, Hasičský záchranný sbor) je prováděna praktickým lékařem v souladu s platným zněním vyhlášky Ministerstva vnitra v dohodě s Ministerstvem spravedlnosti a Ministerstvem zdravotnictví, která stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (18, 19). Periodická prohlídka výše uvedených příslušníků bezpečnostních sborů se provádí jednou za dva roky a její rozsah a četnost je zcela shodná s preventivní prohlídkou pro většinovou civilní dospělou populaci. Docházka příslušníků bezpečnostních sborů na preventivní prohlídky pře-

sahuje 90 % (osobní zkušenost autora, resp. osobní zjištění u hlavního lékaře PČR v Hradci Králové).

Z výše uvedeného je patrné, že rozsah a četnost prováděných vyšetření v rámci preventivních lékařských prohlídek je v podmínkách AČR nesrovnatelně větší, než je tomu v civilním sektoru nebo u jiných složek bezpečnostních sborů. Část vojáků musí navíc docházet na pracovní lékařské prohlídky na oddělení nemocí z povolání vojenských nemocnic, kde jsou znovu vyšetřeni podle typu pracovního rizika (např. audiometrie, chladový test aj.). Četnost těchto vyšetření závisí na kategorii práce (20). Další vojáci jsou vyšetřováni vždy před odjezdem do zahraniční operace a po jejím návratu, specifické skupiny vojáků (piloti, řidiči letového provozu, parašutisté) absolvují celkovou prohlídku s odběry krve i na Ústavu leteckého zdravotnictví.

Pro prezentaci změn zdravotního stavu příslušníků AČR v čase máme k dispozici omezené zdroje dat. Práce publikovaná v roce 2016 v zahraničním časopisu s IF vychází z habilitační práce autora článku. Habilitační práce souhrnnou formou prezentuje rozsáhlé výsledky antropometrických a biochemických parametrů velké skupiny vojáků z povolání. Od roku 1999 každý rok více jak 10 000 vojáků prochází systémem rozšířených preventivních prohlídek cestou center zdravotnických služeb. Formou deskriptivní a analytické epidemiologické studie byl popsán vývoj zdravotního stavu vojáků v letech 1999–2009 a znovu v roce 2015 s důrazem na markery neinfekčních onemocnění hromadného výskytu.

Počet vyšetřovaných osob v AČR v posledních letech stoupá, např. v roce 2009 poprvé dosáhl přes 8 000 vyšetřených mužů a žen. V roce 2015 počet vyšetřených mužů dosáhl přes 10 000 osob.

Mezi prvním a posledním rokem sledování došlo u mužů ke statisticky významnému nárůstu hodnot BMI a tělesné hmotnosti, naopak poklesla hodnota obvodu pasu. Dynamika vývoje hodnot BMI u mužů směřuje k nárůstu počtu probandů s vyšší hodnotou BMI. Počet mužů s nadváhou v průběhu sledovaného období postupně narůstal z 52 % až na 57,1 %, $p < 0,001$. Obezita se u mužů vyskytovala v 12–15 % bez statisticky významných změn v čase.

Průměrné hodnoty glykémie byly za celé sledované období u mužů i u žen v pásmu normálních hodnot. I tak došlo od začátku sledování ke statisticky významnému poklesu a to z $5,1 \pm 0,9$ na $4,8 \pm 0,7$ mmol/l, $p < 0,001$ u mužů a u žen ze $4,9 \pm 0,6$ na $4,6 \pm 0,6$ mmol/l, $p < 0,001$. V lipidovém profilu u mužů taktéž došlo k významnému poklesu průměrných hodnot celkového cholesterolu, triglyceridů i LDL cholesterolu z $5,5 \pm 1,1$ na $5,1 \pm 1,0$ mmol/l ($p < 0,001$), resp. z $2,0 \pm 1,6$ na $1,6 \pm 1,2$ mmol/l ($p < 0,001$) a z $3,4 \pm 1,1$ na $3,2 \pm 0,9$ mmol/l ($p < 0,001$). Počet mužů s hodnotami celkového cholesterolu nad 5 mmol/l velmi významně poklesl z 66 % na 51,2 % ($p < 0,001$). Pro podrobnější údaje, které přesahují rámec tohoto přehledového sdělení, odkazujeme na příslušnou literaturu (21–23).

