

## SUMMARY (Czech)

Globálně je kouření vedoucí příčinou morbidity a předčasné mortality (WHO, 2015). ČR se spotřebou tabáku řadí na přední pozice ve světě, zatímco úroveň kontroly tabáku (KT) naopak patří celkově k nejnižším (Joossens and Raw, 2014; American Cancer Society, 2018). Chronická onemocnění v důsledku kouření a ztráta ekonomicky aktivních let v důsledku kouření jsou pro ČR významnou zátěží. Investovat do kontroly tabáku a snižovat tak poptávku po tabákových výrobcích by mělo být prioritou (OECD, 2017). Zkušenosti a znalosti na základě KT v jiných zemích, jako například v Kanadě, by mohly významně pomoci v rozhodování a pokroku správným směrem v KT v České republice volbou těch nejvhodnějších a nejúčinnějších opatření.

Základní výzkum, který je součástí této dizertační práce, se zaměřuje specificky na porovnání KT v Kanadě a ČR. Zahrnuje také: 1) národní průřezovou studii všech organizací zabývajících se kontrolou tabáku včetně popisu jejich kapacity a zapojení do aktivit KT podle doporučení Rámcové úmluvy o kontrole tabáku Světové zdravotnické organizace (FCTC) (Fraser *et al.* 2019); 2) prospektivní kohortovou studii, která popisuje výsledky intenzivní léčby závislosti na tabáku ve specializovaném Centru pro závislé na tabáku (CZT) (Králiková *et al.* 2014); 3) průřezovou studii mezi pacienty v národním programu transplantace plic (Tx plic, N=203), popisující prevalence kouření po Tx plic a před ní po zařazení na čekací listinu (Zmeškal *et al.* 2015); and 4) vyhledávání klíčových slov v doporučených postupech hlavních klinických oborů (N=91) dvaceti odborných společností s cílem posoudit, zda obsahují doporučení léčby závislosti na tabáku (Zvolská *et al.* 2017).

Naše výsledky ukazují, že mnohé organizace zabývajících se KT jsou podfinancovány, nejsou vyškoleny v prevenci chronických nemocí a ve snaze o lepší úroveň KT se potýkají s mnohými překážkami (Fraser *et al.* 2019). CZT po celé ČR nabízejí intenzivní léčbu závislosti na tabáku, která je velmi účinná (Králiková *et al.* 2014): roční abstinence u pacientů užívajících farmakoterapii byla 43,4 % (N=2470) v porovnání s 15,9 % (N=573) bez farmakoterapie (Králiková *et al.* 2014). Tato centra však nejsou dostatečně využívána a pacienti tam nejsou rutinně doporučováni. Kouření je podceňovaným zdravotním rizikem i u kriticky nemocných, konkrétně u

pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN): v našem souboru (Tx plic) mělo 15,1% (95% CI 0,078 - 0,269) všech pacientů po Tx plic hladinu kotininu v moči odpovídající aktivnímu kouření a dalších 3,8 % (95% CI 0,007 – 0,116) hodnoty hraniční. V porovnání s pacienty s ostatními diagnózami byla pravděpodobnost kouření po Tx plic 35x vyšší u pacientů s CHOPN (95% CI 1,92 – 637,37, p= 0,016). U kriticky nemocných je žádoucí pečlivý screening a podpora v nekuřáctví i nabídka léčby závislosti na tabáku (Zmeškal et al, 2015).

Dále, doporučené postupy (DP) klinických oborů se adekvátně nezabývají užíváním tabáku (Zvolská *et al.* 2017). Téměř třetina DP (27,7%) v oborech spojených s kardiovaskulárními, respiračními či nádorovými nemocemi kouření vůbec nezmiňuje. Závislost na tabáku, odkaz na doporučení léčby závislosti na tabáku či CZT, kam mohou být doporučení kuřáci, zmiňuje jen 13,8 % DP. To je významným nedostatkem v aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe.

Z uvedených výsledků plyne empirický závěr, že v ČR jsou nejen mezery v oblasti léčby závislosti na tabáku, ale i v úrovni kontroly tabáku obecně. Změna v této oblasti by měla být prioritou.