Z výše uvedených retrospektivní analýzy údajů o zdravotně nutričním stavu vojáků z povolání bylo zjištěno, že průměrné hodnoty BMI se v průběhu let výrazně neměnily a pohybovaly se u mužů trvale v rozmezí 26,5–27 kg/m² a u žen v rozmezí 23,5–25 kg/m². Naopak počet jedinců s nadváhou v průběhu sledovaného

období postupně narůstal. Prevalence obezity v průběhu let kolísala bez vyznačeného trendu. I přes na první pohled nepříznivý výskyt nadváhy a obezity hodnocené podle BMI je výskyt jedinců se zvýšenými hodnotami biochemických parametrů podstatně nižší a v průběhu sledovaného období došlo k dalšímu poklesu výše zmíněných hodnot. Nejvýraznější je to u hladiny glykémie, kdy se jak u mužů, tak u žen pohybovaly nalezené hodnoty v normálním rozmezí. Přibližně u 15 % mužů došlo k normalizaci celkového cholesterolu i triglyceridů.

Podíl vojáků s nadváhou je nadhodnocen v důsledku zastoupení jedinců se zvýšenou tělesnou hmotností díky vyvinuté muskulatuře. Proto došlo od roku 2017 k rozšíření diagnostických kritérií obezity používaných v posudkovém hodnocení vojáků z povolání o parametry obvodu pasu a celkového množství tělesného tuku (6).

Hlavním úskalím interpretace výsledků z rozšířených preventivních prohlídek je nerovnoměrné rozložení věkových kohort. Věková struktura vyšetřovaného souboru nekorresponduje s věkovou strukturou celé vojenské populace. Ve vyšetřovaném souboru jsou zahrnuti všichni vojáci, kteří dosáhli věku 39 let a více. Jedná se o 70 % probandů ze souboru. Zastoupení vojáků starších 39 let ale v armádě představuje asi jen třetinu z celkového počtu. Na druhou stranu z mladších ročníků zde jsou zastoupeni pouze vojáci, kteří v roce 2015 dosáhli věku 25, 30, 33 a 36 let. Rozšířené preventivní prohlídky jsou v AČR nastaveny tak, aby zachytily zejména osoby ve vyšším riziku kardiovaskulárních a metabolických komplikací, které se manifestují ve středním a starším věku. Jedná se tak o nerovnoměrně věkově složený soubor, kdy vyšetřovaná vojenská populace má ve srovnání s podobnými soubory v civilním sektoru vyšší průměrný věk.

Od roku 2019 probíhá diskuse na úrovni Odboru vojenského zdravotnictví Ministerstva obrany o indikaci rozšířených preventivních prohlídek ve věkových skupinách zejména 25 a 30 let, kdy je prevalence kardiometabolických onemocnění ještě velmi nízká. Otázkou k diskuzi je např. rozsah biochemických markerů u mladších věkových skupin, včetně hodnocení CRP, prostatického antigenu nebo frekvence provádění klidového záznamu EKG.

Vedle rozsáhlého a dobře zavedeného programu primárně preventivních prohlídek v AČR stojí za připomenutí také skutečnost, že příslušníci armády mají pravidelnou pohybovou aktivitu v popisu každodenní pracovní činnosti během plnění úkolů a jsou z fyzické připravenosti také dvakrát ročně přezkušováni. Vynikající a v civilních podmínkách nedostižnou možností, jak upevnit svůj zdravotní stav, je zavedený systém preventivních rehabilitací. V neposlední řadě jsou výše uvedená preventivní opatření výrazně levnější než další terapeutické postupy založené na farmakoterapii, metabolické chirurgii nebo pak vlastní hospitalizační péči o polymorbidní a rizikové pacienty (24). Od druhé poloviny roku 2018 probíhá diskuse na úrovni Odboru vojenského zdravotnictví Ministerstva obrany také v otázce přínosnosti preventivních programů v AČR. Lze tak očekávat, že v budoucnu dojde ke kosmetickým změnám v rozsahu a obsahu preventivních prohlídek v závislosti na vyhodnocení poměru cost-benefit.

Závěr

Populace vojenských profesionálů je zastoupena ve velké míře mladými, fyzicky zdatnými jedinci bez závažnějších zdravotních potíží. Díky jedinečnému Programu rozšířených preventivních prohlídek máme možnost zachytit včas jedince v riziku rozvoje jednotlivých neinfekčních onemocnění hromadného výskytu a zahájit cílenou intervenci. Na základě dostupných dat lze predikovat, že systém rozšířených primárně preventivních a režimových opatření, zavedených v AČR v posledním desetiletí představuje důležitý protektivní faktor podílející se na zlepšení vybraných parametrů zdravotně nutričního stavu vojáků. Vojákům, u nichž byly nalezeny patologické hodnoty některých vyšetření, je po jejich ověření poskytována odpovídající zdravotní péče.

Benefitem preventivního programu v AČR je tak efektivní primární a včasná sekundární prevence a tím i včasná léčba chronických neinfekčních onemocnění.

LITERATURA

1. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Sbírka zákonů ČR. 2011;částka 131:4730-801.
2. Isham G, Sanchez E, Jones WA, Teutsch S, Woolf S, Haddix A. Prevention priorities: guidance for value-driven health improvement. *Ann Fam Med*. 2017 Jan;15(1):6-8.
3. World Health Organization. Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
4. Bencko V. Primární prevence nemocí, současná úskalí a šance. *Prakt Léč*. 2011;91(3):127-30.
5. Kotulán J. K účinnosti našich zdravotních programů. *Hygiēna*. 2015;60(2):81-5.
6. Vyhláška č. 357 ze dne 25. října 2016 o zdravotní způsobilosti k výkonu vojenské činné služby. Sbírka zákonů ČR. 2016;částka 142:5426-551.
7. Vyhláška č. 70 ze dne 29. února 2012 o preventivních prohlídkách. Sbírka zákonů ČR. 2012;částka 27:842-7.
8. Pravdová L, Pavlík V, Fajfrová J, Šafka V, Urban M. Program preventivní a rozšířené preventivní péče v Armádě České republiky. *Mil Med Sci Lett*. 2018;87(3):134-8.
9. Dobrý L. Krátká historie pohybové aktivity a zdravotních benefitů. *Tělovýchovný sport mládeže*. 2008;74(2):7-18.
10. Ekelund U, Griffin SJ, Wareham NJ. Physical activity and metabolic risk in individuals with a family history of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007 Feb;30(2):337-42.
11. Lašák P, Pavlík V, Fajfrová J, Šafka V, Pravdová L, Kulich M. Pravidelná pohybová aktivita v Armádě České republiky. *Mil Med Sci Lett*. 2018;87(3):126-33.
12. Všeobecná zdravotní pojišťovna [online]. Praha: VZP; [cit. 2019-05-15]. Dokumenty. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty>.
13. Česká tisková kancelář [online]. Praha: ČTK; 2010 [cit. 2019-05-15]. Všeobecné zpravodajství. Téměř milion dospělých u VZP absolvovalo loni prevenci u praktika. Dostupný z: http://www.ctk.cz/sluzby/slovni_zpravodajstvi/vseobecne/index_view.php?id=574568.
14. Šlachťová H, Tomášková H, Šplíchalová A. Subjektivní přístup obyvatel Ostravy ke zdraví v závislosti na životním stylu, socioekonomickém statusu a vzdělání. 2. Analýza životního stylu ve vztahu k socioekonomickému statusu. *Čes Slov Hyg*. 2004;1(4):104-9.
15. Skalská H, Hodačová L, Černý V, Bilasy M, Fialová D, Borská L a kol. Postoje k vlastnímu zdraví u zaměstnanců různých profesí. *Ošetrovatelství*. 2004;6(1/2):29-37.
16. VoZP, ředitel odboru zdravotní politiky. Preventivní prohlídky v letech 2010, 2011, 2012. Osobní sdělení, 2013.
17. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti odboru praktický lékař pro dospělé 2007-2016. NZIS REPORT č. K/17. Praha: ÚZIS; 2017.
18. Vyhláška č. 46 ze dne 7. února 2012, kterou se mění vyhláška č. 393/2006 Sb., o zdravotní způsobilosti, ve znění pozdějších předpisů. Sbírka zákonů ČR. 2012;částka 17:338-49.
19. Zákon č. 361 ze dne 23. září 2003 o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. Sbírka zákonů ČR. 2003;částka 121:5850-910.
20. Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011 o specifických zdravotních službách. Sbírka zákonů ČR. 2011;částka 131:4802-38.
21. Fajfrová J, Pavlík V, Šafka V, Krutišová P, Zetocha J. Prevalence vybraných rizikových faktorů metabolického syndromu v Armádě České republiky. *Mil Med Sci Lett*. 2017;86(2):52-7.
22. Fajfrová J, Pavlík V, Psutka J, Husarová M, Krutišová P, Fajfr M. Prevalence of overweight and obesity in professional soldiers of the Czech Army over a period of 11-years. *Vojnosanit Pregl*. 2016 May;73(5):422-8.
23. Pavlík V. Neinfekční onemocnění hromadného výskytu v Armádě České republiky [habilitační práce]. Hradec Králové: Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví; 2018.
24. Tuka V a kol. Preventivní kardiologie pro praxi. Praha: NOL; 2018.

Došlo do redakce: 26. 2. 2019

Přijato k tisku: 14. 5. 2019

Doc. MUDr. Vladimír Pavlík, Ph.D.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny,

Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany

Třebešská 1575

500 01 Hradec Králové

Česká republika

E-mail: vladimir.pavlik@unob.cz